**Реабилитация**

представляет собой комплекс медицинских, профессионально-педагогических и

социально-экономических мероприятий, применение которых имеет целью физическое,

морально-психическое, профессиональное и социально-экономическое восстановление

больных хроническими заболеваниями для возвращения их к продуктивной

деятельности.

 **Цель реабилитации** больных ревматоидным артритом**:**

1. Функциональное восстановление пораженных частей опорно-двигательного

аппарата путем восстановления силы мышц и свободы движений.

2. Отклонить внимание и мысли больных, связанные с их тяжелым недугом,

путем создания условий для выполнения определенной работы, это приведет к

мобилизации собственных сил больного для более скорого восстановления

здоровья.

3. Выявить и развить у больных возможности выполнения полезной

производительной деятельности путем освоения подходящих производственных

процессов.

По своему характеру реабилитационные мероприятия делятся на два основные

группы: А. Медицинские, Б. Социально-экономические.

**А. Медицинские мероприятия**

1. *Отдых.* Это элементарное терапевтическое средство

применение которого никогда не противопоказано, занимает важное место в

реабилитационном процессе. Отдых, даже и в острой стадии, нельзя понимать как

неподвижный постельный режим, а он должен сочетаться с элементами лечебной

физкультуры и трудотерапии, подходяще подобранных и соответствующе

дозированных.

2. *Психотерапия.* Длительное течение большей части суставных

заболеваний, связанное с периодическими ухудшениями состояния и прогрессирующим

ограничением физической активности, угнетает психику больного и требует умело

проводимого, системного психотерапевтического воздействия. Обыкновенно эти

задача находится в пределах возможностей лечащего врача, поэтому редко

приходится привлекать психиатра.

3. *Диетический режим.* Диетический режим больного суставными

заболеваниями надо составлять в зависимости от требований, продиктованных его

общим состоянием, от развивающегося иногда малокровия и от физической нагрузки

в связи с лечебной физкультурой Пища должна быть достаточно калорийной,

богатой белками и витаминами но ожирения необходимо избегать.

4. *Медикаментозное лечение.* Его следует проводить перед физиотерапией

и лечебной физкультурой, так как оно подготавливает почву для их проведения,

отстраняя воспалительную суставную реакцию и боль.

5. *Физиотерапия* и *лечебная физкультура.* Физиотерапия и

лечебная физкультура занимают особое место среди

лечебно-восстановительных мероприятий при суставных заболеваниях.

Тепло, применяемое в различных формах, уменьшает боль и мышечный спазм.

Применение тепла за 15-20 мин до лечебно-физкультурных упражнений дает

возможность больному переносить их легче.

Массаж, в зависимости от вида, оказывает различный физиологи­ческий эффект.

При правильной дозировке он уменьшает боль и мышечный спазм и способствует

проведению лечебной физкультуры.

Гидротерапия является одним из чаще всего применимых и ценных

физиотерапевтических методов при реабилитации суставных заболеваний. Основной

физиологический эффект водолечения заключается в улучшении циркуляции и в

уменьшении боли и мышечного спазма. Уменьшая вес погруженной части, вода

создает условия для применения элементов лечебной физкультуры, трудно

выполнимых или для больного вне воды.

Лечебная физкультура, ввиду своей доступности и эф­фективности, является

одним из наиболее часто применяемых средств при реабилитации больных

суставными заболеваниями. Ее применение должно основываться на строгих

показаниях, на умелой дозировке в связи с состоянием больного и на подходящем

сочетании с элементами физиотерапии и отдыхом. Лечебная физкультура

преследует три основные задачи:

а) предохранение от деформации в суставах;

б) поддержание мышечной силы;

в) поддержание амплитуды движений в суставах.

Лечебно-физкультурные упражнения бывают следующих видов: стати­ческие,

пассивные, активные с помощью, активные, активные с сопротив­лением.

 *Статические* упражнения применяются в острой стадии сустав­ных

заболеваний, когда больной лежит в постели, и целью является предупреждение

развития неактивной атрофии мышц. Они приводят к изометрическому сокращению

мышц, при котором не получается дви­жения в суставе и в результате чего они не

сопровождаются болями. Статические упражнения показаны чаще всего для усиления

ягодичных мышц и разгибателей колена, играющих важную роль при ходьбе и

подъеме. Пациента необходимо обучать делать эти упражнения в зависи­мости от

его состояния от 6 до 12 раз в день.

 *Пассивные* упражнения назначаются в острой стадии заболева­ния и имеют

целью сохранение объема движения в пораженном суставе. Эти упражнения

проводятся медицинским работником или родными боль­ного, специально обученными

для этой цели. Пассивные упражнения необ­ходимо производить до тех пор, пока не

будет достигнута максимальная амплитуда движения по всем осям движения

суставов. В зависимости от состояния больных эти упражнения следует выполнять

от одного до нес­кольких раз в день.

 *Активные* упражнения с посторонней помощью необходимы в тех случаях,

когда, несмотря на улучшение амплитуды движения в суставе и увеличение мышечной

силы, больной не в состоянии сам выполнять необходимые упражнения. Эти

упражнения имеют целью улучшение амплитуды движения в суставе и

увеличение мышечной силы и являются переходом к выполнению активных упражнений

без посторонней помощи Они проводятся *с* помощью медицинского работника

или родных. Внешняя помощь может быть оказана и при выполнении упражнений с

помощью блока, в воде или на доске, посыпанной тальком.

 *Активные упражнения без чужой помощи* назначаются в случае, когда

амплитуда движения в суставе и мышечная сила достаточны.

