Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека "Украина"

Кафедра физической реабилитации

**РЕФЕРАТ**

по дисциплине: "**Физическая реабилитация в педиатрии"**

на тему: "**Применение физической реабилитации детей, больных ревматоидным артритом на восстановительном этапе лечения"**

г.

***План***

1. Физическая реабилитация больных ревматоидным артритом на санаторном этапе

2. Физическая реабилитация больных ревматоидным артритом на поликлиническом этапе

Список литературы

# ***1. Физическая реабилитация больных ревматоидным артритом на санаторном этапе***

Учитывая длительное и упорное течение ревматоидного артрита, во время лечения ребенка в стационаре не всегда удается перевести его на общий режим. Как правило, палатный режим завершает пребывание ребенка в клинике, после чего он переводится на *санаторное лечение.* К этому времени должны быть ликвидированы патологические изменения со стороны внутренних органов, санированы хронические очаги инфекции, снижена активность процесса, по крайней мере до 1 степени.

В зависимости от активности процесса, поражения суставов лечение осуществляется в специализированных санаториях или отделениях для лечения ревматоидного артрита. Продолжительность лечения 3 месяца; в санаторном пионерском лагере - 45-60 дней, санаториях для родителей с детьми - 24 дня.

**Показания:** суставная форма ревматоидного артрита в неактивной стадии или при минимальной активности процесса (1 степени); суставно-висцеральная форма в неактивной фазе, состояние после операции на суставах.

**Противопоказания:** острая стадия ревматоидного артрита и его обострение (активность 2 и 3-й степени); период лечения кортикостероидами; амилоидоз внутренних органов; выраженная кахексия; общие противопоказания.

Комплексное лечение детей с ревматоидным артритом зависит от их возраста, формы заболевания, наличия активности и ее степени. Обязательными компонентами санаторного лечения являются режим дня, рациональное питание, ортопедические мероприятия (шины, лонгеты), лечебная физкультура и массаж, климато-, бальнео-, грязелечение; по показаниям физиотерапия, медикаментозные препараты.

В первые дни пребывания в санатории всем больным назначают щадящий режим, лекарственные препараты в поддерживающих дозах (при наличии показаний). Продолжительность периода адаптации (5-7-10 дней) тем больше, чем меньше возраст ребенка и тяжелее функциональные изменения. В периоде адаптации назначают климатолечение по слабой нагрузке, утреннюю гигиеническую гимнастику. В дальнейшем постепенно расширяют двигательный режим. Для этого используют лечебную гимнастику, механотерапию, гидрокинезотерапию, подводный душ-массаж, дозированные игры, прогулки.

Даже если при тяжелом поражении суставов и не удается рассчитывать на полное восстановление и нормализацию движений, с помощью лечебной физкультуры можно добиться удовлетворительной компенсации и предупредить инвалидизацию ребенка.

Задачи санаторного этапа:

· ликвидация общих и местных воспалительных изменений;

· десенсибилизация и нормализация реактивности больного организма;

· восстановление в физиологических пределах функции пораженных суставов, либо в пределах необратимых анатомических изменений;

· ликвидация патологических компенсаций;

· восстановление двигательных навыков и умений;

· восстановление общей и физической работоспособности;

· повышение неспецифической сопротивляемости.

Одна из главных задач санаторного этапа - восстановление и нормализация движений - не может быть решена сразу. Для достижения этой конечной цели необходимо предварительно средствами ЛФК добиться повышения и нормализации общей и силовой выносливости мышц, разрушения патологической компенсации в виде "порочны поз", улучшения координации движений, умения активно расслабляться. Лишь затем и очень постепенно удается восстановить и нормализовать движения в пораженном суставе по всем осям.

Во время занятий ***ЛФК*** ребенок обучается координированным движениям с участием больной конечности с возрастающей амплитудой и физической нагрузкой. Затем реабилитолог исподволь переходит к обучению ребенка двигательному навыку с включением освоенного движения, добиваясь хорошего его качества. Наконец, в занятия включается освоение в определенной последовательности всех основных движений, свойственных ребенку данного возраста.

Конечно, реализация и успешное решение всех намеченных задач требуют повседневного труда и полной отдачи сил реабилитолога.

Из средств ЛФК на санаторном этапе лечения ревматоидного артрита используются общеразвивающие упражнения для всех мышечных групп из всех исходных положений, в том числе с отягощением и сопротивлением, упражнения, заимствованные из соответствующих разделов физического воспитания ребенка данного возраста, с учетом имеющихся в двигательной сфере отклонений. Применяются упражнения на координацию движений, упражнения в равновесии, физические упражнения прикладного характера, с различными снарядами и пособиями, упражнения на воспитание и закрепление правильной осанки, корригирующие упражнения.

Значительное место, хотя и прогрессивно уменьшающееся относительно общеразвивающих упражнений, занимают специальные упражнения для больных конечностей и пораженных суставов с увеличением амплитуды движений из обычных и частично облегчающих исходных положений, с включением элементов сопротивления, отягощения. Эти упражнения могут сочетаться с упражнениями в расслаблении и элементами массажа. По-прежнему среди них могут использоваться маховые движения и раскачивание.

Особо следует остановиться на тонкой работе реабилитолога по устранению привычных порочных поз больного ребенка. Длительное ограничение движений в пораженном одном или нескольких суставах, болезненные ощущения, атрофия мышц и их недостаточная сила - все это способствует возникновению у ребенка патологических компенсаций, без разрушения и перестройки которых трудно рассчитывать на полное восстановление движений. Вместе с врачом реабилитолог должен тщательно установить имеющиеся патологические наслоения и выявить условия, при которых порочная поза исправляется, а двигательный навык может осуществляться без патологической компенсации; опять-таки должен составляться индивидуальный план, зависящий от особенностей клинической картины, разрушения "стереотипа" порочных поз и компенсаций.

В сочетании с другими средствами ЛФК применяется массаж пораженных суставов. Он назначается также для избирательного воздействия на наиболее ослабленные мышцы.

При проведении различных лечебных процедур важно учитывать их совместимость, не перегружать больного процедурами. В дни приема ванн, не позднее чем за 1 ч до ванны, возможно проведение гимнастики; через час после ванны, грязевой процедуры - массажа.

***Воздушные, солнечные ванны*** строго дозируют, учитывая измененную реактивность организма. Купание в море разрешают после периода адаптации при температуре воды 22-23\*С (по слабому режиму интенсивности), один раз в день, свободный от бальнеолечения, или после окончания курса.

***Бальнеотерапию*** проводят с использованием хлоридных натриевых, сульфидных, радоновых минеральных вод. Они оказывают активное влияние на состояние нейроэндокринной регуляции, гемодинамику, обмен веществ, иммунологическую реактивность, уменьшают воспалительные, пролиферативные изменения в суставах, улучшают трофику мышц и суставов, облегчают и увеличивают объем движений. В механизме действия ванн имеют значение температурный, гидростатический, физико-химические факторы.

В зависимости от возраста больных применяют *хлоридные натриевые ванны* с концентрацией соли 5-15 г/л или рапные 20-40 г/л. Температура воды 37-36\*С, продолжительность: детям 4-7 лет - от 8 до 10 мин, на курс 8-10 ванн; детям школьного возраста (7-10 лет) - продолжительность ванны та же, при хорошей переносимости во второй половине курса можно увеличить концентрацию до 20г/л (разведенные рапные), на курс 10 ванн. Детям старше 11 лет при суставной форме ревматоидного артрита, неактивной стадии и выраженных пролиферативных изменениях можно увеличить концентрацию натрия хлорида до 40 г/л во второй половине курса, продолжительность ванны - до 12 мин, курс - до 12 ванн.

