

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	9
Список сокращений и условных обозначений	15
Глава 1. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов	17
1.1. Термин «реабилитация». Цель реабилитации	17
1.2. Принципы и виды реабилитации	21
1.2.1. Медицинская реабилитация	22
1.2.2. Физическая реабилитация	22
1.2.3. Психосоциальная реабилитация	23
1.3. Нормативно-правовое регулирование медицинской реабилитации	24
1.4. Реабилитационная необходимость, способность и прогноз (потенциал)	28
1.5. Специальные цели, уровни и адекватность реабилитационных мероприятий	30
1.6. Назначение и особенности проведения реабилитационных мероприятий	31
1.7. Организация медицинской реабилитации	31
1.8. Этапы медицинской реабилитации	33
1.8.1. I этап реабилитации (стационарный)	34
1.8.2. II этап реабилитации (стационарный)	34
1.8.3. III этап реабилитации (санаторно-курортный)	37
1.9. Оценка эффективности реабилитационного лечения	43
1.10. Трудовая экспертиза, клинико-экспертная комиссия, медико-социальная экспертная комиссия. Сроки нетрудоспособности	51
1.10.1. Классификация инвалидности	54
1.10.2. Анализ и оценка состояния инвалидности	56
1.11. Медико-социальная реабилитация инвалидов	58
1.11.1. Профессиональная и техническая реабилитация	59
1.11.2. Физкультура и спорт инвалидов	60
Вопросы и задания для самоконтроля	61
Глава 2. Средства реабилитации в комплексном лечении пациентов с различными заболеваниями и повреждениями	63
2.1. Психологическая реабилитация	63
2.1.1. Психологическое состояние больного	65
2.1.2. Методы психотерапии	66

2.2. Лечебная физическая культура	68
2.2.1. Общая характеристика метода лечебной физической культуры	68
2.2.2. Классификация физических упражнений	69
2.2.3. Энергетическая характеристика физических упражнений	75
2.2.4. Влияние физических упражнений на организм больного	78
2.2.5. Физические тренировки	85
2.2.6. Другие формы лечебной физкультуры	88
2.3. Кинезиотейпирование	93
2.4. Физиотерапия	96
2.5. Массаж	102
2.6. Мануальная терапия	106
2.7. Эрготерапия (трудотерапия)	113
2.8. Логопедическая помощь	115
2.9. Оздоровительное питание	116
2.10. Уход за больным	119
Вопросы для самоконтроля	127
Глава 3. Медицинская реабилитация при болезнях системы кровообращения (совместно с доцентом И.А. Баукиной)	128
3.1. Кардиореабилитация	128
3.1.1. Изменения в организме под влиянием аэробной тренировки	132
3.1.2. Тренирующий эффект аэробной нагрузки и возможности его учета	134
3.1.3. Лечебное питание	135
3.1.4. Физиотерапия	136
3.1.5. Массаж	137
3.2. Цель и задачи медицинской реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	138
3.3. Кардиореабилитация больных ишемической болезнью сердца	139
3.4. Кардиореабилитация больных хронической сердечной недостаточностью	148
3.5. Кардиореабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда	152
3.6. Кардиореабилитация больных артериальной гипертензией	161
3.7. Ревматические заболевания сердца	171

3.8. Врачебно-трудовая экспертиза	179
Вопросы для самоконтроля	179

Глава 4. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания (совместно с доцентом И.И. Глазковой) 181

4.1. Клинико-физиологическое обоснование применения средств реабилитации при заболеваниях органов дыхания	181
4.2. Средства медицинской реабилитации при патологии органов дыхания	191
4.2.1. Психотерапия в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	210
4.2.2. Диетотерапия в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	212
4.2.3. Фитотерапия в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	213
4.2.4. Современные восточные дыхательные системы в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	214
4.2.5. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов дыхания	215
4.2.6. Оценка эффективности реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания	216
4.3. Медицинская реабилитация больных с заболеванием органов дыхания	218
4.3.1. Пневмония	219
4.3.2. Особенности лечебной физкультуры при пневмонии, осложненной экссудативным плевритом	221
4.3.3. Хроническая обструктивная болезнь легких	225
4.3.4. Бронхиальная астма	227
4.3.5. Хронический бронхит	232
4.4. Врачебно-трудовая экспертиза	234
Вопросы для самоконтроля	235
Ситуационные задачи	235

Глава 5. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями и повреждениями нервной системы. 237

5.1. Особенности применения методов восстановительной терапии в неврологической и нейрохирургической клинике ...	237
5.1.1. Метод лечебной физической культуры	237
5.1.2. Физиотерапия	248
5.1.3. Массаж	249

