

Л Е К Ц И Я

from: <http://rsds.org/index2.html>

3. Baron R., Janig W. Complex regional pain syndromes — how do we escape the diagnostic trap? *Lancet* 2004;364:1739–41.
 4. Mitchell S.W., Morehouse G.R., Keen W.W. Gunshot Wounds and Other Injuries of Nerves. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1864.
 5. Sudeck P. Ueber die akute enzundliche Knochenatrophie. *Arch Klin Chir* 1900;62:147.
 6. Evans J.A. Reflex sympathetic dystrophy. *Surg Gynecol Obstet* 1946;82:36.
 7. Merskey H., Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle, Wash: IASP Press, 1994.

8. Wasner G., Baron R. Factor II: vasomotor changes—pathophysiology and measurement. In: Wilson P., Stanton-Hicks M., Harden R., eds. CRPS: Current Diagnosis and Therapy. Seattle, Wash: IASP Press, 2005;81–106.
 9. Бунчук Н.В. Альгонейродистрофия. В кн.: Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997;495–500.
 10. Бельский А.Г. Боль в области плечевого сустава, связанная с патологией периартикулярных тканей. Спр. поликлин. врача 2005;4:3–7.
 11. Birklein F., Riedl B., Neundorfer B. et al. Sympathetic vasoconstrictor reflex pattern in patients with complex regional syn-

drome. *Pain* 1998;75:93–100.

12. Amadio P.C., Mackinnon S., Merrit W.H. et al. Reflex sympathetic dystrophy syndrome: Consensus report of an ad hoc committee of the American Association forand Surgery on the definition of reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(2):371–5.
 13. Harden R.N., Bruhl S., Galer B.S. et al. Complex regional pain syndrome: are the IASP diagnostic criteria valid and sufficiently comprehensive? *Pain* 1999;83:211–9.
 14. Iwase S., Cui J., Wallin B.G. et al. Effects of increased ambient temperature on skin sympathetic nerve activity and core temperature in humans. *Neurosci Lett* 2002;327:37–40.

Консервативная ревмоортопедия: ревматоидный артрит (часть 1)

В.П. Павлов

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Рассматриваются вопросы профилактики и консервативного лечения типичных поражений суставов стопы, голеностопного, коленного, тазобедренного, плечевого сочленений у больных ревматоидным артритом (РА). Методы консервативной ревмоортопедии могут давать хорошие результаты на начальных стадиях РА, при хроническом течении заболевания требуются повторные курсы консервативного восстановительного лечения, в тяжелых случаях эти методы являются подготовительным этапом для хирургического лечения, повышающим его эффективность.

Conservative rheumoorthopedics: rheumatoid arthritis (part 1)

V.P. Pavlov

Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The prevention and medical treatment of typical arthropathy of the foot, ankle, knee, hip, and shoulder are considered in patients with rheumatoid arthritis (RA). The methods of conservative rheumoorthopedics can yield good results at the early stages of RA, the chronic course of the disease requires repeated courses of medical rehabilitative treatment; in severe cases these methods are a preparatory stage for surgical treatment, which enhances the latter's efficiency.

Ревмоортопедию можно разделить на консервативную и оперативную, хотя такое разделение условно и оба направления тесно связаны между собой. Так, некоторые поражения опорно-двигательного аппарата — артриты, суставные деформации — в ряде случаев можно лечить нехирургическими методами [1], другие же суставные заболевания поддаются коррекции только посредством операции.

Мы попытались сконцентрировать внимание на консервативной ревмоортопедии, т.е. на тех видах суставных поражений, которые могут лечить не только ревмоортопеды, но и ревматологи. Полагаем, что нехирургические методы лечения некоторых суставных заболеваний можно рассматривать как подготовку к хирургическому этапу. Это те случаи, когда удастся частично улучшить статус опорно-двигательного аппарата, например, уменьшить степень суставных контрактур или увеличить функциональную способность мышечной системы, что позволит в ряде случаев избежать сложных, многоэтапных операций [2]. В процессе консервативной функциональной терапии более четко выявляются обоснованные показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

В данной статье рассматриваются суставные поражения, с которыми наиболее часто сталкиваются ревматологи и ревмоортопеды в повседневной практике, а также лечебная тактика при некоторых суставных заболеваниях, основанная на нашем опыте.

Задачи консервативной ревмоортопедии у больных ревматоидным артритом (РА) можно сформулировать следующим образом:

- сохранение двигательной функции пораженных суставов и минимизация прогрессирующей амиотрофии конечностей;
- предупреждение или минимизация нежелательного развития последствий воспалительно-деструктивных суставных поражений в виде контрактур, подвывихов, вывихов как основной причины инвалидизации и снижения самообслуживания;
- сохранение конкордантных установок конечностей, особенно при быстро прогрессирующем течении РА, для обеспечения более благоприятных условий и меньшего объема хирургического лечения.

Методы консервативной ревмоортопедии будут эффективными только при тесном взаимодействии ревмоортопеда

Л Е К Ц И Я

с больным. Пациент должен быть проинформирован о возможных осложнениях хронического течения РА в виде суставных деформаций, порочных установок конечностей и их последствиях — ухудшении самообслуживания, подчас невозможности домашнего труда и профессиональной работы. Важно, чтобы больной понял — во многом результаты лечения будут зависеть от его стремления сотрудничать с врачом, четко выполнять назначения, а также преодолевать боль, которая не всегда поддается медикаментозному лечению.

С самого начала ведения больного независимо от формы и течения РА ревматолог и ревмоортопед совместно выработывают индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий. Подбор адекватной антиревматической медикаментозной терапии в большинстве случаев позволяет снизить активность заболевания, уменьшить суставные боли и создать благоприятные условия для кинезитерапии, занятий лечебной физкультурой.

Стопа и голеностопный сустав

Особое значение придают поражению таранных суставов, прежде всего, таранно-пяточного. Прогрессирующий артрит этого сустава влечет за собой вторичное развитие патологического процесса в других суставах стопы, формирование плано-вальгусной установки стопы. Артрит шопарова сустава является причиной сильных болей в среднем отделе стопы, снижающих ее опороспособность. В итоге развивается подвывих головки таранной кости таранно-ладьевидного сочленения, что может затруднять адекватную коррекцию и усугублять степень плано-вальгусной установки стопы. Артрит таранных суставов, обуславливающий прогрессирующее плоскостопие, негативно влияет на передний отдел стопы, вызывая поперечную расплывчатость и формирование деформации типа *digitis V rheumaticis*, т.е. вальгусное отклонение I пальца, подвывихи и латерализацию II–IV пальцев и варусную установку V пальца. Поэтому необходимо оценить состояние таранных суставов и при наличии артрита рекомендовать больным постоянно носить индивидуальные супинаторы для коррекции продольного и поперечного плоскостопия.

Больные РА с поражениями стоп и голеностопных суставов должны получать адекватную антиревматическую медикаментозную терапию, которая в комплексе с консервативными ревмоортопедическими мероприятиями в ряде случаев может затормозить прогрессирование этих деформаций.

При прогрессировании воспалительно-деструктивного артрита суставов среднего отдела стопы и малой эффективности консервативных мероприятий следует нацеливать больных на операцию — трехсуставной артротомии или по показаниям одно- и двухсуставные артротомии наиболее пораженных таранных суставов стопы. Кроме того, такие больные должны носить рациональную обувь на среднем устойчивой каблучке, с широким носком, мягким верхом и гибкой осередине подошвой.

Локальная глюкокортикоидная терапия для купирования воспалительных явлений в суставах стопы нецелесообразна, так как в данной ситуации малоэффективна.

Коленный сустав

Приведем собственное клиническое наблюдение, демонстрирующее эффективность консервативных ортопедических мероприятий для профилактики типичных суставных поражений.