При суставно-висцеральной форме артрита лечение проводится по щадящей методике, возможно использование дополнительных ингредиентов - *шалфейные, йодобромные ванны.*

В механизме действия ванн существенное значение имеет нейрогуморальной действие натрия хлорида, изменяющего состояние рецепторов кожи, кровоснабжение кожи и подлежащих тканей, интенсивность обмена, адаптивных систем. При адекватной дозировке повышается реактивность организма, уменьшаются воспалительные явления. При неадекватной дозировке, ухудшении состояния ребенка под влиянием возникшей инфекции, переутомления может возникнуть патологическая бальнеореакция (ухудшение сна, аппетита, усиление боли в суставах). В таких случаях необходимо сделать перерыв в лечении ваннами на 5-7 дней, а затем продолжить по более щадящей методике. При реакции обострения назначают лекарственную терапию до снижения активности процесса.

*Сульфидные ванны* обладают более выраженным влиянием на обменные процессы, кровообращение, иммунологическую реактивность. Детям в возрасте 7-11 лет при неактивной стадии артрита назначают ванны с концентрацией сероводорода до 50 г/л, температурой воды 37\*С (зимой) и 36\*С (летом). Продолжительность ванн увеличивают от 5-6 до 10 мин, процедуры проводят через день, на курс 8-10 ванн. Детям старше 12 лет при хорошей переносимости концентрацию сероводорода увеличивают до 100 мг/л начиная с 3-4-й ванны, продолжительность последних 2-3 ванн до 12 мин, курс 10-12 ванн.

Детям с умеренной активностью процесса проводят медикаментозное лечение, применяют физиотерапию (индуктотермия, ДМВ на область надпочечников, фонофорез гидрокортизона, ДДТ, СМТ, лекарственный электрофорез и др.). После снижения активности процесса применяют ванны с концентрацией сероводорода 50 мг/л, температурой воды 37-36\*С, продолжительностью 5-10 мин, через день, курс - 8-10 ванн.

Больным ревматоидным артритом в неактивной фазе с выраженными пролиферативными изменениями в суставах в дни, свободные от ванн, применяют на область суставов фонофорез гидрокортизона, электрофорез лидазы или грязевые аппликации.

*Радоновые ванны* обладают своеобразным седативным, анальгезирующим, противовоспалительным действием, активизируют окислительно-восстановительные процессы, способствуют уменьшению аллергических проявлений. Детям от7 до 12 лет в неактивной стадии заболевания или при минимальной активности процесса применяют ванны с содержанием радона 740-1480 Бк/л (20-40 нКи/л), продолжительностью 8-10-12 мин, через день, курс 10 ванн. Детям старше 12 лет при хорошей переносимости можно увеличить продолжительность процедур до 15 мин, а курс до 14 ванн. В дни приема ванн другие процедуры общего действия не назначают, т.к. минеральные ванны обладают длительным последействием.

***Грязелечение*** применяют для лечения детей с суставной формой ревматоидного артрита в неактивной стадии или с минимальной активностью при наличии пролиферативных, пролиферативно-фиброзных изменений. У детей до 7 лет пелоидотерапию следует применять осторожно ввиду тенденции процесса к частым обострениям. Грязелечение оказывает многообразное местное и общее влияние вследствие температурного, физико-химического, нейрогуморального действия. Грязевые аппликации на область суставов применяют с целью противовоспалительного, рассасывающего действия, улучшения трофики мышц и суставов, увеличения объема движений в суставах, а на соответствующую рефлекторно-сегментарную область - с целью усиления местного и общего действия. В зависимости от возраста больных, количества пораженных суставов, характера изменений накладывают грязевые аппликации в виде "перчаток", "носков", "сапог", "брюк". Температура грязи 38-40\*С, продолжительность процедуры от 12 до 15 мин, через день, курс 8-12 процедур. При наличии атрофии мышц назначают аппликации на соответствующую сегментарную зону, на курс 8-10 процедур.

Грязелечение применяют как самостоятельный курс в чередовании с ваннами. В специализированных санаториях сначала проводят курс лечения ваннами, а через 2-3 недели, при хороших результатах, - грязелечение. В санаториях с 24-дневным сроком лечения при ограниченном числе пораженных суставов применяют только лечение ваннами или грязевыми аппликациями.

