

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**И. А. Рыбин**

**ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ  
В ФИЗИОТЕРАПИИ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ,  
МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ  
ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

научно-практическое и учебно-методическое пособие

МИНСК БелМАПО  
2017

УДК 615.8(075.9)

ББК 53.54<sub>я</sub>73

Р 93

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования,  
протокол № 9 от 20.12. 2016

**Автор:**

к.м.н., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО *Рыбин И.А.*

**Рецензенты:**

кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации ГГМУ  
к.м.н. главный внештатный физиотерапевт Комитета по здравоохранению Мингор  
исполкома, врач высшей квалификационной категории, заведующая физиотерапев-  
тическим отделением ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ РБ Зобнина Г.В.

**Рыбин И.А.**

Р 93

Лечебные назначения в физиотерапии, лечебной физкультуре, ма-  
нуальной терапии и рефлексотерапии для клинической практики:  
учеб.-метод. пособие /И.А. Рыбин – Минск: БелМАПО, 2017. – 111 с.  
Прил. 1, табл.4, рис. 6.

ISBN 978-985-584-092-4

«Лечебные назначения в физиотерапии, лечебной физкультуре, мануальной те-  
рапии и рефлексотерапии для клинической практики: научно-практическое и учебно-  
методическое пособие» полезно для преподавателей высшего медицинского образова-  
ния, лиц, обучающихся в системе медицинских университетов и академий, врачей тера-  
певтов, физиотерапевтов, рефлексотерапевтов, врачей ЛФК, мануальной терапии, ре-  
абилитологов, работников организаций здравоохранения негосударственной формы соб-  
ственности.

УДК 615.849.19(075.9)

ББК 53.54<sub>я</sub>73

**ISBN 978-985-584-092-4**

© Рыбин И.А., 2017

© Оформление БелМАПО, 2017

<b>Оглавление</b>	Страницы
Список сокращений	4
Введение	5
<b>Глава 1. Алгоритм лечебных назначений</b>	6
1. Этап регистрации пациента	6
2. Этап диагностической работы	9
3. Этап определения лечебных задач	9
4. Этап выбора лечебных средств	9
5. Этап оформления лечебных назначений	10
6. Этап контроля и коррекции проводимого лечения	10
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив лечения	11
<b>Глава 2. Лечебные назначения в физиотерапии</b>	13
1. Этап регистрации пациента	14
2. Этап изучения диагностической информации и проведения физиодиагностики	15
3. Этап определения задач физиотерапии	18
4. Этап выбора лечебных физических факторов и их методик	19
5. Этап оформления физиотерапевтических назначений	21
6. Этап контроля и коррекции проводимой физиотерапии	26
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения физиотерапии	27
<b>Глава 3. Лечебные назначения в лечебной физкультуре</b>	28
Общие основы физической культуры	28
1. Этап регистрации пациента	32
2. Этап изучения диагностической информации и проведения диагностических мероприятий	32
3. Этап определения задач лечебной физической культуры	37
4. Этап выбора средств лечебной физкультуры и их методик	38
5. Этап оформления лечебных назначений лечебной физкультуры	39
6. Этап контроля и коррекции проводимых процедур лечебной физкультуры	54
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения ЛФК	55
<b>Глава 4. Лечебные назначения в мануальной терапии</b>	56
Общие основы мануальной терапии	56
1. Этап регистрации пациента	67
2. Этап проведения диагностических мероприятий и изучения диагностической информации	67
3. Этап определения задач мануальной терапии	74
4. Этап выбора средств мануальной терапии	75
5. Этап оформления лечебных назначений мануальной терапии	75
6. Этап контроля и коррекции процедур мануальной терапии	76
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения мануальной терапии	77
<b>Глава 5. Лечебные назначения в рефлексотерапии</b>	78
Общие основы мануальной терапии	78
1. Этап регистрации пациента	88
2. Этап изучения диагностической информации и проведения диагностических мероприятий	89
3. Этап определения задач рефлексотерапии	94
4. Этап выбора средств рефлексотерапии и	95
5. Этап оформления лечебных назначений рефлексотерапии	98
6. Этап контроля и коррекции процедур рефлексотерапии	100
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения рефлексотерапии	100
Заключение	101
Литература	102
Приложение	107

## Список сокращений

t – время

АД – артериальное давление

АП – акупунктура

ВМ – возбуждающий метод

Вт – ватт

Вт/см<sup>2</sup> – ватт на квадратный сантиметр

ГМ – гармонизирующий метод

ДДТ – диадинамические токи

ДМВ – дециметрововолновая

ИРТ – иглорефлексотерапия

ЛОР – центральная нервная система

ЛРТ – лазерорефлексотерапия

ЛФК – лечебная физическая культура

мА – миллиампер

мА/см<sup>2</sup> – миллиампер на квадратный сантиметр

мВт/см<sup>2</sup> – милливатт на квадратный сантиметр

МЗ РБ – Министерство здравоохранения республики Беларусь

млн. – миллион

мм/ч – миллиметр в час

ПеМП – переменное магнитное поле

СМВ – сантиметрововолновая

СМТ – синусоидальные модулированные токи

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ТА – точки акупунктуры

ТМ – тормозной метод

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭРТ – электрорефлексотерапия

## ВВЕДЕНИЕ

В клинической медицине эффективность лечебных мероприятий зависит от правильности их выбора и назначения. Вполне понятно, что выполнение этих условий особенно затруднительно для тех, кто начинает свою врачебную деятельность. Однако такая ситуация возникает и у опытных врачей, осваивающих новую медицинскую специальность. При этом основная трудность состоит в овладении верной логической последовательностью действий, выполняя которую можно избежать различных ошибок и недочетов в назначении лечения.

