



Медико-социальная работа при заболеваниях суставов и нарушениях обмена веществ

Вопросы лекции

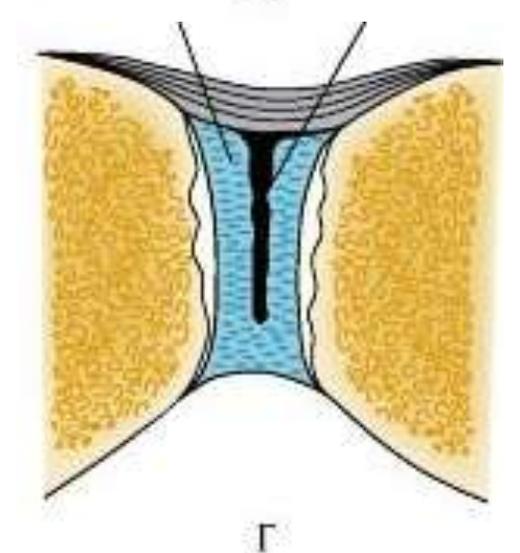
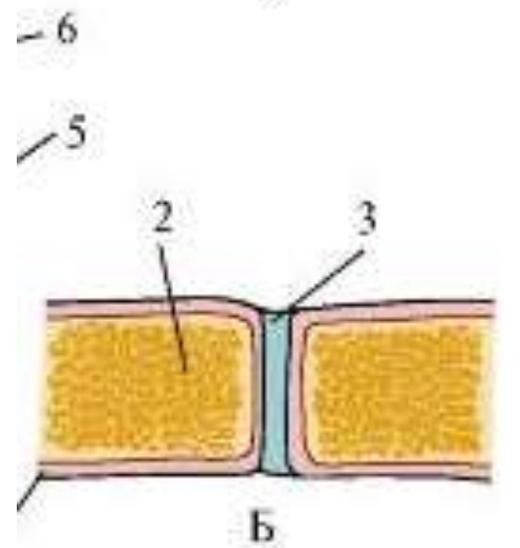
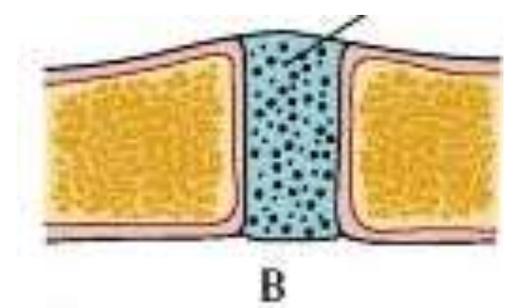
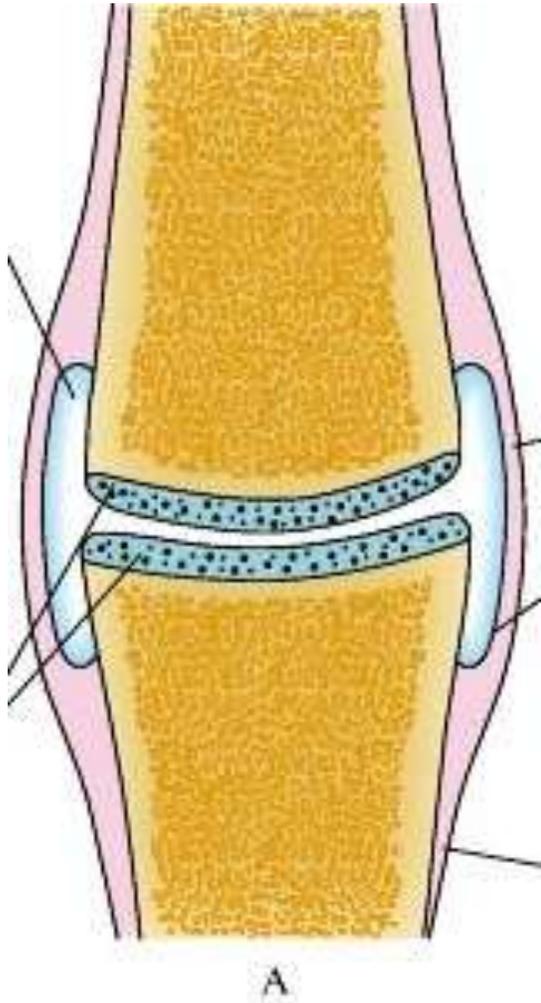
1. Анатомия суставов
2. Аспекты медико-социальной реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата
3. Аспекты медико-социальной реабилитации при заболеваниях обмена веществ
 - 3.1. Сахарный диабет
 - 3.2. Остеопороз

СОЕДИНЕНИЯ КОСТЕЙ

Выделяют два основных вида соединения:

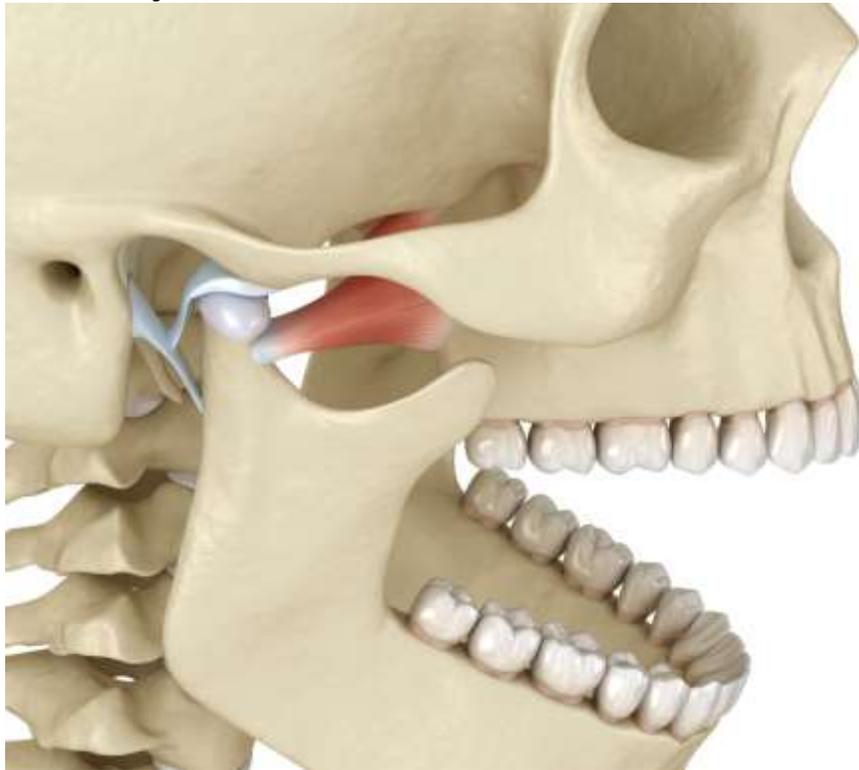
- ✓ Непрерывное соединение костей (Sinartrosis)
- ✓ Прерывное, синовиальное соединение костей или суставы (Articulatio)

Но выделяют особый вид соединения костей – полусуставы или симфизы



Суставы, или синовиальные соединения (*articulationes synoviales*)

- представляют собой прерывные соединения костей, у которых между соединяющимися костями всегда имеется «прерывность» - суставная полость.



Три ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ элемента сустава, чтобы соединение назвать суставом:

- 1. Суставные поверхности**, покрытые гиалиновым хрящом (два исключения - височно-нижнечелюстной и грудино-ключичный суставы – суставные поверхности покрыты волокнистым хрящом);
- 2. Полость сустава**, заполнена синовиальной жидкостью, в полости сустава давление отрицательное;
- 3. Суставная капсула** (*capsula articularis*), срастается по краям суставных поверхностей с костью и образует герметичную замкнутую суставную полость, имеет два слоя:

Фиброзная мембрана (*membrana fibrosa*)

наружный слой, образован волокнистой соединительной тканью, местами образует утолщения, укрепляющие суставную капсулу в местах наибольшей нагрузки - капсульную связку (*ligamenta capsularia*);

Синовиальная мембрана (*membrana synovialis*)

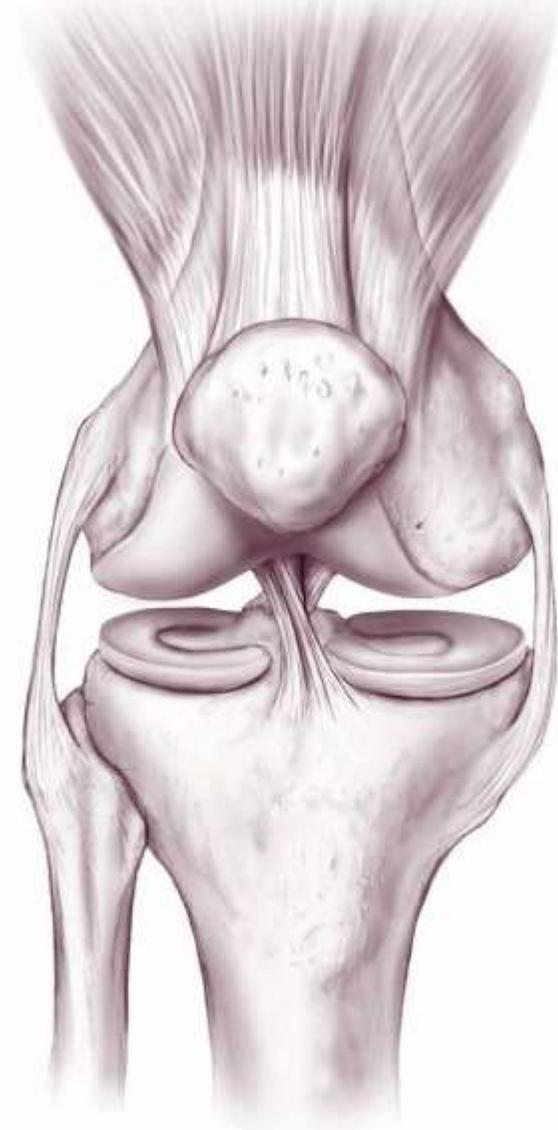
внутренний слой, выделяет синовиальную жидкость, которая:

- ✓ устраняет трение суставных хрящей, увеличивает скольжение;
- ✓ питает суставной хрящ;
- ✓ сцепляет суставные поверхности, удерживает их относительно друг друга;
- ✓ смягчает нагрузку;
- ✓ участвует в обмене веществ.



