

Мы считаем, что данный эффект можно объяснить противовоспалительным, противоотечным, трофико-регенерирующим действием ОМТ. В группах сравнения I и II динамика изменений достоверно ниже.

После курса ОМТ зарегистрировано достоверное улучшение как физического, так и психологического и социального функционирования пациентов по общему опроснику качества жизни (SF-36). Отмечались достоверные различия показателей по шкалам «физическая функция», «физическая роль», «физическая боль», «жизнеспособность», «эмоциональная роль», «психическое здоровье». В группах сравнения показатели были достоверно ниже.

По результатам артросонографии через 1 месяц после курса комплексной терапии у 35,3% ( $p < 0,05$ ) пациентов основной группы синовиальная оболочка не визуализировалась, выпот в полости сустава не определялся, что подтверждает эффект последствия ОМТ (о чем свидетельствуют и другие авторы [12, 13]). В группе сравнения I и II данные показатели значимо не изменились по сравнению с результатами после лечения.

При обследовании больных ГА через 3 месяца после курса лечения у 84,9% ( $p < 0,05$ ) пациентов основной группы наблюдалось сохранение полученных результатов комплексной терапии, в группах сравнения I и II – соответственно у 64,7% ( $p < 0,05$ ) и 58,3% ( $p < 0,05$ ).

При анализе результатов лечения через 6 месяцев после курса лечения клиническая симптоматика у 69,8% ( $p < 0,05$ ) пациентов основной группы и у 100% ( $p < 0,05$ ) групп сравнения возвратилась к исходным результатам до комплексного лечения.

Таким образом, во всех случаях лечения пожилых больных гонартрозом основной группы с применением ОМТ вращающимся магнитным полем наблюдается достоверно лучший клинический эффект, что проявляется уменьшением болевого синдрома, объема пораженных суставов, увеличением амплитуды движений. ОМТ положительно влияет на показатели периферической гемодинамики, переносимость физической нагрузки, способствует повышению качества жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович С.Г. Медико-биологическое обоснование применения физических методов лечения у больных гипертонической болезнью пожилого возраста: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. – Томск, 2001. – 40 с.

2. Беленький А.Г. // Русский медицинский журнал. – 2006. – Том 14. – № 8. – С. 588-592.
3. Беркутов А.М., Жулев В.И., Кирьяков О.В. // Межвузовский сборник научных трудов. – М., 1997. – С. 140-147.
4. Дворецкий Л.И. // Справочник поликлинического врача. – 2005. – № 3. – С. 32-36.
5. Зоткин Е.Г. // Научно-практическая ревматология. – 2005. – № 5. – С. 48-51.
6. Зубкова С.М. // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 3-10.
7. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз // Клиническая ревматология (руководство для врачей) // Под ред. В.И. Мазурова. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб: ООО «Издательство «Фолиант», 2005. – С. 386-420.
8. Мрих Л.П. // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2004. – № 5. – С. 31-33.
9. Насонов Е.Л. Ревматология // Клинические рекомендации // Под ред. Насонова Е.Л. – М., 2005. – С. 99-112.
10. Насонова В.А., Халтаев Н.Т. // Тер. архив. – 2001. – № 5. – С. 5-7.
11. Неверов В.А., Курбанов С.Х. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – Том 163. – № 2. – С. 97-98.
12. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А. Физические методы лечения в гастроэнтерологии // СПб: ИИЦ «Балтика», – 2004. – 287 с.
13. Репкина Т.В., Осипова И.В., Кулишова Т.В., Курбатова И. // Врач. – 2008. – № 1. – С. 57-59.
14. Улащик В.С. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2001. – № 5. – С. 3-8.
15. Цапина Т.Н., Эрдес Ш.Ф., Слизкова К.Ш. // Науч.-практ. ревматология. – 2004. – № 2. – с. 20-22.
16. Цветкова Е.С., Панасюк Е.Ю. // Consilium medicum. – 2003. – Том 5. – № 2. – С. 100-103.
17. Цурко В.В. // Клиническая геронтология. – 2004. – Том 10. – № 6 – С. 3-6.
18. Шумахер Г.И., Шумаков Е.А., Лесничев А.Г. // Мат. Междунар. конгресса «Актуальные проблемы восстановительной мед., курорт. и физиотер.». – М. – 2002. – С. 171-172.
19. Horney C.A., Ware J.E., Raczek A.E. The moss 36-Jten-Short-Form Health Survey (SF-36) // Medical Care. – 1993. – Vol. 31. – № 3. – P. 247-263.
20. Kellgren J.H., Lawrence J.S. Radiological assessment of osteoarthritis // Ann. Rheum. Dis. 1957. – № 16. – P. 494-501.
21. Martin L.J., Koren S.A., Persinger M.A. Thermal analgesic effects from weak, complex magnetic fields: critical parameters // Electromagnetic biology and medicine. – 2005. – Vol. 24. – № 2. – P. 65-85.
22. Weintraub M.I. Magnetotherapy: a new intervention // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1998. – Vol. 79. – № 4. – P. 469-470.