Нередко обучение специалистов лечебному делу осуществляется по принципу – «делай как я». Поэтому внутренний мыслительный алгоритм выбора и назначения лечебных мероприятий, тесно связанный с развитием клинического мышления, формируется у врача неосознанно в течение определенного времени. Проведенные клинико-педагогические наблюдения при работе с пациентами и при обучении врачей лечебного профиля показали, что процесс осмысленного назначения лечебных назначений в медицине имеет свои последовательные этапы, игнорирование которых отрицательно влияет на результативность лечебной работы с пациентами.

Более детальное изучение вопроса показало, что создание лечебных назначений определенному пациенту требует от врача осуществления своеобразного мыслительного процесса, который является не одномоментным, а имеет хронологическую этапность. При этом осознанное разделение своей мыслительной работы на определенные этапы позволяет врачу более четко представлять весь ее объем, начиная с регистрации пациента и кончая рекомендациями после окончания лечебного курса.

В связи с этим для практикующего врача-лечебника становится важным представление о правильности чередования таких этапов, то есть представление о правильности этапного алгоритма. Ведь этап выбора лечебных средств должен следовать за этапом определения лечебных задач, а не наоборот. Знание такого алгоритма во многом помогает специалисту безошибочно проводить терапевтические мероприятия пациентам, особенно при курсовом лечении.

Таким образом, проведенные исследования позволили выработать специальный алгоритм лечебных назначений. Данный алгоритм, составленный из семи этапов, позволяет врачу рационально и результативно организовать свой мыслительный процесс и приобрести навык эффективного осуществления лечебной работы с пациентами.

## ГЛАВА 1. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

Разработанный алгоритм лечебных назначений имеет свою довольно жесткую логическую последовательность, в которой каждый этап имеет определенное место и связь с другими этапами. Поэтому, как правило, использование алгоритма приводит к тому, что лечение пациентов осуществляется эффективно.

В случае недостаточной эффективности назначенного лечения врачу рекомендуется повторить свои размышления в соответствии с алгоритмом лечебных назначений для уточнения и расширения диагностических данных, возможного изменения лечебных задач, а значит и изменения лечебных средств. Результатом таких действий, как правило, является увеличение лечебной эффективности.

### ЭТАПЫ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

1. Этап регистрации пациента.
2. Этап диагностической работы.
3. Этап определения лечебных задач.
4. Этап выбора лечебных средств.
5. Этап оформления лечебных назначений.
6. Этап контроля и коррекции проводимого лечения.
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив лечения.

Ниже представлена общая характеристика этапов алгоритма лечебных назначений.

#### ***1. Этап регистрации пациента***

Этап регистрации связан с оформлением документации и обычно начинается в регистратуре амбулаторного учреждения, приемном покое стационара, реже регистрация проводится в кабинете врача. На этом этапе необходима четкая и скрупулезная регистрация всех данных пациента (фамилия, имя, отчество, возраст, пол, отделение стационара, адрес, телефон, место работы, профессия, наличие пенсии, группа инвалидности, даты курации и пр.). Очень важно, чтобы этот этап проводился качественно, без необходимости возврата к нему для исправления данных и переоформления документации.

Нельзя недооценивать ценности данных этого этапа, так как его проведение является обязательным для практикующих врачей всех специальностей.

В отечественном здравоохранении самыми важными медицинскими документами пациента, которые оформляются на этапе регистрации, являются:

А. Медицинская карта амбулаторного больного.

Б. Карта стационарного больного (история болезни).

Общая структура и содержание этих документов регламентированы Министерством здравоохранения, поэтому они должны оформляться на каждого пациента.

#### **А. Медицинская карта амбулаторного больного**

Основным документом врача амбулаторной практики является «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь (приказ МЗ РБ от 30.08.2007 № 710) как форма № 025/у.

«Медицинская карта амбулаторного больного» является медицинским паспортом, отражающим состояние и динамику здоровья человека на протяжении длительного периода времени. Этот документ имеет следующую структуру:

1. паспортная часть;
2. лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов;
3. лист профилактических осмотров с данными опроса и осмотра;
4. карта учета профилактических прививок;
5. данные о профилактических гинекологических осмотрах для женщин;
6. лист учета временной нетрудоспособности;
7. лист учета рентгенологических обследований;
8. данные анамнеза и дополнения к анамнезу;
9. листы для записи врачебных осмотров.

Результаты лабораторных (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови и т.д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма, спирограмма, ультразвуковое исследование и т.д.), заключения специали-

стов консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров вклеиваются в конце медицинской карты амбулаторного больного или на месте врачебных записей.