Электрофорез грязи как более щадящий метод применяют у ослабленных детей, при минимальной активности процесса, небольшом числе пораженных суставов. Методика: грязь температурой 38-40\*С в марлевых мешочках помещают на область пораженного сустава, поверх них накладывают электроды и фиксируют (расстояние между краями прокладок не должно быть меньше размера электрода), плотность тока 0,02-0,04 мА/см2, продолжительность процедуры 10-15 мин, курс 10-12 процедур. При симметричном поражении суставов можно проводить лечение раздвоенными электродами.

***Торфо- и глинолечение*** проводят по той же методике. Назначают ***аппликации парафина и*** ***озокерита.***

ревматоидный артрит физическая реабилитация

# ***2. Физическая реабилитация больных ревматоидным артритом на поликлиническом этапе***

Больные ревматоидным артритом дети после санаторного лечения длительно наблюдаются в ***детской поликлинике***, находясь на диспансеризации у врача-ревматолога. Периодически дети вновь направляются в санаторий, до тех пор пока не будет достигнуто полное отсутствие любых признаков активности процесса и удовлетворительное состояние опорно-двигательного аппарата и других функций детского организма. Одной из важнейших задач амбулаторно-поликлинического лечения является постепенный возврат ребенка к обычным для него условиям существования, учебы, занятий физкультурой ит.д. К решению этой задачи удается приступить не ранее чем через 2-3 года после окончания активного процесса. Отделение реабилитации детской поликлиники в этом периоде лечения обеспечивает достижение следующих целей:

· восстановление и нормализация структуры движений в суставах;

· нормализация общей и физической работоспособности;

· нормализация возрастной адаптации к температурным, физическим, психическим и иным нагрузкам;

· при стойких анатомических изменениях - обеспечение постоянной компенсации, подготовка, при показаниях, к реконструктивной операции, в послеоперационном периоде - восстановление и нормализация движений.

В большинстве случаев перечисленные задачи решаются детально продуманным сочетанием занятий по физическому воспитанию в условиях детских учреждений и школы со специальными занятиями в кабинете ЛФК поликлиники и индивидуально выполняемыми заданиями в домашних условиях под наблюдением родителей. Подход к физическому воспитанию ребенка индивидуален. Как правило, ему можно разрешить занятия в подготовительной медицинской группе. Если имеются анатомические изменения и не восстановлена структура движения хотя бы в одном из суставов - занятия в специальной медицинской группе. В эти занятия включаются по индивидуальной для каждого ребенка программе активные упражнения по всем осям патологически измененного сустава, раскачивания, махи, упражнения с предметами с включением отягощения и сопротивления. Весьма эффективны специальные упражнения и лечебное плавание.

Домашние, индивидуальные задания ребенок выполняет 1-2 раза в течение дня, занимаясь ЛФК в общей сложности не менее двух часов в сутки. Желательно следующее сочетание возможных форм ЛФК: занятия в подготовительной или специальной группе школы, лечебная физкультура в кабинете ЛФК, 2-3 раза в неделю лечебное плавание и выполнение "домашних заданий". Таким образом ребенок ежедневно получает 1-2 вида организованных занятий под руководством реабилитолога или преподавателя и 1-2 раза выполняет самостоятельно индивидуальное задание.

# ***Список литературы***

1. Бисярина В.П. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. - М.: Медицина, 1973. - 223 с.

2. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація. Підручник. - К.: "Олан", 2005. - 608 с.

3. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. - К.: "Олан", 2004. - 559 с.

4. Медсестринство в педіатрії / За ред. . проф.В.С. Тарасюка, Київ, Здоров’я, 2001, с.103-111.

5. Справочник по физиотерапии / под ред. проф.В.Г. Ясногородского, Москва, Медицина, 1992, стр.458-461.

6. Смиян И. С, Карачевцева Т. В, Детская курортология, Киев, Высшая школа, 1985, стр.111-122.

7. Фарьер Д.А. Физиология школьника. - М.: Педагогика, 1990. - 64 с.

. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. Проф. С.Н. Попова. - Ростов н / Д: изд-во "Феникс", 1999. - 608 с.

. Фонарев М.И., Фонарева Т.А. Лечебная физкультура при детских заболеваниях, Ленинград, Медицина, 1981, стр.105-110.