#### ABSTRACT

Results of research of efficiency of complex treatment gonarthrosis at patients of advanced age are submitted by use of the general magnetotherapy. 152 patients in the age of 60-75 years with gonarthrosis I-II stages are surveyed and treated. Depending on a method of treatment patients have been divided into three groups. The basic group the patients receiving a conservative complex of treatment, including diet therapy have made, medicamentous therapy, physiotherapy exercises and general magnetotherapy.

General magnetotherapy reduces evidence of articulate syndrome, improves activities of peripheral haemodynamics, raises the quality life, it is confirmed positive dynamics of subjective signs and objective parameters.

## СИСТЕМНЫЙ КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ – РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

ГУБИНА Н.Б., СУСЛОВА Г.А., ТЕРЕНТЬЕВА Г.В., МОРОЗОВА О.Л.  
Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения  
«Детский санаторий – Реабилитационный центр «Детские Дюны»  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия

#### АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты по определению рационального алгоритма обследования состояния здоровья детей.

Проведена сравнительная характеристика эффективности различных комплексных программ ре-

абилитации в зависимости от сроков пребывания, вариативности курсов и их законченности.

**Ключевые слова:** алгоритм обследования, факторы, сроки реабилитации, комплексность воздействия, эффективность.

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отмечаются негативные тенденции в состоянии здоровья детского населения. У детей, поступающих в местный санаторий, преобладает полиморфизм симптоматики, наличие кроме основного заболевания сопутствующей патологии, хронических очагов инфекции, множества факторов риска, детренированность на фоне психологических и социальных проблем личности [1]. Это свидетельствует о том, что реабилитационное воздействие на организм должно иметь **системный** (интегративный) характер, который предполагает восстановление **общего здоровья** ребенка [2].

Следует отметить, что **исследований по комплексной оценке здоровья детей и зависимости здоровья от факторов, формирующих его и влияющих на него, а также работ по обоснованию необходимых сроков и алгоритмов реабилитационных воздействий крайне ограничено** [3].

Основной задачей исследования явились совершенствование диагностики уровня здоровья детей, с определением необходимого алгоритма обследования в условиях детского санатория, сравнительная характеристика эффективности различных программ комплексной реабилитации.

Материалы исследования могут быть применены в местных детских санаториях и реабилитационных центрах Российской Федерации.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе государственного медицинского учреждения местного детского санатория – реабилитационного центра, где круглогодично получают лечение дети города Санкт-Петербурга в возрасте от 4 до 15 лет с патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [4].

В исследовании участвовало 98 детей, поступивших на срок санаторного лечения 21 день, и 265 детей, поступивших на срок 42 дня. В целях объективности сопоставляемых результатов, дети, включенные в реабилитационный процесс по различным моделям, не имели особых отличий по возрасту, полу, характеристикам здоровья. При сроке 21 день были проведены 3 вида реабилитационных программ «А» (30 человек), «Б» (39 человек), «В» (29 человек), при сроке – 42 дня – программа «Г» (265 человек). Углубленная оценка состояния здоровья детей и программы реабилитации проводились в параллельном режиме. Был предложен и внедрен рациональный алгоритм обследования, который включал в себя: оценку факторов риска, неспецифические проявления изменений статуса здоровья, оценку физического развития, функциональные пробы, анализы крови, мочи, кала, осмотр врачами-специалистами, оценку показателей социальной адаптации и психологического статуса. Состояние здоровья определялось как интегральная величина, состоящая из показателей физического, психического здоровья и социальной адаптации [5].