Шестнадцатилетний подросток, учащийся 10-го класса, заболел остро после сильного переохлаждения — ученики старших классов участвовали во встрече «важного гостя» из Москвы и несколько часов провели под дождем. Подросток, по его выражению, промок «до костей». К ночи температура тела поднялась выше 40° С, появились озноб, сильнейшие боли в суставах конечностей (центральных и периферических). Первые несколько недель больной в лечебные учреждения не обращался. Для облегчения суставных болей принимал произвольные позы — поджимал согнутые ноги к животу, прижимал руки к груди. Примерно через 1 год боли стали постепенно стихать, но одновременно с этим сформировались стойкие порочные деформации суставов ног и рук. В таком состоянии подросток поступил в отделение ревмоортопедии нашего института.

При обследовании поставлен диагноз: РА, серопозитивный полиартрит быстропрогрессирующего течения, активность II степени, стадия IV, функциональная недостаточность БЗ. Функциональный статус больного свидетельствовал о тяжелой терминальной стадии РА: согнутые под острым углом тазобедренные и коленные суставы с полными костными анкилозами, плотно прижатые к передней брюшной стенке и несколько отведенные в одну сторону. Суставы рук также были вовлечены в патологический процесс, в результате чего подросток не мог самостоятельно принимать пищу. Больной не мог и сидеть — при попытке сесть он заваливался на один бок и в таком положении его кормили с ложки родственники и медицинский персонал. Потребовалось этапное ревмоортопедическое лечение (артропластики, артротомии, остеотомии) в течение 2 лет, после чего больной начал самостоятельно сидеть, стоять, передвигаться и питаться.

Анализируя это наблюдение, можно выразить сожаление, что больному в начале заболевания не была оказана специализированная медицинская помощь. Родители подростка (а его отец был ветеринарным врачом) совершили грубейшую ошибку, не вызвав на дом поликлинического врача, который бы направил больного к ревматологу. Адекватная антиревматическая медикаментозная терапия снизила бы активность заболевания, а простейшие ревмоортопедические мероприятия по профилактике порочных установок конечностей позволили бы мобилизовать по возможности все виды движений в суставах. Даже в случае неблагоприятного течения РА с большой вероятностью можно было бы сохранить конкордантные установки верхних и нижних конечностей и минимизировать степень суставных деформаций. Все это сократило бы сроки и объем последующего ревмоортопедического лечения. [3].

Схема комплексного ревмоортопедического лечения РА, опубликованная нами ранее [4], включает в себя лечебно-профилактические мероприятия, относящиеся к консервативной ревмоортопедии.

Обязательным элементом кинезитерапии являются утренние гимнастика, а также специальные упражнения, направленные на профилактику спазмированных контрактур коленных суставов — наиболее частого вида суставных деформаций при РА. Среди этих упражнений — тренировка быстро ослабевающей из-за амиотрофии четырехглавой мышцы бедра путем многократных произвольных ее сокращений («игра надколенника»). Некоторых пациентов приходится обучать этому упражнению. Больному предлагают активно без помощи рук прижимать к постели ногу с разогнутым коленным суставом и в момент касания подколенной обла-

**Схема комплексного
ревмоортопедического лечения РА**

Консервативная ревмоортопедия

**Кинезитерапия: лечение положением,
ЛФК, использование установок УГУЛ, РУП**

**Укладки, прерывистое растяжение контрактур +
этапные съемные гипсовые лонгеты, массаж**

стью постели или щита, на котором он лежит, добиваться произвольного сокращения четырехглавой мышцы.