### **Б. Карта стационарного больного (история болезни)**

История болезни или карта стационарного больного (официальное ее название) является основным документом, составляемым на каждого больного, поступающего в клинику, независимо от цели поступления и сроков нахождения в стационаре. В истории болезни производится запись наблюдений за состоянием больного, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в течение всего периода пребывания в лечебном учреждении и должны содержаться все данные, полученные при исследовании больного.

История болезни состоит из следующих разделов:

#### 1. Опрос больного (субъективное исследование):

- – паспортная часть;
- – жалобы больного (расспрос по системам);
- – история настоящего заболевания;
- – история жизни больного.

#### 2. Объективное исследование больного:

- – осмотр;
- – ощупывание (пальпация);
- – выстукивание (перкуссия);
- – выслушивание (аускультация);
- – лабораторные и инструментальные методы исследований.

#### 3. Дневник истории болезни и лечения.

#### 4. Эпикриз.

На этапе регистрации пациента в работе врача могут иметь место следующие недостатки:

- 1) отсутствие врачебного контроля за работой среднего и младшего медицинского персонала при регистрации пациента и оформлении медицинской документации;
- 2) неумение использовать паспортные данные с клиническими целями, ведь многие заболевания тесно связаны с возрастом, полом, профессией и др.

## ***2. Этап диагностической работы***

На этом этапе проводятся диагностические мероприятия, изучается полученная диагностическая информация, осуществляется исследование основных и второстепенных синдромов и установление диагноза.

На этапе диагностической работы в работе врача могут иметь место следующие недостатки:

- 1) неумение работать с пациентом (выяснять жалобы и анамнез, проводить клинический осмотр и др.);
- 2) незнание симптомов и синдромов, характерных для определенной патологии;
- 3) неумение выделять ведущие и второстепенные синдромы в клинической картине заболевания,
- 4) неумение выделять этиологические и патогенетические составляющие в клинической картине заболевания,
- 5) незнание протоколов диагностики при различных нозологиях;
- 6) неумение расшифровывать и понимать полученные диагностические данные;
- 7) неумение осуществлять клиническую диагностику и сопоставлять ее данные с результатами параклинической диагностики.

## ***3. Этап определения лечебных задач***

На этом этапе врач, в зависимости от диагноза и в соответствии с основными и второстепенными синдромологическими проявлениями, определяет основные и второстепенные лечебные задачи, решение которых позволит эффективно осуществить лечебное воздействие.

На этапе определения лечебных задач в работе врача может иметь место такой недостаток как неумение выделять основные и второстепенные задачи для проведения соответствующего лечебного воздействия.

## ***4. Этап выбора лечебных средств***

На четвертом этапе врач производит выбор основного и второстепенного лечебных методов для решения основных и второстепенных лечебных задач. При этом определяется и дозирование лечебного воздействия.

На этапе выбора лечебных средств в работе врача могут иметь место следующие недостатки:

- 1) незнание возможностей того или иного лечебного метода и его лечебных методик;
- 2) неумение выбрать основной и второстепенный (или второстепенные) лечебные методы для решения основных и второстепенных лечебных задач при данном заболевании.

### ***5. Этап оформления лечебных назначений***

Правильное оформление лечебных назначений особенно важно для современной врачебной практики по нескольким причинам. Во-первых, наиболее часто в отечественной медицине врачебная деятельность осуществляется в сотрудничестве с помощниками. При этом врач не сам выполняет лечебные назначения, а поручает это среднему медицинскому работнику – фельдшеру или медсестре, которые являются как бы «руками врача». В этой связи особенно важна качественная коммуникация между врачом и медицинской сестрой. Именно грамотное, ясное и четкое оформление лечебных назначений во многом исключает ошибки, связанные с неправильностью действий медицинской сестры. Во-вторых, профессиональное оформление лечебных назначений позволяет другим врачам делать правильные выводы о проведенном лечении при новом знакомстве с пациентом и его медицинской документацией. В-третьих, обоснованность и правильность оформления лечебных назначений могут проверять комиссии по проверке лечебной работы, судебные органы, страховые агенты и др. В-четвертых, подробно и качественно оформляя лечебные назначения, врач неосознанно формирует и оттачивает у себя профессиональный мыслительный стереотип. В-пятых, важным этическим моментом при оформлении лечебных назначений является «читабельность» написанного, что формирует уважение к коллегам, к среднему медицинскому персоналу и к себе.

На этапе оформления лечебных назначений в работе врача главными недостатками является несвоевременность, небрежность, неаккуратность и плохой почерк при оформлении лечебных назначений. Все это может привести к ошибкам в деятельности среднего медицинского персонала.

### ***6. Этап контроля и коррекции проводимого лечения***

В процессе лечения врач обязательно наблюдает пациента, оценивает динамику клинических проявлений заболевания. При этом в зависимости от стационарного или амбулаторного лечения повторный осмотр может проводиться ежедневно, через день, один раз в три дня и реже. Вполне понятно, что после каждого осмотра могут иметь место изменения в назначенном ле-

чении. Такая коррекция проводимого лечения обычное явление в практике врача. Однако недооценка важности этого этапа, как правило, приводит к нарушению оперативности в реагировании на клиническую ситуацию, неэффективности лечебных мероприятий и удлинению сроков выздоровления.

На этапе контроля и коррекции проводимого лечения в работе врача могут иметь место следующие недостатки:

- 1) отсутствие наблюдения за динамикой клинических проявлений заболевания;
- 2) неумение оценивать изменения клинических проявлений заболевания;
- 3) отсутствие необходимой коррекции проводимого лечения;
- 4) неоперативность контроля и коррекции проводимого лечения.

### ***7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив лечения***

После окончания курса лечения врач дает пациенту рекомендации по вопросам повторного осмотра, питания и диеты, двигательного режима, профилактического, симптоматического или заместительного приема препаратов, повторного стационарного или амбулаторного курсового лечения, режима труда и отдыха, использования лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения и др.

На этапе дальнейших рекомендаций и перспектив лечения в работе врача могут иметь место следующие недостатки:

- 1) незнание вариантов течения заболевания;
- 2) незнание вопросов первичной и вторичной профилактики при различных заболеваниях;
- 3) отсутствие или недостаточность мероприятий по оптимизации прогноза при данном заболевании;
- 4) отсутствие преемственности между поликлиникой, стационаром и реабилитационным центром.

Особую значимость умение правильно использовать алгоритм лечебных назначений имеет для врачей, занимающихся назначением полифакторного лечения в виде сложных терапевтических комплексов. К таким специалистам кроме терапевта следует отнести врача физиотерапевта, врача лечебной физической культуры, врача мануальной терапии и врача рефлексотерапевта.

Как правило, эти специалисты работают в сотрудничестве с врачами, которые назначают свои виды лечения. Поэтому учет взаимного влияния различных лечебных методов, а также участие в лечебном процессе среднего медперсонала во многом усложняет лечебную работу и требует специальных знаний.

## Глава 2. ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В ФИЗИОТЕРАПИИ

Физиотерапия относится к числу медицинских наук, развивающихся на основе достижений биологии, физики и технического прогресса. Но именно разработка новых лечебных физиоаппаратов лежит в основе развития этой науки. Следует отметить, что в отечественном здравоохранении трудами многих ученых и специалистов физиотерапия заняла достойное место среди медицинских наук. Полноценное методическое и нормативное обеспечение, интегрированность в практическое здравоохранение, высокая эффективность применения привели к тому, что больничные учреждения в стране без физиотерапии практически не встречаются.

Наличие полноценного оснащения физиотерапевтическими аппаратами является обязательным условием, без которого работа врача физиотерапевта и медсестер по физиотерапии теряет свое практическое значение. Обилие же лечебных физических факторов, методик и вариантов их применения при различных заболеваниях ставит врача в положение универсального специалиста с высшим медицинским образованием (в западной медицине физиотерапевт нередко является специалистом со средним медицинским образованием). Как правило, в физиотерапию приходят, поработав врачом терапевтического профиля. Такая последовательность специализации и наличие общего лечебно-диагностического опыта очень рациональны, так как способствуют развитию клинической смелости врача и творческому подходу в физиотерапевтической работе.

Отличительными особенностями деятельности врача физиотерапевта являются следующие:

- ◆ Во-первых, врач физиотерапевт является узким специалистом.
- ◆ Во-вторых, врач физиотерапевт является специалистом по использованию лечебных (естественных и преформированных) физических факторов при различных заболеваниях.
- ◆ В-третьих, работа с большим количеством физических факторов, которые составляют в специальный клинически обоснованный лечебный комплекс, требует от врача запаса широких знаний о различной патологии и о возможностях использования при этом физиотерапии. Кроме того физиотерапевт должен учесть влияние на этот комплекс других методов лечения (фармакотерапия, иглорефлексотерапия, ЛФК, мануальная терапия и др.).

◆ В-четвертых, в нашей стране только врач физиотерапевт проводит особую диагностику – электродиагностическое исследование (в российском здравоохранении эту работу сейчас выполняют врачи функциональной диагностики).

Алгоритм лечебных назначений врача физиотерапевта направлен на создание эффективного и оптимального комплекса лечебных физических факторов. На первый взгляд создание такого комплекса не представляется сложным и затруднительным. Однако на практике это совсем не так. Иногда врачи в течение продолжительного времени овладевают навыками назначения физических факторов и составления из них лечебного комплекса.

В физиотерапии этапы алгоритма лечебных назначений имеют следующие названия.

1. Этап регистрации пациента.
2. Этап изучения диагностической информации и проведения физиодиагностики.
3. Этап определения задач физиотерапии.
4. Этап выбора лечебных физических факторов и их методик.
5. Этап оформления физиотерапевтических назначений.
6. Этап контроля и коррекции проводимой физиотерапии.
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив физиотерапии.

### ***1. ЭТАП РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА***

Врач физиотерапевт ведет специальный журнал регистрации пациентов, в котором он регистрирует их данные.

Кроме этого врач заполняет «Карту больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» ф.044/у, которая согласно приказа Министерства здравоохранения республики Беларусь от 29.03.2004г. №75 является основным учетным медицинским документом по физиотерапии. В настоящее время успешно развивается электронная регистрация и создание электронных баз данных пациентов.