5.2. Реабилитация при отдельных формах двигательных расстройств	251
5.2.1. Пирамидный и экстрапирамидный путь	251
5.2.2. Спастический гемипарез	256
5.2.3. Вялые парезы и параличи	260
Вопросы для самоконтроля	270
5.3. Сосудистые заболевания головного мозга	270
5.3.1. Острые нарушения мозгового кровообращения	270
5.3.2. Черепно-мозговая травма	295
Вопросы для самоконтроля	310
5.4. Позвоночно-спинальная травма	311
5.4.1. Механизмы повреждения позвоночника и спинного мозга	311
5.4.2. Периоды течения травматической болезни спинного мозга	316
5.4.3. Оценка неврологического статуса пострадавшего	316
5.4.4. Симптоматические комплексы повреждения различных отделов спинного мозга	318
5.4.5. Восстановительное лечение последствий травм позвоночника и спинного мозга	321
Вопросы для самоконтроля	335
5.5. Заболевания периферической нервной системы.	336
5.5.1. Невропатия лицевого нерва	336
5.5.2. Травматические повреждения периферических нервов	347
Вопросы для самоконтроля	355
5.6. Детский церебральный паралич	356
5.6.1. Классификация	356
5.6.2. Клинико-функциональная диагностика двигательных нарушений	357
5.6.3. Восстановительное лечение	358
5.6.4. Принципы врачебно-трудовой экспертизы при болезнях нервной системы	370
Вопросы для самоконтроля	374
Глава 6. Медицинская реабилитация при болезнях эндокринной системы и нарушениях обмена веществ (совместно с доцентом Е.С. Галсановой)	376
6.1. Патология углеводного обмена.	376
6.2. Сахарный диабет	378

6.3. Ожирение	390
6.4. Метаболический синдром	398
6.5. Гипотиреоз (микседема, болезнь Галла)	404
6.6. Гипертиреоз	407
6.6.1. Восстановительное лечение	410
6.6.2. Медико-социальная экспертиза	412
Вопросы для самоконтроля	413

Глава 7. Медицинская реабилитация в период выздоровления после инфекционных заболеваний и при туберкулезе

<i>(совместно с доцентом Т.А. Иваненко)</i>	415
7.1. Инфекционный процесс, инфекционные болезни	415
7.2. Патогенез развития инфекционного процесса	416
7.3. Классификация инфекционных болезней	417
7.4. Принципы организации медицинской помощи	417
7.5. Принципы лечения инфекционного процесса и инфекционного заболевания	418
7.6. Немедикаментозное лечение инфекционных больных	418
7.7. Профилактика инфекционных заболеваний	426
7.8. Медицинская реабилитация при туберкулезе	426
Вопросы для самоконтроля	437

Глава 8. Медицинская реабилитация при повреждениях костно-мышечной системы

костно-мышечной системы	439
8.1. Травма, травматическая болезнь	439
8.2. Вывихи суставов	441
8.3. Переломы костей	443
8.3.1. Регенерация костной ткани	443
8.3.2. Общие принципы лечения переломов	445
8.3.3. Периоды восстановительного лечения	446
8.3.4. Повреждения крупных суставов	455
8.4. Неосложненные повреждения позвоночника	459
8.4.1. Консервативное лечение	461
8.4.2. Оперативное лечение	466
8.5. Повреждения таза и тазовых органов	467
8.6. Ампутации нижних конечностей	471
8.7. Физиотерапия при повреждениях костно-мышечной системы	475
8.8. Массаж в комплексном лечении повреждений опорно- двигательного аппарата	476

8.9. Повреждения мягких тканей опорно-двигательного аппарата	478
8.9.1. Повреждения мышц	480
8.9.2. Повреждения сухожилий.	480
8.10. Санаторно-курортное лечение	493
Вопросы для самоконтроля	494
Ситуационные задачи	494
Глава 9. Медицинская реабилитация при заболеваниях	
костно-мышечной системы	496
9.1. Заболевания суставов	496
9.1.1. Ревматоидный артрит.	496
Вопросы для самоконтроля.	509
Ситуационные задачи	509
9.1.2. Остеоартроз	510
Вопросы для самоконтроля.	525
Ситуационные задачи	525
9.2. Заболевания позвоночника	526
9.2.1. Сколиотическая болезнь (сколиоз)	526
Вопросы для самоконтроля.	543
Ситуационные задачи	543
9.2.2. Боли в спине	544
Вопросы для самоконтроля.	556
9.3. Болезни мягких тканей	556
9.3.1. Клинико-диагностические исследования	559
9.3.2. Критерии синдрома фибромиалгии	561
9.3.3. Восстановительное лечение	565
Вопросы для самоконтроля	575
Список рекомендуемой литературы	576
Предметный указатель	580

● ГЛАВА 9

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 901н, физические упражнения и методы лечения применяют при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи амбулаторно, в дневном стационаре. Стандартом Министерства здравоохранения Российской Федерации предусмотрено их применение в программах санаторно-курортного лечения. Больных с последствиями травм и заболеваний костно-мышечной системы при наличии медицинских показаний направляют для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации (Пономаренко Г.Н.).

