

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.

ВВЕДЕНИЕ.

Вопросы реабилитации являются неотъемлемой частью медицинской и социальной помощи инвалидам. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН на сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96) обеспечила принятие Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов.

Реабилитация, как термин обозначает комплекс мероприятий, целью которого является помощь инвалидам в достижении оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности, а так же поддержание его. Возможность медицинских, социальных и психологических сотрудников предоставить инвалидам и их семьям средства, изменяющие их жизнь, для расширения рамок независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации предполагает оказание медицинской помощи с последующим включением широкого круга мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, с приобретением или восстановлением профессиональной трудоспособности.

Термин **«предупреждение инвалидности»** означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). (1).

Предупреждение инвалидности может предусматривать осуществление мер различного характера, в том числе оказание первичной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям, На основании клинических наблюдений указанных групп пациентов к предупреждению инвалидности следует относить популяризацию специфической диетотерапии, профилактической вакцинации от инфекционных заболеваний, использование приспособлений для восстановления трудоспособности и пребывания в коллективе.

Термин **«обеспечение равных возможностей»** означает медико - психолого-социальный мониторинг, благодаря которому вопросы самообслуживания, бытовой жизни, трудовой деятельности и информации становятся доступными всем, особенно людям с ограниченными возможностями.

Принцип равенства прав предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаковое значение. Потребности людей с хроническими заболеваниями должны служить основой планирования их реабилитации. Принцип равенства считается соблюденным при максимальной социализации человека с ограниченными возможностями в обществе.

Реабилитация проводится по трем направлениям: медицинская, социальная и психологическая.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на максимальное восстановление нарушенных физических функций (работоспособности) организма, а в случае невозможности этого — развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций). В том случае, если из лечебных мероприятий используют преимущественно средства физической терапии (лечебная физическая культура, естественные и преформированные (искусственно

создаваемые) факторы физиотерапии и др.), допустимо употреблять понятия «физическая терапия» и «восстановительное лечение» как синонимы.

Профессиональная реабилитация решает вопросы определения степени трудоспособности, восстановления имеющихся ранее профессиональных навыков или переобучения, трудоустройства пациентов. Данный вид реабилитации для пациентов детского и подросткового возраста носит педагогический характер, вплотную связан со стимуляцией возможности обучения. При невозможности развития профессиональных навыков главной задачей является развитие навыков самообслуживания.

Социальная реабилитация включает разработку соответствующей законодательной (юридической) базы, принятие на государственном уровне нормативно-правовых актов, гарантирующих определенные социальные права и льготы лицам, нуждающимся в реабилитации, обеспечение реализации этих постановлений.

Психологическая реабилитация сопровождает все остальные виды реабилитации и направлена на коррекцию возникших в связи с травмой или заболеванием психических нарушений, формирование позитивного отношения к проводимым мероприятиям, врачебным рекомендациям, регулирование взаимоотношений пациента с обществом, семьей, а также на психологическую адаптацию (приспособление) к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации.(2)

ВИДЫ, ФОРМЫ, УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ДАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ СОСТОЯНИЕМ.

I. Стационарный (первый) этап медицинской реабилитации.

Целью этого этапа реабилитации является восстановление физического и психологического состояния пациента настолько, чтобы он был подготовлен к проведению последующих этапов реабилитации в санатории или амбулаторно-поликлинических условиях.(3).

Среди реабилитационных учреждений стационарного этапа выделяют:

- многопрофильный центр (больница) реабилитации;
- специализированный (однопрофильный) центр (больница) реабилитации;
- отделение (кабинет) многопрофильной реабилитации в многопрофильной больнице общего профиля (участковой, центральной, районной, областной, краевой, республиканской);
- отделение реабилитации в однопрофильной специализированной больнице, клинике, НИИ;
- реабилитационный стационар (отделение, палата) дневного пребывания в больницах.

Стационарный этап реабилитации пациента с врожденными пороками, аномалиями развития спинного мозга, кишечника, перенесшего оперативное вмешательство начинают уже в отделении реанимации или интенсивной терапии, продолжают в одном из профильных отделений больницы (урологии, хирургии, неврологии) и завершают в специализированном реабилитационном отделении данного стационара, где возможно выполнение индивидуальных программ физических тренировок.