## **2. ЭТАП ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИОДИАГНОСТИКИ**

Специфика работы врача физиотерапевта заключается в том, что он, как правило, консультирует пациента, с уже установленным клиническим диагнозом, который отображен в медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта, санаторно-курортная карта, направление, выписка и др.). С учетом такой специфики правила физиотерапии требуют следующее:

1. на приеме у физиотерапевта пациент должен иметь медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта и др.);
2. в медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта и др.) должен быть отражен развернутый клинический диагноз (в стационаре диагноз устанавливается в течение первых 3-х дней);
3. в медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта и др.) должна быть запись лечащего врача о направлении пациента на консультацию к физиотерапевту;
4. медицинская документация должна иметь все необходимые сведения о пациенте и его заболевании.

Без выполнения этих правил, назначенная физиотерапия может быть неверной из-за несоответствия клиническим данным при заболевании у данного пациента.

На этапе диагностической работы врача физиотерапевта необходимо выделять следующие основные моменты.

### **1. Изучение клинического диагноза.**

При изучении клинического диагноза необходимо обращать внимание на все его составляющие, и особенно на локализацию и выраженность клинических проявлений, тяжесть состояния, вариант течения и сопутствующие заболевания.

### **2. Изучение диагностической информации.**

Вся диагностическая информация (жалобы, анамнез заболевания и жизни, диагностические обследования и консультации, различные выписки и др.) должна быть представлена в документальном виде в истории болезни или в амбулаторной карте. Это требует от физиотерапевта особого умения работать с медицинской документацией.

В то же время, при необходимости, врач физиотерапевт сам уточняет жалобы и анамнез у пациента, проводит пульсометрию, измерение АД, аускультацию и пальпацию для того чтобы уточнить или выяснить для себя следующие диагностические данные:

-  этиологию заболевания;
-  основные звенья патогенеза;
-  основные симптомы, синдромы и жалобы пациента;
-  стадию, течение, тяжесть и степень компенсации заболевания;
-  сопутствующие заболевания;
-  реакция на ранее проводимое лечение;
-  терапевтические планы пациента (какие физиотерапевтические процедуры, с точки зрения пациента, ему помогут, а какие нет; здесь важен предыдущий позитивный и негативный опыт физиолечения и позитивный или негативный настрой пациента на определенные процедуры).

### **3. Проведение физиодиагностики.**

При необходимости пациенту проводятся различные варианты физиодиагностических исследований: классическую электродиагностику, расширенную электродиагностику, кожно-гальваническую диагностику, диагностику зон Захарьина-Геда и др.

### **4. Определение показаний для назначения физиотерапии.**

Основу лечебного эффекта в физиотерапии составляет довольно сложная лечебная реакция организма на воздействие физическими факторами. Поэтому, если имеется возможность вызвать такую реакцию, то имеется и необходимость в назначении физиотерапии. Если такой возможности нет, то нет и необходимости в назначении физиотерапии.

Все методики физиотерапии являются научно-практическими разработками специалистов в этой области. Показания для физиотерапии определяются на основе научных представлений о лечебных возможностях и механизмах лечебного действия физических факторов. Поэтому основными показаниями к назначению физиотерапии являются:

-  **во-первых**, наличие у пациента компенсированной стадии заболевания,
-  **во-вторых**, наличие определенной методики физиотерапии при данном заболевании.

## 5. Определение противопоказаний для физиотерапии.

Выяснение противопоказаний для физиотерапии требует от врача хорошего знания не только лечебных возможностей физических факторов, но и возможного их негативного влияния при определенных заболеваниях. Именно эти заболевания, их клиническая картина, течение, стадии и составляют перечень противопоказаний для физиотерапии. Поэтому так важно выяснить следующую информацию

-  состояние сердечнососудистой системы (АД, ЧСС);
-  наличие онкологических заболеваний и предрасположенности к ним (особенно гинекологического и эндокринологического профиля);
-  состояние кожных покровов, их повреждение и заболевания (особенно разные);
-  наличие декомпенсации в деятельности органа или системы органов;
-  тяжесть состояния пациента;
-  наличие инфекционных заболеваний;
-  наличие кровотечений и предрасположенности к ним;
-  наличие синкопальных состояний (эпилепсия, синкопальный вертебральный синдром, коллапсы, истерия, вегетативные сосудистые пароксизмы);
-  наличие гнойного воспаления без дренажа;
-  наличие индивидуальной непереносимости лечебных физических факторов.

Следует отметить, что противопоказания для физиотерапии разделяются на общие и специальные. Специальные противопоказания обычно касаются отдельных заболеваний, а также отдельных физических факторов, к которым может иметь место и индивидуальная непереносимость.

### Общие противопоказания к назначению физиотерапии:

-  Злокачественные новообразования
-  Системные заболевания крови
-  Резкое общее истощение
-  Гипертоническая болезнь III стадии

- Нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия)
- Резко выраженный атеросклероз сосудов головного мозга
- Заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации
- Кровотечения или склонность к ним
- Лихорадочное состояние (температура тела выше 38°C)
- Активный легочный туберкулез
- Эпилепсия с частыми припадками
- Истерия с тяжелыми судорожными припадками
- Психозы с явлениями психомоторного возбуждения
- Общее тяжелое состояние больного
- Инфекционные заболевания в острой стадии

В практике врача физиотерапевта сложился определенный минимальный комплекс необходимых диагностических исследований для назначения физиотерапии, в который входит следующее.

1. Общий анализ крови и мочи.
2. ЭКГ.
3. Консультация дерматолога.
4. Консультация гинеколога (для женщин).
5. Флюорография легких.

### ***3. ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАДАЧ ФИЗИОТЕРАПИИ***

Умение врача физиотерапевта четко определить задачи физиотерапии тесно связано с глубиной его клинических представлений о различной патологии и во многом определяет оптимальность выбора лечебных факторов. Поэтому на этом этапе необходимо уметь выделять основные и второстепенные задачи, так как такое выделение помогает в дальнейшем определиться с выбором основного и дополнительных физических факторов.

Обычно основные задачи физиотерапии направлены:

- ◆ на устранение основных звеньев патогенеза (воспаления, денервации, травматизации, сенсibilизации, ишемии, отечности и др.);
- ◆ на устранение основного симптома, синдрома (спастичности, артериальной гипертензии, артериальной гипотензии, болевого синдрома, раздражительности, мышечной слабости и др.);

При этом необходимо учитывать и главную жалобу пациента.

Второстепенные задачи, как правило, связаны не только с основным заболеванием, но с сопутствующими заболеваниями, если они имеются у пациента. Во время курса лечения как основные, так и второстепенные задачи могут меняться и дополняться.

Как видно из сказанного, данный этап алгоритма требует от врача не только знаний по физиотерапии, но и современных представлений об этиологии, патогенезе и синдромологии различных заболеваний.

#### ***4. ЭТАП ВЫБОРА ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ИХ МЕТОДИК***

Знание терапевтических эффектов физических факторов и овладение методиками их применения составляют основу теоретической и практической подготовки врача физиотерапевта. Обычно врач физиотерапевт, исходя из задач физиотерапии, использует различные лечебные эффекты физических факторов.

Среди таких эффектов выделяют следующие:

1. обезболивающий,
2. противовоспалительный,
3. бактерицидный,
4. антиспастический,
5. репаративный,
6. гипотензивный,
7. седативный,
8. десенсибилизирующий,
9. противоотечный,
10. дефибрирующий,
11. тонизирующий,

12. стимулирующий,
13. микроциркуляторный,
14. гемодинамический и другие.

Выбор **основного (одного или нескольких) лечебного физического фактора** связан с решением основных задач физиотерапии. При этом лечебный фактор и методика его проведения подбираются таким образом, чтобы (выбором полей и параметров физиовоздействия) обеспечить решение максимального количества задач физиотерапии.

Выбор **дополнительных лечебных физических факторов** связан с решением второстепенных задач физиотерапии. Поэтому лечебные физические факторы и методики их сочетанного и комбинированного применения подбираются таким образом, чтобы решить весь комплекс лечебных задач физиотерапии.

В физиотерапии комплексное воздействие имеет два основных варианта – это **комбинирование и сочетание**. При **комбинировании** физические факторы по времени назначаются последовательно, один за другим. **Сочетание** предполагает воздействие несколькими физическими факторами на организм пациента одновременно, в одно и то же время.

При комплексном использовании лечебных физических факторов необходимо учитывать:

1. их лечебный синергизм;
2. неодинаковость по механизму действия;
3. отсутствие взаимоподавления и конкурентного антагонизма;
4. ненагруженность при совместном применении.

Большое влияние на выбор физических факторов и их методик оказывают:

- наличие противопоказаний;
- использование других видов лечения (фармакотерапия, оперативное лечение, диетотерапия, ЛФК, рефлексотерапия, мануальная терапия, химиотерапия и др.);
- сведения об эффективности ранее проводимого лечения.

Работа на данном этапе требует от врача детальных знаний по комплексному применению средств физиотерапии с другими методами лечебного воздействия при различных патологических состояниях.

## 5. ЭТАП ОФОРМЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАЗНАЧЕНИЙ

Как указывалась выше, специфика работы врача физиотерапии заключается в том, что он является консультантом для врачей-лечебников и руководителем для своих ассистентов – медицинских сестер по физиотерапии. В этой связи вся профессиональная деятельность врача физиотерапевта по физиотерапевтическим назначениям и их документальному оформлению имеют как бы два рабочих уровня:

- 1. **консультативный** – для врачей-лечебников и
- 2. **методический (или рецептурный)** – для медсестер по физиотерапии.

Поэтому оформление лечебных назначений на этом этапе имеет два варианта - **консультативный и методический**.

### ❖ **КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАЗНАЧЕНИЙ**

Консультативный вариант используется для оформления физионазначений в краткой форме в следующих медицинских документах: истории болезни, амбулаторной карте, санаторно-курортной карте, консультативном заключении, где в виде ответов на вопросы указывается следующее:

1. **ЧТО** назначено?
2. **КУДА** назначено?
3. **СКОЛЬКО** назначено?

*1. Отвечая на вопрос «**ЧТО** назначено?», врач указывает, **КАКОЙ ФИЗИЧЕСКИЙ ФАКТОР** назначается пациенту.*

---

Здесь название лечебного физического фактора может обозначаться несколькими вариантами:

- ❖ **Во-первых, полностью**, например – гальванизация, лекарственный электрофорез;
- ❖ **Во-вторых, в виде условного сокращения**, например – СМТ (синусоидальные модулированные токи), ПеМП (переменное магнитное поле), э.п. УВЧ (электрическое поле ультравысокой частоты);
- ❖ **В-третьих, в виде общепринятого названия физиотерапевтического метода**, в том числе с условными сокращениями, например – электросонотерапия, лазеротерапия, дарсонвализация, индуктотермия, ДМВ-терапия

(дециметрововолновая терапия), СМВ-терапия (сантиметрововолновая терапия), ДД-форез (диадинамофорез) и др.

В связи с расширением технических возможностей в использовании физических факторов наблюдается рост числа комплексных (сочетанных и комбинированных) методик, названия которых вносят свои коррективы в терминологию физиотерапии. Например, – «индуктотермоэлектрофорез», «магнитолазерная гемотерапия», «магнитосветолазерная терапия», «многоцветная магнитолазерная терапия».

#

**2. Отвечая на вопрос «КУДА назначено?», врач указывает ОБЛАСТЬ ТЕЛА, НА КОТОРУЮ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ.**

---

Наиболее часто при этом указывают следующее:

- ❖ **орган либо его проекцию**, или анатомическое образование, например – «на правую почку», «на левое легкое», «на левое ухо», «на тазобедренные суставы»;
- ❖ **анатомическую область или зону**, например – «на область печени», «на область желудка», «на шейно-воротниковую зону», «на трусиковую зону»;
- ❖ **часть тела**, например – «на правую ногу», «на левую ягодицу», «на грудную клетку».

В настоящее время в связи с развитием физиотерапии и появлением новых лечебных методик идет дальнейшее развитие физиотерапевтической терминологии. При этом все чаще название лечебного физического фактора терминологически соединяется с местом, на которое им воздействуют. Например – «транскраниальная магнитотерапия», «кубитальная надвенная лазерная гемотерапия», «трансректальная магнитотерапия», «уретральная электростимуляция», «вагинальная лазеротерапия».

#

**3. Отвечая на вопрос «СКОЛЬКО назначено?», врач указывает КОЛИЧЕСТВО ПРОЦЕДУР НА КУРС и необходимую частоту их проведения.**

---

Количество процедур на курс в физиотерапии обычно составляет 7-10, но может быть и большим. При этом процедуры могут проводиться ежедневно, через день, один или два раза в неделю. Такое дозирование позволяет оп-

тимизировать общую физиотерапевтическую нагрузку, успешнее осуществлять комбинирование различных физических факторов между собой и с другими методами лечения, добиваться длительности воздействия при лечении пациентов с хроническим течением заболевания.

Таким образом, консультативный вариант оформления физиотерапевтических назначений предназначен для информирования врачом физиотерапевтом своих коллег-лечебников о следующем:

- ✚ **1.каким лечебным физическим фактором проводится воздействие,**
- ✚ **2.на какой орган или зону,**
- ✚ **3.сколько раз и как часто.**

Примером оформления консультативного варианта может служить следующее лечебное назначение:

*«ДДТ на область поясницы, № 8, ежедневно».*

#### ❖ **МЕТОДИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАЗНАЧЕНИЙ**

Большой объем письменной работы требует использования врачом общепринятых в физиотерапии сокращений и лаконичного обозначения анатомических зон физиовоздействия.

Методический (или рецептурный) вариант детального оформления физиотерапевтических назначений предназначен для работы внутри физиотерапевтического отделения или кабинета. С его помощью врач руководит работой медицинской сестры по физиотерапии, которая осуществляет непосредственное проведение физиотерапевтических процедур.

Для исключения неправильного применения физических факторов и процедурных ошибок такое взаимодействие должно быть согласованным, точным и оперативным.

Очень важно, чтобы «рецепт по физиотерапии» был оформлен четким почерком, детально и понятно для медицинской сестры в специальном физиотерапевтическом документе, которым является «Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» ф.044/у.

Для медицинской сестры по физиотерапии (в виде ответов на вопросы) в форме 044/у указывается следующее:

1. **ЧТО** назначено?
2. **ОТ ЧЕГО** назначено?
3. **КУДА** назначено?
4. **СКОЛЬКО** назначено?
5. **С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО** назначено?
6. **КАК** назначено?

1. Специфика оформления назначений для медсестры заключается в большей детализации специальной информации связанной с физиотерапевтической аппаратурой. Поэтому при необходимости, отвечая на вопрос «**ЧТО** назначено?», врач указывает не только название лечебного физического фактора, но и лекарственную форму, процент концентрации препарата для фореза, вариант методики и др.

#

2. В лечебных назначениях для медсестры по физиотерапии очень важно сразу указать название аппарата, на котором ей предстоит отпускать процедуры. Так как все параметрические возможности аппарата отражены на его панели управления. Поэтому, отвечая на вопрос «**ОТ ЧЕГО** назначено?», врач указывает (обычно в скобках) утвержденное название выбранного для проведения процедуры физиоаппарата.