 *Активные упражнения с сопротивлением* наз­начают после того, как получено

значительное улучшение амплитуды движения в суставе и мышечной силы.

Определенной величины сопро­тивление движению больного вызывается или вручную

физиотерапевтам, или с помощью механического сопротивления (мешочки с песком,

спе­циальные сандалии с грузом и др.).

6. *Трудовая терапия.* Подобранная по виду и правильно дозированная

трудовая терапия — незаменимое средство при реабилитации больных суставными

заболеваниями. Она способствует восстановлению мышечной силы и амплитуды

движения в суставах и является действенным профилактическим средством против

наступления деформации: отвлекает внимание больного от болезни и тем самым

оказывает психотерапевтическое воздействие; дает возможность хорошо оценить

профессиональные склонности и трудовые возможности больного, так как содержит

элементы различных ремесел и профессий; способствует восстановлению

профессиональных навыков и является переходом между реабилитационным периодом и

продуктивной трудовой деятельностью.

Трудовая терапия должна быть подобрана в связи с интеллектом, образованием,

профессией и интересами больного, с видом заболевания и функциональными

возможностями организма. Применять ее необходимо еще в острой стадии

заболевания — обучать действиям повседневной жизни (заботы о личной

гигиене, одевание, еда, и др.). Постепенно, по мере восстановления

физической активности и затихания острых явлений заболевания, надо

включать элементы продуктивной трудовой деятельности.

Виды трудовой деятельности, подходящие для больных суставными заболеваниями,

могут быть самыми разнообразными. Наиболее подходящими из них являются лепка

небольших предметов, украшений из глины, плетение корзинок, вязание сумок для

рынка, вырабатывание предметов из пластмассы, вышивание, тканье шалей,

покрывал и других предметов на станках с различным управлением, в связи с

необходимостью совершать тот или иной вид движений, резьба, обработка

металлических предметов, украшений и пр.

Ценной формой трудовой терапии является обучение больных ведению домашнего

хозяйства. Обучением больного совершать большую или меньшую часть домашней

работы, помимо достижения терапевтического эффекта, создаются условия для

освобождения одного из членов семьи от этих обязанностей и предоставления ему

возможности работать вне дома, что увеличило бы доходы семьи.

 *7. Специальные аппараты* и *сооружения,* помогающие больному в его

быту и трудовой деятельности. Немалое число больных суставными за­болеваниями

нуждается в специальных аппаратах и сооружениях, кото­рые могут предохранить

суставы от дальнейшего повреждения и создать условия к совершению некоторых

видов движений, невыполнимых без них.

Костыли. Нередко больные суставными заболеваниями, у которых поражены

нижние конечности, нуждаются на более или менее длительный период в

костылях, для того чтобы расширить свою физическую активность и предохранить

суставы от дальнейшей травмы и деформации. Выбор вида костылей производят с

учетом индивидуальных потребностей больного, что требует помощи ортопеда.

Обучение правильному пользо­ванию костылями проводится опытным медицинским

работником. Лицам с тяжелыми повреждениями нижних конечностей, приводящими к

полному ограничению движений, необходимо пользоваться креслом-коляской, вид

которого тоже должен соответствовать индивидуальным требованиям больного.

Шины. Необходимо пользоваться шинами определенное время, для того чтобы

избежать деформаций суставов и исправить уже имеющиеся. Шины могут быть

сделаны из различного материала в зависимости от потребностей больного и

наличных возможностей. Для того чтобы шины отвечали требованиям, необходимо

изготовлять их по указанию орто­педа, а пользоваться ими в сочетании с

элементами лечебной физкультуры.

Специальные приспособления, способствую­щие повседневной деятельности. Эти

приспособления помогают больным суставными заболеваниями со значительно

ограниченной физической активностью ввиду деформации конечностей совершать

некоторые повседневные действия, для того чтобы не быть зависимым от

окружающих. По своему предназначению эти сооружения могут оказывать помощь

во время еды. У некоторых больных суставными заболеваниями

самостоятельный прием пищи затруднен или невозможен в связи с ограниченным

сгибанием руки в локтевом суставе и уменьшенной хватательной способностью ее.

В этих случаях приспособления способ­ствуют созданию возможности подносить

пищу ко рту и устойчиво поддерживать соответствующий прибор. Этого можно

достичь, удлиняя ручку прибора, создавая подходящий угол между ручкой и

прибором, увеличи­вая устойчивость сжатия рукой, особо моделируя ручку

прибора или прикрепляя ее шиной к руке.

Помощь при одевании. Если для здорового человека про­цесс одевания прост, то

для больного суставным заболеванием очень часто это трудная для решения

задача, ставящая его в зависимость от окружающих. Ограничение движений

пальцев рук, в локтевом, плечевом, коленном и тазобедренном суставах или в

позвоночнике, делает иногда невозможными некоторые движения, необходимые при

одевании. В этих случаях помочь больному можно, или переделывая некоторые

части одеж­ды в зависимости от имеющихся функциональных нарушений, или

изго­товив специальные приспособления. В некоторых случаях замена мелких

пуговиц более крупными, обыкновенных пуговиц кнопками или швом-молнией,

обыкновенной обуви — обувью с резинками, обыкновен­ного галстука — бабочкой и

пр., устраняет неловкость при одевании. В других случаях необходимо

пользоваться специальными приспособле­ниями. Например, надевать носки можно с

помощью щипцов с длинными ручками, обуваться можно с помощью ложки на длинной

ручке и пр.