Для профилактики сгибательных контрактур коленных суставов запрещено подкладывать валики, подушки под коленные суставы для уменьшения боли. Пациент должен преодолевать боль и стремиться к сохранению наиболее полного разгибания коленных суставов, в том числе и ночью. Такого самоконтроля можно достигнуть, если у пациента выработана доминанта опасности развития суставной деформации. Однако это осуществимо не во всех случаях. Формирующуюся или развившуюся контрактуру коленного сустава следует лечить укладками: под ахилловы сухожилия подводят плотные ватно-марлевые валики, а сверху на коленные суставы укладывают плоские мешочки с солью или речным песком массой 1–2 кг. Сыпучее содержимое мешочка равномерно распределяется по рельефу переднебоковых поверхностей коленного сустава. Такую процедуру больной легко переносит в течение 10–15 мин, после чего укладку снимают. На протяжении дня процедуру повторяют 6–8 раз.

Для предотвращения деформации типа «конская стопа», т.е. фиксированной установки стопы в позиции подошвенного сгибания при поражении суставов стопы и голеностопного сустава, лежачим больным подкладывают мягкие подушки между подошвой стоп и спинкой кровати так, чтобы стопы находились в нейтральной позиции под углом 90° по отношению к длинной оси голени. При малом росте пациента между подушкой и спинкой кровати дополнительно помещают плоский деревянный ящичек.

Мы разработали методику консервативного ортопедического лечения сгибательных контрактур коленных суставов. Давность контрактур не должна превышать 2 лет, так как методика эффективна лишь в начальном периоде развития и формирования деформации. Больного укладывают на живот на медицинскую кушетку (или по диагонали кровати) так, чтобы голени и стопы свободно свисали и не касались поверхности кушетки. В такой позиции масса голеней и стоп сама является фактором растягивания сокращенных мышц, а также склерозированных параартикулярных тканей и капсул коленных суставов. Дополнительно к этому на пятку с помощью петли из бинта навешивают груз (гантели) массой 1–2 кг. Такой груз больные, как правило, способны удерживать 10–15 мин, после чего усиливается боль в коленных суставах и груз снимают. В течение дня процедуру растягивания контрактур повторяют 4–6 раз, если у пациента была двусторонняя деформация. Через неделю такого прерывистого растяжения у большинства пациентов контрактура уменьшалась на 10–15° под грузом по сравнению с исходным уровнем. После достижения такого результата больному под тягой груза накладывали глубокую заднюю

гипсовую лонгету и снимали груз. Фиксация ноги в позиции достигнутого растяжения продолжалась 5 дней, после чего гипсовую лонгету снимали, и больной в течение короткого времени (до 1 ч) разрабатывал коленный сустав. После этого измеряли амплитуду движений, которая, как правило, увеличивалась на 10–15° за счет увеличения разгибания. Этапы растяжения и временной фиксации повторяли 4–5 раз в течение 3 нед (в случае двусторонней деформации их выполняли попеременно на одной и другой ноге). Такой консервативный метод позволял восстановить двигательную функцию коленного сустава до субнормального уровня: 5°–10°–90°, т.е. 80° по дуге, в том числе и у больных с тяжелыми сгибательными контрактурами под углом сгибания коленного сустава 70–80°. У больных РА со сгибательными контрактурами тяжелой степени применение редрессации под обезболиванием нежелательно, так как после манипуляции наблюдались рецидивы деформации. Кроме того, велика опасность возникновения переломов бедра, поскольку у этих пациентов, особенно у лежачих или с ограниченной ходьбой, развивается выраженный остеопороз. Такое осложнение возникло у 2 наших больных РА на начальном этапе разработки метода консервативного лечения сгибательных контрактур коленных суставов.

Методики лечения указанной деформации коленного сустава с помощью этапной редрессации или скелетного вытяжения аппаратами Волкова—Оганесяна мы не использовали из-за опасности осложнений, связанных с длительной иммобилизацией и остеопорозом. Длительная иммобилизация, неизбежная при традиционной этапной гипсовой редрессации или скелетном вытяжении, чревата развитием фиброзного анкилоза, хотя и позволяет добиться ликвидации сгибательной контрактуры с восстановлением опорной функции, но при этом полностью утрачивается двигательная функция коленного сустава.