9.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ

9.1.1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Реабилитация больных артритами, особенно ревматоидным, — важная медицинская и социальная проблема. Ее сложность обусловлена множественностью и тяжестью поражения ОДА, выраженностью и стойкостью артралгий, прогрессированием артрита, трудностью физического, психологического приспособления больного к возникшим нарушениям двигательных функций, необходимых в повседневной жизни и производственной деятельности.

Ревматоидный артрит — воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся симметричным хроническим

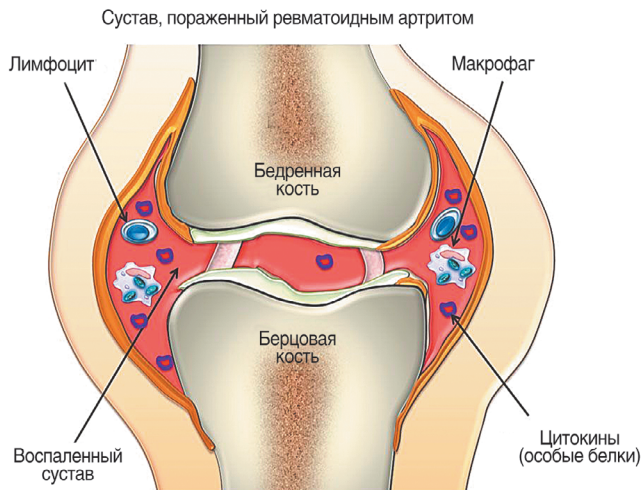


Рис. 9.1. Сустав, пораженный ревматоидным артритом

эрозивным артритом периферических суставов и системным воспалительным поражением внутренних органов (рис. 9.1).

Рабочая классификация ревматоидного артрита.

- По форме:
 - ревматоидный артрит — полиартрит, моноартрит;
 - ревматоидный артрит с системными проявлениями;
 - особые синдромы Фелти, синдром Стилла у взрослых.
- По серопринадлежности (по наличию ревматоидного фактора) — серопозитивный, серонегативный.
- По течению — быстро прогрессирующий, медленно прогрессирующий.
- По активности:
 - I — низкая;
 - II — умеренная;
 - III — высокая.
- Рентгенологическая стадия:
 - I — околосуставной остеопороз;
 - II — то же + сужение межсуставных щелей + единичные эрозии;
 - III — то же + множественные эрозии;
 - IV — то же + анкилоз.
- Наличие функциональной способности:
 - 0 — сохранена;
 - I — профессиональная способность сохранена;

- II — профессиональная способность утрачена;
 - III — способность к самообслуживанию утрачена.
- Стадии течения заболевания (рис. 9.2).

Клиническая картина складывается из общих симптомов и суставных синдромов.

Общие симптомы: утомляемость, субфебрилитет, лимфаденопатия, похудение.

Суставной синдром:

- симметричность — важная особенность ревматоидного артрита;
- утренняя скованность длительностью более 1 ч;
- характерно симметричное поражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, плюснефаланговых суставов;
- ревматоидная кисть — ульнарная девиация, деформация по типу «бульонки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах), «лебединой шеи» (перерагибание в проксимальных межфаланговых суставах), «руки с лорнетом» (при мутилирующем артрите);

