

Термин «катаральная» бронхопневмония был введен академиком И. В. Давыдовским для обозначения выраженного участия в воспалительном процессе бронхиального дерева по типу слизисто-гнойного катара. Местом развития бронхопневмоний обычно являются задне-нижние части легких, реже верхне-передние. Обычно они возникают в тех случаях, когда первичный бронхит приводит к пневмонии не путем эндобронхиального распространения процесса вглубь паренхимы легкого, а перибронхиально по лимфатической системе; поражение альвеолярной паренхимы возникает в конце следующей цепи явлений: бронхит, перибронхит, межочечная пневмония, собственно альвеолярная пневмония. Характерны расстройства кровообращения в малом кругу у тяжело больных. Сочетаясь с застойной гиперемией и гиперсекрецией бронхов, такие расстройства кровообращения сами по себе создают повод к развитию ателектазов, отека и других важных предпосылок для возникновения пневмонии [3].

Естественно, эти изменения мы не трактуем как проявления тяжелых гемодинамических нарушений с отеком альвеолярно-капиллярной мембраны, их обнаружение, скорее всего, можно считать промежуточной стадией ОРДС. Можно допустить, что эти изменения возникают только при вирусных поражениях легких, в механизме возникновения которых ведущая роль принадлежит тропизму вирусных патогенов к эпителию, выстилающему альвеолоциты. Надо полагать, что персистенция тропного вируса в альвеолоцитах сопровождается отеком и набуханием, вплоть до дистрофии и некрозов, гибели эпителиальных клеток, запускается процесс воспаления, что, скорее всего и является морфологическим субстратом вирусной пневмонии.

Выводы:

1. Изменения в легких при гриппе обычно возникают за счет сосудистых изменений, проявляющихся полнокровием, усилением легочного рисунка, расширением крупных сосудистых тяжей, интерстициальным отеком.

2. По совокупности клинико-рентгенологических и лабораторных данных поражение легких при гриппе можно трактовать как гриппозная катаральная пневмония, возникающая за счет вирусного поражения эндотелиально-альвеолярной системы легких. Изменения в легких при гриппе А (H1N1)pdm09 принципиально такие же, как при гриппе А (H3N2). Однако при гриппе А (H1N1)pdm09 сосудистые изменения бывают более выраженными, вплоть до возникновения ОРДС.

3. Катаральная вирусная пневмония при гриппе возникает в первые дни респираторного заболевания при максимальном подъеме температуры, проявляется ослаблением дыхания, слабоинтенсивными затемнениями в легких, за счет обогащения сосудисто-интерстициального рисунка и поражения бронхиол. Влажные хрипы при гриппе А (H1N1)pdm09 долго не прослушиваются, изменения со стороны периферической крови отсутствуют.

Литература:

1. Маринич И.Г. Социальные аспекты эпидемического процесса при гриппе и других острых респираторных заболеваниях в России: Отчет об исследовании / И.Г. Маринич, Л.С. Карпова, Е.А. Смородинцева. — М.: ГУ НИИ РАМН, 2009. — 112 с.
2. Острый респираторный дистресс-синдром: Практическое руководство / Под ред. Б.Р. Гельфанда, В.Л. Кассиля. — М.: Литтерра, 2007. — 232 с.
3. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека: Том 1. — Москва: Медгиз. — 1956. — 662 с.

References:

1. Marinich I.G. *Sotsialnye aspekty epidemicheskogo protsessa pri grippe i drugih ostryyh respiratornykh zabolevaniyakh v Rossii: Otchet ob issledovanii* [Social aspects of the epidemic process in influenza and other acute respiratory diseases in Russia: Research Report] / I.G. Marinich, L.S. Karpova, E.A. Smorodintseva. — M.: GU NII RAMN, 2009. — 112 s.
2. *Ostryiy respiratornyy distress-sindrom: Prakticheskoe rukovodstvo* [Acute respiratory distress-sindrom: A Practical Guide] / Pod red. B.R. Gelfanda, V.L. Kassilya. — M.: Litterra. — 2007. — 232 s.
3. Davydovskiy I.V. *Patologicheskaya anatomiya i patogenez bolezney cheloveka* [Pathological anatomy and pathogenesis of human diseases]: Tom 1. — Moskva: Medgiz. — 1956. — 662 s.