При выявлении неполного опорожнения и наличия остаточной мочи более 20% от общего объема, восстановление функции заключается в переводе мочевого пузыря в режим «наполнение – опорожнение». Периодическая катетеризация, режим которой подбирается индивидуально, осуществляется в зависимости от возраста и показателей внутрипузырного давления. Родителей пациента обучают катетеризации, а приблизительно с 8-10 лет, при сохранной функции верхних конечностей и интеллекта ребенка, проводится

обучение самокатетеризации. С этой целью используют одноразовые стерильные смазанные катетеры Нелатона. После подбора режима периодической катетеризации в индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида вносят необходимое на сутки, месяц и год количество катетеров, мочеприемников и абсорбирующего белья.(5)

Часть пациентов, с сохранным позывом на мочеиспускание, наличием самостоятельных микций, переводят на режим двухтактного мочеиспускания с целью добиться адекватного опорожнения мочевого пузыря, под многократным УЗИ-контролем количества остаточной мочи.

Часто уже на этом этапе значительно уменьшаются потери мочи, «сухие промежутки» достигают 2-3 часов, происходит санация мочевой инфекции.

Пациентам с нарушенной функцией верхних мочевых путей (пузырно-зависимый мегауретер, выраженный пузырно-мочеточниковый рефлюкс, снижение функции почек, непрерывно-рецидивирующий пиелонефрит) показана временная деривация мочи постоянным катетером Фолея сроком на 3-6 месяцев с последующим переводом на интермиттирующую катетеризацию, при этом необходимо учитывать возможность потери емкости мочевого пузыря при длительной катетеризации, и проводить комплекс профилактических мер, направленных на предупреждение этого осложнения.

Одновременно на первом этапе реабилитации проводят восстановление резервуарной и адаптационной функции детрузора у пациентов со спастичным мочевым пузырем при параличах, плегиях, полиневропатиях.

Реабилитация включает:

- 1) Теплолечение:
 - Пелоидотерапия (грязелечение).
 - Парафинолечение
 - Озокеритолечение
 - Применение с лечебной целью глины, песка (псаммотерапия)
 - Лечебное применение нафталанна
- 2) Физיותרпия, направленная на улучшение регионарного кровообращения
 - Местная дарсонвализация: токи надтональной частоты (ультратонотерапия).
 - Электрические, магнитные и электромагнитные поля различных характеристик:
 - Низкочастотная местная и общая магнитотерапия,
 - Структурно-резонансная (электро- и электромагнитная) терапия.
 - Энергия лазеров низкой интенсивности.
- 3) Гидроколлотерапия.

На раннем стационарном этапе применяют в соответствии с показаниями лекарственные, хирургические и немедикаментозные средства лечения. Особое значение на данном этапе приобретает психологическая реабилитация — проведение адекватного состоянию больного и строго индивидуального лечения психотропными препаратами и применение методов психотерапии, для того чтобы повысить стремление больного к выздоровлению, укрепить его уверенность в своих силах и готовность к преодолению факторов риска данного заболевания, а кроме того, вызвать потребность вернуться к трудовой деятельности. К моменту окончания первого этапа реабилитации желательно добиться восстановления у больного способности к самообслуживанию, нормализации сна и управляемой функции опорожнения мочевого пузыря и дефекации, нередко нарушенных в связи с более или менее длительной иммобилизацией. Оценкой итогов реабилитационных мероприятий на стационарном этапе является заключение: клиническое выздоровление при острых заболеваниях или достижение фазы ремиссии при хронических.

II. Второй этап медицинской реабилитации.

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).(3).

На втором - следующем - этапе реабилитации пациента при сочетанных нарушениях функции тазовых органов основным направлением является активация сфинктеров тазового дна. Мероприятия направлены на восстановление замыкательной функции, коррекцию детрузорно-сфинктерной диссинергии, восстановление самостоятельного мочеиспускания.

Используют методы

- 1) приемы уротерапии;
- 2) тренинг мышц тазового дна по принципу биологической обратной связи,
- 3) приемы нейромодуляции и электролечения:
 - электростимуляции мочевого пузыря (внутрипузырные, высокие ректальные),
 - уретральные электростимуляции
 - накожную тиббиальную стимуляцию;
- 3) методы физиотерапии, которые оказывают воздействие на:
 - люмбо-сакральные центры
 - М-холинорецепторы детрузора,
 - мышцы тазового дна.

