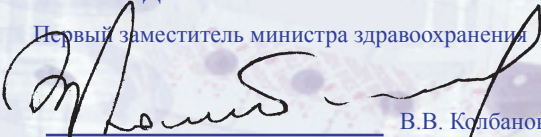


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

04 декабря 2002 г.

Регистрационный № 49-0302

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНЫХ  
ОТДЕЛЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

(инструкция по применению)

**Учреждение-разработчик:** Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации

**Авторы:** Э.Э. Вальчук, канд. мед. наук А.Н. Ильницкий, канд. мед. наук В.Д. Пилипенко

**Перейти к оглавлению**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....</b>	<b>3</b>
<b>ОТБОР И НАПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ САНАТОРИЕВ .....</b>	<b>6</b>
План обследования больного, подлежащего направлению на санаторный этап МР .....	7
<b>ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ИПР В САНАТОРИИ .....</b>	<b>8</b>
<b>ПОРЯДОК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ В ДИНАМИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВЫПИСКИ ИЗ САНАТОРИЯ.....</b>	<b>18</b>
Приложение 1 .....	21
Приложение 2 .....	22
Приложение 3 .....	26
Приложение 4 .....	30
Приложение 5 .....	31
Приложение 6 .....	35
Приложение 7 .....	36



В предлагаемой инструкции изложены основные аспекты организации и проведения медицинской реабилитации (МР) больных разного профиля в санаторных отделениях реабилитации Республики Беларусь. Материалы, изложенные в инструкции, помогут как практическим врачам, так и организаторам здравоохранения более точно представить себе роль и значение санатория в процессе МР, внедрить полученные знания в повседневную работу.

Инструкция состоит из четырех частей. Первая посвящена наиболее важным теоретическим положениям реабилитологии. Во второй части размещены сведения об отборе больных и основные требования к обследованию при направлении на санаторный этап МР. Третья часть инструкции содержит сведения о принципах составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) в санатории. В четвертой части изложены основы врачебного контроля в ходе проведения МР.

## **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Основными теоретическими положениями реабилитологии являются концепция последствий болезни и учение о саногенезе.

Концепция последствий болезни изложена в Международной номенклатуре дефектов, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Согласно этой концепции любое патологическое состояния (травма, острое или хроническое, врожденное или приобретенное заболевание) вызывает последовательные нарушения функционирования отдельных органов (1 уровень последствий), изменения нормальной деятельности целостного организма (2 уровень), снижение степени социальной адаптации больного или инвалида (3 уровень).

Первый уровень последствий болезни характеризуется повреждением или дефектом, под которым понимают любую утрату или аномалию анатомических, физиологических, психологических структур или функций. Примером последствий первого уровня может служить артериальная гипертензия, деформирующий остеоартроз с начальными рентгенологическими изменениями без ограничения функций сустава.

Второй уровень последствий — это ограничения жизнедеятельности целостного организма, то есть возникающие в результате повреждения утрата или снижение возможности осуществлять повседневную деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества. Например, вследствие прогрессирования деформирующего остеоартроза развивается ограничение функции суставов второй-третьей степени, что является причиной ограничения возможности выполнять обычные трудовые мероприятия, бытовые обязанности и пр.

Третий уровень последствий болезни представляет собой социальные ограничения — возникающие вследствие повреждения и нарушения жизнедеятельности препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

В последнее время в реабилитологии введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». Качество жизни (КЖ) определяется как степень удовлетворенности больным человеком (инвалидом) своим физическим, умственным и социальным положением. Именно степень ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности определяют КЖ данного пациента. Взаимосвязь патологического процесса и его последствий представлена на рис. (Jette A., 1994).



*Взаимосвязь патологического процесса и его последствий*

Основная задача МР — преодоление последствий болезни и улучшение на этой основе бытовой и социальной активности больного человека, то есть КЖ. Достигается это путем воздействия на саногенетические механизмы, которые развиваются при любом патологическом процессе одновременно с патогенетическими.

Саногенез — это динамичный комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм различных патогенных раздражителей и развивающихся параллельно с патологическими процессами (на всем протяжении заболевания от предболезни до выздоровления), направленных на восстановление нарушений саморегуляции организма.



## Организационно-методические аспекты проведения медицинской реабилитации ...

Саногенез способствует локализации патологического процесса и восстановлению нарушенных функций. Он протекает на различных уровнях организации целостного организма и характеризуется стадиязависимостью.

Основными путями саногенеза являются компенсация, реституция, иммунитет.

Индукция и поддержание восстановительных саногенетических процессов производится преимущественно физическими методами: кинезотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, трудотерапевтические мероприятия, климатолечение, бальнеотерапия и пр. Современные подходы к проведению МР требуют комплексного, сочетанного воздействия на пациента многими средствами, вовлечения в процесс МР всех этапов организации медицинской помощи — стационарного, поликлинического и санаторного. Система подразумевает дифференцировку этапов по целям, задачам, содержанию и применяемым методам (см. табл.).

### Система этапной медицинской реабилитации

	Этапы медицинской реабилитации		
	стационарный	поликлинический	санаторный
Цель этапа	базисная поддерживающая реабилитация	восстановление нарушенных функций при остром заболевании или обострении хронического	консолидация ремиссии
Задача этапа	создание долговременной компенсации, бытовая и социальная адаптация; кинезотерапия, трудотерапия	начало компенсации и реституции поврежденных структур и функций; медикаментозное лечение	повышение адаптивного потенциала, иммунитета; климатотерапия, талассотерапия
Основные методы медицинской реабилитации	эрготерапия, психотерапия, образовательные программы, физиотерапия, рефлексотерапия, медикаментозное лечение	оперативное лечение, кинезотерапия, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, психотерапия	водолечение, бальнеотерапия, грязелечение, кинезотерапия, массаж, аппаратная физиотерапия, психотерапия

## **ОТБОР И НАПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ САНАТОРИЕВ**

Больных с определенными нозологиями (приложение 1) направляют в специализированные отделения МР санаториев непосредственно после стационарного лечения, амбулаторного долечивания или с амбулаторного этапа МР с открытым больничным листом.

Вопрос о направлении больного на санаторный этап реабилитации решается врачебно-консультативной комиссией (ВКК) стационара или поликлиники с учетом степени восстановления функций после перенесенного острого заболевания (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и пр.) или оперативного вмешательства (например, после холецистэктомии, протезирования крупных суставов конечностей и пр.), реабилитационного потенциала, возраста пациента.

Путевки в отделения МР санаториев оплачиваются за счет средств государственного социального страхования и выдаются больным бесплатно через лечебно-профилактические учреждения. Право на получение путевок в отделение МР санаториев имеют больные, подлежащие обязательному государственному социальному страхованию, самостоятельно уплачивающие страховые взносы в Фонд социальной защиты населения, учащиеся профессионально-технических училищ, средних специальных и высших учебных заведений, а также дети, страдающие эндокринологическими заболеваниями (отделения МР детских санаториев). Выдача путевки в отделение МР не лишает права получения путевки на санаторно-курортное лечение и оздоровление за счет средств государственного социального страхования или средств республиканского бюджета, а также выплату компенсации за неиспользованную путевку в соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС». В отделения МР санаториев больные направляются непосредственно после стационарного лечения (все профили); после амбулаторного долечивания (кардиологический, неврологический, ортопедотравматологический профили, дети, страдающие эндокринологическими заболеваниями); после амбулаторного этапа лечения, без предварительной госпитализации в стационар (пульмонологический и нефрологический профили, дети, страдающие эндокринологическими заболеваниями).