Помощь хозяйке. Повседневная домашняя работа в семье связана с движениями,

которые бывают в той или иной степени трудно выполнимыми или недоступными для

больных суставными заболеваниями. Пользуясь некоторыми приспособлениями и

внося элементы рационали­зации труда, можно сделать доступными много

действий, с которыми свя­зано ведение домашнего хозяйства. В этом отношении

приходят на помощь легко подвижные коляски, на которые можно ставить

необходимые для чистки продукты, подвижные столики-коляски для переноски еды

и сто­ловых приборов из кухни в столовую, вакуумные резиновые плитки для

фиксирования сосудов на столе, специальные удобные ручки для снятия кастрюль

с плиты, мешалки для яиц, приводимые в действие водяной струей из крана,

специальные щипцы с длинными ручками для поднятия с пола упавших предметов и

пр.

Необходимо также рационально размещать мебель и предметы повсе­дневного

пользования в хозяйстве, с учетом их доступности.

8. *Исправляющие ортопедические операции.* В ряде случаев необходимо

произвести исправляющие ортопедические операции, охватывающие мягкие ткани,

мышцы, сухожилия, связки или кости.

 **Б. Социально-экономические мероприятия**

Достижение основной цели реабилитации — возвращения больного к продуктивной

трудовой жизни — в рамках заболевания требует приме­нения некоторых

социально-экономических мероприятий, находящихся в компетенции работника

отдела социального обеспечения. Социальная реабилитация—возвращение боль­ного

к социальной активности, т. е. к трудовой де­ятельности.

В зависимости от степени медицинской реаби­литации больных, в данном случае

ревматологи­ческого профиля, специалист по трудоустройству или, по

терминологии зарубежных авторов, соци­альный работник, определяет степень

пригоднос­ти больного к выполнению профессионального труда или при утрате

этой способности ориенти­рует такого пациента освоить другую профессию и

после переобучения больной возвращается к тру­довой деятельности, но уже по

другой специаль­ности. При значительной утрате способности больного к труду

ему устанавливают группу ин­валидности.

Одним из достижений отечественной ревмато­логии является **разработка**

**3-этапного восстанови­тельного лечения** больных с ревматическими

забо­леваниями с использованием поликлинического, стационарного и курортного

этапов медицинской реабилитации.

На поликлиническом этапе врач-ревматолог, заведующий ревматологическим

кабинетом, берет на учет больных ревматическими за­болеваниями, осуществляет

вторичную профилак­тику рецидивов, проводя необходимые виды анти­бактериальной

терапии, контролируя и корректи­руя базисную и другие виды медикаментозной

те­рапии, своевременно направляя больных на стаци­онарное лечение в тех

случаях, когда в поликлини­ческих условиях невозможно осуществить полно­ценное

лечение при обострениях, осложнениях и других изменениях в течении хронических

ревма­тических заболеваний или если при динамическом амбулаторном наблюдении

возникает необходи­мость уточнения диагноза заболевания.

На поликлиническом этапе осуществляются поддерживающая терапия, вторичная

профилактика обострений хронических ревматических заболеваний и проведение

реабилитационных мероприятий. Проведение реабилитационной программы будет

наиболее эффективным, если больные ревматичес­кими заболеваниями хорошо

подготовлены с помощью адекватной поддерживающей терапии ба­зисными

препаратами, НСПВП, локальной кортикотерапией, в результате чего общая и

местная ак­тивность заболеваний контролируется на низком или среднем уровне.

В таких условиях можно ин­тенсифицировать физические упражнения больным

воспалительными суставными заболеваниями, амбулаторно проводить курсы

рассасывающей физиотерапии, улучшать с помощью массажа или тех же

физиотерапевтических процедур местное кровообращение и тем повышать

функциональную способность опорно-двигательного аппарата. Если к тому же

ревматологический или реабилитационный кабинет в поликлинике оснащен

соответству­ющим оборудованием — УГУЛи, РУПы (портатив­ные реабилитационные

установки), шведские стен­ки, стенды с бытовыми приспособлениями, ручка­ми,

замками, то проведение восстановительного лечения, особенно для больных с

поражениями сус­тавов конечностей и позвоночника, будет более эффективным.

Однако достаточно хорошо оснащенные реаби­литационным оборудованием кабинеты

в поликли­никах встречаются все-таки редко. И тем не менее и в обычных

условиях необходимо проводить вос­становительную терапию широкому кругу

боль­ных, например пациентам с дегенеративными за­болеваниями суставов,

периартритами и другими поражениями связочного и мышечного аппарата. Этой

группе больных вполне возможно проведение физиотерапевтических процедур,

улучшающих мес­тное кровообращение, снижающих болевой синд­ром, например

магнитотерапию, ДМСО с новока­ином, лидазой. Допустимы и локальные блокады

новокаингидрокортизоновыми коктейлями триггерных точек при периартритах. Если

позволяют условия (строгая асептика в операционной поликлиники, в которой

недопустимы операции с гной­ными больными) и имеется квалифицированный

медицинский персонал, то разрешаются внутрисус­тавные пункции и введение ГКО

больным с воспа­лительными заболеваниями суставов или ингиби­торов ферментов

типа контрикала или трасилола, хондропротекторов (артепарон) пациентам с

деформирующим остеоартрозом.

Необходимы контроль и коррекция физических упражнений для различных групп

больных ревма­тическими заболеваниями.