К вопросу об организации отделений реабилитации для детей — реконвалесцентов инфекционных заболеваний

Е. В. Пронина¹, Н. В. Скрипченко¹, М. В. Иванова¹, Н. В. Гончар¹, М. К. Бехтерева¹,
И. В. Бабаченко¹, А. Г. Горячева¹, Н. В. Рогозина¹, О. Н. Владимирова²

ФГБУ Научно-исследовательский институт детских инфекций
Федерального медико-биологического агентства¹,
Санкт-Петербург, ФГБОУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов Минтруда России²

В последнее время актуальным направлением является разработка программ реабилитации второго этапа детей-реконвалесцентов инфекционных заболеваний. Целью данной работы является обоснование необходимости организации отделений реабилитации в детском инфекционном стационаре в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, поступивших на лечение в клинические подразделения ФГБУ «НИИДИ

ФМБА России» в 2011—2012 гг. Установлено, что среди обследованных 14 363 за 2 года пациентов (в год в среднем более 7000 детей) — около 40% (2800 больных в год) детей, кому необходимы реабилитационные мероприятия второго этапа в условиях стационара, в том числе проведение диетотерапии, ЛФК, физиотерапии и фармакотерапии. По профилю инфекционных больных для оказания реабилитационной помощи целесообразно организовать 2 отделения по 30 коек: для лечения детей с последствиями нейроинфекций и детей с соматической патологией. Организация двух отделений для проведения медицинской реабилитации второго этапа детям — реконвалесцентам инфекционных заболеваний с учетом рекомендуемых стандартов по оснащению, согласно Порядку организации медицинской реабилитации, позволит оказывать высокотехнологическую помощь пациентам и предупреждать развитие осложнений.

Ключевые слова: дети, инфекционные болезни, реабилитация, организация отделений реабилитации

The Organization of Rehabilitation Departments for Children — Convalescent Infectious Diseases

E. V. Pronina¹, N. V. Skripchenko¹, M. V. Ivanova¹, N. V. Gonchar¹, M. K. Bekhtereva¹,
I. V. Babachenko¹, L. G. Goriacheva¹, N. V. Rogozina¹, O. N. Vladimirova²

Scientific and Research Institute of Children's Infections¹, Sankt Petersburg, Russia
St. Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts Labor Russia²

Recently the actual direction is development of programs of rehabilitation of the second stage of recovering of infectious diseases children. The purpose of this work is justification of need of the organization of offices of rehabilitation in a children's infectious hospital according to Order of the organization of medical rehabilitation. The retrospective analysis of clinical records of the patients who have arrived on treatment in clinical divisions of Federal State Budgetary Institution of Research of Children's Infections of Russia in 2011—2012 is carried out.

It is established, that among surveyed 14 363 for 2 years of patients (in a year on the average more than 7000 children) — about 40% (2800 patients a year) children for whom rehabilitation actions of the second stage in the conditions of a hospital, including carrying out a diet therapy, physiotherapy exercises, physical therapy and pharmacotherapy are necessary. On a profile of infectious patients for rendering the rehabilitation help it is expedient to organize 2 offices on 30 beds: for treatment of children with consequences of neuroinfections and children with somatic pathology. The organization of two offices for carrying out medical rehabilitation of the second stage to recovering infectious diseases children taking into account recommended standards on equipment, according to the Order of the organization of medical rehabilitation, will allow to give high-tech help to patients and to prevent development of complications.