На санаторный этап МР направляются больные преимущественно трудоспособного возраста с учетом показаний и противопоказаний к МР на санаторном этапе (приложения 2, 3). В детские отделения МР санаториев направляются дети в возрасте 6–18 лет, при сахарном диабете с 10 лет (до 10-летнего возраста допускается направление в реабилитационные отделения санаториев для родителей с детьми).



При направлении в санаторий лечебно-профилактическим учреждением больному выдаются заполненная санаторная путевка; листок нетрудоспособности; выписка из истории болезни (амбулаторной карты)<sup>1</sup> (приложение 7).

Листок нетрудоспособности о лечении в стационаре (поликлинике) выдается с пометкой в графе «приступить к работе» — «направлен в санаторий и его название». В листке нетрудоспособности, выданном для лечения в санатории, в графе «особые отметки» указываются даты начала и окончания срока путевки; в графе «освобожден от работы» при необходимости указывается один день на дорогу; в следующей строке этой графы указывается дата начала путевки; в графе «режим» — «реабилитационный». По окончании лечения в санатории в листке нетрудоспособности проставляются даты фактического прибытия и убытия больного из санатория (в графе «особые отметки»). Эта запись заверяется подписью главного врача или его заместителя по медицинской части и скрепляется печатью санатория. Листок нетрудоспособности закрывается ВКК лечебно-профилактического учреждения по месту жительства, закрепления или по месту работы с учетом фактического срока лечения в санатории (при необходимости добавляется один день на дорогу).

### **План обследования больного, подлежащего направлению на санаторный этап МР**

При направлении в санаторий необходимо наличие общих анализов крови и мочи, биохимического исследования сыворотки крови, электрокардиограммы в стандартных и грудных отделах, флюорограммы, данных нагрузочных проб. При ряде нозологических форм протокол обследования при направлении в санаторий расширяется (приложение 4).

Целью санаторной МР является консолидация ремиссии и стабилизация состояния больного (как в случае наличия у него хронической патологии, так и в период выздоровления после перенесенного острого заболевания или оперативного вмешательства). Для этого в санатории применяются меры прежде всего активирующего кинезотерапевтического плана.

---

<sup>1</sup> Выписка заверяется подписью лечащего врача (заведующего отделением) и заместителем главного врача по МСЭиР, скрепляется печатью лечебного учреждения (приложение 7). При направлении пациента из стационара копия выписного эпикриза направляется в адрес амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства или по месту работы, в котором делается отметка о направлении больного на санаторный этап медицинской реабилитации с указанием наименования санатория и срока лечения.

Проведенный комплекс обследования при направлении в санаторий должен свидетельствовать о том, что состояние пациента позволит ему адекватно переносить нагрузочные мероприятия санаторно-курортного лечения. Наиболее чувствительными и специфическими являются нагрузочные тесты, позволяющие оценить уровень физической работоспособности (велоэргометрия, лестничная проба, нагрузочная информационная проба и др.).

## **ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ИПР В САНАТОРИИ**

Основным документом, который регламентирует процесс оказания реабилитационной помощи, является ИПР (санаторный этап) (приложение 5).

ИПР — это перечень медицинских мероприятий, которые в совокупности максимального восстановления нарушенных вследствие болезни или травмы функций способствуют выздоровлению больного (инвалида) и его социальной интеграции.

К методам относятся климатотерапия, лечебная физическая культура, лечебное питание, водолечение, теплотечение, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, фитотерапия, психотерапия. Все они обладают выраженным неспецифическим эффектом, длительным периодом последствия, что в полной мере отвечает целям МР в санатории.

Наиболее важным природным фактором реабилитации, специфичным для санатория, является климатотерапия.

Климатотерапия — использование влияния различных метеорологических факторов и особенностей климата данной местности, а также специально дозированных климатических воздействии (климатопродур) в реабилитационных целях.<sup>2</sup> Период сильной биологической активности солнечной ультрафиолетовой радиации длится с начала апреля до второй половины августа. Продолжительность теплого периода составляет 225–260 дней. Климатическое лечение складывается из специальных дозируемых воздействий — климатопродур. В белорусских санаториях основными из них являются аэротерапия (использование в профилактических, лечебных и реабилитационных целях атмосферного воздуха) и гелиотерапия (использование солнечных лучей с лечебной и профилактической целью).

---

<sup>2</sup>Климат Беларуси является переходным от морского к континентальному, представляет собой сочетание мягкого климата приморской полосы и континентального Восточно-Европейской равнины. Он умеренно теплый, с мягкой зимой, умеренно жарким летом, несколько прохладной весной и теплой осенью. Среднегодовая температура +6. Среднее количество осадков в год составляет 550–650 мм. Ветры обычно слабые до 5 м/с.



При назначении климатотерапевтических мероприятий достигаются следующие общие эффекты. Во-первых, оптимизация деятельности сердечно-сосудистой и дыхательных систем, в основном за счет компенсации механизмов захвата, транспорта и выделения кислорода. В итоге менее эффективные функциональные системы компенсации (повышение минутного объема за счет увеличения частоты сердечных сокращений и поддержание вентиляции за счет гиперпноэ) сменяются более эффективными. Происходит также улучшение деятельности центральной нервной системы за счет улучшения компенсаторных реакций головного мозга. Под влиянием климатотерапии увеличивается пульсовое кровенаполнение, венозный отток, трофика нейроцитов, улучшается биоэлектрическая активность головного мозга. Одновременно повышается неспецифическая резистентность и иммунитет. Важным механизмом повышения общей сопротивляемости является термоадаптация. Основой климатотерапии является аэротерапия. В комплекс аэротерапии входят аэрофитотерапия и аэроионотерапия. *Аэрофитотерапия* — вдыхание воздуха, содержащего летучие ароматические вещества, выделяемые растениями (фитонциды, чернены, эфирные масла и пр.). Для проведения этого вида аэротерапии больные размещаются в специальных зонах парков, лесов, в которых растут растения, выделяющие вещества, обладающие благоприятным влиянием. *Аэроионотерапия* — вдыхание воздуха, содержащего электрически заряженные газовые молекулы (аэроионы). Достаточное количество аэроионов находится вблизи водных источников, особенно падающих каскадов (естественные или искусственные водопады).

*Аэротерапия* может проводиться круглосуточно. При этом она включает длительное пребывание, в том числе сон на открытых верандах, балконах, в специальных климатопавильонах. Может проводиться также в палатах при открытых дверях, окнах, фрамугах.

Процедуры аэротерапии показаны реконвалесцентам после острых заболеваний, в фазе ремиссии хронических заболеваний органов дыхания, кровообращения, нервной системы.

*Гелиотерапия* подразделяется в зависимости от физических условий освещения на суммарную, ослабленную и рассеянную. При солнечных ваннах суммарной радиации прямым светом облучаются все участки тела пациента; ослабленной радиации — под тентами и экранами, что снижает интенсивность падающего на пациента солнечного излучения; рассеянной радиации — исключается облучение прямыми солнечными лучами, больной подвергается действию солнечной радиации, идущей от неба.

По локализации солнечного света гелиотерапия делится на общую и местную. Общая гелиотерапия характеризуется тем, что пациент облучается полностью, при местных солнечных ваннах облучению подвергаются отдельные участки тела («воротниковая зона», «пояс» и пр.).

Гелиотерапия показана при гиповитаминозе, кожной патологии (псориаз), вяло заживающих язвах, переломах костей, неспецифических заболеваниях легких, патологии системы кровообращения с недостаточностью кровообращения не выше 1 стадии, функциональных заболеваниях нервной системы.

