

УДК 616.72-002.77-036.82/.85

Основные направления реабилитации пациентов с заболеваниями ревматологического профиля

Власова-Розанская Е. В.

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Целью исследования явилась разработка программ комплексной медицинской реабилитации пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой. Для достижения поставленной в исследовании цели проведено клинико-инструментальное обследование 193 пациентов с этими диагнозами. В ходе выполнения задания в соответствии с ранее сформированным перечнем мероприятий медицинский, физической, психологической реабилитации, мероприятий физиотерапии для пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой были разработаны программы комплексной медицинской реабилитации.

Ключевые слова: ревматология, системная красная волчанка, системная склеродермия, подагра, реабилитация.

Введение. За последние годы в Республике Беларусь проделана определенная работа по улучшению ревматологической помощи населению. Созданы республиканский, областные и Минский городской ревматологические центры, развернута сеть ревматологических коек и кабинетов в поликлиниках; освоены и внедрены новые клинико-иммунологические, биохимические и инструментальные методы исследования, что повысило уровень диагностики ревматических заболеваний.

Вместе с тем в организации медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями в стране имеются существенные недостатки. В частности плохо налажена реабилитационная помощь пациентам ревматологического профиля, так как такая помощь включает целый ряд комплексных мероприятий.

По определению ВОЗ, реабилитация — это комплексное скоординированное использование медицинских, социальных, образовательных и профессиональных мероприятий для тренировки или переподготовки не полностью дееспособной личности к самому высокому уровню функциональных возможностей (Женева, 1983).

Реабилитация охватывает все стороны жизни человека, учитывая все многообразие его социально-экономических, этических, медицинских и других связей и отношений, которые складываются между людьми в медицинском учреждении, семье, трудовом коллективе.

Основная цель реабилитации — по возможности быстро восстановить способность жить и трудиться в обычной среде. О реабилитации, как правило, говорят в случаях, когда пациент уже имел опыт общественной жизни и общественно полезной деятельности. Количество адаптированных к трудовой деятельности лиц может возрасти за счет правильно осуществляемых реабилитационных мероприятий. И потому необходима эффективная организация всего комплекса лечебно-педагогических и социальных (в широком смысле) мер.

Одной из основных проблем является отсутствие на сегодняшний день программ комплексной медицинской реабилитации, в частности таких заболеваний, как системная красная волчанка (СКВ), системный склероз (СС), подагра.

Накопление хронических ревматических больных в обществе снижает его трудовой, экономический и психологический потенциал, существенно повышает общественные и индивидуальные расходы на здравоохранение, подчас делая их непосильными и для государства, и для самого пациента и его семьи. Кроме затрат непосредственно на лечение, есть также непрямые затраты на ревматические болезни, которые в 2–3 раза превышают прямые затраты на пациента. Непрямые затраты — выплаты взрослым пациентам по больничным листам, а также затраты, связанные с уменьшением количества трудоспособного населения как за счет пациентов, которые вынуждены уходить с работы раньше пенсионного возраста.

Таким образом, необходимость внедрения программы комплексной реабилитации не вызывает сомнений. Все это диктует необходимость разработки и внедрения высокоэффективной комплексной системы оказания реабилитационной помощи взрослым, страдающим ревматическими болезнями (программы мероприятий по реабилитации). Конечной целью программы должно быть снижение временной и стойкой утраты трудоспособности, улучшения качества жизни пациентов с ревматическими болезнями на основе комплексного решения медицинских, психологических, педагогических и социальных проблем. Программу следует направить на формирование эффективной комплексной системы поддержки таких пациентов, объединяющей лечебные, организационные и информационные мероприятия, создание оптимальной среды для жизнедеятельности, социальной адаптации и интеграции пациентов с костно-суставно-соединительнотканной патологией.

Цель работы — разработка программ комплексной медицинской реабилитации пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой.

Материалы и методы. Для достижения поставленной в исследовании цели проведено клинко-инструментальное обследование 193 пациентов с системной красной волчанкой, системным склерозом, подагрой, из них: 47 (24,4 %) пациентов — с системной красной волчанкой, 44 (22,8 %) пациента — с системной склеродермией, 102 (52,8 %) пациента — с подагрой. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 0,5$ лет.

Для достижения поставленной в исследовании цели проведено клинко-инструментальное и профессиографическое обследование 47 (24,4 %) пациентов, страдающих системной красной волчанкой.

Средний возраст больных составил $36,4 \pm 2,28$ лет. Средняя продолжительность основного заболевания составила $6,36 \pm 0,99$ лет. Мужчин было 3 (6,4 %), женщин — 44 (93,6 %).

На момент обследования 48,9 % пациентов с СКВ работали. Группу инвалидности имели 74,5 % пациентов, в том числе 2-ю группу инвалидности — 40,4 %, 3-ю группу инвалидности — 34,1 %.

У 34,1 % пациентов была минимальная активность СКВ, у 53,2 % — умеренная степень активности СКВ, у 12,7 % пациентов — 3-ю степень активности. Подострое течение СКВ наблюдалось у 36,2 % человек, хроническое течение — у 63,8 % человек.

У обследованных пациентов встречались следующие осложнения СКВ:

- синдром Рейно — 34,1 % пациентов;
- поражения суставов — 74,3 %;
- поражения органов ЖКТ — 2,1 %;
- поражения сердечно-сосудистой системы — 65,9 %, в том числе:
 - миокардит — 6,4 %,
 - перикардит — 36,1 %,
 - миокардиодистрофия — 23,4 %;
- поражения почек (люпус-нефрит) — 51,1 %, в том числе ХПН — у 10,6 %;
- поражения легких — 8,5 %, в том числе:
 - плеврит — 6,4 %,
 - фиброзирующий альвеолит — 2,1 %,
- дыхательная недостаточность — 6,4 %;
- гиперхолестеринемия — 10,6 %.

Для достижения поставленной в исследовании цели проведено клинко-инструментальное и профессиографическое обследование 44 (22,8 %) пациентов, страдающих системным склерозом. Мужчин было 5 (11,4 %), женщин было 39 (88,6 %). Средний возраст больных составил $56,3 \pm 0,66$ лет.

На момент обследования 20 (45,5 %) работали. Группу инвалидности имели 39 (88,6 %) пациентов, в том числе 2-ю группу инвалидности — 17 (38,6 %), 3-ю группу инвалидности — 22 (50 %).

У обследованных пациентов встречались следующие осложнения ССД:

- синдром Рейно — 72,7 % пациентов;
- поражения суставов — 63,6 %;
- поражения органов ЖКТ — 70,5 %, в том числе:
 - эзофагит — 36,4 %,
 - дисфагия — 9,1 %,

панкреатопатия — 9,1 %,
 энтеропатия — 11,4 %;
 поражения сердечно-сосудистой системы (миокардиосклероз) — 15,9 %;
 поражения почек — 6,8 %;
 симптоматическая анемия — 6,8 %;
 поражения легких (базальный склероз) — 13,6 %;
 гипотиреоз — 9,1 %;
 синдром Шегрена — 18,2 %.

Обследовано 102 (52,8 %) пациента с подагрой. Мужчин было 95 (93,1 %), женщин — 7 (6,9 %). Средний возраст больных составил $56,2 \pm 1,03$ лет. Средняя длительность заболевания составила $10,4 \pm 0,8$ лет.

На момент обследования 62,7 % работали. Группу инвалидности имели 20,6 % пациентов (из них все 2-ю группу инвалидности. 3-я группа инвалидности пациентам с подагрой не определялась).

У обследованных пациентов встречались следующие осложнения подагры: подагрическая почка — у 18 (17,6 %) пациентов, гонартроз — у 16 (15,7 %), подагрический полиартрит — у 67 (65,7 %), коксартроз — у 6 (5,9 %), множественные тофусы — у 20 (19,6 %), кальциноз почек — у 4 (3,9 %), альгодистрофический синдром плечо-кость — у 9 (8,8 %) пациентов. Мочекаменная болезнь встречалась у 19 (18,6 %) пациентов, в том числе хроническая почечная недостаточность у 20 (19,6 %) пациентов.

Пациенты обследовались на основании программ реабилитационно-экспертной диагностики для пациентов с СКВ, СС, подагрой, разработанных с учетом клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с заболеваниями ревматологического профиля, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и дифференцированных по четырем функциональным классам (ФК), что необходимо для проведения реабилитации в соответствии со степенью нарушений функций систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

Результаты и их обсуждение. Реабилитация ревматических пациентов должна рассматриваться как интегративный процесс, основными задачами которого являются развитие и укрепление у населения умения справляться с изменившимися условиями жизни, принятием на себя ответственности за свою судьбу, поддержкой и развитием активных установок личности на восстановление, сохранение и поддержание здоровья, социальной и профессиональной состоятельности.