Фоновую терапию продолжают в реабилитационных учреждениях с целью санации мочевой инфекции (антибактериальное и лечение уроантисептиками, местное лечение цистита), устранение циркуляторной, гемической, тканевой гипоксии и метаболических нарушений в детрузоре и шейке мочевого пузыря.

Продолжение восстановления эвакуаторной функции толстой кишки совместно с проктологом методами

- 1) гидроколонотерапии,
- 2) бальнеолечения - аппликации грязями и тюбажи с минеральной щелочной водой.
- 3) электрофорез с прозеринном.

Лечение воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы совместно с урологом:

- 1) теплолечение парафином
- 2) электрофорез с йодистым калием или 2% хлоридом цинка на мочевой пузырь.
- 3) антиоксидантное лечение:ГБО, янтавит, элькар.

Коррекция жизненно важных функций – гидратации, режима спонтанных мочеиспусканий и регулярной дефекации, является основой для определения объема когнитивно - бихевиоральных методик, направленных на обучение родителей \ опекунов и пациента изменению привычного образа жизни, формированию ответственного отношения к проблеме с целью получения высокой степени контроля над функцией тазовых органов. Сюда относятся правильные режимы гидратации, режим принудительных мочеиспусканий и дефекации.

Правильный режим гидратации является, в большинстве случаев, пусковым моментом для стабилизации физиологического ритма мочеиспускания и дефекации. Режим и контроль возрастного объема потребляемой жидкости назначается врачом пациенту на срок не менее трех месяцев. Физиологическое потребление жидкости рассчитывается с учетом

веса ребенка, и, в зависимости от возраста, у детей 1-15 лет, составляет 50-120 мл \ кг \ сут (6). Суточный прием жидкости распределяется равномерно в течение первых десяти часов бодрствования, каждые 2 часа и, обязательно, 1 стакан воды комнатной температуры сразу после пробуждения.

В связи с замедлением формирования возрастного коркового ритма пациентов, требуется контроль родителей \ опекунов в правильности выполнения рекомендаций врача. Назначается режим индивидуального контроля, когда родитель \ опекун 1 раз в три недели в течение суток не контролирует питьевой режим и режим мочеиспускания ребенка, проверяя, степень формирования ответственности ребенка в выполнении режимных лечебных рекомендаций – самостоятельного регулярного потребления жидкости в заданном объеме.

В сочетании с отработкой режима гидратации, учитывая затянувшийся процесс становления зрелого типа мочеиспускания, требуется соблюдение режима принудительных мочеиспусканий пациентам под контролем родителей \ опекунов. Рекомендуется режим мочеиспусканий через каждые 2-3 часа в дневное время. Если среди клинических проявлений присутствует энурез, то ребенку дополнительно предлагают посетить туалет в течение часа перед ночным сном трижды с интервалом в 20 минут. В течение ночного сна можно использовать alarm-терапию с помощью специальных устройств по стандартной методике от 1 до 6 месяцев.

Детям с задержкой или нарушением формирования зрелого типа мочеиспускания необходимо особое внимание обратить на соблюдение режима дня. Ребенок в течение дня не должен быть перегружен различными занятиями, тогда порог глубины его ночного сна будет соответствовать возможности растормаживания при необходимости отреагировать на сигналы внешней и внутренней среды, в том числе и на формирующийся позыв на мочеиспускание. С этой же целью рекомендуется даже предоставить ребенку возможность дневного сна, независимо от возраста, как минимум, в течение 1-2 часов.

III. Санаторный (3-й) этап реабилитации.

По завершении первого этапа реабилитации больной оказывается подготовленным к выполнению последующей программы выздоровления, которую обычно осуществляют в специализированных реабилитационных центрах и санаториях. Этот этап реабилитации является по существу рубежом между периодом, когда человек находится в статусе больного, и возвращением его к активной социальной деятельности. К категории санаторно-курортных учреждений, в которых проводят реабилитационные мероприятия, относятся:

- многопрофильные санаторно-курортные учреждения;
- однопрофильные санаторно-курортные учреждения;
- санатории-профилактории.