Противопоказаниями к гелиотерапии служат все заболевания в острой фазе, кровоточивость, артериальная гипертензия высокой степени с множественными факторами риска, тяжелая бронхиальная астма, опухоли, патология крови.

*Талассотерапия* — лечебное применение морских купаний. В широком понимании включает в себя использование природных физических факторов, связанное с пребыванием на побережье морей, рек, озер и других водоемов. При купаниях на организм одновременно действуют термические, механические и химические факторы воды. Основными лечебными эффектами являются тонизирующий, адаптогенный, метаболический, трофический, актопротекторный, вазоактивный.

*Бальнеотерапия* — метод восстановления нарушенных функций организма минеральными водами. Бальнеотерапия широко используется в комплексной терапии больных. Она подразделяется на наружную (общие и местные ванны, души, купания, подводные вертикальные вытяжения позвоночника в бассейнах с минеральной водой); внутреннюю (питье, промывание желудка, кишечника, микроклизмы и др.). В санаториях Республики Беларусь минеральные воды применяют преимущественно внутрь для промывания желудка, дуоденального дренажа, орошений полости рта и десен, ингаляций, ректальных и вагинальных орошений. Основной формой внутреннего применения минеральных вод является питьевое лечение. Для этого рекомендуют воды малой (2–5 г/л) и средней (5–12 г/л) минерализации, а также воды с активными микроэлементами или органическими веществами. Воды слабой минерализации используются как столовые.

Минеральная вода характеризуется повышенным содержанием минеральных или органических компонентов и обладает специфическими физико-химическими свойствами. На территории республики обнаружены минеральные воды различного ионно-солевого и газового состава. Широкое распространение в бальнеологии получили углекислые, кислородные, сульфидные, радоновые, йодобромные и другие минеральные воды.



### *Организационно-методические аспекты проведения медицинской реабилитации ...*

Углекислые ванны оказывают многообразное воздействие на организм: стимулируют резервные силы сердца и кровеносных сосудов (усиливается систола, удлиняется диастола, ускоряется кровоток, улучшается кровоснабжение сердечной мышцы, усиливается капиллярное кровообращение и кровообращение во всем микроциркуляторном русле, улучшаются гуморальные механизмы регуляции коронарного кровоснабжения. повышается сократительная функция миокарда). Способствуя повышению концентрации  $\text{CO}_2$  в крови, углекислые ванны оказывают возбуждающее влияние на центральную нервную систему, усиливают функцию внешнего и тканевого дыхания. Кислородные ванны оказывают благоприятное действие на функциональное состояние центральной нервной системы, улучшают гемодинамику. Эти ванны полезны при наличии явной или скрытой кислородной недостаточности, являющейся следствием ишемической болезни сердца. Сульфидные ванны оказывают выраженное влияние на сердечно-сосудистую систему: расширяются действующие и раскрываются новые капилляры и другие сосуды микроциркуляторного русла, происходит гиперемия кожи, улучшается местная и общая гемодинамика, урежается пульс, дыхание становится более глубоким и замедленным. Усиливается метаболизм, активизируются процессы иммуногенеза.

Действие радоновых ванн обусловлено образующимися при распаде радона и его дочерних продуктов  $\alpha$ - и  $\beta$ -частицами и  $\gamma$ -квантами, облучающими как кожу, так и (в меньшей степени) внутренние органы. Ионизация молекул воды под действием излучения способствует образованию перекисей, оказывающих активизирующее действие на клетки и ткани организма, что стимулирует адаптационно-защитные механизмы, вызывает анальгезирующее и противовоспалительное действие. При этом за счет усиления процессов торможения в коре головного мозга возникает седативное действие, улучшается сон. Радоновые ванны невысоких концентраций повышают клеточный метаболизм, при высоких концентрациях радона в связи с увеличением радиоактивного облучения клетки процессы внутриклеточного дыхания угнетаются, и уровень метаболических процессов понижается.

При приеме йодобромных ванн отмечается их регулирующее влияние на нарушенные функции щитовидной железы и гипофизарно-надпочечниковой системы. Являясь биологически активным элементом, ионы йода проникают во внутреннюю среду организма и поглощаются щитовидной железой, активизируя ее функцию и нормализуя основной обмен. Эти ванны вызывают уравнивание основных нервных процессов в коре головного мозга — возбуждения и торможения, — усиливая процессы торможения у больных с функциональными нарушениями нервной системы. В связи с нормализацией основного обмена усиливается потребление кислорода тканями, увеличивается коэффициент его использования.

Саногенетические эффекты внутренней бальнеотерапии обеспечивают реституцию моторной и секреторной активности полых органов желудочно-кишечного тракта, реституцию синтеза локальных регуляторных факторов, способствующих нормализации выделения желчи и панкреатическую секрецию.

Употреблять минеральную воду следует натощак, поскольку это облегчает ее контакт со слизистыми оболочками, доза составляет обычно 0,5–1 стакан.

Показания к внутренней бальнеотерапии широки. К ним относят хроническую гастродуоденальную патологию, заболевания гепатобилиарной сферы, нарушения обменных процессов — ожирение, сахарный диабет, подагра, патологию мочеполовой системы — пиелонефриты, циститы, мочекаменная болезнь и пр.

*Грязелечение* — применение с целью восстановления нарушенных функций лечебных грязей (пелоидов). Грязи применяются в виде общих грязевых ванн и местных аппликаций. Продолжительность процедуры составляет обычно 15–20–30 мин. Возможны другие методики: применение грязей в виде полостных тампонов (ректальных, влагалищных), сочетание грязелечения с аппаратными методами воздействия — гальваногрязелечение (в сочетании с гальванизацией), грязеиндуктотермия и пр.

Саногенные эффекты пелоидотерапии многообразны. Наиболее важный из них — выработка терморегуляторного рефлекса, включающего в реакцию организма различные уровни многоконтурной нейрогуморальной системы с множеством «обратных связей», который направлен на адаптацию организма к меняющимся внешним температурным условиям. Из локальных эффектов большое клиническое значение имеет противовоспалительный, рассасывающий (по отношению к рубцам и спайкам), десенсибилизирующий, антиспастический (по отношению к гипертонусу мышц), иммунокорректирующий, а также стимулирующий репаративные процессы в тканях и органах эффекты.

Показаниями к грязелечению являются воспалительные и дистрофические поражения, последствия травм опорно-двигательной системы; заболевания и последствия травм периферической нервной системы, длительно незаживающие трофические язвы, гинекологические заболевания, хронические неспецифические заболевания легких.

Грязелечение противопоказано при активной фазе воспалительных процессов, склонности к кровотечениям, злокачественных новообразованиях, коронарной недостаточности, гипертиреозе.



*Лечебная физкультура (ЛФК)* — эффективный метод МР, обладающий универсальным реабилитационным и саногенным эффектами. Значимость применения ЛФК в санатории связана с тем, что этот метод является основным в поддерживающей терапии пациентов с хронической патологией, а также важным средством активации больных после перенесенного острого заболевания.

В основе саногенного влияния ЛФК находится стимуляция преимущественно механизмов компенсации. ЛФК также закрепляет стабильность МР, активно развивает приспособительные процессы, усиливает адаптационные процессы, нейтрализует отрицательное влияние гипокинезии на сосудистый тонус, кровообращение, внешнее дыхание, обменные процессы, состояние высшей нервной деятельности.

В санаторной ИПР необходимо планировать такие формы ЛФК, как групповая лечебная гимнастика, режим двигательной активности (дозированная ходьба, терренкур и др.).