Оценка факторов риска проводилась на основании изучения анамнестических данных и специально разработанных нами карт-опросников.

Основной задачей изучения факторов риска являлся системный анализ и выявление причин возникновения неприятных эффектов и причинно-следственных связей, определялись риски «управляе-

мые», на которые можно воздействовать и «неуправляемые» [6]. Все риски были разделены на 5 блоков: биологические, социальные, социально-биологические, образ жизни, психологические, природные факторы [7, 8].

Оценка неспецифических проявлений изменения статуса здоровья была включена в алгоритм исследования, так как эти проявления могут быть признаком дознологического состояния и непосредственно заболевания, а также являются интегративным показателем изменения состояния здоровья.

Все неспецифические проявления изменения статуса здоровья были разделены на 3 группы:

- вегетативные проявления (по объективному статусу и субъективным данным: нарушение стула, боли в сердце, ощущение сердцебиения);
- неврологические проявления (плохое настроение, раздражительность, головные боли, нарушение сна);
- субъективные проявления (жалобы на слабость, вялость, утомляемость, боли в животе).

Всем детям оценивали физическое развитие и проводились функциональные пробы [9, 10].

В кабинете функциональной диагностики с помощью инструментальных методов у детей производилось углубленное обследование состояния сердечно-сосудистой системы [11, 12].

Для анализа неспецифических проявлений психофизиологической дезадаптации клинко-биографическим методом были обследованы дети всех возрастов [13, 14].

Социальная адаптация оценивалась в баллах по разработанному нами анкетам.

Программы реабилитации с разными сроками проводились комплексно: медицинское, психологическое и социальное направления.

При проведении реабилитационных программ «А», «Б», «В» (срок 21 день) был применен одинаковый набор оздоровительных процедур и мероприятий, но в программе «А» применялась только гидротерапия – купание в бассейне, в программе «Б» – или грязелечение, или бальнеолечение, в программе «В» по интенсивной методике бальнеотерапия и грязелечение в чередовании этих процедур по дням. [15]. Программа «Г» (42 дня) представляла собой полный курс реабилитационных воздействий с проведением бальнеотерапии и грязелечения последовательно [16], санацию хронических очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний. Оптимизация психосоциального статуса проводилась по расширенной программе.

В каждую реабилитационную программу включалось проведение здоровьесберегающих технологий в виде школ здоровья.

Был проведен сравнительный анализ эффективности реабилитационных программ, который включал в себя следующие задачи:

- формирование спирали клинического аудита, т.е. характеристика системы на входе и выходе;
- изучение пороговых показателей, позволяющих оценить состояние здоровья, которое определялось в течение прохождения реабилитационного процесса трижды:
  - на момент поступления (пациент на входе);
  - после углубленного исследования состояния здоровья (пациент в процессе реабилитации);

на момент выписки (пациент на выходе) на основании повторного углубленного исследования в соответствии с разработанным алгоритмом.

При анализе динамики показателей по заболеванию на выходе из системы оценка результатов имела качественные характеристики по нозологиям: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, а с другой – количественные, которые измерялись величиной отклонений от пороговых значений рассматриваемых показателей.

При сравнении эффективности различных программ реабилитации оценивался необходимый уровень реабилитационного воздействия в соответствии с выявленной патологией после углубленного обследования (санация ЛОР-органов, лечение у специалистов и т.д.) и проводилось сравнение с возможностью получения данного комплекса за срок пребывания пациентов в санатории.

На выходе по тем же показателям, что и на входе, оценивалась эффективность оптимизации психосоциального статуса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обеих группах наблюдалась высокая распространенность факторов риска, была установлена корреляционная зависимость между уровнем фактора – нарушения образа жизни и возрастом пациента. Отмечается рост хронизации заболеваемости в соответствии с ростом данного фактора риска.