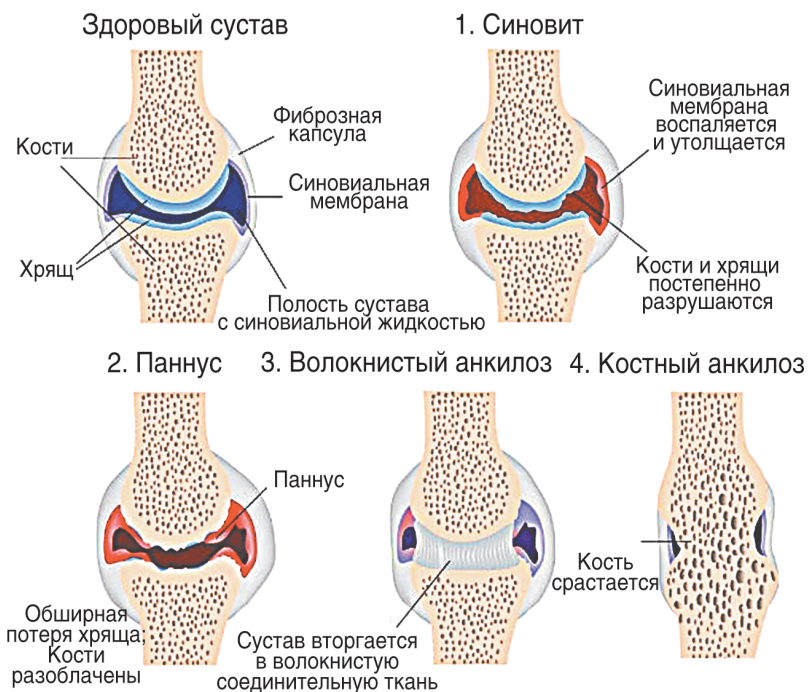


Рис. 9.2. Стадии ревматоидного процесса

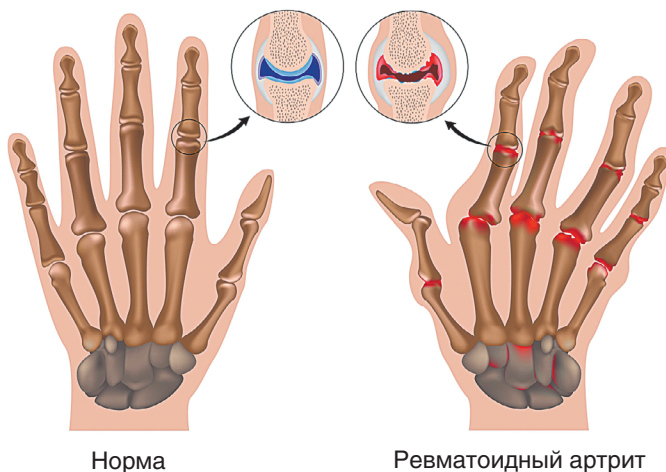


Рис. 9.3. Ревматоидный артрит

- ревматоидная стопа — фибулярная девиация, вальгусная деформация I пальца, болезненность головок плюснефаланговых суставов;
- ревматоидный коленный сустав — киста Бейкера, сгибательные и вальгусные деформации;
- шейный отдел позвоночника — подвывихи атлантоосевого сустава (рис. 9.3).

Поражение околосуставных тканей:

- тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти;
- бурситы, особенно в области локтевого сустава;
- поражение связочного аппарата с развитием гипермобильности и деформаций;
- поражение мышц — атрофия, миопатии.

Системные проявления — ревматоидные узелки, то есть подкожные образования, в типичных случаях локализованные в областях, часто подвергающихся травматизации (рис. 9.4).

При данном заболевании уже на ранних стадиях страдают сердечно-сосудистая система и органы дыхания.

Наиболее полно оценить функциональную способность сустава позволяет ряд тестов, которые объективно отражают состояние ОДА инвалида и больного. Наиболее часто в практической медицине используют следующие функциональные тесты: суставной индекс Ритчи, характеризующий болезненность всех суставов (баллы), динамометрия кистей (кг), скорость передвижения на расстояние 30 м (с), ходьба по лестнице вверх—вниз на 10—15 ступенек (с), функциональный тест



Рис. 9.4. Типичное расположение ревматоидных узелков

Ли, который отражает способность инвалида больного выполнять ряд бытовых навыков (суммарно в баллах).

При определении суставного индекса Ритчи болезненность суставов шейного отдела позвоночника, тазобедренных, таранно-пяточных и предплюсневых определяют посредством пассивных движений в них, а болезненность остальных суставов — посредством умеренного надавливания на них. Болезненность оценивают в баллах:

- болезненности нет 0;
- больной говорит о наличии ее — 1 балл;
- больной говорит о болезненности и морщится — 2 балла;
- больной отдергивает сустав — 3 балла.

Скрининговое исследование в основном включает исследование в покое и при выполнении определенных движений. Пальпация и нагрузочные тесты наиболее часто поражаемых воспалительными артропатиями суставов (пястно-фаланговые, плюснефаланговые и коленные) завершают исследование.

Здоровый сустав должен:

- нормально выглядеть;
- принимать в покое нормальное положение;
- легко перемещаться в пределах всего объема движений.

Синдром генерализованной гипермобильности суставов — один из двух синдромов (включая фибромиалгию), которые легко можно пропустить при осмотре. Следует помнить, что такая гиперподвижность, даже не являясь патологическим состоянием, может быть связана с рядом ревматических состояний (например, энтезопатией, подвывихами). У ряда пациентов гипермобильность носит патологический характер (например, синдром Марфана). Скрининг-контролем для генерализованной гипермобильности может служить тест Бейтона (табл. 9.1).