Основной формой ЛФК в санатории является групповая лечебная гимнастика (ГЛГ).

Каждое занятие ГЛГ должно состоять из 3 этапов.

Первый этап вводный, он носит характер разминки и имеет целью подготовку занимающихся к выполнению специальных упражнений. Он занимает 10–20% времени.

Основной этап занимает 60–80% времени и состоит из специальных упражнений на восстановление нарушенных функций и их совершенствование или компенсацию утраченных функций. Специальные упражнения должны сочетаться с общеразвивающими, физиологическая нагрузка на этом этапе максимальна.

Заключительный раздел ГЛГ занимает 10–20% времени, при этом необходимо постепенно снижать нагрузки, для чего используют медленную ходьбу, углубленное дыхание, упражнения на внимание и координацию.

Плотность занятий ГЛГ (время фактического выполнения упражнений в процентах от общей продолжительности занятия) в санатории должна достигать 80%.

Интенсивность занятий должна соответствовать уровню пороговой величины толерантности к физической нагрузке, от 30–40% в начале и до 80–90% в конце курса МР в санатории. Фоновые нагрузки (около 50% пороговой величины в течение основного времени занятий) могут чередоваться с пиковыми нагрузками (70–80% от величины пороговой нагрузки по 3–5 мин до 5–6 раз в течение занятий).

Одной из форм проведения кинезотерапии является режим двигательной активности. Для санаторных больных применяют щадящий, щадяще-тренирующий, тренирующий режимы.

Щадящий режим — режим малой физической нагрузки. В период занятий утренней гимнастикой и ГЛГ допускается учащение пульса на 30–32 удара в 1 мин, дозированная ходьба по ровной местности от 1,5 км до 3 км в медленном и среднем темпе. Общее время ходьбы — 30–60 мин с отдыхом каждые 20 мин. Купание и плавание в открытых водоемах при температуре воды не ниже 20° С Спортивные игры, дальние экскурсии, туризм исключаются.

Щадяще-тренирующий режим — режим средней физической нагрузки. В период занятий утренней гимнастикой и ГЛГ допускается учащение пульса на 42–48 ударов в 1 мин и увеличение систолического АД на 30 мм рт. ст. Используют упражнения с предметами массой до 3 кг и упражнения на снарядах, длительность занятий — до 45 мин, плотность занятий может достигать 75%. Используют дозированную ходьбу по ровной местности в среднем и быстром темпах, дозированное восхождение (терренкур) с углом подъема 5–10 градусов на расстояние до 2–3 км в течение 40–60 мин. Допускаются лыжные прогулки при температуре не ниже –10–12° С на дистанцию 8–15 км, плавание при температуре воды выше 20° С 10–30 мин, гребля до 20–30 мин в темпе 20–25 гребков в минуту. Спортивные игры проводят по облегченным правилам: волейбол, бадминтон, теннис, настольный теннис.

Тренирующий режим — режим большой нагрузки назначается лицам без выраженных отклонений в состоянии здоровья и физического развития, с умеренными возрастными изменениями и при минимальных отклонениях со стороны функций органов и систем. Рекомендуются обязательная гимнастика, дозированная ходьба и бег, спортивные игры по общим правилам, терренкур.

Важнейшим элементом ЛФК в санатории является ходьба. Она может быть очень медленная — 2,5–3 км/ч; медленная — 3–3,5 км/ч; средняя — 4–5,6 км/ч; быстрая — 5,6–6,4 км/ч.

Мы уже отмечали, что ЛФК — это универсальный метод МР, поэтому показания и противопоказания к его применению и МР в целом совпадают.

Важным разделом ИПР является сочетание ЛФК с другими методами МР. ЛФК — это составная часть комплексной МР, поэтому необходимо правильно определить последовательность применения методов МР. Так, например, индуктотермия, парафиновые и грязевые аппликации должны предшествовать занятиям лечебной гимнастикой, а лекарственный электрофорез и фонофорез, кроме использования анальгезирующих средств, следует применять спустя 20–30 мин после занятий ЛФК. Массаж и электростимуляцию мышц рекомендовано проводить до ЛФК. Утренняя гимнастика за 30–60 мин до приема общих минеральных ванн усиливает их действие. После приема этих ванн занятия ЛФК, как и другие лечебные процедуры, можно применять не раньше чем через 2–4 ч.



Однако при полиартритах, артрозах и контрактурах целесообразно сочетать общие минеральные ванны со специальными гимнастическими упражнениями спустя 5–7 мин после начала ванны и продолжать до ее окончания.

*Аппаратная физиотерапия* (АФ) должна широко использоваться в практике МР в условиях санатория. АФ обладает способностью формирования системной приспособительной реакции, имеющей саногенное значение. В ИПР необходимо учитывать следующие основные методы физиолечения:

1. Постоянный ток низкого напряжения: гальванизация, лекарственный электрофорез. Под влиянием гальванизации усиливается крово- и лимфообращение, стимулируются обменно-трофические процессы, повышаются секреторные функции желез, проявляются болеутоляющие действия.

2. Лекарственный электрофорез применяется значительно чаще и представляет собой сочетание (одновременно) воздействия постоянного тока и поступающего вместе с ним в организм небольшого количества лекарственных веществ. Лекарственные вещества, вводимые с помощью гальванического тока, образуют в эпидермисе своеобразное депо, откуда постепенно вымываются крово- и лимфотоком и разносятся по организму.

3. Импульсные токи: электросон, короткоимпульсная электроанальгезия, диадинамотерапия, интерференция, амплипульстерапия, электростимуляция.

Электросон — воздействие импульсным током малой интенсивности с целью нормализации функционального состояния ЦНС через рецепторный аппарат головы.

Короткоимпульсная электроанальгезия заключается в возбуждении отдельных участков тела очень короткими биополярными импульсами при частотах до 150 Гц, когда возбуждаются только чувствительные нервы. Метод можно рассматривать как средство симптоматического болеутоления при недлительно существующих болях ограниченного характера.

Диадинамотерапия — лечение постоянными токами полусинусоидальной формы при непрерывном чередовании коротких и длинных периодов.

Интерференция — лечебное применение низкочастотных токов. Они оказывают менее интенсивное возбуждающее действие, чем постоянные токи, используются при заболеваниях периферической нервной системы в основном в подострой стадии процесса.

Амплипульстерапия — лечение синусоидальными модулированными токами. Метод успешно используется для лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы и заболеваниями внутренних органов.

### *Организационно-методические аспекты проведения медицинской реабилитации ...*

Электростимуляция — применение электрического тока для возбуждения или усиления деятельности определенных органов и систем (электростимуляция сердца, электростимуляция двигательных нервов и мышц).

4. Токи высокой частоты: дарсонвализация, токи надтональной частоты. Дарсонвализация — лечение электрическими и электромагнитными колебаниями высокой частоты, высокого напряжения и малой силы. Оказывают болеутоляющее действие, уменьшают спазм сосудов и сфинктеров, ускоряют грануляцию тканей, усиливают обменные процессы.

Токи надтональной частоты — используется переменный ток высокой частоты, способствует большому теплообразованию в тканях организма.

5. Электрическое, магнитное поле: франклинизация, магнитотерапия, электрическое поле ультравысокой частоты, индуктотерапия.

Франклинизация (постоянное электрическое поле высокого напряжения) — под влиянием статического электричества в коже возникают сосудистые реакции, активизируются функции вегетативной нервной системы, стимулируются кроветворение и процессы обмена веществ, оказывается некоторое бактерицидное действие.