В ходе углубленного обследования была установлена плохая подготовка детей к санаторно-курортному лечению: совсем не обследованы по основному диагнозу 43% детей дошкольного возраста, 32% среднего школьного возраста, 12% старшего школьного возраста и от 30-40% в разных возрастных группах обследованы не в полном объеме. В диагнозе направления при хронической патологии указана фаза заболевания только у 30% детей – ремиссия, в единичных случаях – субремиссия, что противоречит результатам углубленного обследования.

Новь выявленная патология во всех программах и сопутствующая патология составляли суммарно у каждого ребенка по 2-3 диагноза. Нуждались в санации ЛОР-органов в среднем 84% детей, в санации полости рта – 76%. Выявлены изменения на ЭКГ, требующие наблюдения у 55% детей, изменения на эхокардиограмме, требующие наблюдения, у 63% детей.

Таблица 1.

Впервые выявленная патология.

Модель реабилитации	Новь выявленная патология		Впервые выявленные изменения на ЭКГ, требующие дальнейшего наблюдения		Впервые выявленные изменения на ЭХО-кардиограмме, требующие дальнейшего наблюдения	
	число	кратность	число	%	число	%
А	70	2,3	17	57	24	80
Б	80	2,05	20	51	26	67
В	51	1,76	16	55	16	55
Г	367	1,38	210	79	131	49

У 30% детей во всех группах отмечалось снижение функциональных проб (спирометрия, динамометрия, 15 приседаний за 30 секунд, силовые пробы), что является свидетельством гиподинамии.

На основании исследования психологического статуса в кабинете психотерапии был определен процент нуждающихся в оказании психологической коррекции в обеих группах сроком 21 день (программы А, Б, В) и 42 дня (программа Г): 4-6 лет – 60%, 7-9 лет 63%, 10-15 лет 70%.

В различных возрастных группах от 50 до 70% детей имели физиологическую дисфункцию, психосоматические и депрессивные реакции.

Была проведена сравнительная характеристика различных программ реабилитации.

При оценке изменения самочувствия при прохождении реабилитационного процесса хуже всего показала себя программа «В» (интенсивная – чередование ежедневно бальнео- и грязелечения).

Несмотря на начало лечения с первого дня от момента поступления, курс грязелечения и бальнеолечения не был закончен, кратность процедур составила в среднем № 4, меньше, чем при проведении других краткосрочных программ (в среднем № 6). Из-за осложнений увеличился пропуск занятия ЛФК и уроков в школе, появились негативные изменения самочувствия в программе В – 41,5%, в других программах не более 13%, наличие признаков психологического дискомфорта в программе В – 21%, в других программах – 5-6%.

При оценке массы тела у детей, имеющих дефицит массы тела, было установлено, вне зависимости от проводимой программы реабилитации, что на 10-й день пребывания у детей отмечается потеря массы тела, причем в программе В у 64% и рост прибавки в весе отмечается к 20 дню пребывания, в программах В и Г всего у 4%, что связано с большим количеством процедур, и 80% детей имеют прибавку в весе только на 40 день пребывания.

У детей, имеющих ожирение и находящихся в группе риска по ожирению, положительная динамика отмечалась только в программе Г, где 11% детей нормализовали свой вес и 3% детей, имеющих ожирение, перешли в группу риска по ожирению.

Рост фактического потребления продуктов (метод регистрации) отмечался с 12-14 дня и постепенно достигал расчетных возрастных норм к 30 дню. На 20-й день не было достигнуто показателей фактического потребления в соответствии с возрастными нормами.

При краткосрочных программах функциональные пробы не дали положительной динамики в отличие от программы Г, где положительная динамика наблюдалась у 70% детей, что дало возможность расширить данной группе детей лечебно-двигательный режим.

При проведении оценки динамики неспецифических проявлений лучшие результаты были достигнуты при проведении программы Г.

Таблица 2.

Динамика по неспецифическим проявлениям статуса здоровья.

