

*Гонтюрёв А.В.,
старший преподаватель
кафедры физической культуры
Оренбургский государственный медицинский университет
Россия, г. Оренбург
Муханов Ж.Ж.,
студент 5 курса, лечебный факультет,
Оренбургский государственный медицинский университет
Россия, г. Оренбург*

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ РЕВМАТИЗМА

***Аннотация:** в данной статье рассмотрены основные моменты этиологии и патогенеза ревматизма. Степень его распространенности. Выделены основные задачи, которые ставит перед собой врачи ЛФК для достижения положительной динамики. Стадийность заболевания и особенности лечебной физической культуры при поражении различных органов-мишеней.*

***Ключевые слова:** лечебная физкультура, ревматизм, стадии заболевания, соединительная ткань.*

***Abstract:** this article discusses the main points of the etiology and pathogenesis of rheumatism. The degree of its prevalence. The main tasks that physical therapy doctors set for themselves to achieve positive dynamics are highlighted. The stages of the disease and the features of therapeutic physical culture in the defeat of various target organs.*

***Key words:** physical therapy, rheumatism, stages of the disease, connective tissue.*

Ревматизм – системное инфекционно-аллергическое заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердце.

Ревматизм – распространенное заболевание. В основном им болеют дети (2-3 % школьников). Заболевание чаще начинается остро, но бывает, что оно развивается постепенно, а иногда может иметь и скрытое течение. Воспаление суставов и высокая температура тела при ревматизме в последние годы встречаются редко. Боли в суставах возникают без отчетности, а температура тела повышается до 38. часто развивается сердечная недостаточность. Тяжелые последствия имеют поражения сердца: ревматический эндокардит, как правило, приводит к порокам сердца, а ревматический миокардит – к кардиосклерозу. [1,2] Игрют определенную роль также неблагоприятные воздействия:

- Переохлаждение;
- Переутомление;
- Не полноценное питание (недостаток белков, витаминов);
- Неблагоприятная наследственность (не полноценность клонов иммунокомпонентных клеток).

При ревматическом полиартрите тяжесть заболевания определяется не степенью суставных изменений, а выраженностью поражения сердечно-сосудистой системы. У детей часто развивается очень тяжелое поражение сердца с вовлечением в патологический процесс клапанного аппарата и возникновением пороков сердца. Высокоэффективными средствами профилактики ревматизма являются систематическое закаливание и занятия физической культурой и спортом.[1]

Дезорганизация соединительной ткани при ревматизме проходит в 4 фазы:

1 Мукоидное набухание характеризуется отеком и набуханием тканей. Эти изменения носят поверхностный характер, при этом возможно обратное развитие процесса.

2 Фибриноидное изменение (глубокие дистрофические изменения в соединительной ткани, которые сопровождаются повреждением коллагенового комплекса). В тяжелых случаях происходит гибель соединительной ткани, фибриноидный некроз. Эта фаза носит необратимую глубокую дезорганизацию соединительной ткани.

3 Появление ревматических узелков. В окружности очагов дезорганизации происходит постепенное образование ревматических узелков (гранулём). Наступает фаза гранулематоза (в миокарде, эндокарде как клапанном, так и пристеночном, в сосудах, в мышечной соединительной ткани, суставных сумках и т.д.)

4 Процесс заканчивается склерозом.

Задачи ЛФК при ревматизме:

- повышение общего тонуса и снижение сенсibilизации организма;
- совершенствование компенсации за счет активации внесердечных факторов кровообращения;
- улучшение адаптации к физическим нагрузкам;
- улучшение подвижности в суставах и профилактика контрактур.

ЛФК в активной фазе ревматизма при эндокардите и миокардите назначается при стихании острых явлений и снижении температуры до субфебрильной. Последовательность в расширении двигательного режима и методика занятий аналогичный при инфаркте миокарда. Через год после перенесенной атаки ревматизма при недостаточности митрального клапана и явлениях недостаточности кровообращения I степени назначается щадящий режим: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированные пешеходные прогулки мерным шагом до 3 км, терренкур, малоподвижные игры; в процедурах лечебной гимнастики длительностью 20-25 мин. применяются упражнения для рук, ног, корпуса в положениях сидя, стоя. При отсутствии обострений в течение двух лет, при полной компенсации функции кровообращения назначается общетонизирующий режим: утренняя

гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, прогулки пешеходные, терренкур, экскурсии, игры, ходьба на лыжах. Они могут заниматься в школе физкультурой в подготовительной группе.[1,2]

Если нагрузка переносится хорошо, нет одышки и частота пульса после занятий увеличивается по сравнению с исходной не более чем на 10-15 ударов в минуту, то через два месяца с разрешения врача, можно переходить к комплексам с большей нагрузкой.

Тех, кто хорошо переносит физические нагрузки, еще через год переводят в основную группу. Они уже могут заниматься некоторыми видами спорта. Тем больным, у которых развилась недостаточность митрального клапана сердца, следует подходить к физическим нагрузкам с особой осторожностью. Им доступны занятия физкультурой только в специальной группе. Больным, у которых развился митральный порок, сопровождающийся стенозом (сужением отверстия) с одновременным поражением клапанов аорты, рекомендуются комплексы лечебной физкультуры, специально составленные врачом и методистом по лечебной физкультуре. Они подбираются в зависимости от особенностей течения ревматического процесса и переносимости физической нагрузки. [1]

Правильно и своевременно начатая физическая тренировка, соответствующая возможностям организма, способствует более быстрому выздоровлению и приспособлению сердца к физическим нагрузкам. [2]

Использованные источники:

1. Епифанова В.А. Лечебная физкультура и врачебный контроль/ В.А. Епифанова// М.: Медицина, 2017. – 368 с.
2. Соколова Н.Г. Практическое руководство по детской лечебной физкультуре/ Н.Г. Соколова// Изд. 2-е, стер. – Ростов н/Д.: Феникс, 2010. – 445, [1]с.