Для совершенствования системы реабилитации и социальной защиты ревматических пациентов необходимо проведение следующих мероприятий:

1. В области медицинского обслуживания:
 - развитие, совершенствование и обеспечение функционирования системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам;
 - внедрение новейших технологий ранней диагностики, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями ревматологического профиля;
 - определение групп повышенного риска развития для оптимизации оказания адресной медицинской помощи пациентам.
2. В области комплексной медико-социальной реабилитации:
 - формирование и практическая реализация единых подходов к комплексной реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями, включая медицинские, профессиональные, трудовые и социальные аспекты;
 - разработка и внедрение единых программ реабилитационной диагностики, протоколов, наиболее эффективных технологий комплексной реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями;
 - оценка показателей результативности и эффективности реабилитационных мероприятий, оценка их соответствия целевым показателям.
3. По направлению организационно-аналитического обеспечения:
 - совершенствование механизмов взаимодействия и координации совместной деятельности по реализации единой социально-реабилитационной политики для граждан;
 - использование Интернета как источника получения информации ревматологической направленности, других современных информационных технологий наряду с традиционными методами информационной работы;
 - организация обратного потока информации от населения к органам власти, состоящего из аналитических материалов по социально-психологическому климату, о состоянии дел по ходу выпол-

нения принятых решений и о возможных последствиях принятия этих решений; по ожидаемым эффектам от планируемых распоряжений, программ, публикаций.

4. На уровне региональных органов административного управления:

- разработка, реализация и контроль за исполнением нормативных документов по вопросам социальной поддержки;
- обеспечение взаимосвязи выполнения мероприятий областными и районными службами, оперативное влияние на их ход и приоритетность выполнения;
- разработка программ подготовки и повышения квалификации кадров по проведению МСР ревматических больных, привлечения научного потенциала к решению проблем социальной, медицинской поддержки населения, подвергшихся радиационному воздействию.

В Республике Беларусь на сегодняшний день функционируют стационарные и амбулаторно-поликлинические реабилитационные учреждения. Большая потребность в медицинской реабилитации инвалидов с ревматическими заболеваниями, неоднородность нозологических форм, клинико-функционального состояния пациентов, сроков заболевания, социально-экономических факторов, обуславливает проблему организации отбора данного контингента на медицинский этап реабилитации с разработкой соответствующей технологии. Система медицинской реабилитации пациентов в настоящее время является трехэтапной и осуществляется, соответственно, на стационарном, амбулаторно-поликлиническом, домашнем и /или санаторном этапах.

Для больных с хроническими формами СКВ, СС, подагры вне обострения предусмотрен порядок оказания стационарной реабилитационной помощи. Преимущество медицинской реабилитации (МР) для такой категории пациентов должна реализоваться в реабилитационных отделениях амбулаторно-поликлинических учреждений. Данная система предусматривает возможность более раннего начала осуществления всех аспектов физической, психологической реабилитации, что в конечном итоге способствует более ранней активизации больных, повышению их физической работоспособности, увеличению возврата к трудовой деятельности, а следовательно, снижению социально-экономических потерь.

В процессе отбора пациентов с ревматическими заболеваниями на медицинский этап реабилитации необходимо учитывать все вышеперечисленные аспекты, так как собственно медицинский аспект базируется на организационных принципах этапности и непрерывности, которые реализуются путем тесного взаимодействия внутри системы учреждений здравоохранения, регламентированного законами Республики Беларусь.

Организациями, непосредственно проводящими мероприятия МР пациентов с заболеваниями ревматологического профиля, являются следующие:

- амбулаторно-поликлинические организации:
 - диспансеры;
 - поликлиники;
 - врачебные амбулатории (амбулатории врача общей практики);
- отделения реабилитации стационаров, реабилитационные койки лечебно-профилактических учреждений;
 - областные реабилитационные центры;
 - республиканские центры реабилитации;
 - РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации;
 - санатории;
 - медико-реабилитационные экспертные комиссии и врачебно-консультативные комиссии поликлиник.