Во время санаторного этапа реабилитации решают следующие основные задачи: дальнейшее повышение работоспособности больных путем целесообразного выполнения программы физического восстановления с использованием природных и преформированных физических факторов; проведение мероприятий по устранению или уменьшению психопатологических синдромов в целях достижения психической адаптации; подготовка больных к профессиональной деятельности. Санаторный этап проходит в форме традиционного санаторно-курортного лечения, а также непосредственно в форме реабилитационного использования специализированных отделений больниц.(4)

При превышении допустимых объемов остаточной мочи (не более 20% эффективного объема), осуществляется мониторинг режима катетеризаций. Проведению катетеризации обучаются родители или сами дети старшего возраста на первом этапе реабилитации, но при утрате навыка - обучение повторяется. Режим катетеризаций – всегда

индивидуален. Кроме остаточного объема, необходимо учитывать наличие дезадаптации детрузора, активность инфекции мочевыделительной системы, наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса. При парадоксальной ишурии и остаточном объеме, превышающем 50% целесообразна установка постоянного катетера в мочевой пузырь на 7-10 дней. В дальнейшем днем проводят периодическую катетеризацию мочевого пузыря, оставляя постоянный катетер на ночь. С уменьшением регистрируемого объема остаточной мочи постепенно удается отказаться от постоянной катетеризации и в ночное время. Одновременно с режимом гидратации, на фоне использования медикаментозной терапии, постепенно увеличиваются временные промежутки между мочеиспусканиями и урежается частота катетеризаций. В течение длительного времени выведение остаточной мочи обязательно после первого мочеиспускания утром и перед ночным сном, отказаться от которых возможно только при полной уверенности в ликвидации недопустимых объемов остаточной мочи.

ЛФК выполняется на укрепление тазового дна, на гимнастическом мяче,

Массаж: поясничной и крестцовых зон, ног

Физиотерапия: постоянный ток низкого напряжения и малой силы - гальванизация, лекарственный электрофорез, гальванические ванны.

Одновременно с режимными мероприятиями по восстановлению нормального рефлекса на мочеиспускание, проводится контроль режима дефекации. Целью контроля режима дефекации является достижение такого ритма, при котором опорожнение кишечника происходит ежедневно, полным объемом, по позыву и отсутствует энкопрез. В идеальном варианте стул должен быть у ребенка по утрам, в одно и то же время, дома. Если ребенок длительно страдал запорами, то начинать работу с режимными мероприятиями возможно только после полного опорожнения кишечника клизмами, ликвидации каловых камней, восстановления адекватного потребления жидкости. Когда достигнуто первичное опорожнение кишечника, проводят следующие режимные мероприятия. Для стимуляции кишечника утром, не вставая с постели, предлагают выпить стакан воды комнатной температуры, после чего ребенок завтракает. После завтрака ребенку предлагают посетить туалет. При отсутствии позыва, акт дефекации можно стимулировать ректальным введением свечи глицерина или с помощью клизмы небольшого объема. Одновременно, в течение дня ребенок получает соответствующую послабляющую диету, по показаниям – медикаментозное лечение. В случае неэффективности утренних мероприятий и отсутствия стула в течение дня, перед ночным сном ребенок получает солевое слабительное средство или стимулятор секреторной функции кишечника. Утром все мероприятия повторяют снова. В случае отсутствия реакции на проводимые мероприятия в течение двух суток, выполняется гипертоническая клизма с 3% раствором хлорида натрия из расчета 100 мл на год жизни, не превышая 1000 мл. (6)

1) Физиотерапия: импульсные токи низкого напряжения и малой силы.

2) ЛФК на укрепление брюшного пресса, на гимнастическом мяче

3) массаж живот, ноги, крестец.

Ежедневное адекватное опорожнение кишечника обычно препятствует возникновению эпизодов вторичного энкопреза. Его появление при ежедневном опорожнении может свидетельствовать о неполном опорожнении при дефекации. В ряде случаев, особенно у оперированных по поводу болезни Гиршпрунга и аноректальных пороков детей, энкопрез появляется в течение дня, по мере наполнения прямой кишки содержимым, даже в случае полного опорожнения кишечника утром. Это обычно связано с недостаточностью наружного сфинктера прямой кишки. В этой ситуации режим дефекации подбирают в зависимости от времени, в течение которого ребенок может находиться чистым после очередной дефекации. Обязательным условием являются периодические курсы лечения, направленные на стимуляцию анального сфинктера – СМТ на промежность,

массаж, лечебная физкультура, терапия методом биологически-обратной связи, регулярные курсы тренировочных клизм, которые являются безаппаратным вариантом БОС-терапии. Тренировочные клизмы рекомендуется выполнять вечером. Неглубоко в прямую кишку вводится небольшой объем жидкости (кипяченая вода комнатной температуры) и ребенка просят удерживать эту воду как можно дольше, во время удержания приветствуется физическая активность. Таким образом происходит «тренировка» наружного сфинктера прямой кишки. Отмечают время удержания и при его увеличении увеличивают количество введенной жидкости (например, от 50 до 100-150 мл).