Таблица 9.1. Диагностика гипермобильности суставов

Признаки	Баллы
Разгибание мизинца 90°	По 1 баллу с каждой стороны
Приведение большого пальца через сторону и назад до соприкосновения с предплечьем	По 1 баллу с каждой стороны
Переразгибание локтевого сустава 10°	По 1 баллу с каждой стороны
Переразгибание в коленном суставе 10°	По 1 баллу с каждой стороны
Наклон вперед, коснуться ладонями пола, не сгибая ног в коленных суставах	1 балл
Сумма	Минимальное количество баллов 9. Гипермобильность — 6 баллов и более

Дополнительные исследования: лабораторные и рентгенологические.

Критерии диагноза ревматоидного артрита Американской ревматологической ассоциации:

- утренняя скованность >1 ч;
- артрит трех суставов и более;
- артрит суставов кистей;
- симметричный артрит;
- ревматоидные узелки;
- рентгенологические изменения.

Первые четыре критерия должны существовать, по меньшей мере, в течение 6 нед.

Факторы, способствующие развитию артрита:

- изменение общей и тканевой реактивности организма;
- переохлаждение;
- чрезмерная физическая нагрузка суставов.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Физические методы лечения и упражнения применяют в программах медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (приказ № 315н от 04 мая 2010 г.), в условиях стационара, амбулатории, в санаторно-курортных организациях.

Современная патогенетическая терапия ревматоидного артрита базируется на применении трех категорий иммуносупрессивных средств:

базисных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов и биологических генно-инженерных препаратов.

Известно, что нельзя лечить пораженные органы движения, то есть суставы, связки, мышцы, не используя в процессе лечения их функции. Именно поэтому в комплексе с медикаментозным, физиотерапевтическим и другими видами лечения полиартритов (артритов) обязательным лечебно-профилактическим средством служит ЛФК. В данном случае уместно вспомнить слова французского клинициста XVIII в. Тиссо: «Движение может заменить различные средства, но ни одно средство мира не заменит движения». Как бы ни было эффективно лечебное средство, полное восстановление функции пораженного сустава возможно только с помощью правильно примененного физического упражнения. Воздействуя непосредственно на пораженный орган (то есть на кости, связки, мышцы), физические упражнения стимулируют кровообращение, тканевой обмен, улучшают трофику тканей и по возможности восстанавливают функцию пораженного сустава.

Основная цель реабилитации — предупреждение возникновения функциональной недостаточности суставов, коррекция и компенсация, по возможности возникших нарушений ОДА для сохранения профессиональной трудоспособности и возможности самообслуживания, а также сохранения и поддержания больного и инвалида как активной социальной личности.

Применение физических упражнений в остром периоде, то есть при явлениях выраженной интоксикации, повышенной активности и наличии болей, не показано. В этот период основная задача — уменьшение болезненности в суставах, для чего широко используют покой с применением тепла и медикаментов.

Для воздействия на воспаление и артралгии применяют **медикаментозное лечение** и физиотерапевтические средства. Активную терапию (нестероидные противовоспалительные средства + базисные препараты) следует начинать в течение первых месяцев после постановки диагноза. Это особенно важно у пациентов, имеющих факторы риска неблагоприятного прогноза, к которым относят высокие титры ревматоидного фактора, выраженное увеличение скорости оседания эритроцитов, поражение более 20 суставов, наличие внесуставных проявлений (например, ревматоидные узелки).

Физические методы лечения применяют для уменьшения активности патологического процесса, купирования воспалительных явлений в тканях суставов (противовоспалительные и репаративно-регенера-

тивные методы), купирование болевого синдрома (анальгетические методы).

— Противовоспалительные методы:

- ультразвуковая терапия (ультрафонофорез гидрокортизона), которую применяют при воспалительной активности не выше II степени;
- низкочастотная магнитотерапия.

— Анальгетические методы:

- СУФ-облучение;
- амплипульстерапия;
- транскраниальная электроаналгезия (Пономаренко Г.Н.).

Физические упражнения. Рекомендован постельный режим или покой пораженным суставам (например, пястно-фаланговым, суставам стопы). Эти мероприятия снижают болевые ощущения, которые наблюдают как в пораженном, так и в выше- и нижележащих суставах. С целью предупреждения возникновения порочных установок в пораженных суставах следует придавать им физиологическое положение (коррекция положением) или фиксировать конечность тутором, гипсовой лонгетой.