Магнитотерапия — лечебный метод, в основе которого лежит воздействие на ткани больного постоянным или переменным низкочастотным полем. В результате магнитотерапии понижается эмоциональная напряженность, нормализуется сон, улучшается кровообращение, трофика тканей, уменьшается экссудация и отечность тканей, возникает гипотензивный эффект.

Электрическое поле ультравысокой частоты обладает противовоспалительным, болеутоляющим действием, улучшает кровообращение и функцию нервной системы.

Индуктотерапия — лечебное применение высокочастотного тока. При возбуждении средней интенсивности усиливается кровообращение, интенсивнее протекают обменные процессы, усиливается гликогенообразовательная и желчевыделительная функции печени, активизируется фагоцитоз, рассасываются воспалительные очаги, понижается тонус гладкой мускулатуры стенки сосудов, понижается возбудимость ПНС. Проявляется болеутоляющее действие.

6. Механические колебания: вибротерапия, ультразвуковая терапия.

Вибротерапия — применение с лечебной целью механических колебаний низкой частоты. Лечебное действие вибраций низкой частоты вызывается механическим возбуждением рецепторов, а также периодическими сжатиями и растяжениями тканей. Под влиянием вибраций улучшается функциональное состояние центральной нервной системы, тонус тканей, состояние симпатико-адреналовой системы, кровообращения, обменных процессов, проявляется болеутоляющее действие.



Ультразвуковая терапия — применение с лечебной целью механических колебаний высокой частоты. Под их влиянием в мягких тканях происходит расширение кровеносных сосудов и в них усиливается кровоток, возбуждаются нервные структуры, проявляется болеутоляющее действие, активизируются жизненные процессы.

7. Светолечение, лазеротерапия: инфракрасное излучение, ультрафиолетовое излучение, лазерное излучение.

Инфракрасное излучение — лечебное действие заключается в облучении ими определенных участков тела. Они ускоряют движение электронов и в конечном итоге вызывают тепловой эффект: их называют тепловыми лучами. Проникая на 2–3 см в глубину тканей, они усиливают тканевый обмен, оказывая транквилизирующее и болеутоляющее действие.

Ультрафиолетовое излучение — небольшие дозы УФ-облучения стимулируют кроветворение после тяжелых инфекционных болезней и при других вторичных анемиях. При эритемных дозах УФ-облучений проявляется заметное анальгезирующее действие, выраженное десенсибилизирующее, витаминизирующее действие.

*Рефлексотерапия* — метод целенаправленного воздействия на организм различными физическими факторами, что приводит к раздражению рецепторов кожи и глубже лежащих тканей. Для проведения рефлексотерапии чаще всего используются специальные иглы — иглорефлексотерапия. Саногенные и адаптивные эффекты рефлексотерапии заключаются в том, что на местном, сегментарном и надсегментарном уровнях развиваются рефлекторные нейрогуморальные ответы, которые захватывают гипоталамо-гипофизарную систему, систему эндогенной регуляции боли. Происходит стимулирование образования эндокефалинов и других субстанций, обеспечивающих переход организма на более выгодные пути поддержания энергетического гомеостаза.

*Мануальная терапия.* Основана на ручном воздействии на различные участки тела для устранения боли и восстановления подвижности в заблокированных суставах, чаще всего позвоночника.

Функциональная блокада — это обратимое ограничение подвижности сустава, связанное с рефлекторной перестройкой деятельности околосуставного связочно-мышечного аппарата, вызванное чаще всего перегрузкой либо неадекватной нагрузкой на сустав, микротравмами, рефлекторными влияниями при патологии позвоночника, внутренних органов и других систем, а также дегенеративными изменениями в самом суставе.

Мануальная терапия показана при вертеброгенной патологии с обнаруженными в процессе мануального обследования функциональными блокадами позвоночно-двигательных сегментов и проводится в следующей последовательности: релаксация (общая и регионарная), мобилизация и манипуляции.

*Психотерапия* должна стать обязательным компонентом ИПР санаторного больного. Психотерапевтические мероприятия обладают большим саногенным потенциалом. Они способствуют созданию условий для охранительного торможения в коре головного мозга, выработке компенсации и активного уравнивания процессов высшей нервной деятельности с условиями окружающей среды. Психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на коррекцию «внутренней картины болезни», устранение психогенных факторов отягощения течения болезни, выработку адекватного отношения пациента к своему заболеванию, создание установки на проведение реабилитации.

Рекомендуются такие методы психотерапии, как психотерапевтическое убеждение, функциональная тренировка, внушение в бодрствующем состоянии, гипнотерапия, аутогенная тренировка.

В качестве психотерапевтических мероприятий может рассматриваться обучение больного. Оно проводится лечащим врачом и имеет целью сообщение больному необходимой информации о его заболевании, обучение методам самоконтроля, выработку мотивации на участие в МР, выработку партнерских отношений с медицинским персоналом.

## **ПОРЯДОК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ В ДИНАМИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВЫПИСКИ ИЗ САНАТОРИЯ**

Диагностические мероприятия в санатории должны быть ориентированы на динамическое наблюдение за ходом МР, за переносимостью отдельных ее методов для своевременной коррекции реабилитационных программ.

Выделяются три типа возможных патологических реакций на элементы климатотерапии:

1. Слабо выраженные (1 ст.) — субъективные симптомы (головная боль, диссомния, боль в суставах, мышцах, кардиологии) без отклонений в физикальном статусе, что можно расценить как вегетативную дисфункцию.



2. Средневыраженные реакции (2 ст.) — характеризуются присоединением интеркуррентной патологии (чаще респираторные заболевания), которая не отражается на течении основного заболевания, длятся до 3–5 дней.

3. Сильно выраженные реакции (3 ст.) — проявляются обострением основного заболевания (гипертонический криз, учащение приступов стенокардии, усиление и увеличение продолжительности суставных болей и пр.).

Реакции на проведение бальнеотерапии:

1. Физиологическая — улучшение самочувствия, положительные функциональные изменения систем органов дыхания и кровообращения, положительная динамика лабораторно-инструментальных показателей.

2. Патологическая: легкая — жалобы астенического плана, усиление локальных симптомов, синдромокомплекс вегетативно-сосудистой дистонии; выраженная — обострение основного заболевания.

Реакции на грязелечение: выделяют местную и общую.

Местная реакция, проявляющаяся в виде локального болевого синдрома, очаговой гиперемией, отечности, считается физиологической.

Общая реакция чаще всего протекает по типу вегетативно-сосудистого, диспепсического, кожно-аллергического, суставно-мышечного, гематологобиохимического синдромов.

Реакция на физическую нагрузку (приложение 6).

Необходимо помнить о том, что период пребывания пациента в санатории имеет несколько этапов. Первый — адаптационный (2–3 дня). В это время происходит адаптация больного к климатическим условиям и к назначенному комплексу реабилитационных мероприятий. Второй период (от 12 до 20 дней в зависимости от срока путевки) — основной, когда произошла стабилизация адаптационных механизмов и программа реабилитации выполняется в полном объеме. Заключительный этап длится 1–2 дня и должен использоваться для оценки эффективности проведенных мероприятий и выработки рекомендаций по преемственному ведению больного на других этапах МР.

Врачебный контроль состояния больного должен носить следующий характер.

Первый день после поступления — контрольный физикальный осмотр, назначение основных реабилитационных мероприятий.

Третий-четвертый день — контрольный физикальный осмотр, целенаправленное выявление возможных патологических реакций на факторы санаторной реабилитации, при необходимости (выраженные патологические реакции, присоединение интеркуррентных заболеваний, обострение основного заболевания и пр.) выполнение лабораторно-инструментальных исследований по показаниям.