Этапы медицинской реабилитации пациентов ревматологического профиля. Медицинскую реабилитацию пациентов ревматологического профиля, включающую в себя МР пациентов и МР инвалидов, можно условно разделить на два этапа: этап до принятия экспертного решения и этап после принятия экспертного решения МРЭК.

На первом этапе до принятия экспертного решения основными структурными компонентами реабилитационного процесса являются: амбулаторно-поликлинические организации, реабилитационный стационар, домашний этап, санаторий.

Основной целью МР на данном этапе является профилактика инвалидности путем комплексного воздействия на последствия болезни посредством как медикаментозных, так и немедикаментозных методов. Данный комплекс различных реабилитационных методов призван оптимизировать восстановительные процессы в организме. Его эффективность напрямую зависит от соблюдения принципов

непрерывности и преемственности на всех этапах МР — поликлиническом, стационарном и санаторном, а также комплексном подходе к ней.

Центральным звеном в процессе МР данного контингента является амбулаторно-поликлинический этап, где больные подлежат диспансерному наблюдению и проводится поддерживающая медикаментозная терапия, мероприятия физической реабилитации, физиотерапия.

На стационарном этапе МР, необходимость в котором возникает при обострении имеющейся патологии или при проведении поздней МР, реабилитационные мероприятия направлены на предупреждение прогрессирования болезни, т. е. являются поддерживающими. При достижении положительного эффекта стационарного лечения больные вновь направляются для наблюдения в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Санаторный этап, включающий использование природных факторов, способствует закреплению результатов амбулаторного этапа МР.

Если в результате проводимой МР больных ревматическими заболеваниями не наступает стабилизация их состояния, а напротив, развиваются инвалидизирующие проявления, возникает необходимость проведения экспертной оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

Началовторого этапа МР обусловлено проведением медико-социальной экспертизы лиц с ревматическими заболеваниями и непосредственно связано с работой врачебно-консультативных комиссий поликлиник и медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК). МРЭК являются одним из основных учреждений, на базе которых проводится отбор инвалидов на МР. При наличии признаков инвалидности МРЭК осуществляет оценку степени ограничения жизнедеятельности и проводит составление индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалида. Дальнейшая тактика отбора инвалидов с ревматическими заболеваниями на МР определяется наличием тех или иных критериев, с их последовательной верификацией на различных этапах МР.

Совершенствование существующих форм и методов медико-социальной реабилитации пациентов с болезнями ревматологического профиля предполагает разработку четких критериев отбора на этапе медицинской реабилитации, включая показания, противопоказания, предполагаемые сроки проведения реабилитационных мероприятий

Основными критериями направления пациентов ревматологического профиля на этап МР являются:

1. Форма заболевания (острая, хроническая).
2. Тяжесть течения, ФК состояния систем организма, вовлеченных в патологический процесс.
3. Наличие, характер и степень выраженности осложнений.
4. Наличие и степень выраженности гемодинамических нарушений.
5. Наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний.
6. Характер проведения реабилитационных мероприятий (хирургических).
7. Рекомендации МРЭК.

На основе показателей, характеризующих клинико-функциональное состояние лиц, признанных инвалидами в связи ревматическими заболеваниями, с учетом социальных факторов, могут использоваться следующие группы критериев отбора данного контингента для проведения МР: основные, экспертные и дополнительные.

Основные критерии базируются на нозологическом, синдромально-симптоматическом принципах и принципе отбора по отягощающим факторам риска развития и прогрессирования заболевания.

Ведущими нозологическими структурными единицами являются следующие:

- системная красная волчанка;
- склероз;
- подагра.

Экспертные критерии позволяют проводить отбор наиболее перспективного контингента в зависимости от поставленных задач и включают в себя следующие факторы:

- частота и длительность временной нетрудоспособности;
- тяжесть инвалидности (группа);
- срок пребывания на инвалидности;
- характер ведущего инвалидизирующего синдрома;
- выраженность ограничения жизнедеятельности;
- реабилитационный потенциал с учетом реабилитационного прогноза.

Дополнительные критерии способствуют дифференцированному отбору пациентов с заболеваниями ревматологического профиля с учетом их индивидуальных характеристик, к которым относятся:

- возраст;
- характер труда;
- степень тяжести труда.