Однако у детей этапная гипсовая редрессация с ежедневными увеличениями угла разгибания коленного сустава (срок лечения — от 7 до 10 дней) давала хорошие функциональные результаты [5].

После устранения контрактуры коленного сустава необходимо продолжение восстановительного лечения в связи с недостаточностью функции четырехглавой мышцы бедра из-за длительно существующей порочной установки коленного сустава. Наряду с активными физическими упражнениями («игра надколенника») весьма полезны электростимуляция разгибателей бедра и подъема прямой ноги из позиции «положение на боку» с постепенным поворотом на спину, т.е. подъемы прямой ноги под разными углами.

Ходьба в процессе лечения разрешается с опорой на костыли и в задней гипсовой лонгете, смоделированной при полном разгибании коленного сустава.

Таким образом, восстановительное лечение сгибательных контрактур коленных суставов с давностью деформации не более 2 лет у пациентов с РА возможно с помощью консервативных методов, в основе которых лежит прерывистое растяжение в сочетании с кратковременными периодами иммобилизации и последующим восстановительным лечением ослабленного экстензорного механизма коленного сустава.

В случае обострения артрита коленного сустава, спровоцированного ортопедическими манипуляциями, иногда использовали внутрисуставные инъекции глюкокортикои-

дов (ГК), позволяющие быстро купировать обострение воспалительного процесса.

Тазобедренный сустав

Для профилактики и консервативной терапии сгибательно-приводящих контрактур тазобедренного сустава у пациентов с РА использовали лечение положением: в позиции «положение на спине» нужно добиться у больного максимально возможной мышечной релаксации. При этом оптимальным является положение с разведенными в стороны и выпрямленными ногами с последующими движениями тазобедренных суставов. Внутрисуставные, или параартикулярные, инъекции ГК в этом случае исключены, так как внутрисуставная пункция тазобедренного сустава проводится под визуальным рентгеновским контролем и даже при точной пункции эффект от внутрисуставной инъекции ГК кратковременный и недостаточный.

Восстановительное лечение начальных стадий порочных установок тазобедренных суставов включает активные и пассивные движения в реабилитационных установках типа УГУЛ или РУП («сухой бассейн»). В этих установках можно добиться некоторой мышечной релаксации и более эффективного увеличения амплитуды различных видов движений сустава.

Перечисленные приемы разработки тазобедренного сустава наиболее эффективны в начальных стадиях коксита на фоне адекватно подобранной терапии противоревматическими препаратами.

Помимо этого, необходимы разгрузка пораженных тазобедренных суставов с помощью дополнительной опоры при ходьбе (костыли), а также массаж мышц спины, ягодиц, нижних конечностей в условиях стихания активности ревматоидного коксита.

Плечевой сустав

Нередко под термином «плечевой сустав» понимают собственно плечелопаточное сочленение. Точнее говорить о плечевом поясе — комплексе сочленений, в который, помимо плечелопаточного сочленения, входят грудино-ключичный, ключично-акромиальный, лопаточно-грудной суставы, а также околосуставные сумки — дельтовидно-плечевая («второй плечевой сустав» по Цончеву) и субакромиальная. Кроме того, одним из важных элементов, обеспечивающих двигательную функцию плеча, является рецессус, или «карман», суставной капсулы плечелопаточного сочленения. Поэтому при вовлечении в воспалительный процесс сочленений плечевого пояса, как и при первичном их поражении, необходимо провести топическую диагностику очага (очагов) воспаления по клинико-рентгенологическим признакам [6]. Возможно, в воспалительный процесс вовлечены все или отдельные элементы плечевого пояса или превалирует воспаление, например, в плечелопаточном суставе. Топическая диагностика позволяет разработать оптимальный план профилактики и лечения «ревматоидного плеча».

Поражение плечевого пояса в начальном периоде РА может пройти незаметно, так как внимание больного в первую очередь обращено на те поражения, которые являются источником сильной боли или вызывают затруднения при ходьбе и самообслуживании. Но в какой-то момент пациент начинает замечать, что ему трудно выполнять некоторые движения рукой, например доставать предметы с полки, снимать одежду с вешалки из-за развившегося ограничения движений в плечевом поясе.