В процессе МР проводится систематический осмотр лечащим врачом не реже одного раза в 2 дня. При назначении тренирующих методов физической реабилитации (ЛФК и др.), ухудшении общего состояния по основному заболеванию, обострении сопутствующих хронических заболеваний, присоединении острых респираторных заболеваний осмотр проводится ежедневно. Лабораторно-инструментальные исследования проводятся только по медицинским показаниям и при необходимости объективной оценки эффективности реабилитации.

За три-четыре дня до отъезда производится контрольный физикальный осмотр, для оценки динамики санаторной МР — повторное выполнение основных лабораторно-инструментальных исследований.

При выписке из санатория больному выдается заполненная ИПР, отражающая динамику течения заболевания на санаторном этапе МР, которую больной представляет на следующий день после прибытия из санатория в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства, закрепления или по месту работы (в случае непредставления ИПР в амбулаторно-поликлиническое учреждение, последнее направляет письменный запрос в санаторий с просьбой представить копию ИПР. В десятидневный срок санаторий высылает копию ИПР (заверенную подписью заместителя главного врача по лечебной работе) в адрес амбулаторно-поликлинического учреждения). При досрочной выписке больного санаторий в тот же день уведомляет об этом отборочную комиссию при управлении здравоохранением облисполкома для принятия решения о направлении другого нуждающегося в санаторном этапе МР больного на период оставшихся неиспользованных дней путевки (при условии, что оставшихся дней достаточно для проведения МР). Амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства, закрепления или по месту работы не позднее следующего дня после прибытия больного из санатория через ВКК проводит экспертизу трудоспособности больного и принимает решение о закрытии листка нетрудоспособности или о необходимости продления лечения. В случае ухудшения состояния больной реэвакуируется из санатория в тот стационар, из которого он был направлен в санаторий, а при необходимости — в ближайший стационар.



## ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ САНАТОРИЕВ

### Санатории, профиль, коечная мощность

Наименование санатория	Медицинский профиль	Коечная мощность
Минская область		
1. «Криница», д. Ждановичи	1. Для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце 2. Для больных после операций на органах пищеварения	100 коек 30 коек
2. «Белорусочка», д. Ждановичи-3	Для детей-инвалидов, больных сахарным диабетом	30 коек
3. «Сосновый бор», Молодеченский р-н, г.п. Радашковичи	Для больных с цереброваскулярной патологией	60 коек
4. «Рассвет», Любанский р-н, п.о. Осовец	1. Для нефрологических больных 2. Для пульмонологических больных	30 коек 30 коек
5. «Острошицкий городок»	Для детей-инвалидов с онкозаболеваниями	15 коек
Гродненская область		
6. «Поречье», п.о. Поречье	1. Для больных после операций на органах пищеварения 2. Для больных с цереброваскулярной патологией	30 коек 30 коек
7. «Неман», г. Гродно	Для детей с заболеваниями эндокринной системы	30 коек
8. «Россь», Волковысский р-н, д. Теолин	Для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце	15 коек
9. «Радон», Дятловский р-н, д. Боровики	Для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата	30 коек
Витебская область		
10. «Летцы», Витебский р-н	Для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце	30 коек
Брестская область		
11. «Буг», Жабинковский р-н	1. Для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце 2. Для пульмонологических больных	30 коек 60 коек
Гомельская область		
12. «Солнечный», д. Ченки	Для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце	30 коек
Могилевская область		
13. Санаторий им. Ленина, г. Бобруйск	Для больных после операций на органах пищеварения	30 коек

## **ПОКАЗАНИЯ К НАПРАВЛЕНИЮ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Направлению на санаторный этап МР подлежат больные в фазе реконвалесценции после перенесенного острого заболевания, с остаточными явлениями после него, в фазе вялотекущего обострения или ремиссии хронического заболевания, оперированные больные с сохраненной функцией передвижения (достаточной для свободного перемещения в санатории, проезда туда и обратно, приема процедур без помощи других лиц) и полным заживлением послеоперационного рубца.

### **Сердечно-сосудистый профиль**

1. Больные ишемической болезнью сердца:

- перенесшие острый инфаркт миокарда;
- перенесшие операции аортокоронарного шунтирования или резекции аневризм сердца;
- с нестабильной стенокардией.

Допускается направление при:

- нормо- и брадиаритмической форме постоянной мерцательной аритмии;
- единичной или частой, но не политопной и негрупповой экстрасистолии;
- атриовентрикулярной блокаде не выше II ст.;
- аневризме сердца без признаков недостаточности кровообращения;
- при недостаточности кровообращения не выше I ст.;
- артериальной гипертензии I–II ст.;
- сахарном диабете компенсированном или субкомпенсированном.

### **Цереброваскулярная патология**

1. Инфаркт мозга (ишемический инсульт) легкой степени тяжести.
2. Инфаркт мозга (ишемический инсульт) средней степени тяжести.
3. Ограниченные внутримозговые гематомы средних и малых размеров (геморрагический инсульт).
4. Транзиторные ишемические атаки (ПНМК).
5. Малый инсульт.



### **Пульмонологический профиль**

1. Больные, перенесшие:

- острую пневмонию;
- плеврит;
- абсцесс легкого;
- хронический обструктивный бронхит (фаза затухающего обострения);
- бронхоэктатическую болезнь (фаза затухающего обострения);
- бронхиальную астму (фаза затухающего обострения);

2. Состояния после:

- сегментарной резекции легкого;
- лобэктомии;
- торакопластики;
- пульмэктомии по поводу хронического абсцесса, врожденной патологии, бронхоэктатической болезни и др.

Допускается направление при:

- идиопатическом фиброзирующем альвеолите;
- муковисцидозе (у подростков);
- врожденной аномалии развития бронхолегочной системы в виде простой, кистозной гипоплазии после купирования инфекционного эпизода в условиях стационара.

### **Нефрологический профиль**

1. Состояние после:

- острого диффузного гломерулонефрита;
- острого необструктивного пиелонефрита;
- острого интерстициального нефрита;
- острой почечной недостаточности.

2. Хронический гломерулонефрит.

3. Первичный хронический пиелонефрит.

4. Вторичный хронический пиелонефрит.

5. Хронический интерстициальный нефрит.

6. Хроническая почечная недостаточность.

### **Ортопедотравматологический профиль**

1. Травмы позвоночника, в том числе после оперативного лечения и заболевания позвоночника после оперативного лечения.
2. Неосложненные переломы позвоночника, в том числе после оперативного лечения.
3. Осложненные переломы позвоночника.
4. Оперативно леченные:
  - спондилолистез;
  - кифозы;
  - сколиотическая болезнь;
  - стенозы позвоночного канала;
  - грыжи межпозвонковых дисков.
5. Травматические повреждения нервных сплетений и периферических нервов при отсутствии анатомического повреждения или после реконструктивных операций.
6. Состояния после эндопротезирования крупных суставов конечностей.
7. Оперативные вмешательства по поводу последствий травм нижних конечностей.
8. Оперативные вмешательства по поводу повреждений сухожилий четырехглавой мышцы бедра, двуглавой мышцы плеча.
9. Реконвалесценты после ожоговой болезни и аутодермопластик.
10. Склонность к келлоидозу ожоговых реконвалесцентов.
11. Состояние после реконструктивных операций по поводу последствий ожогов; формирующиеся послеожоговые контрактуры суставов.
12. Послеоперационный период при пластике в зонах с резко выраженной ретракцией (шея, подмышечная область, кисть).

### **Гастроэнтерологический профиль (после оперативного лечения)**

1. Состояние после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке:
  - дренирующие операции в сочетании с различными видами ваготонии;
  - при наличии астенического синдрома так называемого «малого желудка»;
  - демпинг и гипогликемического синдрома легкой и средней степени тяжести;
  - операции на «включение» после резекции желудка.



2. Состояние после операций на поджелудочной железе (неопухолевого генеза):
  - панкреотомий;
  - резекций поджелудочной железы;
  - наложения различного вида анастомозов.
3. Состояние после холецистэктомий.
4. Состояние после реконструктивных операций по поводу различного вида стриктур, наложения анастомозов.

### **Дети, страдающие эндокринологическими заболеваниями**

1. После оперативного лечения и радиоiodотерапии по поводу злокачественных новообразований щитовидной железы I–II стадии.
2. После оперативного лечения по поводу доброкачественных узловых форм зоба с целью восстановления функции щитовидной железы и психологической реабилитации.
3. Аутоиммунный тиреоидит в состоянии клинико-лабораторной ремиссии с целью полноценного восстановления функционального состояния организма.
4. Гипотиреоз в стадии компенсации с целью проведения реабилитационных мероприятий по компенсации нарушенных функций организма.
5. Диффузный токсический зоб в стадии компенсации с целью восстановления нарушенных функций организма.
6. Сахарный диабет 1 типа в стадии клинико-лабораторной компенсации и субкомпенсации.
7. Нарушение толерантности к глюкозе с целью профилактики сахарного диабета.
8. Гипофизарный нанизм (с общеукрепляющей целью).
9. Синдромальная задержка роста детей.
10. Идиопатическая задержка роста детей (с общеукрепляющей целью и психологической адаптацией).
11. Гипоталамическое ожирение (с целью нормализации массы тела).
12. Хроническая недостаточность надпочечников (цель как при аутоиммунном тиреоидите).

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАПРАВЛЕНИЮ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

1. Все заболевания в острой стадии.
2. Хронические заболевания в стадии обострения (декомпенсации).
3. Острые воспалительные (гнойные) процессы.
4. Лихорадочные состояния неясной этиологии.
5. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
6. Лица, бывшие в контакте с больными инфекционными заболеваниями в период их заразительности на срок максимального инкубационного периода данного заболевания.
7. Кожно-венерические заболевания в острой или заразной стадии.
8. Все формы туберкулеза в активной стадии (санатории нетуберкулезного профиля).
9. Психические заболевания.
10. Выраженные нарушения интеллектуально-мнестических функций.
11. Алкоголизм (II–III ст.), все виды наркомании.
12. Злокачественные новообразования, злокачественные заболевания крови (кроме специализированных отделений).
13. Сердечно-сосудистая недостаточность, почечная, печеночная, легочная недостаточность II ст. и выше.
14. Высокая, некорригируемая артериальная гипертензия.
15. Энурез, сопутствующие расстройства функции тазовых органов.
16. Эхинококкоз любой локализации.
17. Судорожные (эпилептические) припадки, чаще 1–2 раз в год.
18. Кахексия любого происхождения.
19. Амилоидоз внутренних органов.
20. Тяжелая степень сахарного диабета.
21. Эутиреоидное увеличение щитовидной железы III стадии, а также II стадии с наличием узловых образований, при получении лучевой нагрузки на железу свыше 200 рад.



22. Часто рецидивирующие и обильные кровотечения любой этиологии.
23. Рецидивирующие тромбоэмболические осложнения.
24. Лимфоаденопатии неясного генеза.
25. Выраженные гипоиммунные и иммунодефицитные состояния.
26. Отрицательная психологическая установка на труд.
27. Неспособность к самостоятельному передвижению (кроме трости) и обслуживанию.
28. Возраст старше 70 лет (условно).

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРОФИЛЯМ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **Для кардиологических больных**

1. Низкая толерантность к физической нагрузке, при которой максимально освоенная мощность при велоэргометрической пробе составляет менее 50 Вт (300 кг/мин) и продолжительность педалирования до 3 мин.
2. Тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости (пароксизмы мерцания и трепетания предсердий, возникновение дважды и чаще в месяц, суправентрикулярная, желудочковая пароксизмальная тахикардия с частотой приступов более чем 2 в месяц, политопная и групповая экстрасистолия, атрио-вентрикулярная блокада II–III ст., полная АВ-блокада).
3. Стенокардия напряжения III–IV функционального класса.
4. Незаконченное рецидивирующее течение инфаркта миокарда.
5. Аневризма сердца (острая и хроническая) с явлениями недостаточности кровообращения выше I ст.
6. Аневризма аорты с недостаточностью кровообращения выше I ст.
7. Для больных после операций на сердце — явления медиастенита, перикардита, признаки тромбирования шунта.

### **Для больных с цереброваскулярной патологией**

1. Тяжелые и средней тяжести инсульты со значительно выраженными двигательными, психическими, зрительными и другими нарушениями функций.
2. Выраженная сенсорная афазия и психические нарушения.
3. Выраженное основное сосудистое заболевание — диффузный атеросклероз, артериальная гипертензия III ст., злокачественный вариант течения.

### **Для пульмонологических больных**

1. Склонность к периодически возникающим легочным кровотечениям.
2. Склонность к спонтанному пневмотораксу.

### **Для нефрологических больных**

1. Заболевания почек, осложненные стойкой и нерегулируемой артериальной гипертензией, требующей индивидуального и длительного подбора гипотензивных препаратов.
2. Заболевания почек, осложненные нарушением почечной уродинамики, требующие хирургической коррекции.
3. Высокая активность патологического процесса в почках, требующая интенсивного патогенетического лечения.

### **Для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и больных с ожогами**

1. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой, легочной систем и органов пищеварения, развившиеся в раннем послеоперационном периоде и продолжающиеся в период выписки из стационара.
2. Послеоперационные осложнения: лигатурные свищи, трофические расстройства со стороны кожных покровов.
3. Несросшиеся переломы и незаэпителизированные ожоговые поверхности и наличие незаэпителизированных ран.
4. Острые и подострые посттравматические синовиты и артриты.
5. Остеомиелит.
6. Параличи, парезы центрального генеза (со значительным нарушением функции самообслуживания и передвижения).
7. Наличие иммобилизации или компрессионно-дистракционных аппаратов.



### **Гастроэнтерологический профиль (после оперативного лечения)**

1. Послеоперационные осложнения: лигатурные свищи, свищи желудочного тракта, синдром приводящей петли, демпинг- и гипогликемический синдром тяжелой степени, атония культи желудка, тяжелая форма постваготомической диареи.
2. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы, развившиеся в раннем послеоперационном периоде и не исчезнувшие к моменту выписки из хирургического стационара.
3. Неспецифический язвенный колит, хронический колит с обширным язвенным или эрозивным процессом в прямой или сигмовидной кишке, а также кровоточащий геморрой, полип или полипоз кишечника, хроническая дизентерия.
4. Остаточные явления вирусного гепатита (наличие болевого, диспептического, астенического синдрома) со значительными отклонениями функциональных проб печени.
5. Хронический (прогрессирующий) гепатит любой этиологии.
6. Цирроз печени.
7. Нарушение проходимости панкреатического протока.

### **Дети с эндокринологическими заболеваниями**

1. Декомпенсация функций и систем организма при эндокринной патологии.
2. Активный аутоиммунный тиреодит.
3. Дети, не прошедшие обучение в «школе диабета».
4. Задержка психомоторного развития у ребенка.

## **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ САНАТОРИЕВ**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ.
4. Флюорография (Р-грамма по медицинским показаниям).
5. Электрокардиограмма.
6. Осмотр гинеколога (женщины).
7. Стоматолог (санация полости рта).
8. При наличии сопутствующих заболеваний обязательное заключение специалиста по профилю сопутствующего заболевания (эндокринолог, ЛОР, аллерголог, невропатолог, окулист и др.).
9. Для больных ИБС наличие результатов нагрузочных проб (велозергометрической, тредмил-тест, стресс ЭхоКГ, суточное ЭКГ) при отсутствии противопоказаний для их проведения и наличии условий для их проведения.
10. Для пульмонологических больных наличие данных исследования функции внешнего дыхания с оценкой показателей в динамике, в том числе бронхолитических и провокационных (с физической нагрузкой) тестов; наличие анализов мокроты (микроскопии и бакпосевов).
11. Для нефрологических больных наличие результатов ультразвукового исследования, радиоизотопной ренографии, исследования азотовыделительной функции почек.
12. Для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата наличие результатов ультразвукового исследования, рентгенологические данные, наличие контрольных Р-грамм.
13. При направлении детей, страдающих эндокринными заболеваниями, необходимо обследование на яйца глистов и энтеробиоз.



# ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## Санаторный этап

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_ (М/Ж). Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет)

Адрес: \_\_\_\_\_

Профессия: \_\_\_\_\_

Кем направлен \_\_\_\_\_

№ Б/Л \_\_\_\_\_

Продолжительность реабилитации: \_\_\_\_\_ (всего дней)  
(санаторный этап)

Диагноз основной \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

осложнения \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Реабилитационный потенциал: высокий, средний, низкий  
(нужное подчеркнуть)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ г.

Цель реабилитации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись

	До реабилитации	После реабилитации	Эффективность
ФК (нарушение функции)			
ФК (способность к труду)			

## Клинический статус

До реабилитации	После реабилитации	Эффективность
Жалобы:	Жалобы:	
Объективно:	Объективно:	
Данные обследования:	Данные обследования:	

Дефекты при направлении: не соблюдены сроки предварительного лечения; не полностью обследован; имеются противопоказания к санаторно-курортному лечению (нужное подчеркнуть).

## Методы реабилитации

	Название методики	Всего процедур	Примечания
1. Климатотерапия			
Аэротерапия			
Гелиотерапия			
2. ЛФК			
3. Бальнеотерапия			
Наружная			
Внутренняя			
4. Грязелечение			
5. Теплолечение			
6. Аппаратная физиотерапия			
7. Рефлексотерапия			
8. Фитотерапия			
9. Психотерапия			
10. Диетотерапия			
11. Медикаментозное лечение			

Общая эффективность реабилитации: \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. Реабилитолог \_\_\_\_\_



## **Инструкция по заполнению «Индивидуальной программы реабилитации (санаторный этап)»**

- ИПР заполняется в санаторно-курортном учреждении.
- При поступлении больного в санаторий медрегистратором заполняются следующие разделы: фамилия, имя, отчество; пол; возраст; профессия; кем направлен; № больничного листа.
- При первичном осмотре врачом-реабилитологом санаторного отделения реабилитации заполняются следующие разделы: реабилитационный потенциал; цель реабилитации; функциональные классы (графа «до реабилитации»); клинический статус (графа «до реабилитации\*»); дефекты при направлении; методы реабилитации (графа «название методики»).
- Раздел «диагноз» заполняется в течение трех суток с момента поступления больного в санаторное отделение реабилитации (при несоответствии диагноза направившего учреждения с диагнозом санатория данный раздел заверяется подписью заместителя главного врача по лечебной части).
- В процессе реабилитации вносятся коррективы в раздел «методы реабилитации».
- При выписке из санатория заполняются разделы: продолжительность реабилитации; функциональные классы (графы «после реабилитации» и «эффективность\*\*»); клинический статус (графы «после реабилитации» и «эффективность\*\*\*»); методы реабилитации (графа «всего процедур» — указывается количество выполненных процедур); общая эффективность реабилитации\*\*\*\*; рекомендации.
- ИПР заполняется в двух экземплярах — первый подшивается в историю болезни санаторного больного, второй выдается на руки больному и представляется в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства, закрепления или по месту работы.

\*В разделе «данные обследования» приводятся данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, являющихся наиболее показательными для данной патологии (для больных ИБС — наличие результатов нагрузочных проб, для пульмонологических больных — наличие данных исследования функции внешнего дыхания и т.д.).

\*\*Оценка эффективности проводится по следующим параметрам: «ухудшение» (1) — ФК увеличился; «без изменений» (2) — ФК не изменился; «улучшение» (3) — ФК уменьшился на 1 класс; «значительное улучшение» (4) — ФК уменьшился на 2 и более класса.

\*\*\*Показатели, характеризующие норму, а также отсутствие патологических сдвигов оцениваются в один балл. По мере нарастания выраженности показателям присваивается коэффициент в 5, 10, 15 и 20 баллов. При поступлении и отъезде больного из санатория подсчитывают сумму баллов. При делении суммы баллов до лечения на сумму баллов после лечения определяют коэффициент эффективности. Эффективность МР определяется по величине этого коэффициента: 2 и более — улучшение; 1,0–1,9 — без изменений; менее 1,0 — ухудшение.

\*\*\*\*Отмечается достижение (не достижение) цели реабилитации, оценивается эффективность реабилитации по следующим параметрам: «значительное улучшение», «улучшение», «без изменений», «ухудшение».



Признаки	Тип реакции		
	физиологическая	промежуточная	патологическая
Утомление	умеренное или выраженное, но быстро проходящее	выраженное, проходящее в течение 15–30 мин.	выраженное, длительно сохраняющееся
Кардиалгии	отсутствуют	кратковременные, проходят самостоятельно	затяжные, требуют применения препаратов
Пульс	учащение на 80%	учащение на 80–120%	учащения более чем на 120%
Артериальное давление: систолическое	повышение на 10-30 мм рт. ст.	повышение на 30–50 мм рт. ст.	повышение или снижение более чем на 50 мм рт. ст.
диастолическое	без динамики	повышение на 10–20 мм рт. ст.	повышение более чем на 20 мм рт. ст.
ЭКГ-динамика: смещение сегмента ST	не более 0,5 мм	ишемическое до 1 мм	ишемическое более 2 мм
инверсия зубца Т	отсутствует	отсутствует	наблюдается
нарушение проводимости	отсутствует	нерезкие нарушения внутрижелудочковой проводимости	блокада ножек пучка Гиса, атриовентрикулярные блокады
нарушение ритма	отсутствуют	единичные экстрасистолы	экстрасистолия высоких градаций

## **ПЛАН ОФОРМЛЕНИЯ ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ) ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА САНАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Профессия.
4. Диагноз при поступлении (обращении) в ЛПУ.
5. Клинический диагноз.
6. Клинической статус при поступлении.
7. Клинический статус при направлении в санаторное отделение реабилитации.
8. Клинико-лабораторные данные, их динамика.
9. Консультации специалистов.
10. Проведенное лечение (оперативное, медикаментозное, физиотерапевтическое и др.).
11. Аллергологический анамнез.
12. При наличии указать группу инвалидности (по основному или иному заболеванию).
13. Реабилитационный потенциал.
14. Степень нарушения ведущей функции по функциональным классам («нарушение функции», «способность к труду»).
15. Срок лечения в стационаре (поликлинике).
16. Название санатория, № путевки, № листа нетрудоспособности.
17. Диагноз при направлении.
18. Рекомендации.