Keywords: children, infectious disorders, rehabilitation, organization of rehabilitation departments

Контактная информация: Пронина Елена Владимировна — д.м.н., проф., руководитель отдела реабилитации и восстановительной терапии НИИДИ; Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9; т. 8(921)313-67-63; (Pronina Elena — DMS, Professor, Scientific and Research Institute of Children's Infections, Sankt Petersburg); doktorpronina@list.ru

УДК 616.9-083

Инфекционные болезни относятся к самым частым и распространенным среди населения, в том числе, среди детей. После перенесенных инфекционных заболеваний нередко развиваются серьезные соматические и неврологические осложнения, что может привести к инвалидности пациентов, спровоцировать развитие других тяжелых заболеваний. Именно поэтому необходима система мероприятий по диспансеризации и реабилитации пациентов для целенаправленного предупреждения нежелательных последствий и восстановления нарушенных функций организма. Если вопросы реабилитации лиц трудоспособного возраста после перенесенных инфекционных заболеваний разрабатываются в нашей стране с 80-х годов XX столетия [1—3], то реабилитация инфекционных больных детского возраста является новым направлением.

Долгое время вопросы реабилитации инфекционных больных являлись второстепенными, так как основное внимание всегда обращалось на этиотропную терапию, в которой и достигнуты значительные успехи. Прививочная работа, целенаправленно проводимая в нашей стране и в других странах, привела к исчезновению многих опасных инфекционных заболеваний, ликвидации эпидемий, изменению клинических проявлений тяжелых инфекций [3]. Однако в последнее время изменился преморбидный фон пациентов, появились новые патогены, ранее неопасные для человека, актуальность проблемы сдвинулась в сторону вирусных инфекций. Сохраняется высокий уровень заболеваемости при ряде массовых и высококонтагиозных инфекций (острые кишечные инфекции, грипп и другие респираторные заболевания, менингококковая инфекция, вирусный гепатит). Полное выздоровление

больного, даже при применении высокоактивных средств, в конечном итоге зависит от мобилизации защитных сил организма — факторов неспецифической резистентности, адаптивного иммунитета и физиологических реакций, направленных на восстановление гомеостаза. Особенно это касается пациентов раннего детского возраста, у которых система иммунитета окончательно не сформирована, и существует реальная угроза развития осложнений и тяжелых последствий перенесенного инфекционного заболевания. При тяжелых бактериальных и вирусных инфекциях патогенетическая терапия имеет существенное значение и определяет выздоровление пациента. Применительно к инфекционным заболеваниям, которые протекают чаще остро и циклически, реабилитация означает не только борьбу организма с патогенным возбудителем, но и с теми последствиями, которые вызваны этой борьбой. Реабилитация может начинаться одновременно с лечением, может запаздывать, но не может опережать лечение. При этом лечение будет направлено на устранение возбудителя и последствия, вызванные им в организме, а реабилитация — на поддержание жизнедеятельности организма, улучшение адаптации больного к новым условиям, к окружающей среде, к социальным факторам. Медицинской реабилитацией в данном случае является комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание состоятельности организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического

процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [4,5].

Разработка мероприятий по реабилитации пациентов в возрасте до 18 лет с последствиями перенесенных инфекций является актуальной задачей и будет способствовать сохранению здоровья детского населения в целом.

Цель исследования: обоснование необходимости организации отделений реабилитации в детском инфекционном стационаре в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации [6].

Материалы и методы исследования

С целью изучения потребностей в реабилитационных мероприятиях у детей, перенесших инфекционные заболевания, проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, поступивших на лечение в отделения НИИДИ в 2011–2012 гг.

Результаты и их обсуждение

В отделение респираторных инфекций (ОРИ) поступило в 2011 г. 2305 детей, в 2012 г. — 2394, общее количество госпитализированных — 4699 человек. Среди поступивших детей в возрасте до 3 лет в 2011 г. было 1383, в 2012 г. — 1302 (57,1%). Госпитализация была обусловлена тяжестью состояния, связанной с ранним возрастом и осложнениями, развившимися в процессе заболевания. Наиболее частый основной диагноз при выписке — острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) — у 2517 (53,6%) детей, на втором месте по частоте инфекционный мононуклеоз — у 372 (8,0%) пациентов, на третьем — цитомегаловирусная инфекция — у 142 (3,0%) больных. В единичных случаях диагностированы ветряная оспа (32 человека за 2 года), парвовирусная инфекция В19 (6 детей), коклюш (14 случаев), корь (2 ребенка), лакунарная ангина и скарлатина (8 и 6 детей соответственно), энтеровирусная инфекция (11), в 2012 г. у 7 детей выявлена малярия.