В ходе выполнения задания в соответствии с ранее сформированным перечнем мероприятий медицинской, физической, психологической реабилитации, мероприятий физиотерапии для пациентов с системным склерозом, системной красной волчанкой, подагрой были разработаны программы комплексной медицинской реабилитации.

Для формирования программ реабилитационной помощи пациентам с ревматическими заболеваниями необходимо для каждого пациента, в силу сложившейся ситуации в состоянии здоровья, провести следующие мероприятия:

1. Установить клинично-функциональное состояние пациента в совокупности с оценкой его профессиональных возможностей, провести профессиографический анализ для данной категории пациентов в соответствии с разработанными стандартами реабилитационно-экспертной диагностики.
2. Установить критерии основного реабилитационного воздействия.
3. Определить потенциал компенсаторных возможностей пациента — реабилитационный потенциал.
4. Определить нуждаемость в реабилитационных мероприятиях — составить индивидуальную программу реабилитации на основании комплексных программ реабилитации [1].

Для формирования программ медицинской реабилитации разработаны основные критерии воздействия реабилитационных мероприятий при системном склерозе, системной красной волчанке, подагре.

Стандартизация в реабилитации ревматологических пациентов (являющаяся одним из приоритетов современной реабилитологии) предусматривает определение обязательных этапов реабилитации, задачи каждого этапа, объем реабилитационной помощи на этапах, четкие показания к проведению каждого этапа [1].

Разработанные и используемые нами стандартизированные программы реабилитации пациентов с заболеваниями ревматологического профиля в краткой форме и наглядно отражают весь курс реабилитационных мероприятий в целом и отдельные его этапы, дифференцированные в зависимости от категории пациентов, фазы реабилитации: амбулаторно-поликлинической или стационарной. Структурно они содержат степень выраженности нарушений, методы обследования, которые разделены на обязательные и дополнительные, необходимые для оценки динамики восстановления нарушений в процессе реабилитации. Подробно представлен объем реабилитационной помощи, количество процедур, продолжительность отдельных процедур, время проведения и предполагаемый конечный результат.

В разработанных программах комплексной медицинской реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями раздел медикаментозной терапии включает перечень средств — базовой, симптоматической терапии, направленный на поддержание систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

Мероприятия физической реабилитации (в шадающее-тренирующем режиме) включают «лечение положением» с выполнением в конце каждого периода комплекса дыхательной гимнастики и упражнений на растягивание мышц и связок; раннее вставание с постели; комплекс утренней гигиенической гимнастики при утренней скованности, лечебная физкультура (индивидуальный и малогрупповой способ), самостоятельные занятия лечебной гимнастикой (утром и вечером), дыхательную зарядку, занятия на велотренажере или тредмиле, дозированную ходьбу, дробные физические нагрузки, эрготерапию и др.

Используются мероприятия психологической реабилитации (индивидуальной, групповой).

Из физиотерапевтических мероприятий применяются лазеротерапия; фототерапия, высокочастотная электро-терапия (УВЧ-терапия, СМВ-терапия, ДМВ-терапия, КВЧ-терапия), импульсная электро-, магнитотерапия, электрофорез гидрокортизона, грязевых препаратов, тепловые процедуры: парафин, озокерит. Также применяются бальнеотерапия, лечебный массаж позвоночника, рефлексотерапия (по показаниям).

Мероприятия дифференцированы в зависимости от той или иной патологии и ФК нарушений систем организма, выявленных в ходе проведения мероприятий реабилитационно-экспертной диагностики [2, 3].

При системном склерозе из методов физической реабилитации используются: физическая реабилитация (щапяще-тренирующий режим, изометрическая и аэробная программы нагрузки): «лечение положением» с выполнением в конце каждого комплекса, дыхательной гимнастики, изометрическая нагрузка, утренняя гигиеническая гимнастика, самомассаж, дробные физические нагрузки, лечебная физкультура (занятия в малых группах), самостоятельные занятия лечебной гимнастикой по заданной программе, эрготерапия, дозированная ходьба, занятия на велотренажере, тредмиле, гимнастика для желудка, респираторная гимнастика, гимнастика для почек.