В подострой стадии вследствие иммобилизации пораженных суставов и прогрессирования патологического процесса может развиваться тугоподвижность и контрактура суставов, спазмирование околоуставных мышц. Двигательные расстройства закрепляются в виде стойкого неоптимального динамического стереотипа. **Задачи:** адаптация организма к возрастающей нагрузке, улучшение трофических процессов в периартикулярных тканях пораженной конечности, увеличение объема движений в суставах и снижение ригидности в мышцах пораженной конечности.

По мере уменьшения воспалительных явлений и ригидности в суставах и мышцах вводят в занятия активные с помощью или активные движения в суставах пораженной конечности, выполняемые больным вначале в облегченных положениях (скользящие плоскости, роликовые тележки), а затем и без разгрузки конечности. Дополняют занятия упражнениями с гимнастическими предметами (гимнастические палки, мячи и др.), на гимнастических снарядах, упражнениями статического характера в сочетании с дыхательными и направленными на релаксацию мышц. Дыхательные упражнения (статического и динамического характера) в процедурах ЛГ сочетают с общеразвивающими упражнениями.

Массаж (лечебный массаж) мышц пораженной конечности проводят перед процедурой ЛГ: вначале используют приемы поглаживания, легкого растирания, разминания (седативная методика). Показан больным с артритом со средней и высокой активностью процесса, при II и III ста-

дии заболевания, II и III степени нарушения функции суставов, преобладании экссудативных явлений в суставах, наличии контрактур.

Противопоказания к назначению массажа: острая фаза течения ревматоидного процесса, псориаза, гонореи, бруцеллеза, а также наличие сопутствующего заболевания, при котором массаж не назначают (новообразования, остеомиелит, заболевания кожи, инфекционные болезни).

После купирования воспалительных явлений и болевых ощущений в лечение полиартритов (артрита) добавляют **физические факторы**, направленные на коррекцию иммунной дисфункции (иммуносупрессивные методы), улучшение обмена соединительной ткани и эпифизарного хряща (фибромодулирующие методы).

— Иммуносупрессивные методы:

- воздушная криотерапия;
- лекарственный электрофорез иммуносупрессантов (по 5 мл 2–5% раствора хлорохина, по 2 мл 5% взвеси аурутиопрола и 1 ампулу (30 мг) преднизолона и др.);
- азотные ванны.

— Фибромодулирующие методы:

- инфракрасная лазеротерапия;
- радоновые, сероводородные, йодобромные, вихревые ванны;
- парафино- и озокеритотерапия.

Противопоказания к назначению физических факторов: ревматоидные артриты с системными поражениями, тиреотоксикоз, выраженная вегетосудистая дистония, высокая активность ревматоидного артрита, экссудативные явления в пораженных суставах.

В комплексное лечение вводят элементы самообслуживания, овладение простейшими бытовыми навыками, занятия в кабинете ТТ (трудовые операции подбирают исходя из локализации патологического процесса и деформации сустава).

По мере дальнейшего стихания активности процесса и улучшения общего состояния больных переводят на палатный, а затем и свободный двигательный режим (*стадия стихания*). **Задачи:** повышение адаптации сердечно-сосудистой системы и органов дыхания к возрастающей физической нагрузке, увеличение подвижности в суставах, повышение физической работоспособности и неспецифической сопротивляемости организма. В занятиях ЛГ широко используют общеразвивающие упражнения, охватывающие все группы мышц и суставы (без гимнастических предметов и с ними, дозированным сопротивлением и отягощением), дыхательные упражнения (статического и динамического характера), чередующиеся со специальными (пассивными и активными). Рекомендуют упражнения в водной среде, подвижные игры, ходьбу в усложнен-

ных условиях (при поражении суставов нижних конечностей) с перешагиванием предметов различной высоты и объема, упражнения на координацию движений, выработку мышечно-суставного чувства.

Физические упражнения противопоказаны при:

- артритах высокой активности процесса с выраженными артралгиями и большими экссудативными изменениями в суставах;
- выраженном поражении внутренних органов и их функциональной недостаточности;
- наличии общих противопоказаний, таких как инфекции, лихорадка, острые и подострые заболевания внутренних органов, нервной системы, сердечно-сосудистая недостаточность II—III стадии и др.

Механотерапия. При заболеваниях суставов механотерапию можно расценить как специальную тренировку, то есть воздействие на пораженный орган. Упражнения на тренажерных аппаратах только как дополнительное воздействие к средствам ЛФК, в основном для развития функции движения и укрепления мышечной системы.

Показания:

- функциональная недостаточность суставов I—III степени;
- гипотрофия мышц конечностей;
- контрактуры.

Методику механотерапии у больных строго дифференцируют в зависимости от клинического течения патологического процесса, особенности поражения суставов. Следует учитывать выраженность экссудативного компонента воспаления в суставе, активность патологического процесса, стадию и давность заболевания, степень функциональной недостаточности суставов, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания.

Продолжают **процедуры лечебного массажа** (стимулирующая методика). Сегментарный массаж показан в стадии ремиссии, с минимальной степенью активности процесса, в I стадии заболевания, при I степени нарушения функции суставов, с преобладанием пролиферативных изменений в суставах.

Массаж можно применять в тот же день с физическими упражнениями, высокочастотной, сверхвысокочастотной и УВЧ-терапией, синусоидальными модулированными токами, ультрафиолетовым облучением на другие области, грязевыми аппликациями, сероводородными, хлоридно-натриевыми, родоновыми и йодобромными ваннами.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями от 07 октября 2005 г., 10 января 2006 г., 26 апреля 2006 г., 21 июня 2013 г.) пациентам с ревматоидным

артритом назначают основной вариант стандартной диеты или с пониженной калорийностью.

Своевременная и правильная оценка врачом психического состояния больного и инвалида способствует более адекватному и целенаправленному применению реабилитационной программы при артритах. Используют различные виды психотерапии — наиболее часто рациональную и суггестивную психокоррекцию, которую проводят индивидуально и групповым методом.

Эффективность восстановительного лечения оценивают по клинико-функциональным исследованиям, а также функционально-двигательному тесту (табл. 9.2).

Таблица 9.2. Функционально-двигательный тест

Задание и выполнение	Оценка	Максимальное количество баллов	
		прав.	лев.
1. Кончик большого пальца касается подушечки мизинца	3 — задание выполняется полностью без промедления; 2 — задание выполняется полностью, но с трудом; 1 — кончик большого пальца касается основной фаланги III или IV пальца; 0 — задание не выполняется	3	3
2. Сгибать II–V пальцы	2 — палец сгибается нормально; 1 — палец не сгибается нормально, но касается ладони; 0 — кончик пальца не доходит до ладони	2×4=8	2×4=8
3. Положить предплечья горизонтально, параллельно краю стола, ладони соединить, пальцы вверх	3 — выполняется полностью и без промедления; 2 — выполняется полностью, но с трудом; 1 — возможно сгибание или разгибание в лучезапястном суставе; в сомнительных случаях оценивают движение каждой кисти отдельно	3	3
4. Положить предплечья горизонтально, параллельно краю стола, кисти соединить тыльными поверхностями, пальцы вниз	Как в тесте 6	3	3

Продолжение табл. 9.2

Задание и выполнение	Оценка	Максимальное количество баллов	
		прав.	лев.
5. Предплечья и кисти в положении супинации лежат на столе, локти согнуты под углом 90°. Ульнарный край кистей слегка приподнять	2 — задание выполняется полностью; 1 — выполняется первая часть; 0 — задание не выполняется	2	2
6. Кисти радиальными краями одновременно кладут на стол (большой палец вниз перед краем стола). Соединить ульнарные края кистей. Туловище не наклонять в сторону!	2 — задание выполняется полностью; 1 — ладони сохраняют вертикальное положение, ульнарные края не соединяются; 0 — ладони не устанавливаются вертикально	2	2
7. Обе кисти одновременно к плечам	2 — возможно замедленное выполнение; 1 — концы пальцев приближаются к плечу до 5 см; 0 — расстояние >5 см	2	2
8. Обе кисти положить на затылок ниже линии ушей	3 — выполнено полностью и быстро; 2 — полностью, но с трудом; 1 — концы пальцев касаются затылка; 0 — пальцы не касаются затылка	3	3
9. Поочередно обе кисти завести за спину, коснуться пальцами противоположной лопатки	5 — задание выполняется полностью; 3 — расстояние между пальцами и лопаткой до 5 см; 2 — рука заводится за спину на уровне поясницы; 1 — кисть касается боковой поверхности туловища; 0 — задание не выполняется	5	5
10. Сесть из положения лежа	6 — быстро, с вытянутыми руками вперед; 5 — с трудом, с вытянутыми руками вперед; 4 — опираясь на руки; 2 — с посторонней помощью; 0 — не выполняется	6	6