У 1898 больных (40,4%) отмечалось осложненное течение заболевания. Наибольшее число осложнений развилось при ОРВИ: бронхит — у 732 детей (15,6%), пневмония — у 329 (7,0%), отит — у 242 (5,2%), ангина и гайморит — у 294 (6,3%) и 81 (1,7%) ребенка соответственно, инфекция мочевыводящих путей выявлена у 220 человек (4,7%). Тяжесть состояния и нарушения функций соответствующего органа или системы у детей с осложненным течением заболевания диктует необходимость проведения медицинской реабилитации как на первом этапе в остром периоде течения заболевания, так и на втором этапе в раннем восстановительном периоде и на третьем этапе в раннем и позднем реабилитационных периодах, в период остаточных явлений заболевания.

В отделение нейроинфекций (ОНИ) госпитализировано в 2011 г. 1420 детей, в 2012 г. — 1341 пациент, общее количество госпитализированных составило 2761 человек.

Среди поступивших на долю детей школьного возраста приходилось 629 человек в 2012 г., 638 — в 2011 г. — 45,8% от числа пролеченных за два года пациентов; доля дошкольного возраста составила 44,2%. Госпитализация была обусловлена тяжестью состояния, связанной с осложнениями, развившимися в процессе заболевания. У 233 человек (8,4%) диагностирован серозный менингит, преимущественно энтеровирусной этиологии, вирусный энцефалит — у 58 детей (2,1%), бактериальный менингит и менингоэнцефалит — у 91 и 26 пациентов соответственно (3,3 и 0,76%). Генерализованная форма менингококковой инфекции с поражением ЦНС выявлена в 73 случаях (2,6%), клещевой энцефалит и иксодовый клещевой боррелиоз — в 37 и 194 случаях соответственно (1,3 и 7,0%). Общее количество госпитализированных детей с инфекционным поражением ЦНС составило 712 человек (25,8%). Кроме того, в отделении обследовано и пролечено 579 детей (более 21%) с неинфекционным поражением нервной системы: с невралгией лицевого нерва — 203 ребенка (7,4%), с вегетососудистой дистонией — 108 человек (3,9%), с органическим поражением ЦНС — 17 детей (0,6%). У 78 детей (2,8%) диагностирован рассеянный склероз, у 49 (1,8%) — полиневропатия, перинатальное поражение ЦНС — у 124 (4,5%). Более половины из госпитализированных детей поступали с осложненными формами различных острых респираторных заболеваний и подозрением на нейроинфекции, в процессе обследования и лечения диагноз не подтвердился, однако на фоне ОРВИ отмечалось ухудшение симптомов перинатального поражения ЦНС. Реконвалесцентам нейроинфекций требуется проведение комплекса медицинской реабилитации, начиная с острого периода. По мере формирования отдаленных последствий в виде неврологических осложнений реабилитационный потенциал детей может уменьшаться, что определяет и снижение группы здоровья вплоть до инвалидизирующих расстройств. В реабилитационных мероприятиях также нуждаются дети с неинфекционными поражениями ЦНС и пациенты с осложненным течением ОРЗ.

В отделение кишечных инфекций (ОКИ) госпитализировано в 2011 г. — 2249 детей, в 2012 г. — 2927. Выписаны с полным выздоровлением из клиники 525 и 343 ребенка соответственно (всего 868, что составило 16,8%), с улучшением выписаны 613 и 786 детей (1399 — 27,0%), значительная часть пациентов была выписана с клиническим выздоровлением, состояние «без перемен» отмечалось у 48 и 61 ребенка соответственно (109 — 2,0%). Среди госпитализированных основное количество составили дети раннего возраста (до 3 лет) — 1242 человека в 2011 г. и 771 пациент в 2012 г., всего 2013 (38,9%). Больные поступали в отделение преимущественно в тяжелом и среднетяжелом состоянии, что было обусловлено синдромом дегидратации, токсикозом с эксикозом, фебрильными судорогами и сочетанием кишечной инфекции с ОРВИ и пневмонией или другими острыми инфекционными заболеваниями (коклюш, ветряная оспа, кандидоз, герпетическая инфекция). В результате внедрения комплекса современных методов этиологической диагностики доля рас-