Поэтому при обследовании пациента важно оценить состояние опорно-двигательного аппарата в целом, даже при практически нормальной функции плечевого пояса, помимо назначения лечебно-физкультурного комплекса (ЛФК), провести профилактику возможного развития приводящих контрактур рук в этой области. В частности, используют лечение положением. Для достижения полной мышечной релаксации оптимальна позиция пациента «лежа на спине» на ковре с отведенными в стороны руками. Укреплению групп мышц, участвующих в сгибании, отведении в стороны, поднятии кверху, способствует ЛФК, подобранный в соответствии с возрастом больного и особенностями течения РА.

Для сохранения ротационных движений плеча больной в позиции лежа сгибает предплечья в локтевых суставах под прямым углом и производит наружную и внутреннюю ротацию обеих рук. Плечи в данном случае покоятся на плоскости, на которой лежит пациент. Такие же движения следует выполнять в вертикальном положении. Количество упражнений произвольное и зависит от степени боли в области пораженных суставов плечевого пояса.

Обычно лечение положением и ЛФК назначают для профилактики деформаций плечевого пояса 3 раза в день (утром, днем и вечером).

При явных воспалительных признаках поражения отдельных суставных элементов плечевого пояса, плечелопаточного сочленения, особенно с экссудативным компонентом, и на основании данных топической диагностики в комплекс восстановительного лечения включают локальную терапию ГК. Мы рекомендуем внутрисуставные инъекции дипроспана по 0,5–1 мл (в зависимости от размеров сустава). Обычно достаточно 2–3 инъекций с интервалом в зависимости от наступившего эффекта. В ряде случаев лечение бурситов плечевого сустава с помощью инъекций ГК не дает результата, что является показанием для хирургического вмешательства.

При сформировавшихся деформациях суставов плечевого пояса со значительными функциональными нарушениями в комплекс восстановительных мероприятий включили упражнения на портативной реабилитационной установке (РУП): пассивно-активные упражнения на подвесных блоках, попеременное поднятие рук в стороны и кверху. При этом отведение и поднятие одной руки в сторону и кверху больной осуществляет с помощью другой руки, которой тянет за петлю бечевки, перекинутой через блоки, книзу, т.е. одна рука совершает пассивно-активные движения, а вторая — только активные, затем руки меняют.

С помощью подвесных блоков при отведении рук в стороны производят сближение и отведение верхних конечностей в горизонтальной плоскости.

Предложена (А.Е. Вершинин) установка для фиксации лопатки, благодаря которой больной может разрабатывать преимущественно плечелопаточные суставы — улучшаются отведение и ротационные движения рук [7].

В лечебно-восстановительный комплекс консервативной ревмоортопедии входит и трудотерапия, в частности протирание стекол окон, зеркал, стен. Такая трудотерапия назначается при удовлетворительной двигательной функции суставов плечевого пояса.

А.Е. Вершинин применял в качестве консервативной ревмоортопедии двухэтапную систему восстановительного

Л Е К Ц И Я

лечения больных РА с различными поражениями плечевого пояса. На этапе стационарного лечения проводилась топическая диагностика поражения элементов этой области у 71 больного РА, которому был проведен полный комплекс мероприятий консервативной ревмоортопедии (основная группа). 35 пациентов с аналогичной патологией, получавших традиционное терапевтическое лечение, составили контрольную группу. Отличные и хорошие результаты лечения были получены у 60% больных основной и 17% контрольной группы (различия статистически достоверны). Через 1 год наблюдения в условиях поликлинического этапа сохранность положительных результатов комплексной кон-

сервативной ревмоортопедии в 3 раза чаще регистрировалась в основной группе по сравнению с контрольной.