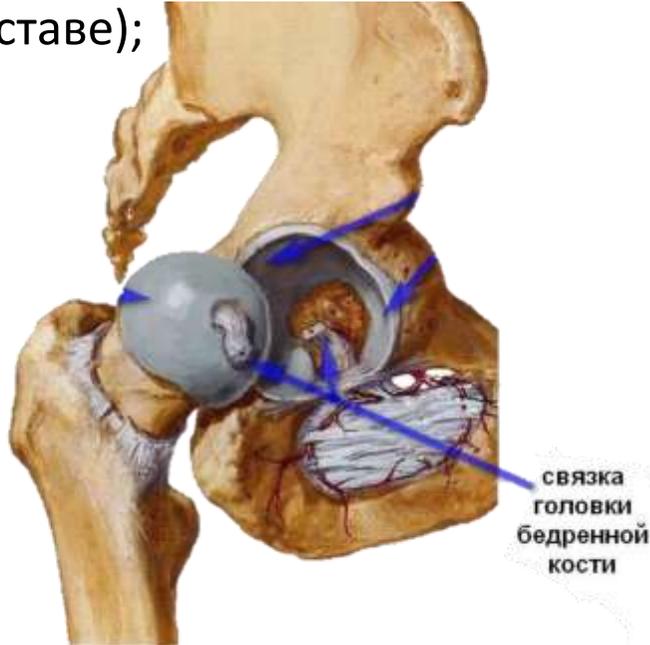
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СУСТАВА

- ✓ Связки
- ✓ Внутренний хрящ
- ✓ Суставная губа
- ✓ Синовальная складка
- ✓ Синовальная сумка
- ✓ Сесамовидные кости

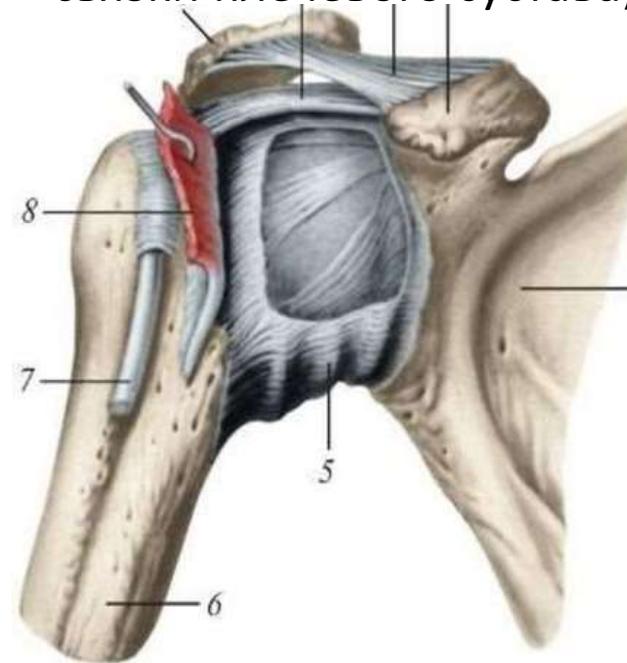


СВЯЗКИ

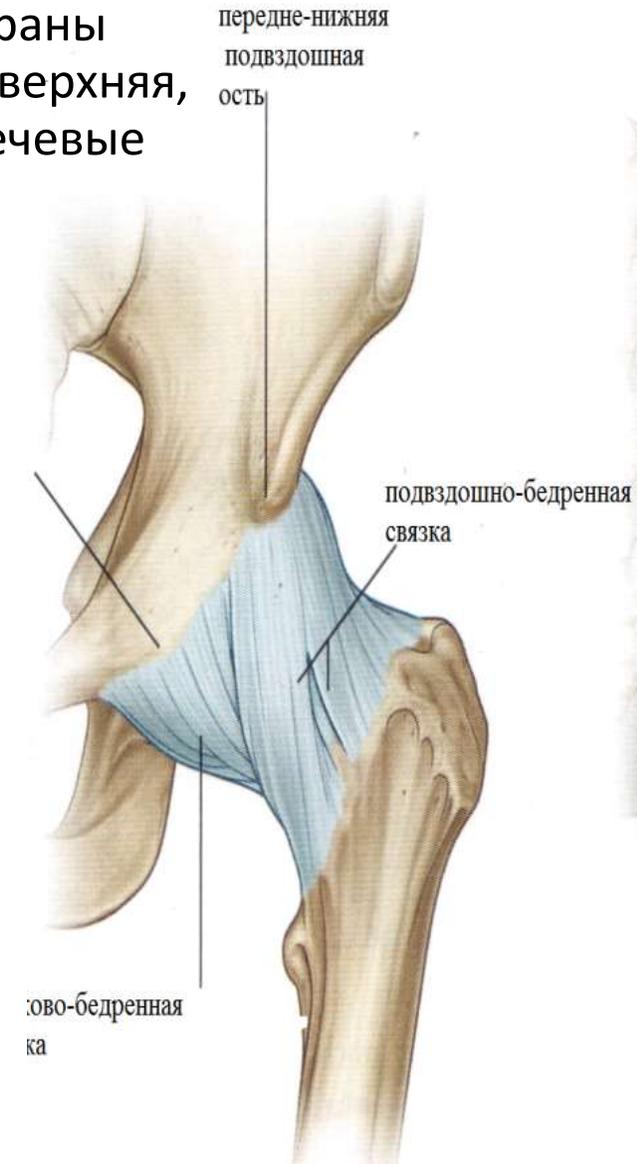
- **внутрисуставные** - фиброзные связки внутри полости сустава, покрыты синовиальной мембраной, связывают суставные поверхности (например, связка головки бедренной кости в тазобедренном суставе);



- **капсульные** - утолщения мембраны суставной капсулы (например, верхняя, средняя и нижняя суставно-плечевые связки плечевого сустава).



- **внесуставные** - фиброзные связки вне полости сустава, удерживают кости (например, подвздошно-бедренная связка тазобедренного сустава);

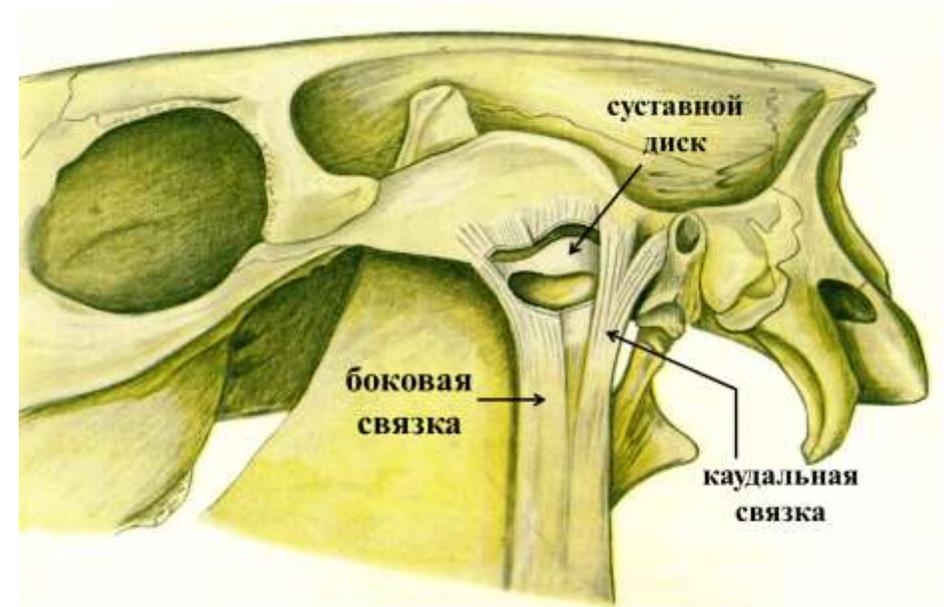


Внутрисуставной хрящ – фиброзный, расположен между суставными поверхностями

- **суставной диск** (*discus articularis*), хрящ в виде пластинки, полностью разделяет сустав на две полости; височно-нижнечелюстной сустав.
- **мениск** (*meniscus*), имеет вид полулуния и разделяет суставную полость частично; коленный сустав.

Функция внутрисуставного хряща:

- ✓ обеспечивает конгруэнтность суставных поверхностей;
- ✓ способствует смягчению толчков, уменьшению давления на суставные поверхности.



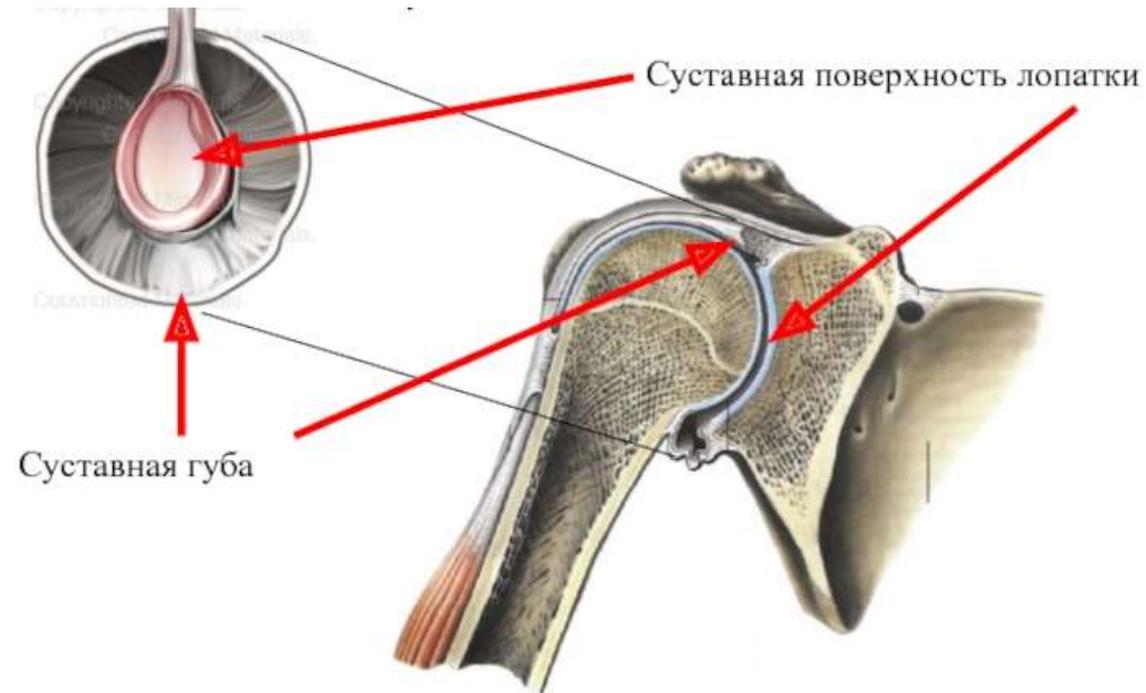
Конгруэнтность - взаимное соответствие формы сочленяющихся суставных поверхностей костей

Суставная губа (*labrum articulare*)

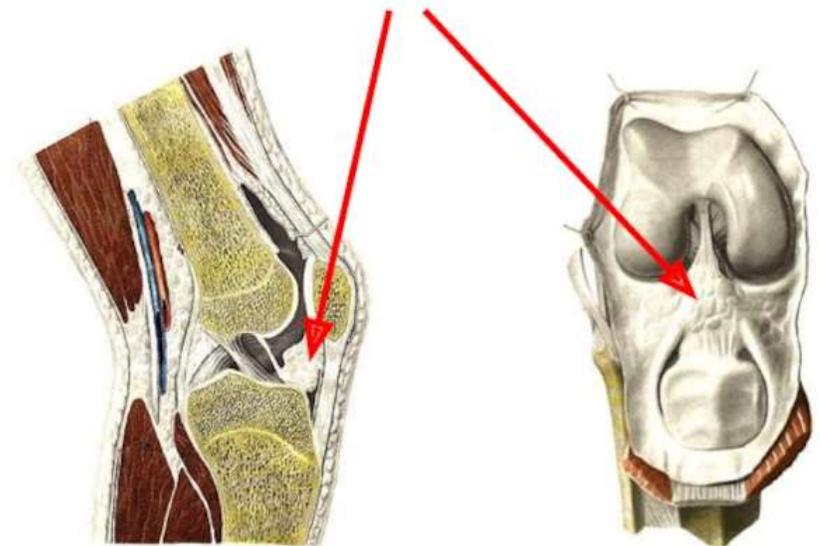
– фиброзный хрящ кольцевидной формы, дополняет по краям суставную поверхность для большего соответствия суставных поверхностей друг другу

Синовиальная складка (*plica synovialis*)

– образование синовиальной мембраны («впячивание»), заполняет свободное пространство полости сустава. Если в складке есть жировая ткань, то складка жировая (*plica adiposa*).

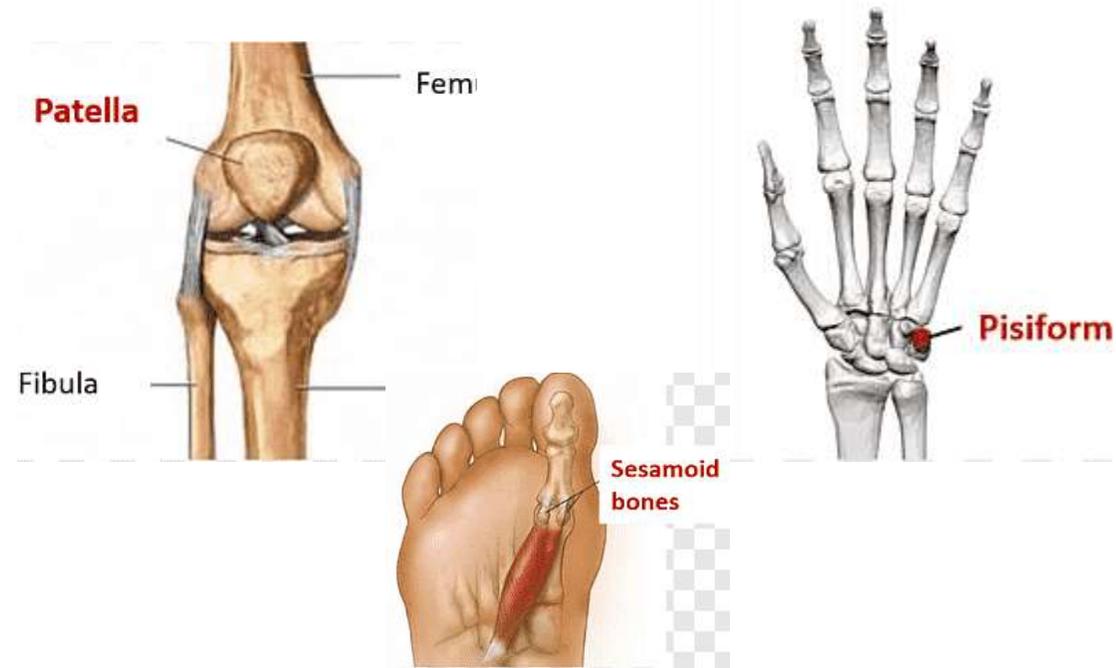


в коленном суставе
с включениями жировой ткани



Синовиальная сумка (*bursa synovialis*)

– полость, образованная «выпячиванием» синовиальной мембраны. Может сообщаться с полостью сустава. Жидкость в сумках уменьшает трение сухожилий мышц, которые расположены рядом с суставом.



Сесамовидные кости (*ossa sesamoidea*)

– это вставочные кости, тесно связанные с капсулой сустава и окружающими сустав сухожилиями мышц. Одна из поверхностей у них покрыта гиалиновым хрящом и обращена в полость сустава.

Классификация суставов

- ✓ Классификация суставов по осям вращения и форме суставных поверхностей
- ✓ Классификация суставов по количеству суставных поверхностей
- ✓ Классификация суставов по одномоментной совместной функции



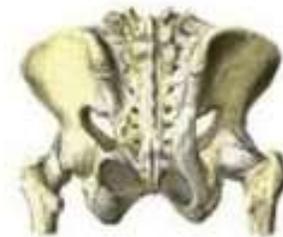
Плечевой
сустав



Височно-
нижнечелюстной
сустав



Коленный
сустав

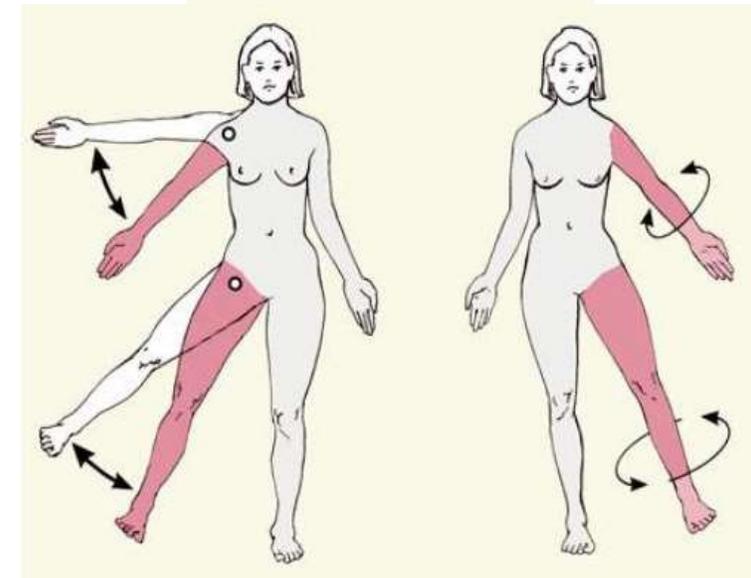
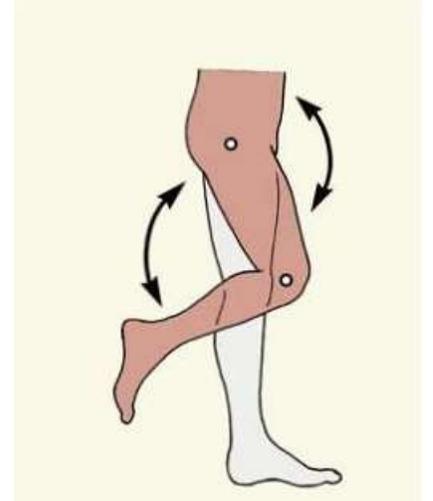


Крестцово-
подвздошный
сустав

Классификация суставов по осям вращения и форме суставных поверхностей

Выделяют следующие оси и виды движения в суставах:

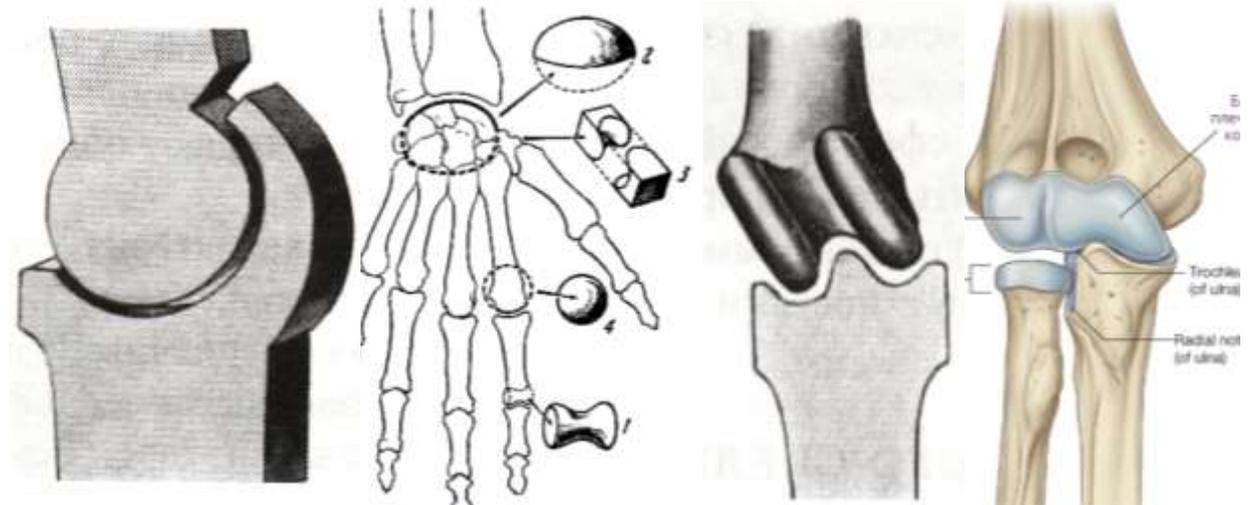
- **Ось фронтальная** - движения сгибания (flexio) и разгибания (extensio).
- **Ось сагиттальная** – движения отведения (abductio) и приведения (adductio).
- **Ось вертикальная** - возможно только вращение (rotatio).
- **Круговое движение** (circumductio) – поочередное движение по всем осям.



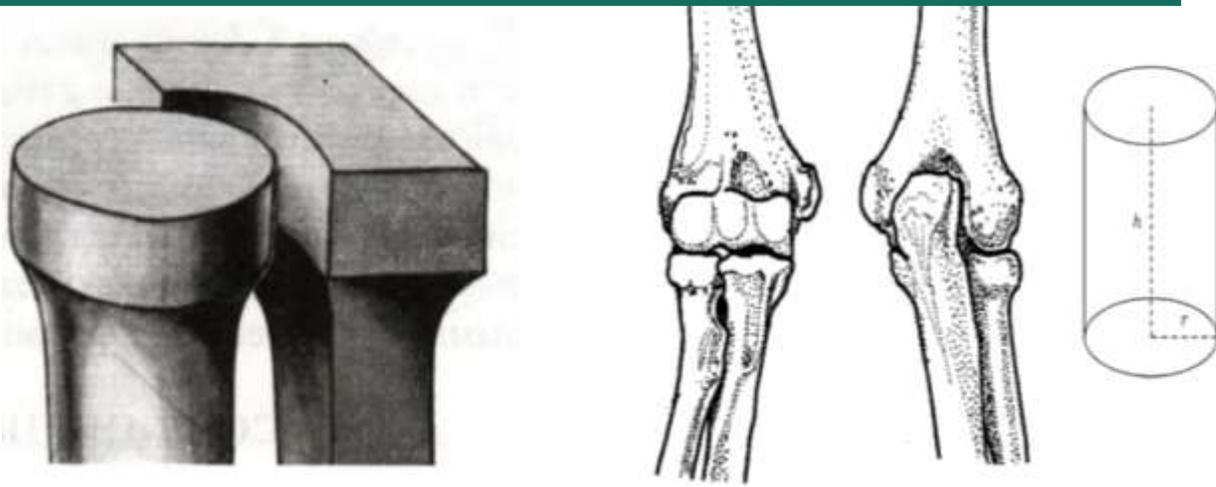
Одноосные суставы – это суставы, в которых совершаются движения вокруг одной оси (либо фронтальная, либо вертикальная ось).

По форме суставных поверхностей:

- **цилиндрический** (*articulatio trochoidea*), осуществляет движение вокруг вертикальной оси, т. е. вращение.
- Пример: срединный атлантоосевой сустав, проксимальный и дистальный лучелоктевые суставы.



- **блоковидный** (*ginglymus*), **улитковый** (*articulatio cochlearis*) работает вокруг фронтальной оси (сгибание, разгибание). На суставной головке имеет гребешок, а на суставной ямке – выемку, которые не позволяют смещаться суставным поверхностям в стороны.
- Примеры: межфаланговый сустав - блоковидный, плечелоктевой сустав - улитковый или винтообразный



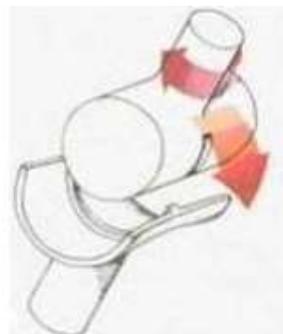
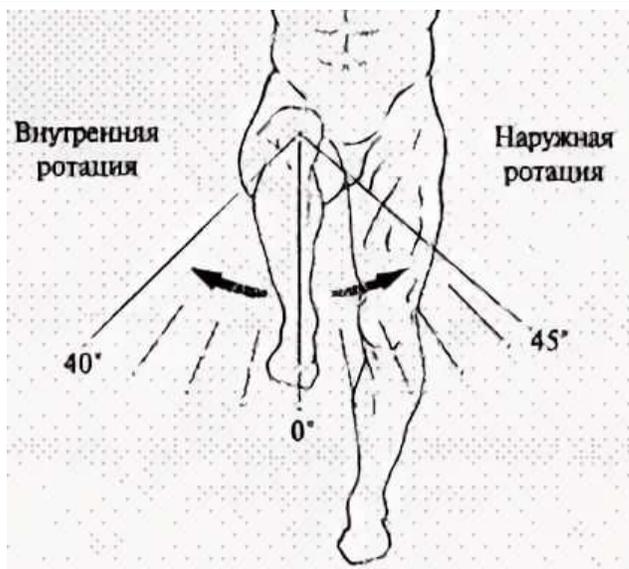
Двухосные суставы имеют две оси вращения.

- **Мыщелковый сустав (*articulatio bicondylaris*).**

Оси движения:

- 1) фронтальная (основная) ось – движения сгибания и разгибания;
- 2) вертикальная ось – вращение.

- Пример: коленный сустав (вращение кнутри и кнаружи возможны только при согнутом положении коленного сустава).



- **Эллипсоидный или седловидный (*articulatio ellipsoidea et articulatio sellaris*).** Оси движения:

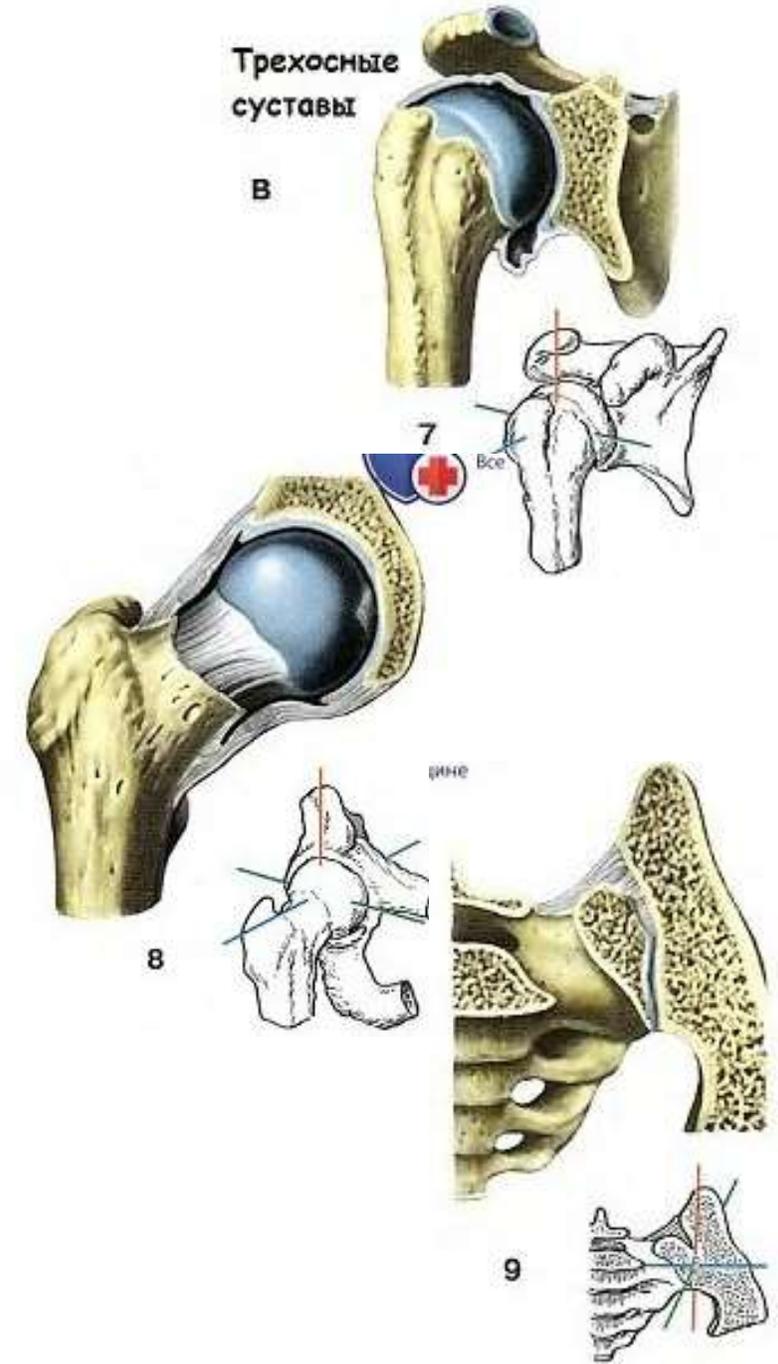
- 1) фронтальная ось – движения сгибания и разгибания;
- 2) сагиттальная ось – движения отведения и приведения;

- Пример: эллипсоидный сустав: атлантозатылочный и лучезапястный суставы; седловидный сустав: запястно-пястный сустав I пальца.

Многоосные суставы

– это суставы, движения в которых осуществляются вокруг трех осей вращения, совершающие максимально возможное количество движений – 6 видов (сгибание, разгибание, отведение, приведение, вращение и круговое движение).

1. **шаровидный сустав** (*articulatio spheroidea*). Пример: плечевой сустав.
2. **чашеобразный** (*articulatio cotylica*), **ореховидный** (*articulatio enarthrosis*). Пример: тазобедренный сустав. Для него характерны глубокая суставная ямка, прочная капсула, укрепленная связками, поэтому объем движений в нём меньше, чем в шаровидном.
3. **плоский** (*articulatio plana*), имеет небольшую разность площадей суставных поверхностей, крепкие связки, движения резко ограничены или вообще отсутствуют (малоподвижный сустав, амфиартроз). Пример: крестцово-подвздошный сустав.



Классификация суставов по количеству суставных поверхностей

- **Простой сустав** (*articulatio simplex*) – это сустав, имеющий только две суставные поверхности, каждая из которых может быть образована одной или несколькими костями.

Пример: межфаланговые суставы

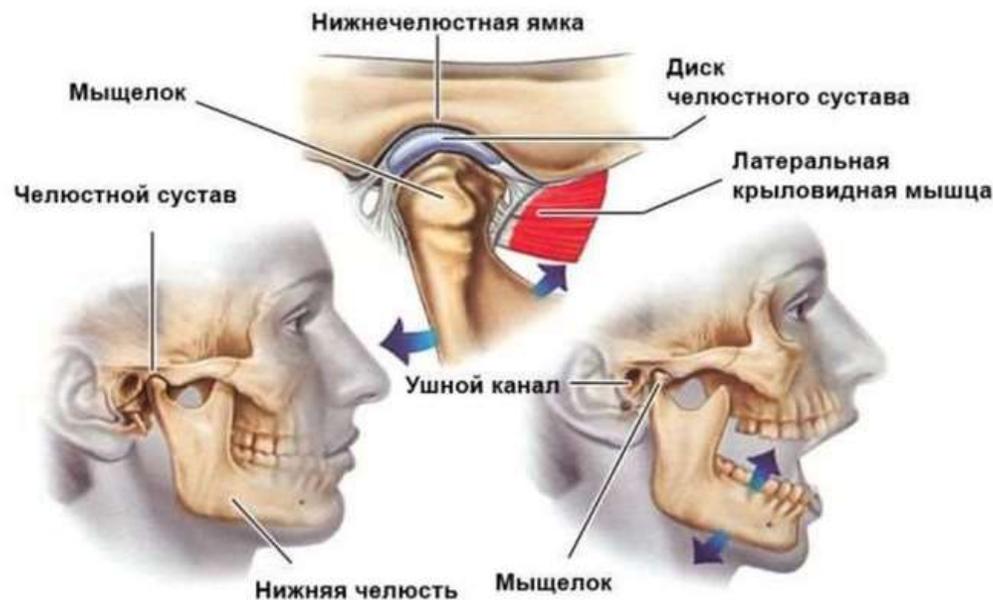
- **Сложный сустав** (*articulatio composita*) – это сустав, под одной капсулой которого находится более двух суставных поверхностей (в том числе суставных поверхностей вспомогательных элементов сустава в виде дисков, менисков и сесамовидных костей), или несколько простых суставов, способных функционировать как вместе, так и отдельно.

Пример: локтевой сустав (имеет 6 отдельных суставных поверхностей, образующих 3 простых сустава: плечелучевой, плечелоктевой, проксимальный лучелоктевой); коленный сустав (образован суставными поверхностями бедренной, большеберцовой костей и надколенником, образующих согласно международной анатомической номенклатуре 2 простых сустава: большеберцово-бедренный и надколенниково-бедренный).

Классификация суставов по одномоментной совместной функции

- **комбинированные суставы** (*articulatio combinatoria*) – это суставы анатомически разобщенные, т. е. находящиеся в различных суставных капсулах, но функционирующие одновременно.

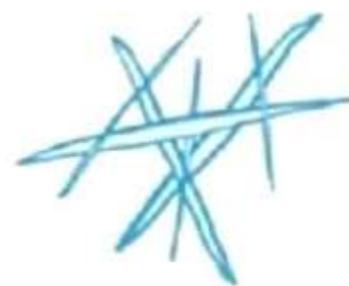
Пример: правый и левый височно-нижнечелюстные суставы, проксимальный и дистальный лучелоктевые суставы



Подагра ~ Воспалительное заболевание

Большое количество мочевой кислоты в крови

Гиперурикемия



образование острых кристаллов

суставы (& почки)

Артрит

“Приступ подагры”

Кристаллы урата натрия
откладываются в
суставах

покраснение,
припухлость, болезненность
и повышение температуры



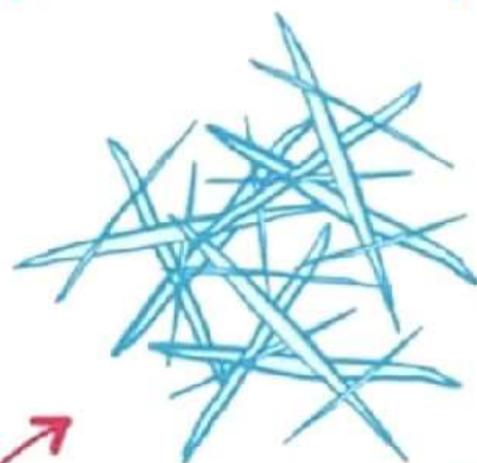
Повышенное потребление пуринов

- * Моллюски
- * Анчоусы
- * Красное мясо
- * Субпродукты

Повышенное образование пуринов

- * Напитки с кукурузным сиропом

Кристаллы урата натрия



Сниженное выведение мочевой кислоты

- * Дегидратация
 - └ Недостаток воды
 - └ Употребление алкоголя

← Ожирение или диабет
← Химиотерапия или облучение

← Генетическая предрасположенность

← Хроническая болезнь почек

← Лекарства

Тиазидные диуретики или ацетилсалициловая кислота

Подагрический тофус (подагрический узел) —

- отложение [кристаллов мочевой кислоты](#) в мягких тканях в виде своеобразных [гранулём](#) при [подагре](#). Тофусы обычно локализуются в [подкожной клетчатке](#) над суставами кисти и стопы, локтевых суставах и ушных раковинах, на разгибательной поверхности предплечий, бёдер, голеней, [ахилловых сухожилий](#), на пятках ног, на лбу^{[1][2]}.
- Является патогномоничным признаком подагры — образуются при высокой [гиперурикемии](#) и длительности заболевания свыше 5—6 лет. Представляют собой безболезненные узелковые образования размером от нескольких миллиметров до 1—2 см, преимущественно желтоватого цвета. Их содержимое при приступах может разжижаться и выделяться через [свищи](#).

Плюснево-
фаланговый сустав
большого пальца



Подагра

- * Пробуждение с ощущением большого пальца в огне
- * Боль сильнее через несколько часов после приступа
- * Может длиться дни-недели



Колено

Лодыжка



Запястье



Локоть

Воспаление

↳ вызвано лейкоцитами

Аспекты медико-социальной реабилитации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Наиболее трудоёмкими в медико-социальной реабилитации среди заболеваний ОДА являются:

- деформирующий остеоартроз,
- шейный и поясничный остеохондроз и грыжи межпозвонковых дисков,
- переломы позвонков.



Деформирующий остеоартроз

В клинической практике различают стадии остеоартроза с учётом функциональных нарушений:

- **Стадия 1** – быстрая утомляемость конечностей и приходящие боли,
- **Стадия 2** – боли в покое и нарастающее нарушение опорной функции сустава с одновременным нарастанием его тугоподвижности,
- **Стадия 3** – выраженная прогрессирующая болезненная тугоподвижность суставов.

Деформирующий остеоартроз

К стандартизированным методам диагностики относятся:

1. клиническая функциональная диагностика,
2. рентгеновская диагностика,
3. магнитно-ядерная томография,
4. Сцинтиграфия,
5. лабораторные исследования (СОЭ, мочевая кислота, ревмопробы)



Деформирующий остеоартроз

Стандарты консервативной терапии предусматривают в соответствии со стадией заболевания применение физических методов медицинской реабилитации в комбинации с другими методами лечения.

При этом у контингента больных остеоартрозом необходимо учитывать возможные сопутствующие заболевания, так как это, как правило, люди пожилого возраста.



Деформирующий остеоартроз

Среди физиотерапевтических методов в хронической стадии применяются:

- теплолечение (грязевые ванны, парафиновые аппликации и др.),
- водолечение (влажные обёртывания и др.),
- ультразвуковая терапия на поражённые суставы,
- электролечение (электростатические ванны по Штангеру и др.).



Деформирующий остеоартроз

Лечебная гимнастика предусматривает:

- укрепление мышц поражённой области,
- растяжение укороченных мышц для устранения образовавшихся контрактур,
- другие средства лечебной физкультуры (гидрокинезотерапия в бассейнах с регулируемой температурой воды).



Деформирующий остеоартроз

При лечении учитываются:

- снижение нагрузки на суставы с сохранением достаточной двигательной активности,
- снижение веса тела,
- ходьба с применением трости или костылей,
- применение ортопедической обуви с упругоэластичной подошвой.

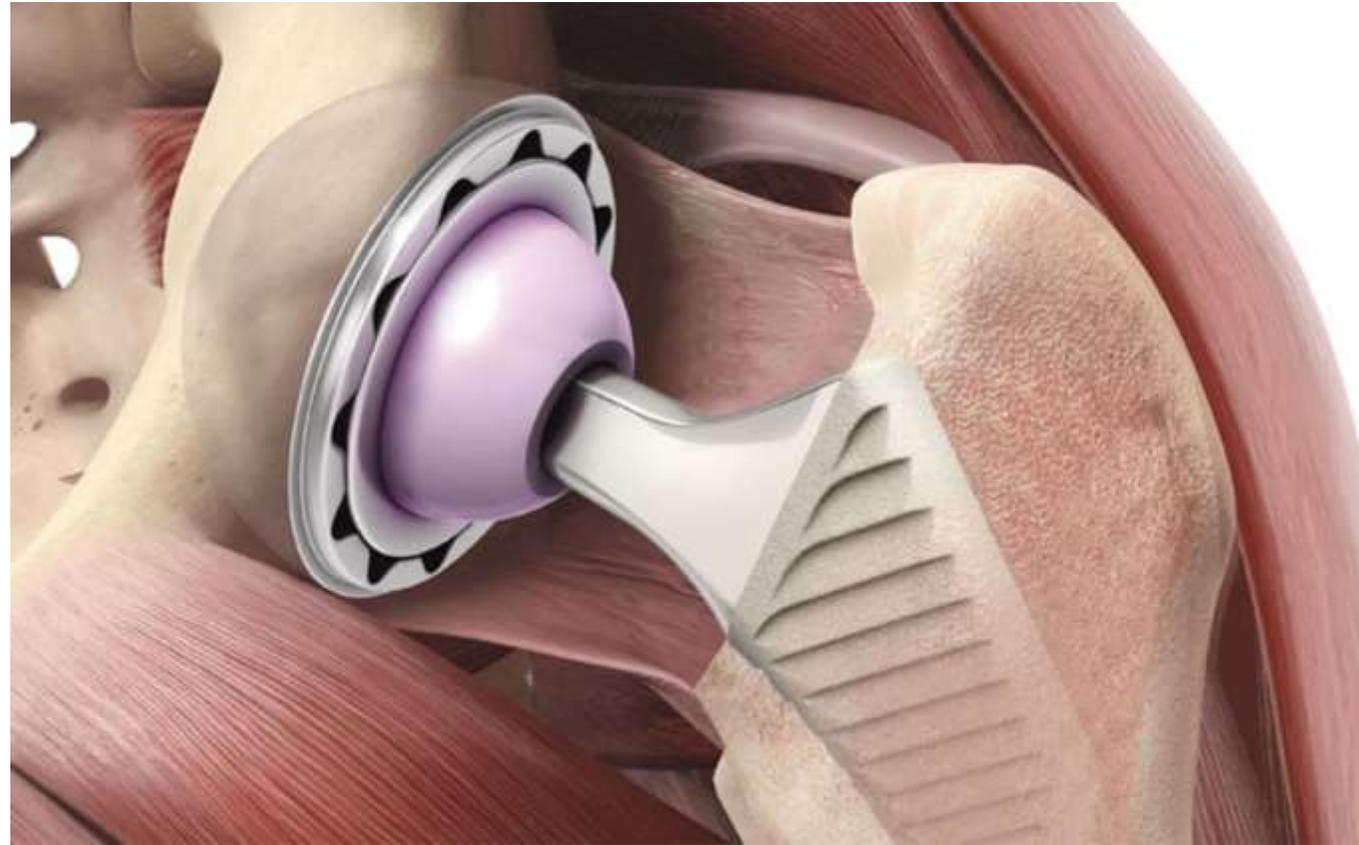


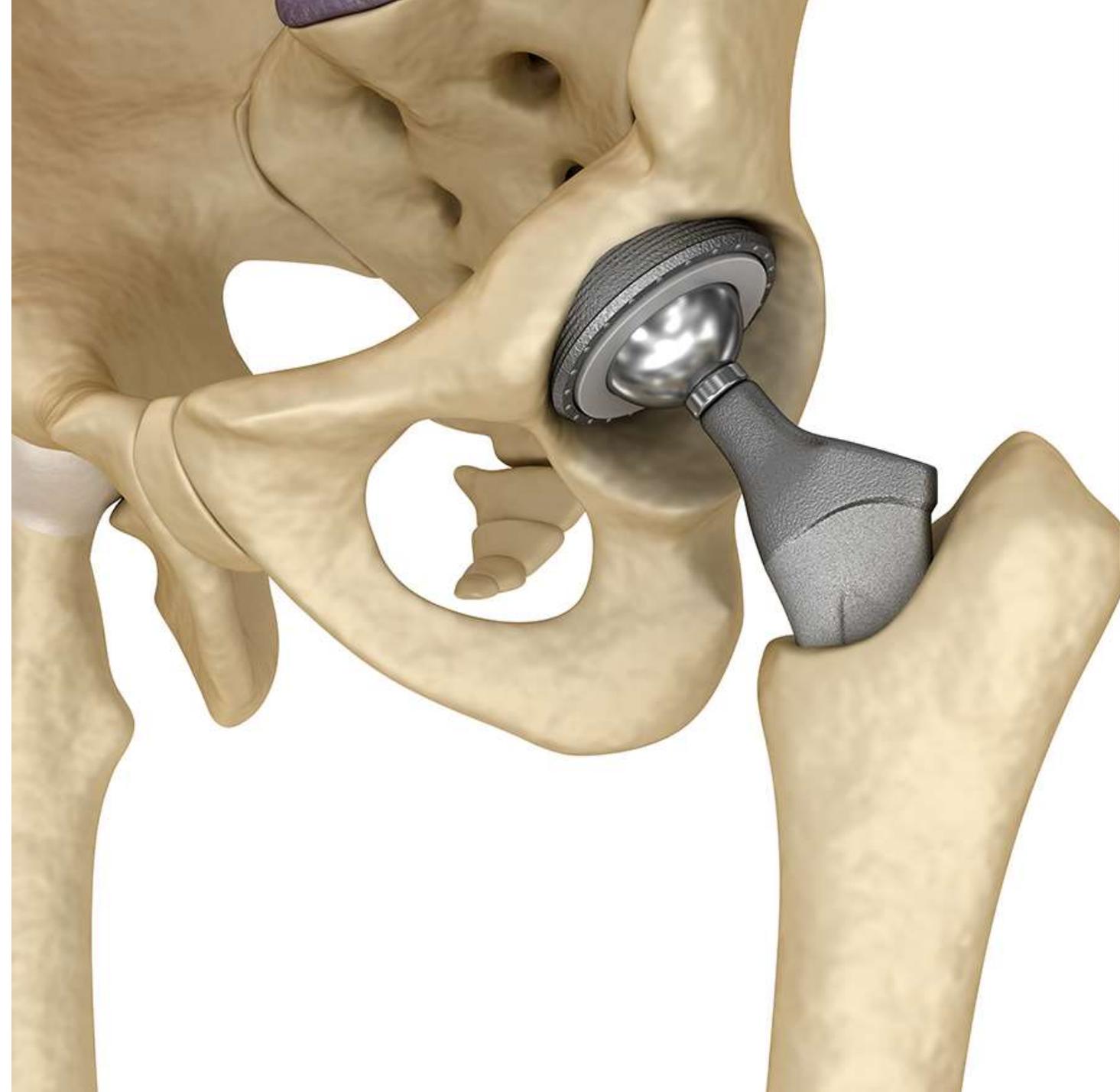
Деформирующий остеоартроз

Методом радикального лечения деформирующих остеоартрозов является хирургическая замена деформированных суставов долговременными искусственными имплантатами суставов (эндопротезов). Лечение больных после вживления эндопротезов и проведение лечебных мероприятий в постоперационном периоде составляют значительную часть медицинской реабилитации в ортопедии. Особенно распространены и хорошо зарекомендовали себя на практике эндопротезы коленного и тазобедренного суставов.

Эндопротез сустава

- — это соответственно внутреннее устройство, замещающее функцию сустава. Краткий исторический экскурс. Потребность в данных устройствах появилась с появлением человека на земле, так как необходимость восстановления функции поврежденных суставов была, есть и будет актуальной проблемой.





Деформирующий остеоартроз

Цели хирургического лечения:

- полное восстановление подвижности сустава,
- безупречная функция имплантата,
- по возможности ранняя нагрузка оперированной конечности и мобилизация пациента с целью предотвращения глубоких флеботромбозов.

Техника операции предусматривает бесцементное соединение частей эндопротеза с костной основой или же с применением цементной связки: от выбора техники операции (с цементом или без) зависят сроки ограничения нагрузки оперированной конечности и ход дальнейшей реабилитации. Цементированные эндопротезы, как правило, не предусматривают ограничение нагрузки на сустав.



Деформирующий остеоартроз

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются следующие:

- нарушение заживления операционной раны (абсцессы, серомы);
- длительный отек в области оперированного сустава; « длительный болевой синдром;
- вывих эндопротеза вследствие травмы или ошибки в операционной технике;
- флеботромбозы глубоких вен конечностей и опасность эмболии легких;
- разница в длине конечностей (не всегда удается предотвратить);
- возникновение ранних или поздних периартикулярных оссификаций;
- развитие контрактуры сустава, при этом особое функциональное значение имеет полное разгибание сустава.

Своевременное распознавание возможных осложнений на ранних послеоперационных этапах определяет дальнейший исход медицинской реабилитации.

Деформирующий остеоартроз

Принципиальные аспекты дальнейшей медицинской реабилитации

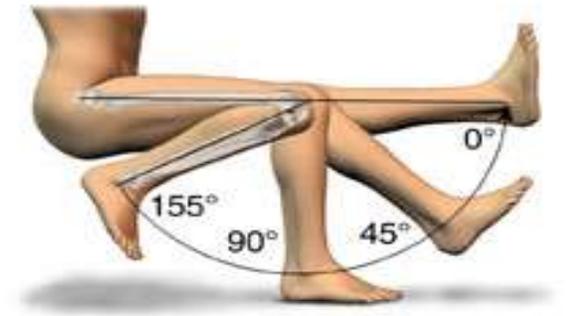
- Тесная совместная работа реабилитационной клиники с ортопедическим стационаром, где была проведена операция.
- Наличие достаточного опыта по биомеханике эндопротезов у врачей МДБ.
- Соблюдение стандартов допустимой нагрузки оперированной конечности (тазобедренного или коленного сустава).
- Режим поэтапного повышения нагрузки (определяет оперировавший ортопед) с применением костылей как для опоры (трех- или четырехpunktная опора при ходьбе), так и для коррекции осанки и походки больного.
- Полная нагрузка конечности чаще всего по истечении 3 месяцев после операции.
- Последовательное проведение профилактики флeботромбозов с применением медикаментозной коррекции фармпрепаратом (низкомолекулярный антиагрегант).



Деформирующий остеоартроз

Стандартная программа лечебной гимнастики в восстановительном периоде медицинской реабилитации включает:

- изометрические упражнения;
- укрепление стабилизирующей мускулатуры сустава;
- укрепление мускулатуры торса, способствующей правильной осанке;
- тренировка мышц, стабилизирующих ось конечности;
- тренировка ходьбы на местности;
- тренировка ходьбы по лестнице;
- физические упражнения в бассейне (гидрокинезотерапия);
- тренировка полного разгибания сустава;
- тренировка сгибания коленного сустава более чем на 90 градусов;
- улучшение подвижности коленной чашечки методами мануальной терапии, проведение лимфатического массажа;
- активная и пассивная мобилизация сустава (пассивная мобилизация с применением методов механотерапии).



Деформирующий остеоартроз

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации (МР):

1. Протекающий без осложнений послеоперационный период после имплантации эндопротезов тазобедренных суставов вызывает снижение трудоспособности до 20 %. При двусторонней имплантации способность выполнять работу в положении сидя в течение 8-часового рабочего дня, как правило, сохраняется.

2. Эндопротезирование коленного сустава является у людей работоспособного возраста скорее исключением и требует индивидуального освидетельствования. В основном предусматривается ограничение осевой нагрузки сустава, деятельности, связанной с подъемом и ношением тяжестей, а также продолжительной интенсивной вибрацией или монотонными ударами. В вопросе освидетельствования пациентов необходимо проведение тщательного анализа трудовой деятельности. Особенно важно выявить наличие профессиональных нагрузок на суставы.

Деформирующий остеоартроз

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

3. Необходимо устранить различного рода неблагоприятные факторы, способствующие прогрессированию остеоартроза. К таким факторам относятся поднятие и ношение тяжестей, неблагоприятное напряженное положение туловища во время работы, длительное хождение по лестницам или по каменному полу, длительная работа с опорой на колени или в положении на корточках, влияние холода и сырости.

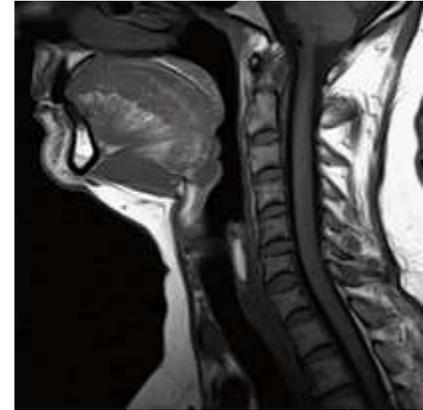
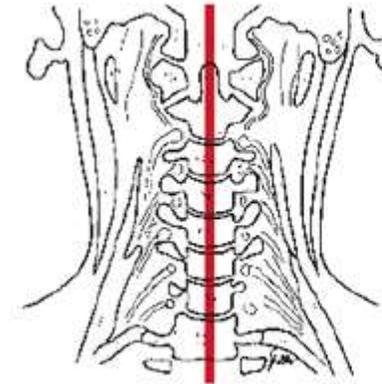
4. Больного необходимо обеспечить соответствующими вспомогательными средствами (стул с приспособленным сиденьем, эргономическое рабочее место, мягкое покрытие пола).



Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

К стандартным методам диагностики остеохондроза в реабилитационной клинике относятся:

- сбор анамнеза и выявление продолжительности болевого синдрома,
- выявление функциональных нарушений,
- рентгенологические исследования с функциональными снимками,
- по показаниям компьютерная или магнитно-ядерная томография и контрастная миелография, если таковая не была проведена до медицинской реабилитации,
- неврологическая клиническая диагностика,
- нейрофизиологическая аппаратная диагностика (электромиография, электронейрография, вызванные потенциалы).



Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Стандартные методы консервативной терапии включают:

1. медикаментозные методы МР (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, инфилтративную терапию локальными анестетиками - сегментарные и корешковые блокады),

2. физиотерапевтические методы МР (теплolечение: парафин, грязевые аппликации; светолечение: инфракрасное излучение; электролечение: диадинамические и интерференционные токи, электрофорез),

3. физические методы МР (различные виды массажа: сегментарный, точечный, массаж рефлекторных зон; вытяжение позвоночника, лечебную гимнастику, мышечную релаксацию по Якобсону и аутогенный тренинг; мануальную терапию, акупунктуру, консультации по эргономическому переоборудованию рабочего места.



Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Оперативное лечение показано только в тех случаях, когда все консервативные методы лечения уже исчерпаны и выраженные корешковые симптомы продолжают сопровождаться болевым синдромом. Показаниями к оперативному лечению являются следующие критерии:

- грыжи межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника с выраженным компрессионным корешковым синдромом;
- наличие остеогенной компрессии при стенозе спинномозгового канала с поражением корешков или структур спинного мозга с соответствующими клиническими проявлениями;
- синдром позвоночной артерии с так называемой «дропатакой»;
- нестабильность двигательных сегментов позвоночника;
- цервикальная миелопатия.

Остеохондроз и выпадения грыжи межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника составляют до **98 %** всех корешковых синдромов и в большинстве случаев поддается лечению консервативным путем.

Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Относительными показаниями к операции являются:

1. безуспешные попытки консервативного лечения,
2. продолжительный тяжелый болевой синдром,
3. частичные парезы мышц с замедленной или отсутствующей регенерацией.

**Среди хирургических методов
лечения чаще применяются:**

1. дискэктомия,
2. микрохирургическая декомпрессия,
3. перкутанная лазерная декомпрессия,
4. медикаментозное склерозирование пульпозного ядра.



Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

МР в послеоперационном периоде проводится стандартизировано:

- **1-4-й послеоперационный день:** общеукрепляющая гимнастика и постуральные упражнения в постели;
- **5-14-й день:** удаление швов, постуральные упражнения (тренировка в положении стоя, прием пищи стоя за высокой стойкой), упражнения по первичной и вторичной стабилизации мышц;
- **3-6-я неделя после операции:** ограничение положения сидя, прием пищи стоя, работа у пульта-стойки, общеразвивающие и укрепляющие упражнения в бассейне, групповые пешие прогулки и прочие мероприятия по укреплению мышц;
- **6-8-я неделя:** разрешается сидеть, лечебная гимнастика в положении сидя, начиная от 5 минут, динамические упражнения по укреплению мышц, «школа» позвоночника;
- **9-я неделя:** тренировка бытовых нагрузок.

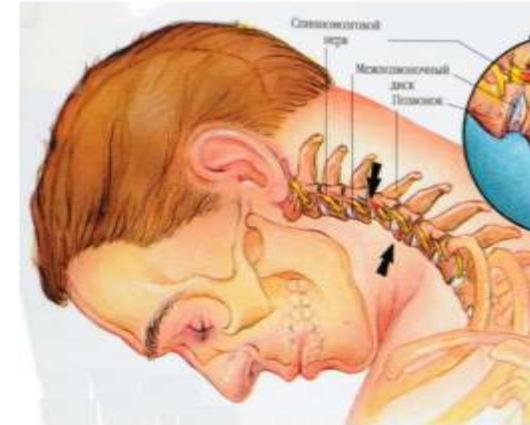


Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

В целом можно исходить из длительности нетрудоспособности в пределах до 12 недель. Три четверти пациентов возвращаются в итоге к своей трудовой деятельности, 15 % - нуждаются в специальном трудоустройстве (легкий труд), 10 % пациентов - в мероприятиях по профессиональной переориентации.

Экспертиза нетрудоспособности последствий хлыстовой травмы шейного отдела позвоночника вызывает определенные трудности среди экспертов: принципиальным моментом является по возможности сокращение продолжительности нетрудоспособности больного для предотвращения психологического фиксирования симптомов заболевания.



Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Субъективные и объективные симптомы хлыстовой травмы могут быть выражены в различной степени. В соответствии с Квебекской классификацией, разработанной Ассоциацией по изучению хлыстовой травмы (Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders), выделяют четыре степени ее тяжести:

• **I степень тяжести** (43% случаев) - Боль и тугоподвижность в шейном отделе. Объективные признаки травмы отсутствуют. Морфологически - микроскопические повреждения мягких тканей, не вызывающие мышечного спазма. Больные обращаются к врачу нередко спустя сутки и более после травмы. Регресс симптомов обычно наблюдается в первые 3—4 недели.

• **II степень тяжести** (29% случаев) - Боль в шее в сочетании с объективными признаками повреждения мягких тканей (связок, сухожилий, мышц) или фасеточных суставов в виде ограничения объема движений и локальной болезненности. Боль может иррадиировать в голову, руку. Тугоподвижность в шейном отделе. Объективные признаки травмы отсутствуют. Морфологически выявляются растяжения мягких тканей, геморрагии в капсулы суставов, в связки, сухожилия, мышцы, вторичный мышечный спазм. Больные обычно обращаются к врачу в первые сутки после травмы.

- **III степень тяжести** (12% случаев) - Имеются очаговые неврологические симптомы в виде ослабления или выпадения сухожильных рефлексов, парезов, нарушений чувствительности.
- **IV степень тяжести** (6% случаев) - Переломы и вывихи позвонков, возможна компрессия невральных структур с развитием соответствующих неврологических симптомов. Больные обычно обращаются к врачу немедленно после травмы.

Шейный и поясничный остеохондроз и грыжи МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации:

Рекомендуется следующая схема
освидетельствования этих пациентов :

- хлыстовая травма 1-й степени вызывает в первые 14 дней полную нетрудоспособность, максимально до 6 недель, а в последующие 2 месяца - частичное снижение нетрудоспособности до 20 %;
- хлыстовая травма 2-й степени вызывает полную нетрудоспособность на 3-4 месяца и в последующие 12 месяцев - частичное снижение нетрудоспособности до 20-30 %;

- тяжелая хлыстовая травма 3-й степени - полная нетрудоспособность до 1 года, частичное снижение нетрудоспособности до 30 % продолжительностью до 2 лет и впоследствии длительное частичное снижение нетрудоспособности до 20 %;
- тяжёлая хлыстовая травма 4-й степени – полная нетрудоспособность более 1 года, частичное снижение нетрудоспособности свыше 30 % продолжительностью до 2 лет и впоследствии длительное частичное снижение нетрудоспособности свыше 30 %.

Переломы позвонков

Цели физических методов медицинской реабилитации:

- укрепление мышц, стабилизирующих позвоночник.
- дыхательная гимнастика и профилактика пневмонии.
- укрепление и коррекция осанки.

Особенности применения средств и форм лечебной физкультуры:

1. После общеукрепляющей гимнастики в раннем периоде лечения переходят на стабилизирующие изометрические упражнения. На первом плане стоит также ранняя мобилизация пациента. При этом допускается развитие незначительной деформации пораженного позвонка, существенным считается недопущение неврологических нарушений. Нагрузка рассчитывается только с учетом индивидуальной клинической картины.

2. В целом при переломах дорзальной части позвонков, что является критерием нестабильности перелома, нагрузка не разрешается до 6-9 недель. Мобилизация пациента проводится в индивидуально изготовленном гипсовом или пластиковом корсете. По истечении 3 месяцев переломы считаются стабилизированными.

Переломы позвонков

3. Упражнения в плавательном бассейне показаны, особенно в случае, если от нагрузки области перелома следует воздержаться.
4. В случае если при хирургической стабилизации позвонков производилось дополнительное укрепление зоны перелома спонгиозной массой, наращивание нагрузки производится только в отдаленном периоде лечения.
5. Во время проведения реабилитации необходимо поддержание контакта с лечебным учреждением, в котором была выполнена операция, с тем чтобы совместно проводить корректировку нагрузки. Сроки ношения корсета также определяются хирургом или ортопедом.
6. Если конкретных указаний по поводу увеличения нагрузок не дается, то можно исходить из того, что по истечении 3 месяцев уже возможна полная нагрузка зоны перелома.



Переломы позвонков

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации заключаются в следующем:

1. В ходе оценки следует провести анализ нагрузок пациента на рабочем месте.
2. При травматизации структур нервной системы необходимо определение трудоспособности и с точки зрения невропатологов, особенно если трудно оценить последствия частичного повреждения структур спинного мозга с парциальными функциональными нарушениями.
3. Здесь следует также заметить, что лечение спинальных травм является прерогативой госпитального звена, а не реабилитационных клиник.



Аспекты медико-социальной реабилитации при воспалительных ревматических заболеваниях

Наиболее часто встречающиеся в реабилитационных клиниках формы ревматических заболеваний следующие:

- хронический полиартрит,
- анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева),
- псориатические артриты,
- хронические реактивные артриты.



Аспекты медико-социальной реабилитации при воспалительных ревматических заболеваниях

Критерии необходимости проведения мероприятий по медицинской реабилитации включают:

1. наличие у пациента значительных функциональных нарушений,
2. значительное ограничение трудоспособности вследствие острых и хронических болей,
3. угрозы полной потери трудоспособности.

Долгосрочными целями медицинской реабилитации при лечении воспалительных ревматических и системных заболеваний являются:

1. улучшение и сохранение функций опорно-двигательного аппарата,
2. повышение качества жизни больных посредством снижения болевых ощущений,
3. замедления прогрессирования заболевания,
4. предотвращения деформации суставов.