шифрованных диарей в 2011 г. составила 69,0%, а в 2012 г. — 72,0%. В этиологической структуре доминировали вирусные гастроэнтериты — 72,0% — в 2011 г. и 65,0% — в 2012 г. соответственно. Среди бактериальных диарей лидирующие позиции занимали сальмонеллезная и кампилобактерная инфекция. Сопутствующие заболевания отмечались у 668 детей из 5176 (12,9%). Из них такие, как дискинезия желчевыводящих путей (79 пациентов), функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (73 ребенка), инфекция мочевых путей (35 больных), лямблиоз (47) и глистная инвазия (15), анемия (6), инфекционный мононуклеоз (20), atopический дерматит (9), хронический гастродуоденит (5), целиакия (1). При анализе историй болезни детей первого года жизни (средний возраст $7,74 \pm 0,3$ месяца) установлено, что сопутствующая соматическая патология имела у 694 (13,4%) из числа всех поступивших за 2 года детей грудного возраста: atopический дерматит — у 230 (33,3%) пациентов, судорожный синдром — у 193 (27,8%), анемия средней степени тяжести — у 154 (22,2%), врожденные пороки развития — у 116 (16,7%). Сопутствующая острая инфекционная патология имела у 1720 (36,6%) от числа всех пролеченных детей (респираторные инфекции, пневмония). Сопутствующая патология, выявляемая у 610 (13,0%) детей, в разной степени, но влияла на процесс выздоровления от острых кишечных инфекций. Только у 35 человек из 5176 госпитализированных (0,7%) необходимо было проведение реабилитационных мероприятий второго этапа в условиях стационара. Однако следует учитывать, что у некоторых больных осложнения в виде вторичной ферментативной недостаточности после перенесенной кишечной инфекции развивались после выписки в домашних условиях, и пациенты, число которых не удалось установить, направлялись в отделение как вновь поступившие.

В связи с резким снижением заболеваемости острыми вирусными гепатитами, как в стране, так и в Санкт-Петербурге, в НИИДИ в настоящее время нет специализированного клинического отделения вирусных гепатитов. Научный отдел вирусных гепатитов и заболеваний печени (ОГ) курирует профильных больных амбулаторно или в условиях дневного стационара, проводя большую работу по диагностике, лечению и реабилитации детей с самыми различными заболеваниями печени. При необходимости больные с острыми, а также с хроническими и аутоиммунными гепатитами для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе и высокотехнологической, госпитализируются в боксовое дифференциально-диагностическое отделение. За два года через эти подразделения прошло 1727 детей: в 2011 г. — 717 пациентов, в 2012 г. — 1010. Треть детей составили группу с хроническими гепатитами (ХГ): 358 (20,7%) человек с ХГС, 108 (6,3%) — с ХГ В, 8 (0,4%) — с ХГ микст (В + D и В + С), 47 (2,7%) — с аутоиммунным гепатитом и 38 (2,2%) с неverifiedированным ХГ. Наряду с вышеуказанными ХГ, у 70 (4,1%) детей выявлен неонатальный гепатит, у 50 (2,9%) — поражение печени на фоне цитомегаловирусной инфекции, у 25 (1,4%) — ВЭБ-инфекции, которые в

большинстве случаев имели хроническое персистирующее течение. Динамическое наблюдение также осуществлялось за больными с фиброзом и циррозом печени, таковых было соответственно 8 (0,5%) и 3 (0,2%) пациентов, болезнью Вильсона-Коновалова — 14 (0,8%) и гликогенозом — 5 (0,3%). Таким образом, группа больных с хроническим течением болезни включала 734 (42,5%) ребенка. Хроническое поражение печени аутоиммунного, обменного и инфекционного генеза разной степени активности приводит к стойким нарушениям функции печени от незначительных до выраженных, имеет сомнительный и неблагоприятный прогноз как для выздоровления, так, в ряде случаев, и для жизни ребенка, что требует постоянного диспансерного наблюдения и проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях.