Физиотерапия: электрические, магнитные и электромагнитные поля различных характеристик

ЛФК - укрепление тазового дна

Массаж - передняя брюшная стенка, воротниковая зона, ноги.

В соответствии с приказом МЗ РФ 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 терапии, 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).

КРИТЕРИИ (ИНДИКАТОРЫ) ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПАЦИЕНТУ С ДАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ СОСТОЯНИЕМ.

Форма для утверждения критериев оценки качества медицинской помощи (реабилитация) детям с эпилепсией

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи по группам заболеваний или состояний

Данные критерии формируются по группам заболеваний или состояний в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями.

Группа заболеваний или состояний **_ Расстройствами функции тазовых органов _**

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи **__ Реабилитация __**

1. Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества

- Проводился ли пациенту курс лечебной физкультуры во время курса реабилитации _____ да или нет

- Проводился ли пациенту курс массажа во время курса реабилитации _____ да или нет

- Проводился ли пациенту курс физиотерапии во время курса реабилитации _____ да или нет

2. Временные критерии качества

- За последний год при ремиссии более 6 месяцев проведено минимум 2 курса реабилитационного лечения _____ да или нет

(минуты/часы/сутки)

3. Результативные критерии качества

- Довольны ли родители результатами реабилитационного лечения _____ да или нет

- Достигнут ли результат лечения _____ да и

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ФУНКЦИИ
ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.**

Специальность	Основное заболевание	Осложнение	Реабилитация	Количество процедур, кратность повторения в год
Педиатрия	Врожденные аномалии (пороки развития мозга)	Расстройства мочеиспускания и дефекации, недержание мочи и кала	Катетеризация мочевого пузыря	4-8 раз в сутки, постоянно
	Врожденные аномалии (пороки развития) спинного мозга		Теплолечение: Пелоидотерапия (грязелечение) Парафинолечение Озокеритолечение применение с лечебной целью глины, песка (псаммотерапия) Лечебное применение нафталана	№8 – 2 курса в год №8-2 курса в год №8 – 2 курса в год №6 -2 курса в год №6 – 2 курса в год
	Врожденные аномалии (пороки развития) органов пищеварения		Физиотерапия, направленная на улучшение регионарного кровообращения Местная дарсонвализация: токи надтональной частоты (ультратонотерапия). Электрические, магнитные и электромагнитные поля различных характеристик: Низкочастотная местная и общая магнитотерапия, Структурно-резонансная (электро- и электромагнитная) терапия. Энергия лазеров низкой интенсивности.	№ 8-2 курса в год №8-2 курса в год №10 – 2 курса в год
	Врожденный хромосомные аномалии		Гидроколонтотерапия 1 раз в день	1 раз в день по 1 месяцу с перерывом 1 месяц на прием послабляющих препаратов в течение 1 года
	Непроизвольное мочеиспускание		Расстройства мочеиспускания: недержание или задержка мочи	<u>ДФК</u> выполняются на укрепление тазового дна, на гимнастическом мяче, <u>Массаж</u> - поясничной и крестцовых зон, ног
Нервно-мышечная дисфункция		<u>Физиотерапия</u> :постоянный ток низкого	№10-2 курса в год	