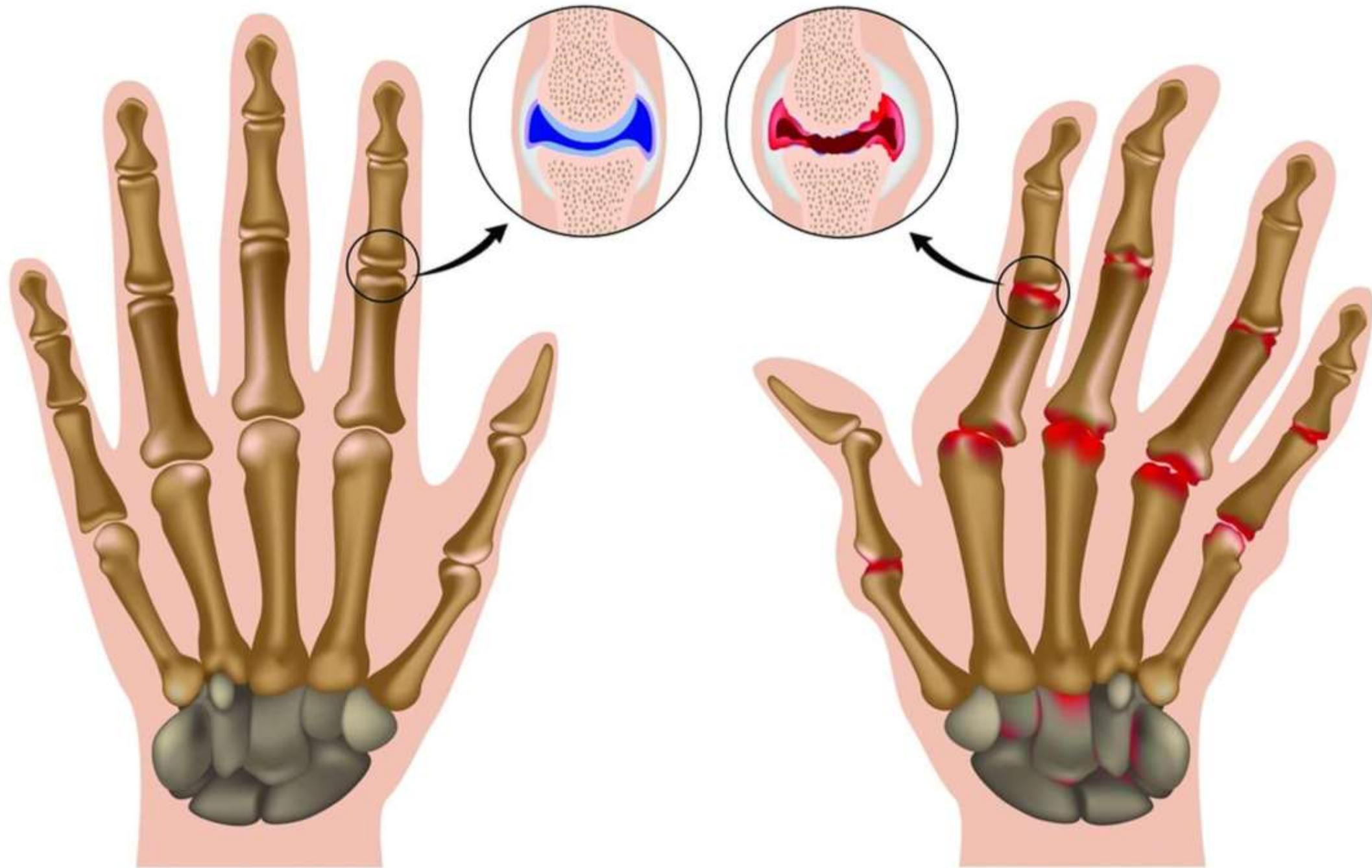
Аспекты медико-социальной реабилитации при воспалительных ревматических заболеваниях

Среди медикаментозных методов МР важна ***супрессия воспалительной активности.***

Тактика в отношении предотвращения ухудшения качества жизни пациента, вызванного обострением заболевания:

1. компенсация утраченных функций в повседневной жизни;
2. улучшение двигательной активности больного;
3. повышение комплайенса (compliance) - уступчивость, согласие и желание пациента выполнять лечебные назначения;
4. позитивный настрой пациента;
5. профессиональная интеграция.





Хронический полиартрит

В классификации клинических стадий мы придерживаемся упомянутой выше биопсихосоциальной модели заболевания:

1-я стадия: ограничение активности в быту;

2-я стадия: ограничение активности в быту и на производстве;

3-я стадия: значительные профессиональные и жилищно-бытовые ограничения при сохранении способности самообслуживания;

4-я стадия: сильно выраженные ограничения любой активности.



Хронический полиартрит

Стандартные мероприятия МР включают:

1. лечебную гимнастику,
2. криотерапию,
3. применение ортопедических вспомогательных средств,
4. психологические мероприятия:
 - упражнения, улучшающие восприятие собственного тела,
 - применение техники релаксации,
 - упражнения по подавлению болевых ощущений,
 - индивидуальная психотерапия.



Хронический полиартрит

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации заключаются в следующем:

1. Должны учитываться задачи реабилитации по полной бытовой и профессиональной интеграции больного, достижение которых зачастую связано с большими трудностями.
2. Особым предметом внимания должна стать возможность организации индивидуального ритма трудового процесса. При этом предусматриваются такие формы трудоустройства, которые позволяют больному начать повышение рабочей нагрузки от 1 часа в день до полной рабочей смены на протяжении необходимого ему отрезка времени. Если подобная реинтеграция реабилитируемого пациента все же не удастся, то необходима переквалификация на более легкую работу.
3. Возможности социального обеспечения:
 1. помощь в ведении домашнего хозяйства,
 2. финансовая помощь,
 3. патронажная служба,
 4. группы взаимопомощи,
 5. спорт для инвалидов.

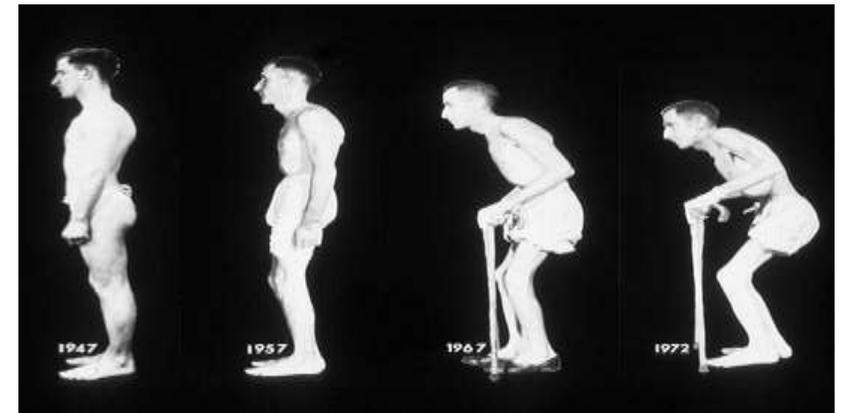


Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)

При болезни Бехтерева наблюдается неспецифическое воспаление позвонков и межпозвонковых дисков. Заболевание манифестируется, как правило, в одном из подвижных сегментов позвоночного столба. Чаще страдают мужчины в возрасте 40 лет. Прогноз заболевания может быть благоприятным, если диагноз установлен своевременно и вовремя начато лечение.

Стандартные цели мероприятий МР те же, что и при других ревматических заболеваниях, с особым вниманием:

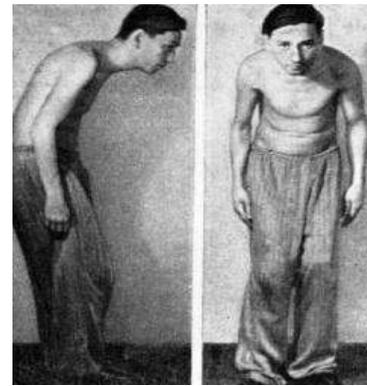
- на улучшение подвижности позвоночника,
- на освобождение больного от боли,
- на контроль параметров воспалительного процесса.



Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)

Стандартные мероприятия МР включают лечебные назначения в соответствии с установленными целями лечения и ориентируются на основные проблемы пациента.

- Это может быть лечение острого приступа заболевания или же в состоянии устойчивой ремиссии форсированная лечебная гимнастика с целью улучшения подвижности позвоночника и суставов. Необходимо стремиться полностью освободить пациента от болей, назначением всего спектра обезболивающих препаратов, с тем чтобы сделать возможным выполнение им главных элементов лечебной гимнастики, таких как упражнения на расслабление и коррекцию осанки.
- Позитивно влияет на лечение сохранение психической стабильности больного, что улучшает его объективный статус и благотворно влияет на атмосферу групповых занятий.



Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации заключаются в следующем:

Позитивный настрой пациента облегчает его дальнейшую социальную реабилитацию. В процессе профессиональной реинтеграции необходимо также предусмотреть возможность медленного поэтапного увеличения продолжительности и интенсивности работы.

Среди особого вида ограничений на производстве в процессе работы может быть предусмотрено предотвращение специфических нагрузок на определенные суставы:

1. при длительном непрерывном удержании предметов в руках,
2. при длительной односторонней нагрузке туловища,
3. при монотонной нагрузке у конвейера,
4. при частых значительных колебаниях температуры воздуха,
5. при частом поднятии и ношении тяжестей.

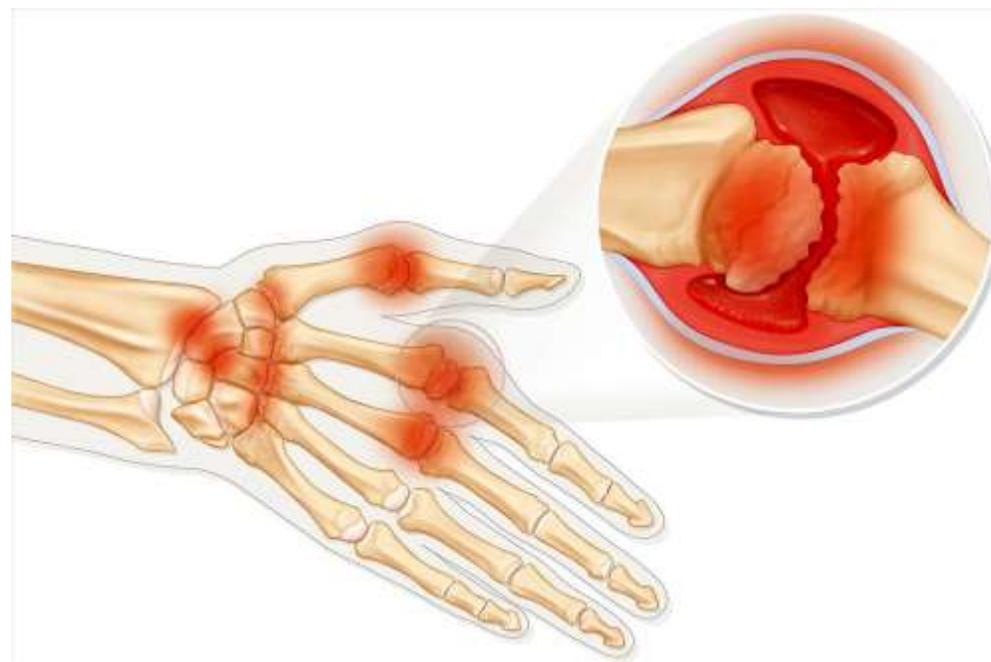


Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)

Социальные и профессиональные аспекты медицинской реабилитации заключаются в следующем:

Необходимо способствовать созданию благоприятных производственных условий:

- возможность постоянного движения,
- возможность пауз и отдыха сидя,
- скользящий график работы,
- возможность применять вспомогательные средства и механизмы,
- предотвращение ходьбы по ступеням и гладким твердым покрытиям.



Благодарю за внимание !