Следует отметить, что среди консультируемых и пролеченных больных значительную часть составили дети с реактивным и токсическим гепатитом, различными поражениями гепатобилиарной системы — дискинезией желчевыводящих путей и сфинктера Одди, синдромом Жильбера, холециститом. Клинико-функциональное обследование позволило отнести данных пациентов ко 2 группе здоровья, поскольку выявленные нарушения функции печени и гепатобилиарной системы были оценены как нестойкие и незначительные. Эти пациенты имеют благоприятный клинический прогноз и высокий реабилитационный потенциал, но также требуют диспансерного наблюдения в условиях детской поликлиники по месту жительства. Среди обследованных пациентов существенно возросло число детей с ожирением и клинической картиной жирового гепатоза и стеатогепатита — 53 ребенка (3,1%). Эти дети требуют внимания, так как обменные нарушения у них развиваются в виде метаболического синдрома с полиорганной заинтересованностью с угрозой развития сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии и миокардиодистрофии и являются достаточно стойкими. В ряде случаев подобные нарушения имеют не только умеренную, но и высокую степень выраженности, что приводит к ограничениям жизнедеятельности по категориям передвижения, самообслуживания и обучения по возрасту. Такие дети могут быть направлены на освидетельствования в бюро МСЭ для определения инвалидности.

Таким образом, среди обследованных за 2 года 14 363 пациента (в год в среднем более 7000 детей) — около 40% (2800 больных в год) потенциальных реабилитантов — тех, кому необходимы реабилитационные мероприятия второго этапа в условиях стационара, в том числе проведение диетотерапии, ЛФК, физиотерапии и фармакотерапии (табл. 1). Настоящее исследование дает основание для организации отделений медицинской реабилитации в структуре научно-исследовательского института детских инфекций для детей-реконвалесцентов инфекционных заболеваний неврологического и соматического профиля в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации [6].

Таблица 1. Потребность в медицинской реабилитации детей-реконвалесцентов инфекционных заболеваний

Отделения	Кол-во пролеченных детей (n)			Дети до 3 лет (%)	Реабилитанты		Патология
	2011 г.	2012 г.	Всего за 2 года		Абс. Число за 2 года (n)	(%)	
Отделение респираторных инфекций	2305	2394	4699	57,1	1898	40,4	Пневмония, бронхит, отит, гайморит
Отделение нейроинфекций	1420	1341	2761	54,2	2761	100,0	Поражение ЦНС и периферической НС
Отделение кишечных инфекций	2249	2927	5176	38,9	35	0,7	Функциональные нарушения ЖКТ, atopический дерматит
Отделение гепатитов	717	1010	1727	28,1 (до 1 года)	690	40,0	Хроническое поражение печени вирусной, обменной, аутоиммунной природы
ИТОГО	6691	7672	14363	ок. 50%	5384	ок. 40%	

Таблица 2. Организация отделений реабилитации в инфекционном стационаре (в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации [6])

Отделения реабилитации	Профиль	Койки	Специалисты	Педиатр
1 отделение (неврологическое)	ЦНС	15	Невролог — 1	0,5
	Периф.НС	15	Невролог -1	0,5
2 отделение (соматическое)	Больные с поражением печени	10	Гепатолог -1	1
	Другая соматическая патология	20	Пульмонолог (иммунолог) — 1 Гастроэнтеролог — 1	2

По профилю инфекционных больных для оказания реабилитационной помощи целесообразно организовать 2 отделения по 30 коек: для лечения детей с последствиями нейроинфекций и детей с соматической патологией (табл. 2).

Медицинская реабилитация включает в себя [6]:

а) оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использова-

ния средств передвижения, протезирования и ортезирования;

в) оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз.

Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа:

а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;

б) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной те-

рапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому (медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза.

В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача и врачей-специалистов с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-рефлексотерапевтами, врачами мануальной терапии, врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, логопедами, учителями-дефектологами и другими специалистами, работающими в области медицинской реабилитации.

Реабилитационные мероприятия могут проводиться по показаниям в зависимости от этапа в разных формах:

а) в палате, где находится пациент, с использованием мобильного оборудования по лечебной физкультуре, по физиотерапии, психотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, логопедии;

б) в кабинетах (залах) лечебной физкультуры, медицинского массажа, психотерапии, медицинской психологии, физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, логопеда, учителя-дефектолога и других кабинетах специализированного отделения;

в) в отделениях (кабинетах) лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, медицинской психологии, дефектологии (логопедии).

Для медицинской реабилитации, проводимой в стационарных условиях (первый и второй этапы), направляются пациенты со значительными нарушениями функций при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), нуждающиеся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации.

Лечащий врач специализированного отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в рамках проведения ре-

абилитационных мероприятий осуществляет следующие функции: определяет факторы риска и ограничивающие факторы для проведения реабилитационных мероприятий; осуществляет постоянное наблюдение за изменением состояния пациента и эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий с соответствующей записью в истории болезни; организует реализацию индивидуальной программы реабилитации пациента на основании заключения специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады; осуществляет отбор и перевод пациентов в медицинские организации для продолжения проведения реабилитационных мероприятий.

Заключение

Обоснованным является организация двух отделений для проведения медицинской реабилитации второго этапа детям—реконвалесцентам инфекционных заболеваний с учетом рекомендуемых стандартов по оснащению, согласно Порядку организации медицинской реабилитации [6]. Это позволит оказывать как высокотехнологическую помощь пациентам, так и осуществлять профилактику осложнений инфекционных заболеваний и предупреждать хронизацию инфекционного процесса.

Литература:

1. Васин В.И., Молчанов Л.Ф., Успенский С.В. и др. Опыт работы реабилитационного отделения для лиц, перенесших вирусный гепатит: Сб. научных работ врачей ордена Ленина Ленинградского военного округа. — Л., 1984. — С. 21–22.
2. Лобзин Ю.В., Захаров В.И. Реабилитация и диспансеризация инфекционных больных. — СПб, 1984, Издательство «Гиппократ». — 216 с.
3. Покровский В.И. Социально-экономическая значимость инфекционных болезней. — М.: 1982. — С. 3–8.
4. Боголюбов В.Н. Медицинская реабилитация. Книга 1. — М.: Издательство «Бином», 2010. — 415 с.
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 22.11.2011
6. О порядке организации медицинской реабилитации: приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н // Российская газета (специальный выпуск), N 90/1, 25.04.2013

References:

1. Wasin V.I., Molchanov L.F., Uspensky S.V and other. [Experience rehabilitation for people who have had hepatitis] // Collection of scientific works of doctors order of Lenin, order of the Leningrad military district. — Leningrad, 1984. — S. 21–22. (In Russ.)
2. Lobzin J.V., Zakharov V.I. [Rehabilitation and prophylactic medical examination of infectious patients]. — SPb, 1984, Publishing House «Hippocrates». — 216 s. (In Russ.)
3. Pokrovsky V.I. [Socio-economic significance of infectious diseases]. — M. 1982. — S. 3–8. (In Russ.)
4. Bogolyubov V.N. [Medical rehabilitation]. Book 1. — M., 2010. — Publishing House «Binom». — 415 S. (In Russ.)
5. [On fundamentals of protection of health of citizens in the Russian Federation: Federal law dated November 21, 2011 N 323-FZ] // the Official Internet-portal of legal information www.pravo.gov.ru, November 22, 2011. (In Russ.)
6. [On the procedure of organization of medical rehabilitation: the order of Ministry of health of 29.12.2012 N n] // Rossiyskaya Gazeta (special issue), N 90/1, 25.04.2013. (In Russ.)