	мочевого пузыря, не классифицированная в других рубриках		напряжения и малой силы - гальванизация, лекарственный электрофорез, гальванические ванны.	№8-2 курса в год
	Обструктивная уропатии и рефлюкс уропатия		Физиотерапия: импульсные токи низкого напряжения и малой силы. ЛФК на укрепление брюшного пресса, на гимнастическом мяче Массаж живот, ноги, крестец.	№8 – 2 курса в год №10- 2 курса в год №10 – 2 курса в год
Неврология	Гидроцефалия	Спастическое тазовое дно Расстройства мочеиспускания и дефекации, нарушение опорожнения мочевого пузыря и запоры	1)гидроколонотерапии, 2)бальнеолечения- аппликации грязями и тюбажи с минеральной щелочной водой. 3) электрофорез с прозеринном. 4)теплелечение парафином 5)электрофорез с йодистым калием или 2% хлоридом цинка на мочевого пузыря. 6) антиоксидантное лечение: ГБО	Ежедневно 1 раз утром в течение 1 месяца с перерывом на 1 месяц для приема послабляющих средств. Переменный курс 6 месяцев.
	Дегенеративные болезни нервной системы			№6 – 2 раза в год
	Демиелинизирующие болезни нервной системы			№8 – 2 раза в год №6-2 раза в год
	Параличи, пlegии, поражения периферических нервов	№8 – 2 раза в год		
Полиневропатии Последствия внутричерепной травмы Расстройства вегетативной нервной системы Травмы периферических нервов Энцефалит, миелит и энцефаломиелит Энцефалопатия			№8- 2 раза в год	

ЛИТЕРАТУРА.

1. **Реабилитация: нормативно-правовое обеспечение** /сост.: Т.В. Елманова; Под ред. Б.В. Агафонова – профессора, зав. кафедрой общей врачебной практики, декана ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, заместителя директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по учебной работе 2004./103с.
2. Еремушкин М.А. Основы реабилитации : учеб. пособие для студ. учреждений сред. мед. проф. образования / М.А.Еремушкин. — 3-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 208 с.
3. Приказ МЗ РФ от 29.12.2012 №1705н "О порядке организации медицинской реабилитации". Министр, В.И.СКВОРЦОВА
4. Писклаков А.В. Сочетанные нарушения функции тазовых органов у детей (принципы пренатальной и постнатальной функциональной и нейрофизиологической диагностики и хирургического лечения). Дисс. на соискание докт мед наук, Омск.-2007. – С.286.
5. Гусева Н.Б. Коррекция нарушений функции мочевого пузыря в консервативном и оперативном лечении детей с недержанием мочи при миелодисплазии. Авт. докт. дисс. Москва, 2007г.30с.
6. ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ Диагностика и лечение детей с миелодисплазией (spina bifida).(www.radkh.ru)

Учреждения – разработчики.

- НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- НИКИ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Российский университет дружбы народов, ФПКМР кафедра детской хирургии и биофизической реабилитации
- ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» Центр урологии – андрологии и патологии тазовых органов
- ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ»
- Кафедра детской хирургии ГБОУ Омской государственной академии
- Кафедра урологии ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
- ФГБУ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера
- ГБУЗ «Детская республиканская больница», г.Петрозаводск
- ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Авторы-разработчики.

Т.Т. Батышева	Д.м.н., профессор	Главный специалист реабилитолог МЗ РФ
Н.Б. Гусева	д.м.н.	ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» руководитель центра урологии – андрологии и патологии тазовых органов
Е.Я. Гаткин	Д.м.н.	Зав. Кафедрой биофизической реабилитации РУДН
А.А. Демидов	к.м.н.	НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

О.А. Джерибальди	К.м.н.	ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»
В.В. Длин	Профессор, Д.м.н.	НИКИ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
И. В. Казанская	Профессор, д.м.н.	Председатель МООДУА
А.А. Корсунский	Профессор, д.м.н.	ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»
В.М. Кенис	К.м.н.	ФГБУ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера
А.И. Крапивкин	Д.м.н.	Замдиректора НППЦ психоневрологии г. Москвы
Е.В. Млынчик	К.м.н.	Врач уролог ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» Центр урологии – андрологии и патологии тазовых органов
М.Е. Максимова		Зав. Отделение неврологии и нейрореабилитации ГБУЗ «Детская городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»
В.В. Николаев	Профессор, д.м.н.	НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
С.Н.Николаев	Профессор, д.м.н.	НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
С. С. Никитин	К.м.н.	ГБУЗ «Детская республиканская больница», г.Петрозаводск ГБУЗ «Городская детская больница», г.Петрозаводск
И.Б. Осипов	Профессор, д.м.н.	Кафедра урологии ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
А.В. Писклаков	Профессор, д.м.н.	Кафедра детской хирургии ГБОУ Омской государственной академии
С.А. Сарычев	К.м.н.	Кафедра урологии ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета