

- agement of the subluxated wrist in children with arthritis. *Phys. Ther.*, 1995, 75, 10, 879-85.
15. Belt E.A., Kauppi M.J., Kaarela K. et al. Development rate of metacarpal fingers in patients with rheumatic disease. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2000, 18, 5, 601-4.
 16. Bennett S.M., Malleson P.N., Mackinnon M.J. Relationship between physical fitness, pain and self-esteem in children with chronic arthritis. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 1995, 13, 550.
 17. Biundo J.J. Jr, Torres-Ramos F.M. Rehabilitation and biomechanics. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 1991, 3, 2, 291-9.
 18. Bjorkengren A.G., Pathria M.N., Sartoris D.J. Carpal alterations in adult-onset Still disease, juvenile chronic arthritis, and adult-onset rheumatoid arthritis: comparative study. *Radiol.*, 1987, 165, 2, 545-8.
 19. Brewer E.J., Giannini E.H. Juvenile rheumatoid arthritis. *Clin. Rheum. Dis.*, 1983, 9, 3, 712-719.
 20. Cassidy J.T., Petty R.E. Textbook of pediatric rheumatology. Fourth Ed. New York etc., W.B.Saunders Company, 2001.
 21. Van den Ende C.H., Vliet Vlieland T.P., Munneke M. Dynamic exercise therapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, 37, 677-87.
 22. Granberry W.M., Mangum G.L. The hand in the child with juvenile rheumatoid arthritis. *J. Hand. Surg. [Am]*, 1980, 2, 105-13.
 23. Van der Hoeven H., te Slaa R.L., Keessen W. et al. Wrist disorders in juvenile chronic arthritis. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1990, 24, 134, 47, 2284-9.
 24. Laxer R.M., Clarke H.M. Rheumatic disorders of the hand and wrist in childhood and adolescence. *Hand. Clin.*, 2000, 16, 4, 659-71.
 25. Maldonado-Cocco J.A., Garcia-Morteo O. et al. Carpal ankylosis in juvenile rheumatoid arthritis. *Arthr. Rheum.*, 1980, 23, 11, 1251-5.
 26. Michels H., Hafner R., Morhart R. Five year follow-up of a prospective cohort of juvenile chronic arthritis with recent onset. *Clin. Rheumatol.*, 1987, 6, suppl 2, 87-92.
 27. Mozziconacci P., Prieur A.M., Hayem F., Oury C. Joint prognosis in systemic chronic juvenile arthritis (100 cases). *Sem. Hop.*, 1983, 22, 59, 48, 3357-3360.
 28. Naidu S.H., Ostrov B.E., Pellegrini V.D. Isolated digital swelling as the initial presentation of juvenile rheumatoid arthritis. *J. Hand. Surg. [Am]*, 1997, 22, 4, 653-657.
 29. Neuberger G.B., Press A.N., Lindsley H.B. et al. Effects of exercise on fatigue, aerobic fitness, and disease activity measures in persons with rheumatoid arthritis. *Res Nurs Health*, 1997, 20, 3, 195-204.
 30. Prieur A.M., Bremard-Oury C., Griscelli C. Prognosis of the systemic forms of juvenile chronic arthritis. Apropos of 100 cases. *Arch. Fr. Pediatr.*, 1984, 41, 2, 91-97.
 31. Reisine S.T. Arthritis and the family. *Arthr. Care. Res.*, 1995, 8, 4, 265-271.
 32. Ruperto N., Ravelli A., Levinson J.E. et al. Long-term health outcomes and quality of life in American and Italian inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis. II. Early predictors of outcome. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 5, 952-958. Comment in: *J. Rheumatol.*, 1998, 25, 6, 1244.
 33. Seth V., Kabra S.K., Semwal O.P. Clinico-immunological profile in juvenile rheumatoid arthritis—an Indian experience. *Indian J. Pediatr.*, 1996, 63, 3, 293-300.
 34. Skorpik G., Koob E., Grill F. Premature maturation of the carpal bones as an early diagnostic sign of juvenile rheumatoid arthritis. *Handchir Mikrochir Plast Chir.*, 1991, 23, 4, 202-206.
 35. Stoeber E. Prognosis in juvenile chronic arthritis. Follow up of 433 chronic rheumatic children. *Eur. J. Pediatr.*, 1981, 135, 225-228.
 36. Truckenbrodt H., Hafner R. General and local growth disorders in chronic arthritis in childhood. *Schweiz Med. Wochenschr.*, 1991, 27, 121, 17, 608-620.
 37. Tubiana R. Rheumatic lesions of the carpus. *Orthop.*, 1986, 15, 2, 135-149.
 38. Wallace C.A., Levinson J.E. Juvenile rheumatoid arthritis outcome and treatment for the 1990s. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 1991, 17, 891-905.
 39. White P.H. Growth abnormalities in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Clin. Orthop.*, 1990, 259, 46-50.
 40. Whitehouse R., Shope J.T., Sullivan D.B. Children with juvenile rheumatoid arthritis at school. Functional problems, participation in physical education. The implementation of Public Law 94-142. *Clin. Pediatr. (Phila)*, 1989, 28, 11, 509-14.
 41. Wood P.H.N. Eular Publishers, Basle, 1978, 47.

Поступила 8.02.02.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК: 616.7: 615.83 (420)

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Иннес Уэнди (Innes Wendy)

Первая областная клиническая больница № 1, г.Екатеринбург

Резюме.

Профессия физиотерапевта в Великобритании значительно отличается от таковой в России, поэтому первая часть статьи представляет краткий обзор содержания профессии физиотерапевта в Великобритании. В статье дается программа лечения больных анкилозирующим спондилитом (АС). Обсуждаются преимущества обучения пациентов и перечисляются компоненты типичного комплекса упражнений. Приводится таблица объема движений суставов больного АС до и после проведения курса физических упражнений, которая демонстрирует его эффективность. Также даются рекомендации по улучшению системы реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями в России.

Ключевые слова: физиотерапия, Великобритания, обучение пациентов, практика, основанная на доказательствах, анкилозирующий спондилит.

Введение

Физиотерапия в Великобритании отличается от физиотерапии в России. Физиотерапевты в Великобритании – не врачи, а самостоятельные специалисты, которые проходят обучение работе с больными в широком спектре областей, включая заболевания опорно-двигательного аппарата, неврологические и респираторные заболевания, а также реабилитацию пациентов с целью восстановления или оптимизации их функциональной активности.

Различия между профессиями физиотерапевта в Великобритании и России наблюдаются уже в обучении. В Великобритании на первом году проходит глубокое изучение “нормы”, включающее не только теоретические аспекты анатомии и физиологии, но и практическое рассмотрение совместного функционирования нервов, мышц и суставов при движении. Физиотерапевты учатся анализировать рисунки движения и, участвуя в практических семинарах со своими коллегами, получают глубокое понимание структуры “нормального движения”. Это понимание становится основой для осмотра и лечения конкретных пациентов.

Пациенты проходят индивидуальный осмотр у физиотерапевта, на основе которого формулируется индивидуальный план лечения. Последний направлен на решение клинических проблем и подразумевает комплексное рассмотрение физиотерапевтом функциональных и социальных аспектов и клинических данных, полученных при осмотре. Применяя этот принцип, физиотерапевт не только выявляет текущую клиническую проблему, но определяет возможные предрасполагающие факторы, на которые следует обратить внимание с целью предотвращения повторения данного состояния. Физиотерапевт и пациент совместно определяют цели, к которым необходимо стремиться в процессе лечения. Таким образом, больной становится центральной фигурой в процессе лечения. Пациенты рассматриваются как активные участники, а не как пассивные получатели лечения. Их обучение играет большую роль в лечении любого заболевания.

Обучение пациентов

Обучение пациента – очень важный аспект физиотерапевтического лечения [1]. Физиотерапевт уделяет много времени обеспечению пациента доступной информацией о его заболевании. Важность обучения больных объясняется рядом причин. Во-первых, в Великобритании пациенты все чаще обращаются за информацией к медицинским работникам с целью более эффективного решения проблем со своим здоровьем [3]. Во-вторых, если люди знают, что с ними происходит, и понимают причины возникновения отклонений в их здоровье, это может значительно уменьшить их тревогу по этому поводу. Если же пациенты понимают не только причину их проблем, но и логику, которая лежит в основе их лечения, то возрастает вероятность того, что они сами будут способствовать процессу лечения. Это особенно важно, если план лечения требует (а это наблюдается довольно часто) регулярного выполнения комплекса упражнений в домашних условиях или смены образа жизни, так как в обоих случаях необходима высокая мотивация со стороны пациента/пациентки.

Виды лечения

В Великобритании физиотерапия охватывает широкий спектр видов лечения. Физиотерапевты обучаются применению различных форм физических упражнений, массажа, электротерапии, гидротерапии и мануальной терапии. Многие физиотерапевты обучаются также акупунктуре, рефлексотерапии и ароматерапии. При респираторных заболеваниях физиотерапевты также используют постуральный дренаж, аспирацию и инкапсуляцию.

Методы и приемы лечения зависят от того, в какой области работает физиотерапевт, хотя принципы остаются едиными во всех областях. Эти принципы заключаются в облегчении боли, поддержании нормальных рисунков движения (где это возможно), уменьшении риска травм или повторных травм, и, прежде всего, в помощи пациенту в достижении максимальной функциональности.

Практика, основанная на доказательствах

В Великобритании возрастает стремление к практике, основанной на доказательствах, в рамках всех медицинских областей, в том числе в физиотерапии. Это в целом означает, что физиотерапевт всегда должен использовать те методы, эффективность которых доказана надежными клиническими испытаниями. Это заставляет физиотерапевта задумываться над целями и специфическим действием того или иного вида лечения, а также над традиционными методами и теориями, с тем чтобы четко определиться с выбором вида воздействия. Другими словами, это заставляет физиотерапевта оценивать свою собственную практику, чтобы она соответствовала последнему слову в медицине. Поощрение практики, основанной на доказательствах, позволяет отказаться от использования неэффективных методов лечения, а также от рутинных подходов, когда определенный вид лечения неизменно используется по одной и той же определенной причине. Физиотерапевты призваны демонстрировать, что их действия эффективны клинически и экономически [4]. В результате повышается эффективность системы здравоохранения и улучшается качество обслуживания пациентов. Наблюдение за состоянием пациента и его оценка должны осуществляться непрерывно, с тем чтобы при отсутствии улучшения произвести повторный осмотр и внести изменения в план лечения.

Пример эффективности программы физиотерапевтического лечения пациентов с анкилозирующим спондилитом в Екатеринбурге

Анкилозирующий спондилит (АС) – это заболевание, при котором физиотерапия, особенно физические упражнения, играет ключевую роль в уменьшении риска деформаций и помощи пациенту в поддержании нормального образа жизни [2]. После беседы с несколькими пациентами, страдающими АС, в ряде ревматологических отделений Екатеринбурга выяснилось, что обычно им не предоставлялась информация об их заболевании, и они мало знали о том, какие упражнения им необходимы, а какие нет. В большинстве случаев АС существует проблема мотивации пациентов к выполнению регулярных упражнений. Во многих странах мира, в том числе и в Великобритании, она решается путем создания групп поддержки для занятий физкультурой. Комплексы упражнений при этом разрабатываются физиотерапевтом и выполняются под его наблюдением.

Методика

Группа пациентов с диагнозом АС, жителей г. Екатеринбурга, была приглашена на два занятия. Первое было посвящено разъяснению природы их заболевания и важ-

Адрес для переписки:

Wendy Innes,

Областная клиническая больница № 1,

Ул. Волгоградская, 185

Екатеринбург, 620102

Тел- факс. (3432) 28 39 94

ности правильной осанки. На втором занятии уделялось внимание простейшим методам облегчения боли, которые пациенты могли применять в домашних условиях (такие как тепло, холод - лед, эфирные масла и способы релаксации), и особым видам упражнений, которые следует включать в комплекс движений, чтобы уменьшить риск деформаций.

После обучающей программы были произведены индивидуальный осмотр пациентов и измерения объема движения в шейном, поясничном отделах позвоночника, плечевых и тазобедренных суставах. Была также измерена экскурсия грудной клетки. Все измерения делались с помощью сантиметровой ленты. Затем пациенты были приглашены на еженедельные занятия, проводимые британским физиотерапевтом в амбулаторных условиях. Кроме того, пациентам были даны советы по поводу того, каким суставам в каждом конкретном случае следует уделять особое внимание при выполнении упражнений дома.

Комплекс упражнений для группы был составлен с тем, чтобы противостоять типичным деформациям при АС и поддерживать правильную осанку больного. Комплекс отличался разнообразием, поэтому каждую неделю цель упражнений немного менялась. Четыре основных цели упражнений даны ниже:

1. Мобилизация суставов – суставы шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, височно-ниж-

там возможность выбрать для себя наиболее эффективную технику для использования в домашних условиях.

Три пациента занимались регулярно, и через два месяца были произведены повторные измерения объема движения в суставах. В целях максимизации достоверности результатов измерения были произведены тем же физиотерапевтом.

Следует подчеркнуть, что в период выполнения программы физических упражнений пациенты не получали никакого дополнительного лечения за исключением тех медикаментов, которые они должны принимать постоянно. Также не использовалась электротерапия или массаж, поэтому единственным фактором, определившим разницу в измерениях, стало введение комплекса упражнений и обучения, принимая во внимание важность выполнения упражнений в домашних условиях.

Результаты

Во всех трех случаях наблюдались значительные улучшения показателей для всех суставов. Образец карты наблюдения одного пациента с измерениями, сделанными до и после программы, дается ниже (табл.).

Заключение

Мы привели самый простой пример пользы активного участия пациента в процессе лечения при поддержке со стороны медицинских работников. Если предоставить пациенту адекватную информацию о его заболевании и

Карта наблюдения больного АС в процессе физиотерапевтического лечения

Таблица

Параметр	1 измерение (см)	2 измерение (см)	Результат
Расстояние от затылка до стены	32	29	Улучшение
Сгибание шеи	3	3	Без изменений
Разгибание шеи	11	13	Улучшение
Наклон шеи вправо	23	18	Улучшение
Наклон шеи влево	23	18.5	Улучшение
Вращение шеи вправо	22	17	Улучшение
Вращение шеи влево	20	18.5	Улучшение
Экскурсия грудной клетки	2	2	Без изменений
Сгибание в пояснице	1	1.5	Улучшение
Разгибание в пояснице	0	0	Без изменений
Наклон в пояснице вправо	56	53	Улучшение
Наклон в пояснице влево	55	62	Ухудшение
Разгибание правого тазобедренного сустава	25	37	Улучшение
Разгибание левого тазобедренного сустава	28	41	Улучшение
Расстояние между лодыжками	60	72	Улучшение
Сгибание в правом плечевом суставе	39	36	Улучшение
Сгибание в левом плечевом суставе	45	40	Улучшение
Одновременное отведение обоих плечевых суставов	36	6.5	Улучшение
Расстояние от пальцев рук до пола	27	24	Улучшение

нечелюстные, тазобедренные и плечевые.

2. Укрепление мышц – мышцы, поддерживающие правильную осанку, такие как мышцы, тянущие лопатку назад, мышцы живота, мышцы-разгибатели и отводящие мышцы бедра.

3. Растягивание мышц – мышцы шеи, плеча, грудные мышцы, вращатели спины, двуглавые, четырехглавые и приводящие мышцы бедра и мышцы голени.

4. Упражнения по типу аэробики для глубокого дыхания, увеличения экскурсии грудной клетки и повышения переносимости нагрузок.

Занятия продолжались в среднем 40 мин, после чего проводилась релаксация. Каждую неделю применялась новая техника релаксации, чтобы предоставить пациен-

объяснить логику, которая лежит в основе лечения, то он будет гораздо более склонен активно следить за своим здоровьем.