Весьма полезна стажировка поликлинических методистов ЛФК в

высококвалифицированных ревматологических отделениях, центрах, институ­тах,

где методисты могли бы ознакомиться с осо­бенностями использования ЛФК и

массажа у рев­матологических больных. Это чрезвычайно важно, так как

неумелый, например, массаж или несоот­ветствующий комплекс ЛФК могут резко

отрица­тельно повлиять на результаты поликлинического этапа медицинской

реабилитации больных ревма­тическими заболеваниями.

На этапе стационарного лечения, в задачу которого входит снижение

активности заболеваний за счет подавления воспалительных, аутоиммунных и

иммунокомплексных процессов с использованием антиревматической и интенсивной

терапии, не менее важным является разработка пла­на реабилитационных

мероприятий и его осущес­твление уже в условиях клиники, отделения боль­ницы.

Для реализации комплекса реабилитационных мероприятий необходима группа

специалистов вы­сокой квалификации, в которую входят ревмато­лог (врач-

терапевт), ортопед или еще лучше ревмоортопед, физиотерапевт, психолог,

методист ЛФК, ортезист, трудотерапевт, массажист, социальный работник.

Из этой группы специалистов создается реаби­литационный совет, в который

включают ревма­толога, ревмоортопеда, физиотерапевта, ортезиста, психолога,

решающих в тесном взаимодействии проблемы реабилитации у сложных больных

рев­матическими заболеваниями, подбирая оптималь­ный для конкретного больного

лечебно-восстановительный комплекс, выполнимый в условиях дан­ного лечебного

учреждения.

Рассмотрим в отдельности задачи каждого спе­циалиста.

 *Ревматолог (врач-терапевт).* Это должен быть хорошо подготовленный

специалист в области рев­матологии, разбирающийся в вопросах ранней

ди­агностики ревматических заболеваний, так как от постановки точного диагноза

зависит по сути вся последующая реабилитационная программа.

Главной задачей ревматолога во время стацио­нарного лечения является снятие

активности вос­палительных процессов, а значит, и болевого син­дрома, путем

подбора современной антиревмати­ческой терапии. Для решения этой задачи

ревма­толог должен хорошо ориентироваться в многочис­ленных фармакологических

препаратах, т. е. быть по сути дела на уровне клинического фармаколо­га,

знать последовательность схемы комплексного сочетанного использования

противовоспалительных и иммуномодулирующих базисных препара­тов. Он обязан

детально разбираться в побочном действии антиревматических лекарств

длительно­го использования и периодически даже в отсутст­вие жалоб направлять

больных на дополнительные исследования, в частности гастроскопию для

вы­явления латентных медикаментозных язв желудка.

Особое внимание следует уделять назначению ГКО. Если назначение этих

лекарственных препа­ратов, в частности преднизолона, неизбежно при лечении

больных СКВ и дерматомиозитом, то очень важно своевременно снизить их дозу с

лечебной при наличии эффекта до поддерживающей. Высокие дозы ГКС при

длительном применении могут со­здать неблагоприятные условия для проведения

ре­абилитационных мероприятий из-за выраженного остеопороза, нередкого

развития дистрофических изменений кожи и скелетных мышц, а в ряде случа­ев и

ишемических некрозов костной ткани.

В условиях стационара хорошо подобранный квалифицированным ревматологом

медикаментоз­ный комплекс способствует началу реабилитаци­онных мероприятий.

 *Ревмоортопед,* т. е. ортопед, овладевший осно­вами ревматологии и

самостоятельно разбираю­щийся в вопросах диагностики и комплексного

ме­дикаментозного и физических методов лечения. На­иболее целесообразным

методом подготовки спе­циалистов данного профиля является обучение окончивших

молодых врачей в клинической орди­натуре и аспирантуре по ревмоортопедии, о чем

свидетельствует собственный опыт в Институте ревматологии. Но существует и

другой путь, когда в течение 0,5—1 года травматолог или ортопед изу­чает основы

ревматологии в ревматологическом отделении или на курсах по ревматологии при

ка­федрах и институтах ревматологии.

Ревмоортопед работает в тесном контакте с рев­матологом, причем последний

также должен знать общие принципы, возможности и результаты ор­топедического

лечения больных ревматическими заболеваниями.

При поступлении больного на стационарное лечение даже в терапевтическое или

ревматологи­ческое отделение необходима консультация ревмоортопеда для

определения возможности консерва­тивного или оперативного лечения. Исходя из

воз­можностей данного лечебного учреждения, ревмоортопед с своими

ассистентами осуществляет опе­ративное лечение больных ревматическими

забо­леваниями и прежде всего РА, болезнью Бехтерева, реже СКВ и с синдромом

Рейтера. По выработан­ным показаниям и противопоказаниям в

ревмоортопедическое отделение поступают больные для оперативных вмешательств.

Эти больные проходят курс послеоперационной реабилитации и, что очень важно,

постоянно на­ходятся под длительным наблюдением ревмоортопеда, произведшего

операцию.

Некоторые больные по окончании ортопедичес­кого лечения нуждаются в повторной

госпитали­зации для снятия активности процесса, с целью профилактики

обострения или рецидива артрита оперированного сустава. Только хорошо

налажен­ная система диспансерного обслуживания или зве­на стационар —

поликлиника позволит своевремен­но продолжить реабилитационные мероприятия,

которые не прекращаются и после окончания ста­ционарного этапа

восстановительного лечения.

 *Физиотерапевт.* Данный специалист, работаю­щий с больными

ревматологического профиля, до­лжен хорошо знать физические методы лечения —

электротерапию, магнито- и лазеротерапию, кри­отерапию, гелиотерапию,

иглорефлексотерапию, быть компетентным в вопросах клинической рев­матологии,

ориентироваться в биомеханике опор­но-двигательного аппарата, в вопросах

миологии. Роль физиотерапевта в работе реабилитацион­ной команды чрезвычайно

велика. Необходимо стремиться по возможности к раннему назначению

физиотерапевтических процедур и продолжать их в условиях поликлиники, если не

удается их пол­ностью провести в стационарных условиях. Таким образом можно

оптимизировать результаты физиотерапевтического воздействия на комплекс

реаби­литационных мероприятий. Важно также не вы­звать обострение заболевания,

что можно предуп­редить при условии взаимодействия с ревматоло­гом.

 *Психолог.* В повседневной практике мы посто­янно встречаемся с больными,

находящимися в со­стоянии глубокой подавленности или даже депрес­сии, неверия в

свои силы и способности продолжать бороться с своей болезнью, озабоченных

бытовы­ми и семейными проблемами в связи с хроничес­ким заболеванием, да к тому

же обезображивающем внешний вид. В задачу психолога входят выявление скрытых

резервов больного, которому предстоит длитель­ная борьба с постоянными болями,

прогрессирую­щими суставными деформациями, работа с груп­пой пациентов, среди

которых необходимо вклю­чать оптимистов, хорошо преодолевающих труд­ности

болезненных состояний. На них нужно на­правлять внимание больных, потерявших

веру в из­лечение или хотя бы в улучшение течения заболе­вания.

В задачу психолога входит и знакомство с семьей таких пациентов, улучшение

психологичес­кого климата в семье. Следует убедить близких и родственников

данного больного, что он нуждает­ся в их заботе, внимании и помощи. Все это в

ком­плексе в значительной степени помогло бы в успешном проведении

реабилитационной программы и сохранении результатов достигнутого

восстанови­тельного лечения.

 *Методист ЛФК.* Данный специалист должен знать особенности ЛФК при РА,

болезни Бехтерева, остеоартрозе, ревматизме и других ревматических

заболеваниях. ЛФК играет большую роль в программах реабилитации больных

ревма­тическими заболеваниями, не говоря уже о решаю­щем вкладе специалиста

данного профиля в после­операционную реабилитацию.

Одним из важных качеств методиста ЛФК, ра­ботающего с больными ревматическими

заболева­ниями, — чувство меры и большая терпеливость. Мы постоянно являемся

свидетелями того, как вос­становительное функциональное лечение больных,

перенесших операции на суставах, начинается со­вместно с методистом ЛФК.

Приходится убеждать больных преодолевать болевые ощущения и пы­таться

добиться полного мышечного расслабления, так как только на таком фоне можно

достичь оп­тимальных результатов в ближайшем послеопера­ционном периоде. К

сожалению, если больной и методист ЛФК плохо понимают друг друга, время

реабилитации может быть упущено: в оперирован­ных суставах развиваются

сращения, которые пре­одолевать необычайно трудно. Рассчитывать на то, что с

течением времени или под влиянием других факторов, например курортного

лечения, рубцы «рассосутся», не приходится. Тесный контакт и даже

психологический аспект взаимодействия ме­тодиста ЛФК с оперированным больным

(если пси­холог отсутствует) дают оптимальные результаты.

Особое значение придается групповым заняти­ям ЛФК, подобранным по возрасту и

нозологичес­ким заболеваниям. Вклад методиста ЛФК в реабилитацию боль­ных

ревматическими заболеваниями неоценим, осо­бенно в тех случаях, когда

правильно подобраны и проводятся специальные физические упражнения, которые

направлены на ликвидацию контрактур, восстановление мышечной силы, уменьшение

амиотрофии.

 *Ортезист.* Этот термин происходит от слова orthosis, что значит «прямой».

Ортезирование — ис­правление, выпрямление с помощью специальных приспособлений

элементов опорно-двигательного аппарата, которые под воздействием

патологичес­ких процессов деформируются, искривляются, разрушаются,

дестабилизируют опору. Ортезы изго­тавливаются из тканей, полимерных

материалов, металлических элементов в виде шин, аппаратов, лонгет, которые

больные могут легко самостоятель­но надевать и снимать. Ортезы выполняют не

толь­ко роль поддержки ослабленных мышц, разрушен­ных связок и элементов

сустава, но создают усло­вия баланса биомеханических систем конечностей и

позвоночника и способны предотвратить разви­тие возможных или исправить

формирующиеся или сформировавшиеся деформации и искривления

опорно-двигательного аппарата.

Специалисты по ортезированию изготавлива­ют ортезы в зависимости от тех

задач, которые пе­ред ними ставит ревмоортопед, исходя из конкрет­ной

ситуации. Например, при ульнарной девиации кисти и пальцев в пястно-

фаланговых суставах не­обходимо изготовить ортез, хорошо адаптирован­ный к

индивидуальным особенностям кисти, лучезапястного сустава и предплечья так,

чтобы при­дать руке и кисти функционально выгодное поло­жение в нейтральной

позиции кисти в лучезапястном суставе при слегка согнутых пальцах в

межфаланговых в пястно-фаланговых суставах и отведении I пальца, или

ортезировать вальгированную стопу с коррекцией плоскостопия, с

молоточкообразной деформацией пальцев и вальгусным откло­нением I пальца.

Принципы прерывистого использования ортезов и включения элементов ЛФК,

трудотерапии применяются нами также с профилактическими целями для

предупреждения развития деформаций суставов у больных, у которых только

намечается тенденция к развитию деформации суставов.

 *Трудотерапевт.* За рубежом подобный специа­лист называется occupational

therapist. Для обуче­ния труду в бытовых и домашних условиях мы приглашаем

специалиста по труду — трудотерапевта. Это обычно специалист со средним, часто

медицин­ским образованием, который в своей работе с бы­товыми приборами,

инструментами обучает боль­ных ревматическими заболеваниями с поражения­ми

суставов кистей.

Кабинет трудотерапии должен быть оснащен кухонным оборудованием, специально

адаптиро­ванным для использования им больными с нару­шениями функции кисти,

например с толстыми руч­ками, дополнительными приспособлениями, облег­чающими

резку хлеба, овощей. В кабинете полезно иметь стенд с вмонтирован­ными в него

ручками, замками, чтобы больные при­спосабливались открывать замок,

манипулировать ключом. Улучшить манипуляционную функцию кистей помогает

детский конструктор, детали которого позволяют создавать различные

композиции, тре­нируя тем самым многие виды манипуляционной функции.

Существуют методы и приемы работы по дере­ву со стамеской, молотком, пиление,

строгание рубанком. Для больных с поражениями суставов пле­чевого пояса

назначается работа по протиранию оконных стекол, зеркал, поверхности стола.

Художественная лепка из пластилина хорошо укрепляет ослабленные мышцы кисти и

руки.

Необходимо подчеркнуть, что трудотерапия характеризуется тем, что необходимо

произво­дить работу от начала до конца, например выле­пить скульптуру или из

дерева сделать какой-ни­будь нужный предмет в быту (столик, полку,

под­ставку). Такая работа требует терпения, адаптации к инструментам и

определенных мышечных усилий, преодоления некоторых неудобств и болевого

фак­тора, что в итоге укрепляет ослабленные и атро­фированные мышцы и

мобилизует скрытые резер­вы кистей и рук в целом, что и является целью

ме­дицинской реабилитации. Такие больные подготовлены к выполнению не только

домашней работы, но и профессионально­го труда.

 *Массажист.* Значение массажа при поражени­ях опорно-двигательного аппарата

общеизвестно. Массажист, получивший данную специальность после окончания

среднего медицинского заведения, может довольно быстро освоить некоторые

особен­ности массажа у больных ревматическими заболе­ваниями. Такой массажист,

как правило, работает под контролем врача, но тем не менее он обязан знать

особенности ревматологических заболеваний, симптомы васкулита, амиотрофии,

анатомии связочного аппарата.

Перед массажистом ставят конкретные задачи добиваться, например, мышечной

релаксации или производить массаж, направленный на улучшение регионального

кровообращения. Грамотно проведенный курс массажа является существенным

вкладом в стационарный этап реа­билитации больных ревматическими

заболевания­ми.

 *Социальный работник.* Такой специалист должен был бы быть в составе

реабилитационной брига­ды. В идеале он определяет способность больного

выполнять профессиональный труд или направля­ет больного на переобучение и

приобретение но­вой профессии, выполнение которой ему в данное время под сил.

Социальный работник должен иметь связи с производствами, учреждениями, ко­торые

заинтересованы в найме кадров работников, в том числе и прошедших

восстановительное лече­ние.

Трудовая деятельность больных ревматически­ми заболеваниями, прошедших в

стационаре меди­цинский этап реабилитации, позволит длительно сохранять

результаты восстановительного лечения и увеличит трудовые ресурсы страны.

 Этап реабилитации больных ревматичес­кими заболеваниями—курортные факторы

— гря­зи, сероводородные, углекислые, рапные ванны, ЛФК, массаж, прогулки типа

терренкура. Такие из­вестные курорты, как Пятигорск, Евпатория, Саки,

Сочи-Мацеста, являются достаточно эффективны­ми лечебными факторами,

закрепляющими результаты реабилитации, достигнутые на этапах поли­клиника -

стационар.

 *Бальнео*- и *климатолечение* занимают существенное место в лечении

заболеваний опорно-двигательного аппарата и применяются в подходящий момент

развития болезни, при подходящем подборе и дозировке в зависимости от

реактивности организма. Бальнеологическими и климатическими средствами,

применяющимися для лечения ревматических заболеваний, являются:

I. *Минеральные воды:*

1. Акратотермические — маломинерализованные теплые и горячие ми­неральные

воды, содержание растворенных твердых частиц в которых ниже 1 г в 1 л

воды.

2. Радиоактивные радоновые воды содержат не менее 10—15 МЕ радио­активности

в 1 л воды. В зависимости от концентрации радона они делятся на

слаборадиоактивные с 13,7 МЕ, среднерадиоактивные — с 13,7 до 55 МЕ и

сильнорадиоактивные, содержащие свыше 55 МЕ на 1 л воды.

3. Соленые (хлоридно-натриевые) воды — содержат главным образом ионы натрия

и хлора в концентрации 1—260 г на 1 л воды. В зависимости от концентрации их

делят на слабосоленые с 1—3 г, среднесоленые — 3— 15 г, сильносоленые — 15—50

г, и рассольные — свыше 50 г на 1 л воды. Они могут содержать, кроме того,

кальций, магний, сулфаты и угле­кислоту, а в составе «нафтеновых» соленых

вод *(Овчинников)* имеется также: бром, йод и др.

4. Углекислые воды содержат не менее 750—1000 мг свободной углекислоты в 1 л

воды. В некоторых водах концентрация ее достигает 4000—5000 мг/л.

5. Сульфитные воды — сюда относятся серные и сероводородные воды, содержащие

элементы серы в количестве 1—10 мг в 1 л воды. Концентра­ция их в

сероводородных водах может доходить до 400 мг и более в 1 л воды.

II. *Пелоиды (лечебные грязи).* Сюда относят различные виды грязей,

применяемых с лечебной целью. По своему происхождению лечебные грязи бывают:

морскими, лиманными, сапропельными, торфяными, торфяно-минеральными и

минерально-вулканическими.

III. *Морелечение*—применение морской воды, морского климата, об­лучение

солнцем и применение песка в качестве лечебных факторов.

1. Морская вода представляет собой особый вид минеральной воды и по своему

составу и свойствам сходна с солеными минеральными водами. Она содержит много

биологических продуктов распада животных и рас­тительных материалов.

2. Морской климат характеризуется равномерной годовой температу­рой,

меньшей облачностью, большой и длительной солнечной радиацией, высоким

барометрическим давлением, большей ионизацией и чистотой воз­духа, свободного

от аллергенов. Солнечная радиация у морского берега богата ультрафиолетовыми

лучами.

3. Морской песок состоит из кварцевых, силициевых и пиритных кри­сталлов

различных размеров, чем обусловливается его сильное нагревание солнцем.

4. Климатолечение охватывает основные метеорологические элементы, влияющие и

характеризующие климат, погоду и сезон — солнечную ра­диацию, ветры и

влажность. Для климата имеет значение и химический состав воздуха нижних слоев

атмосферы — хлористый натрий, йод, азот, эфирные масла *(Бурксер),* так

же, как и некоторые физические факторы— ионизация, радиоактивность,

атмосферное электричество.

**Лечебно-физическая культура при ревматоидном артрите.**

В комплексном лечении артритов значитель­ное место принадлежит ЛФК.

Восстановление функции движения и профилактика ее нарушений в пораженном

суставе и в окружающих тканях, обычно патологически измененных (в мышцах,

сухожилиях и их влагалищах и пр.), невозможны без применения ЛФК. Физи­ческие

упражнения воздействуют в первую очередь на болезненные процессы в пораженных

суставах с ускорением рассасывания выпо­та и более быстрым обратным развитием

пролиферативных измене­ний. Этому способствует связанное с движениями

улучшение мест­ного кровообращения и биохимических процессов в тканях.

Общее оздоровительное воздействие средств ЛФК проявляется при значительных

мышечных нагрузках в активизации обмена ве­ществ и ускоренном выведении из

организма токсичных продуктов.

Средства ЛФК, применяемые в целях нормализации двигательной функции, могут

обеспечивать разрушение создавшихся непол­ноценных временных компенсаций,

восстановление силы мышц и координации движений, восстановление бытовых и

локомоторных движений.

Физические упражнения, в частности, могут восстанавливать динамическую и

статическую выносливость мышц, для чего упражне­ния следует выполнять

многократно в течение дня, в различных формах, с возрастающими нагрузками.

При артритах ослабляются и извращаются как соматические, гак и вегетативные

функции. Влияние средств ЛФК проявляется в активи­зации всех нервных

процессов, стимуляции деятельности сердечно-сосудистой и бронхолегочной

систем, обмена веществ и органов выде­ления, а также в установлении более

высокого уровня координации соматических и вегетативных функций.

Систематические занятия фи­зическими упражнениями содействуют нормализации

реактивности, повышению неспецифической устойчивости и десенсибилизации

орга­низма, что очень существенно для профилактики рецидивов.

ЛФК при артритах и полиартритах преследует **цели** общего укрепления

орга­низма и улучшения функции опорно-двигательного аппарата. Ее **за­дачи**

(по В.Н. Мошкову):

o воздействие на пораженные суставы с целью развития их подвижности и

профилактики дальнейшего нарушения функции;

o укрепление мышечной системы и повышение ее работоспо­собности,

улучшение кровообращения в суставах и периартикулярном аппарате,

стимулирование трофических процессов и борьба с гипотрофическими явлениями в

мышцах;

o воздействие на связочный аппарат, принимающий значитель­ное участие в

патогенезе заболевания;

o противодействие отрицательному влиянию длительного постель­ного

режима (стимуляция кровообращения, дыхания, обмена и др.); повышение общего

тонуса организма;

o уменьшение болевых ощущений приспособлением поражен­ных суставов к

дозированной физической нагрузке;

o снижение чувствительности к колебаниям метеофакторов, по­вышение

тренированности и общей работоспособности, закалива­ние. Применять средства

ЛФК в остром периоде, т.е. при явлениях выраженной интоксикации, повышенной

реактивности и болях, не рекомендуется. В этот период основной задачей ЛГ

является умень­шение болезненности в пораженных суставах, для чего назначают

покой (лечение положением — применение лонгеток, гипсовых по­вязок и др.) и

тепловые процедуры.

Средства ЛФК показаны в подостром и хроническом периодах заболевания.

В подостром периоде применяют лечение положением, ЛГ и мас­саж. Раннее

начало лечения положением пораженной конечности обес­печивает эффект физических

упражнений и массажа, ускоряет восстановление функции сустава. В зависимости от

локализации поражения рекомендуются следующие функционально-выгодные положения.

При воспалительном процессе в межфаланговых суставах имеется наклонность к

сгибательной контрактуре, в этом случае используют ватно-марлевый валик,

причем если пястно-фаланговые суставы не затронуты, валик следует укладывать

так, чтобы они были свободны, а межфаланговые - прилегали к валику в

положении максимально возможного разгибания.

При локализации процесса в пястно-фалаговых суставах опре­деляется

ограничение их разгибания и переразгибание в межфаланговых суставах; в этом

случае валик необходимо подкладывать под пястно-фаланговые суставы при

возможно полном их разгибании и при согнутых межфаланговых суставах.

Поражение лучезапястного сустава часто сопровождается откло­нением в локтевую

сторону; в этих случаях целесообразно укладывать руку в гипсовую лонгетку с

отведением ее в лучевую сторону.

Наиболее благоприятно для локтевого сустава отведение руки в плечевом суставе на

25о—30о, локоть при этом согнут под углом 90о.

Кисть должна находиться в состоянии легкого разгибания, ладонь обращена к

туловищу.

При артритах в области голеностопного сустава важно укладывать сто­пу под углом

90о (с опорой о подстопник).

Для профилактики быстро развивающейся тугоподвижности (кон­трактуры)

коленного сустава конечность рекомендуется укладывать в положение возможно

полного разгибания.

Для предупреждения сгибательной контрактуры в области тазо­бедренного сустава

рекомендуется положение лежа на спине, под голову подкладывают маленькую

подушечку.

Задачи ЛФК в сочетании с физиотерапевтическими процедурами в этом периоде

максимально возможное сохранение функции по­раженных суставов. В занятиях ЛГ

используют активные упражнения и активные с помощью, выполняемые в

облегченных условиях (под­ведение под зону поражения скользящей плоскости и

др.) в и.п. лежа и сидя. Применение пассивных упражнений рассматривается как

до­полнительная форма воздействия.

Активные упражнения осуществляются но основным осям дви­жений пораженного

сустава в медленном темпе, объем движений должен постепенно возрастать,

упражнения следует подбирать не­сложные и легко запоминающиеся.

Общеукрепляющие и дыхатель­ные упражнения чередуют со специальными, причем в

первые дни используют специальные упражнения для здоровых суставов, затем

постепенно включают и пораженные суставы.

 **Внимание!** Чем выраженное боль, тем осторожнее применяют уп­ражнение.

Пассивные упражнения применяют только в и.п. лежа и сидя; при максимально

возможном расслаблении мышц пораженной ко­нечности; в щадящем режиме, не

допускающем возникновения бо­левых ощущений. Одна рука методиста фиксирует

проксимальный отдел конечности, а другая проводит движения дистального

отдела, причем сначала по прямым (более простым) направлениям, а затем по

полукруговым, часто меняя при этом направление (табл. 1).

 На начальных стадиях хронического процесса, когда на первый план

выступают умеренные артралгии, отсутствуют выраженная ги­потрофия мышц и

деформации суставов, ЛФК особенно эффектив­на. Она способствует восстановлению

движений в пораженных суставах и предупреждает дальнейшее ограничение их

функции.

При прогрессировании процесса, стойких контрактурах, дефор­мациях,

деструктивных изменениях хряща и костной ткани средства ЛФК (физические

упражнения и массаж) способствуют увеличению объема движений суставов,

снижению тугоподвижности и мышеч­ных гипотрофии. При необратимых состояниях с

выраженными деформациями суставов и анкилозированием основной задачей ЛГ

является не столько увеличение подвижности пораженных суставов, сколько се

сохране­ние в еще не пораженных суставах. На этой стадии патологического

процесса важно развитие компенсаторных движений.

Табл. 1. примерная схема процедуры ЛГ при подостром полиартрите по

В.Н.Мошкову (5-6 занятие при постельном режиме)

ЛГ (в данном случае ее в полной мере можно назвать суставной) занимает

основное место среди других средств ЛФК. В занятиях ЛГ используют активные

движения, детально прорабатывающие каж­дый сустав, и сочетание дыхательных и

специальных упражнений. Частота дыхательных упражнений зависит от общего

состояния больного и его сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем.

Напри­мер, для ослабленных больных дыхательные упражнения должны применяться

через 1-2 упражнения суставной гимнастики, а для больного с достаточной

физической подготовкой и вполне удовлет­ворительным общим состоянием можно

чередовать дыхательные упражнения через 3-4 упражнения для суставов.

Применяют также гимнастические снаряды и предметы, а также упражнения,

имеющие существенное реабилитационное бытовое и профессиональное значение.

При поражении суставов верхних конечностей рекомендуются п.п. стоя, сидя и

лежа; при поражении суставов нижних конечностей преимущественно лежа и сидя;

в и.п. стоя тренируют опорную фун­кцию ног (табл. 2).

В комплексное лечение артритов включают *массаж*, который

усили­вает кровообращение, способствует уменьшению отечности и выпота в области

пораженного сустава, значительно уменьшает боли и увеличи­вает объем движений.

Кроме того, массаж играет значительную роль в подготовке пораженного сустава к

пассивным движениям. Сначала проводят поглаживание и растирание, затем легкое

разминание напряжен­ных мышечных групп и только после этого целесообразны

активные разминания, а также ударные приемы поперек мышечного волокна для

повышения тонуса мышц и профилактики мышечных гипотрофии. Массаж противопоказан

в острой стадии, а также при инфекци­онных специфических артритах

(туберкулезные, бруцеллезные и др.) Массаж выполняют по общепринятой методике.

Основные правила массажа:

o максимально возможное расслабление мышц массируемой конечности;

o при отечности сустава начало массажных движений выше зоны отека;

o основное направление массажных движений от периферии к центру,

точнее, к близлежащим лимфатическим узлам;

o массаж сустава круговыми движениями, преимущественно по­глаживанием и

растиранием.