Окончание табл. 9.2

Задание и выполнение	Оценка	Максимальное количество баллов	
		прав.	лев.
11. В положении лежа широко развести ноги	2 — на 50 см и более; 1 — на 20–50 см; 0 — <20 см	6	
12. Встать с кушетки	Как в тесте 13	6	
13. Стоять на носках не менее 15 с (задание 16–22 можно выполнять, придерживаясь руками за опору)	2 — задание выполняется; 1 — <15 с; 0 — не выполняется	2	
14. Стоять на пятках (прямо)	Как в тесте 16	2	
15. Приседание, касаясь пяток	2 — выполняется полностью; 1 — с трудом; 0 — не выполняется	2	
16. Стоя — наружное вращение в тазобедренном суставе, поставить пятку одной ноги около середины ступни другой ноги. Угол осей ступней >90°	2 — выполняется полностью; 1 — угол осей 90° и менее; 0 — не выполняется	2	2
17. Стоять на одной ноге	Как в тесте 16	2	2
18. Согнуть колено, поставить ступню на стул (стоять вплотную к стулу)	2 — возможно замедленное выполнение; 1 — нога приподнимается с пола; 0 — не выполняется	2	2
19. Стоя на расстоянии 1 м от стула, поднять ногу и положить пятку на стул	Как в тесте 21	2	2
20. Ходьба по коридору 30 м	6–20 с, без затруднений; 5–20 с, с трудом; 4–25 с; 3–30 с; 2–40 с; 1 — несколько шагов с помощью или без нее	6	
21. Ходьба по лестнице: 10 ступеней вверх, 10 — вниз	3–7 с, не держась за перила; 2 — до 14 с, держась за перила; 1 — >14 с или несколько ступеней с трудом; 0 — задание не выполняется	3	

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии со Стандартом санаторно-курортной помощи больным с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии, артрозы, другие поражения суставов) (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 227) больных ревматоидным артритом при отсутствии выраженных изменений внутренних органов, преимущественно суставной и комбинированной формой в неактивной фазе, с минимальной и средней степенью активности, при возможности самообслуживания и самостоятельного передвижения направляют на бальнеолечебные курорты (Пономаренко Г.Н.).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Дайте определение понятию «артрит».
2. Оцените функциональную способность сустава на основании ряда тестов.
3. Перечислите клиническую симптоматику и характер боли при артрите.
4. Сформулируйте задачи ЛФК и представьте программу лечения в подостром периоде заболевания.
5. Перечислите основные показания к применению различных видов массажа при артрите.
6. Физические лечебные факторы в комплексном лечении заболевания.
7. Оцените эффективность проведенного восстановительного лечения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

Больной Л., в возрасте 45 лет. Диагноз: ревматоидный артрит (подострая стадия). Болен в течение нескольких лет. Беспокоят боли и нарушение функции в суставах кисти, деформация фаланг.

1. Сформулируйте основные задачи ЛФК и определите при этом показания и сроки назначения средств ЛФК.
2. Подберите средства ЛФК для улучшения функции суставов кисти.
3. Уточните двигательный режим и возможность назначения занятий в кабинете эрготерапии.

ЗАДАЧА 2

Больной В., в возрасте 34 года. Диагноз: ревматоидный полиартрит. Проходит курс амбулаторно-поликлинического лечения (15-й день).

1. Сформулируйте задачи ЛФК и определите двигательный режим.

2. Определите показания и сроки назначения средств ЛФК (физические упражнения в зале и водной среде, занятия на тренажерах), физических факторов.
3. Перечислите физические упражнения для данного двигательного режима.
4. Определите эффективность проведенного лечения.

9.1.2. ОСТЕОАРТРОЗ

МКБ-10 предусматривает класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Артрозы (M15—M19).

Деформирующий артроз (ОА) — гетерогенная группа заболеваний суставов различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими признаками и исходом, приводящим к полной потере хряща и поражению других компонентов сустава: субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных тканей. В основе дегенеративных дистрофических изменений при артрозе лежит первичное повреждение хряща с последующей воспалительной реакцией, поэтому часто артроз называют артрозо-артритом. Артроз всегда связан с деформацией костной ткани, в связи с чем его также называют остеоартритом или деформирующим артрозом. Три основные причины развития дегенеративно-дистрофического процесса в суставе: травма, дисплазия и воспаление.

Заболеваемость ОА резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрасте. Чаще всего при этом поражаются суставы кисти, I плюснефаланговый сустав стопы, суставы шейного и поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Однако по тяжести нарушения функции ОДА первое место занимает тазобедренный и коленный суставы (рис. 9.5).

Факторы риска первичного ОА — наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, пожилой возраст, специфические профессии. Кроме этого, заболеваемость зависит и от факторов окружающей среды (нарушение экологического равновесия, переохлаждение, операции на суставах и др.).

В норме при физических нагрузках (например, ходьба) хрящевая пластинка деформируется и возвращает прежнюю форму, выполняя функцию своеобразного амортизатора, который обеспечивает выталкивание продуктов распада и «всасывания» питательных веществ и строительного материала. Сжатие и восстановление формы при осевой нагрузке — основное условие регенерации поврежденной хрящевой ткани. Питание хряща и менисков сустава осуществляется только за счет синовиальной жидкости. От того, в каком количестве и какого качества