Итак, профилактика и лечение различных поражений двигательных элементов плечевого пояса включают в себя лечение положением, ЛФК и локальную терапию ГК на фоне адекватного антиревматического медикаментозного лечения. Кроме того, обязательно используются реабилитационные установки типа УГУЛ и РУП, а также трудотерапия.

В следующих сообщениях мы поделимся опытом консервативной ревмоортопедии при ревматических заболеваниях других отделов опорно-двигательного аппарата.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Sliva A.C. et al. Effectiveness of night time hand positioning splint in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *J Rehabil med* 2008;40(9):749–54.
2. Kiekenbeck A., Preis M., Salzman G. Rheumatoid shoulder: Does minimally invasive therapy make sense? *Z Rheumatol* 2008;67(6):462–70.
3. Павлов В.П. Ревмоортопедия ювенильного артрита в клинической практике Института ревматологии РАМН. Науч-

практич ревматол 2005;4:98–101.

4. Павлов В.П., Павленко Т.М., Арсеньев А.О. и др. Принципы реабилитации ревматологических больных. Науч-практич ревматол 2005;2:70–5.
5. Шелепина Т.А. Принципы реабилитационного лечения детей с хроническими воспалительными заболеваниями суставов. Труды научного конгресса по проблеме социальной медицинской и психологической реабилитации инвалидов. Тю-

мень, 1996;116.

6. Вершинин А.Е., Мылов Н.М., Павлов В.П. Артрографическая оценка патологии мягких тканей в комплексном исследовании плечевых суставов с различной степенью нарушения двигательной функции у больных ревматоидным артритом. *Ревматол* 1988;1:22–8.
7. Вершинин А.Е. Приспособление для разработки движений в плечевом суставе. *Ортоп травматол* 1987;6:54–5.

Курация больных с ревматическими пороками сердца в амбулаторных условиях

Б.С. Белов, Г.М. Тарасова, М.В. Полянская

ГУ НИИ ревматологии РАМН, Москва

Сформулированы основные задачи диспансеризации больных с ревматическими пороками сердца (РПС) на основе базовых положений рекомендаций международных и национальных научных ассоциаций. В то же время, по мнению автора, важная роль в курации больных с хронической ревматической болезнью сердца и РПС принадлежит опыту и суждениям клинициста.

Follow-up of patients with rheumatic heart diseases in the outpatient setting

B.S. Belov, G.M. Tarasova, M.V. Polyanskaya

Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The major tasks of a follow-up of patients with rheumatic cardiac defects (RCD) are formulated on the basis of the recommendations of international and national scientific associations. At the same time, a clinician's experience and judgments play an important role in supervising patients with chronic rheumatic heart disease and RCD.

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) и хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) принадлежат к группе внутренних заболеваний, в лечении и профилактике которых достигнуты существенные успехи. Это привело к тому, что во второй половине XX столетия заболеваемость ОРЛ и ХРБС и обусловленная ими смертность снизились, а продолжительность жизни больных увеличилась. Снижение заболеваемости было тесно связано с повышением уровня жизни, улучшением качества медико-профилактических мероприятий. Однако, по данным статистического отчета Минздравсоцразвития РФ за 2007 г., распространенность ХРБС и ревматических пороков сердца (РПС) остается высокой и составляет 2,09 и 1,66 на 1000 населения соответственно. Следовательно, по-прежнему сохраняется как общемедицинское, так и соци-

альное значение адекватного и качественного диспансерного наблюдения больных ХРБС и РПС.

Основные задачи диспансеризации больных ХРБС и РПС сводятся к следующему:

- регулярный медицинский осмотр с проведением необходимых дополнительных исследований;
- вторичная профилактика повторных атак ОРЛ;
- профилактика инфекционного эндокардита;
- терапия хронической сердечной недостаточности;
- решение (совместно с кардиохирургами) вопросов хирургической коррекции РПС;
- профилактика тромбэмболических осложнений.

Все больные РПС должны проходить как минимум ежегодное обследование. При наличии умеренной клапанной