При подагре используются: лечебная физкультура в щапяще-тренирующем режиме (индивидуальная, малогрупповая), самостоятельные занятия лечебной гимнастикой, дозированная ходьба, «лечение положением» с выполнением комплекса дыхательной гимнастики, утренняя гигиеническая гимнастика, занятия на велотренажере и тредмиле, дыхательная гимнастика (комплекс упражнений «Респираторная гимнастика», упражнения для суставов, комплексы упражнений ЛФК «Гимнастика для почек», «Профилактика образования мочевых камней»). Наличие подагры является фактором риска развития артериальной гипертензии (АГ) вплоть до злокачественных форм. Используются методы физической реабилитации при АГ.

При СКВ применяются методы физической реабилитации: лечебная физкультура в щапяще-тренирующем режиме (индивидуальная, малогрупповая), самостоятельные занятия лечебной гимнастикой, дозированная ходьба, «лечение положением» с выполнением комплекса дыхательной гимнастики, утренняя гигиеническая гимнастика, занятия на велотренажере и тредмиле, дыхательная гимнастика, дробные физические нагрузки, лечебная физкультура (занятия в малых группах), самостоятельные занятия лечебной гимнастикой по заданной программе, эрготерапия.

Из методов физиотерапии при системном склерозе используются: электрофорез гиалуронидазы, аппликации с 30–50%-м раствором диметилсульфоксида, электрофорез ронидазы, ультрафонофорез гидрокортизона, электрофорез с 2–5%-м раствором йодида калия, лидазы, синусоидальный ток надтональной частоты (аппарат Ультратон), ультразвук, индуктотермия, СМВ-терапия, СМТ-терапия, диатермия.

Применяются методы бальнеотерапии: хвойные ванны, радоновые ванны, сероводородные ванны, сульфидные ванны, хлориднонатриевые, серный душ-массаж. Также рекомендуется использовать массаж.

При подагре применяются следующие физиотерапевтические методы: анальгетический метод (СУФ-облучение в эритемных зонах); противовоспалительные методы (УВЧ-терапия, сантиметровая терапия, высокочастотная магнитотерапия, ДМВ-терапия на надпочечники — 460 МГц); фибромодулирующие методы (ультразвуковая терапия, пелоидотерапия; инфракрасная лазеротерапия); бальнеотерапия (радоновые ванны); питьевые минеральные воды (маломинерализованные щелочные гидрокарбонатнонатриевые воды («Боржом», «Ессентуки» № 17 и 4, «Железноводская», «Нафтуся»). При заболевании почек: УВЧ, индуктотермия, микроволновая терапия; при артериальной гипертензии: индуктотермия, СМТ, ДМВ терапия на область почек, ультразвук в непрерывном или импульсном режиме, фонофорез апрессина на область почек, массаж.

При СКВ физиотерапия не рекомендуется. Могут использоваться электрофорез лекарственных средств (например, при артериальной гипертензии — электрофорез магния сульфата по воротниковой методике), электросон, электроанальгезия, ультразвук, фонофорез 1%-го гидрокортизона на область суставов, парафино-озокеритовые аппликации.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного клинико-функционального обследования пациентов, разработанных критериев реабилитационного воздействия впервые в Республике Беларусь сформированы комплексные программы медицинской реабилитации для пациентов с системной красной волчанкой, системным склерозом, подагрой, являющиеся основой для формирования индивидуальных программ реабилитации для пациентов каждой из нозологий.

Литература

1. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. — Минск: Юнипак, 2005. — 420 с.
2. Насонов, Е. Л. Ревматология. Национальное руководство / Е. Л. Насонов, В. А. Насонова. — М., 2008. — С. 290–331.
3. Лычев, В. Г. Основы клинической ревматологии / В. Г. Лычев. — Н. Новгород, 2004. — С. 77–83.

Ain directions of rehabilitation of patients with rheumatological diseases

Vlasova-Rozanskaya E. V.

*State Institution «Republican scientific and practical center of medical examination
and rehabilitation», Minsk, Republic of Belarus*

The aim of the study was to develop comprehensive medical rehabilitation programs for patients with systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, and gout. To achieve the goal set in the study, a clinical and instrumental examination of 193 patients with systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, and gout was performed. In the course of the task, in accordance with the previously formed list of medical, physical, psychological rehabilitation, and physiotherapy measures for patients with systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, and gout, comprehensive medical rehabilitation programs were developed.

Keywords: Rheumatology, systemic lupus erythematosus, systemic scleroderma, gout, rehabilitation.

Поступила 27.10.2020