Нам представляется, что с целью улучшения процесса реабилитации ревматологических больных в России целесообразно:

- ❖ Шире вводить обучающие программы для предоставления пациентам информации об их заболевании, а также практических советов по самопомощи.
- ❖ Уделять больше внимания тем способам лечения, которые дают пациенту долговременное, а не кратковременное облегчение. Например, поощрять пациентов принимать активное участие в процессе

лечения путём изменения стереотипа движений с целью уменьшения нагрузки на суставы и использования тепла или льда для облегчения боли в домашних условиях. Обучать пациентов правильному выполнению упражнений и поощрять контакт с другими пациентами с таким же заболеванием для формирования атмосферы поддержки. Даже такие простые вещи, как обучение правильному использованию приспособлений для ходьбы, могут значительно улучшить мобильность пациента и уменьшить риск дальнейшего повреждения и ухудшения функции суставов.

- ❖ План лечения основывать на проблемах конкретного пациента, а не только на его диагнозе.

- ❖ Объективно оценивать программы лечения. Если не наблюдается ожидаемого улучшения, необходимо изменить подход к лечению данного пациента.
- ❖ Пытаться убедить пациентов стать активными участниками, а не пассивными получателями лечения. Помнить, что электротерапия или массаж – это исключительно пассивные методы лечения, и хотя они играют свою роль в лечении ревматологических больных, однако, как правило, дают только краткосрочный эффект. Поэтому они должны использоваться там, где необходимо дополнить общую методику лечения, а не быть его основой, что на сегодня встречается довольно часто.

Перевод Е. Киселевой

ЛИТЕРАТУРА.

1. Gahimer E.J., Domholdt E. Amount of patient education in physical therapy and perceived effects. *Physical therapy*, 1996, 10, 1089-1096
2. Rogers F.J. Ankylosing spondylitis – the patient's point of view. *AS News*, Autumn/ Winter, 1999, 4-10.
3. Trede F. Physiotherapists' approaches to low back pain education. *Physiotherapy*, 2000, 86, 8, 427-433.
4. Wakefield A. Evidence-based physiotherapy: the case for pragmatic randomised controlled trials. *Physiotherapy*, 2000, 86, 8, 394-396.

Abstract.

Physiotherapy in the UK is a very different profession to that in Russia, so the first part of this article aims to provide a brief insight into how physiotherapy works as a profession in the UK. A case study is also presented, outlining a programme of management used for patients with ankylosing spondylitis (AS). The benefits of patient education are discussed, and the components included in a typical exercise programme for patients with AS are listed. A table of measurements taken from a patient with AS before and after the programme is given, illustrating how effective a very simple programme of management can be in improving the range of movement in the joints of patients with AS. Some recommendations are also given pertaining to simple changes that could be implemented to improve the rehabilitation of patients with rheumatic conditions in Russia.

Key words: Physiotherapy, UK, patient education, evidence based practice, ankylosing spondylitis.

Поступила 25.06.01.

УДК: 616.72-002.77-08

ЗНАЧЕНИЕ МИДОКАЛМА В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Г. Галош (G. Gallosh)
Будапешт, Венгрия

Резюме.

Мидокалм в дозе 300-450 мг/сут внутрь применялся дополнительно к комплексной терапии (противовоспалительные препараты, ЛФК, физиотерапия) у 52 больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Результаты сравнивали с данными у 45 больных, получавших только комплексную терапию. Для оценки эффективности препарата использовались индексы боли и функции. Присоединение к лечению мидокалма привело к достоверно более выраженному улучшению значений обоих индексов.

Ключевые слова: ревматические заболевания, мидокалм.

Мидокалм (толперизон) уже более 30 лет применяется в клинической практике, и за этот период определились показания к эффективному использованию препарата. А.Порсас и соавт. в 1961 г назвали препарат «интернейроновый блокатор». По своим фармакологическим свойствам мидокалм представляет собой интранейтральный депрессивный миорелаксант, оказывающий спазмолитическое действие, снижающий активность поперечно-полосатой мускулатуры и перекрестные разгибательные рефлексы спинного мозга. Благодаря указанным свой-

ствам, мидокалм нашел применение сначала в терапии различных неврологических заболеваний, сочетающихся со спастическим усилением тонуса и контрактурами. За прошедшие годы изменились показания к его применению. Так, он перестал использоваться, например, в лечении рассеянного склероза, синдрома Паркинсона и др., но при этом получил распространение в других областях: в терапии заболеваний опорно-двигательной системы, ортопедии, офтальмологии, одонтологии, педиатрии и др.

При этом используются не только миотонолитичес-