	Программа А				Программа Б				Программа В				Программа Г			
	после обл.		при выписке		после обл.		при выписке		после обл.		при выписке		после обл.		при выписке	
	п	кратность	п	кратность	п	кратность	п	кратность	п	кратность	п	кратность	п	кратность	п	кратность
субъективные	38	1,27	9	0,30	52	1,33	11	0,28	38	1,32	10	0,33	341	1,29	18	0,07
неврологические	40	1,33	8	0,26	50	1,28	11	0,27	41	1,40	9	0,30	406	1,53	21	0,08
вегетативные	27	0,90	23	0,78	38	0,98	31	0,79	27	0,95	24	0,83	220	0,83	24	0,09

**Примечание:** п – случаи.

Эффективность реабилитации хронических заболеваний при краткосрочных программах не являлась достаточно эффективной.

Таблица 3.

Динамика эффективности реабилитации хронических заболеваний.

№ п/п	Программа реабилитации	Фаза заболевания											
		Ремиссия				Субремиссия				Обострение			
		при поступлении		при выписке		при поступлении		при выписке		при поступлении		при выписке	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	А	15	50	19	62	9	30	9	28	6	20	3	10
2	Б	33	83	32	80	0	0	6	13	7	17	2	4
3	В	19	64	25	86	6	18	3	7	0	0	3	7
4	Г	170	64	243	91,4	44	16,5	20	7,2	52	19,5	4	1,4

**Примечание:** п – количество пациентов.

При проведении краткосрочных программ А, Б, В санация ЛОР-органов составляла 6% от нуждающихся, санация полости рта 2% от нуждающихся. В программе Г – соответственно 84% и 73%.

При проведении психологической коррекции наиболее эффективной оказалась программа Г.

Таблица 4

Средние показатели эффективности психологической коррекции детей 4-15 лет.

№	Показатели психологической коррекции	Эффективность психологической коррекции							
		Программы А Б В				Программа Г			
		n=46				n=185			
		ПК*(41)		ПТ**(5)		ПК*(109)		ПТ**(76)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	
1	Адаптация в коллективе	19	48,1	5	100	56	51,4	72	94,7
2	Развитие навыков общения	15	38,3	1	20	49	44,9	74	97,3
3	Расширение спектра стратегий преодоления негативных эмоций	18	45,6	2	40	49	44,9	58	76,3
4	Овладение навыками поведения в стрессовых и конфликтных ситуациях	11	28,2	1	20	30	27,5	61	80,3
5	Информированность пациентов об основных понятиях и положениях психологии (о значении психологии в жизни человека)	40	97,5	4	80	109	100	76	100
6	Информированность пациентов о значении психологических факторов в развитии соматических расстройств	4	10,4	2	40	16	14,6	67	88,1
7	Сформированность мотивации к прохождению психотерапии	15	38,3	3	60	44	40,3	76	100
8	Улучшение показателей психического статуса	-	-	3	60	-	-	73	96,1
9	Снижение частоты проявления симптомов, не специфических для основного соматического расстройства	-	-	3	60	-	-	71	93,4
10	Снижение частоты проявления симптомов, специфических для основного соматического расстройства	-	-	3	60	-	-	72	94,7
11	Повышение эффективности реабилитации по основному соматическому и сопутствующим невро-психическим расстройствам	-	-	3	60	-	-	22	28,9

**Примечание:** \* ПК – психологическое консультирование;

\*\* ПТ – психотерапия.

В программе Г получены хорошие показатели по социальной адаптации, в соответствии с проведенным анкетированием детей, улучшилась успеваемость в школе.

### ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования доказана низкая готовность детей по уровню обследования на момент поступления в санаторий, что негативно может сказаться на всем процессе реабилитационного воздействия.

Примененный в исследовании алгоритм обследования детей способствовал более полной интегративной оценке состояния здоровья детей. Оценка факторов риска должна быть обязательной составляющей в целях определения направлений программ школ здоровья и для создания мотивационного настроя у детей и родителей к устранению постоянно действующих управляемых факторов риска, способствовать партнерским отношениям в процессе реабилитации и ответственному отношению к выполнению рекомендаций.

Показательной в плане оценки состояния здоровья и эффективности реабилитационного воздействия явилась оценка неспецифических проявлений состояния здоровья. При сравнительной характеристике программ реабилитации было доказано, что программа Г (42 дня) явилась оптимальной, полностью закончены курсы гидро-, бальнео-, грязе-, кинезотерапии. Санированы хронические очаги инфекции. Практически исключена стадия обострения основного заболевания. В этой программе отмечен наибольший эффект по оптимизации психосоциального статуса. При проведении краткосрочных программ хуже всех показала себя программа В (интенсивная). Высокая нагрузка природными физическими факторами за короткий период сказалась негативно на результате реабилитации. При выполнении краткосрочных программ не достигнута должная эффективность по реабилитации основного и сопутствующих заболеваний, не решены проблемы с призмами гиподинамии у детей.

### ВЫВОДЫ

1. Предложен рациональный алгоритм углубленного обследования детей в условиях местного санатория – реабилитационного центра.

2. При сравнении различных реабилитационных программ доказана наибольшая эффективность программы со сроком 42 дня.

3. Краткосрочные программы реабилитации могут проводиться только как оздоровительные, применение бальнео-, грязелечения возможно при наличии должного уровня обследованности ребенка и не по интенсивным методикам.

4. В целях эффективности в реабилитационный процесс должны быть включены процедуры по са-

нации хронических очагов инфекции, лечению сопутствующих заболеваний, что невыполнимо в краткосрочных программах, учитывая показатели нагрузок врачей-специалистов.

5. В краткосрочных программах не имеется возможности провести в должном объеме восстановление психосоциального статуса.

6. Здоровьесберегающие технологии показали наибольшую эффективность при сроке реабилитации 42 дня.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь В.И. Донозоология. – 2005. – С. 88-90
2. Губина Н.Б., Терентьева Г.В., Климова М.Л., и др.// Актуальные вопросы реабилитации. – 2006. – С. 40-43.
3. Бобровский И.П. Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – 2008. – С. 11-13
4. Янушанец О.И., Губина Н.Б., Сулова Г.А. Совершенствование организации санаторно-курортной помощи детскому населению. – 2007. – С. 39-59.
5. Юрьев В.В., Алексеев С.В., Янушанец О.И.// Роль реабилитации в сохранении и укреплении здоровья детского населения на современном этапе. – 2001. – С. 15-16.
6. Токарев С.А., Уманская Е.Л., Буганов А.А. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 2. – С. 22-25.
7. Глазунов И.С., Демин А.К., Евстифеева Г.Ю., и др.// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004. – № 1. – С. 14-20
8. Сухарев А.Г.// Экологические проблемы педиатрии. – 1992. – С. 22-31.
9. Потапчук А.А., Матвеев С.В., Дидур М.Д. Лечебная физическая культура в детском возрасте. – 2007. – С. 163-165
10. Воронцов И.М.// Закономерности развития детей и методы его оценки. – 1986. – С. 42-56.
11. Меньшикова Л.И. Экология человека. – 2003. – № 3. – С. 45-50.
12. Noz M., Man S. de, Grobbee D., Verhulst F., Hofman F.// Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in children. – CVD Epidemiology Newsletter: Council on Epidemiology. Am Heart Ass. – 1990. – P. 43-46.
13. Кулаков С.А.// Основы психосоматики. – 2003. – С. 52-58
14. Тэмил Р., Дорки М., Амен В.// Учебно-педагогическое пособие. – 2002. – С. 18-25.
15. Файрузова В.Д., Ибрагимов Ф.И., Войтков А.И. Сероводородная грязебальнеотерапия по интенсивной укороченной методике при лечении детей в условиях санатория «Бакирово». – 2008. – С. 203.
16. Холопов А.П., Аванесов В.Н., Плохов В.В. Исцеляющая грязь. – 1998. – С. 66-67.

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты применения рационального алгоритма обследования детей в условиях местного санатория – реабилитационного центра, установлен низкий уровень обследованности (готовности) детей к процессу реабилитации. При проведении сравнительной оценки эффективности различных программ реабилитации по срокам и вариативности воздействий, обоснована нецелесообразность сокращения сроков санаторного лечения и интенсификации воздействия природными физическими факторами детям в процессе реабилитации.

### ABSTRACT

The article presents results of an evaluation of our optimized medical examination methodology for children in a rehabilitation resort. We discovered a low level quality of preliminary medical examination for the test group of children. The comparison evaluation of rehabilitation programs with different length and intensiveness proved that a shorter period of treatment cannot be compensated with intensified climatic procedures.