#

3. Отвечая на вопрос «**КУДА** назначено?», врач указывает место, на которое проводится лечебное воздействие в соответствии с консультативным вариантом оформления лечебных назначений (см. выше). Однако здесь можно также обозначить количество полей, на которые необходимо провести лечебное воздействие. Это помогает медсестре сразу же определить объем предполагаемой процедурной работы.

#

4. Отвечая на вопрос «**СКОЛЬКО** назначено?», врач указывает количество процедур на курс и необходимую частоту их проведения в течение дня, как и в консультативном варианте оформления лечебных назначений (см. выше). При этом врач может обозначить количество процедур на курс в следующем виде - №5 (10). В этом случае, он указывает медсестре, что планирует провести больному курс лечения из 10 процедур, но назначает прове-

сти медсестре только 5. После этих пяти процедур медсестра обязана направить пациента на повторную консультацию к врачу физиотерапевту.

#

*5. Отвечая на вопрос «**С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО** назначено?», врач указывает те **ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ**, с помощью которых энергия физического фактора от аппарата передается на тело пациента.*

---

Техническими приспособлениями, с помощью которых энергия физического фактора от аппарата передается на тело пациента, в физиотерапии могут быть электроды, излучатели, волноводы, конденсаторные пластины, индукторы и др. При выборе такого приспособления необходимо (в соответствии с инструкцией по применению аппарата) указать его название, номер, размеры, форму, наличие зазора и пр. Кроме того следует отметить область тела (поле), на которую должно проводиться физиотерапевтическое воздействие и вариант методики (стабильный или лабильный и др.). Для удобства и большей наглядности все эти детали можно обозначить разноцветными чернилами с помощью символов на рисунке человеческой фигуры в «Карте больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» ф.044/у.

#

*6. Отвечая на вопрос «**КАК** назначено?», врач указывает **ПАРАМЕТРЫ ПРОЦЕДУРЫ**, которые представляют собой физические характеристики и время воздействия лечебного физического фактора.*

---

К параметрам процедуры физиотерапии относят следующие:

1. сила воздействия (сила тока в мА, мощность в Вт, интенсивность в Вт/см<sup>2</sup>, плотность тока в мА/см<sup>2</sup>, плотность потока мощности в мВт/см<sup>2</sup> и др.);
2. режим воздействия (непрерывный, прерывистый, импульсный и т.д.);
3. форма посылок (постоянная, переменная);
4. продолжительность воздействия на одно поле в минутах или секундах;
5. продолжительность всей процедуры в минутах.

Здесь следует особо подчеркнуть, что при курсовом проведении процедур физиотерапии в организме развивается процесс адаптации (т.е. привыкания) к воздействию, при этом лечебная реакция начинает ослабевать. Для преодоления адаптации в физиотерапии существует правило, согласно которому сила и время воздействия в процессе курса лечения должны нарастать. С этой целью параметры характеризующие силу и время воздействия физиотерапевт указывает в виде диапазона значений через дефис.

Таким образом, методический вариант оформления физиотерапевтических назначений, предназначенный для медицинской сестры по физиотерапии, которая будет проводить процедурное воздействие, включает себя следующее.

- **1.Название лечебного физического фактора, которым проводится воздействие.**
- **2.Название физиотерапевтического аппарата, от которого проводится воздействие.**
- **3.Указание органа или зоны тела, на которую проводится физиотерапевтическое воздействие.**
- **Указание сколько раз и как часто проводится физиотерапевтическое воздействие.**
- **5.Обозначение технических приспособлений для проведения физиотерапевтического воздействия.**
- **6.Обозначение параметров физиотерапевтического воздействия.**

Примером такого оформления методического варианта может служить следующее лечебное назначение:

- *Лекарственный электрофорез эуфиллина<sup>(-)</sup> (2,4% раствор), (Поток-1) на область проекции бронхов №10 е/д.*
- *Площадь электродов по 300 см<sup>2</sup>, катод активный сзади в межлопаточной области, анод спереди на грудице смещен на 2-3 см вправо.*
- *Сила тока до субъективных ощущений (10-15 мА);*
- *t = 20-30'.*

## **6. ЭТАП КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОВОДИМОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ**

На этом этапе лечение и его параметры могут уточняться и изменяться в зависимости от переносимости и реакции пациента на физиолечение, в со-

ответствии с клиническими данными (улучшение, ухудшение, без динамики), с учетом новых диагностических данных.

Обычно в течение курса лечения врач физиотерапевт консультирует пациента три раза

1. в начале лечения,
2. в середине лечения и
3. в конце лечебного курса.

При необходимости при завершении шестого этапа алгоритма лечебных назначений врач физиотерапевт может подвести итоги курсового лечения пациента и сделать соответствующую запись в истории болезни или амбулаторной карте.

## **7. ЭТАП ДАЛЬНЕЙШИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПЕРСПЕКТИВ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ**

После окончания назначенного курса лечения врач физиотерапевт может дать пациенту следующие рекомендации:

1. повторить проведенный курс лечебного воздействия через определенный промежуток времени (например, второй курс через 1,5-2 недели, третий - через 1,5-2 месяца);
2. рекомендовать новый курс лечения сразу или с интервалом (например, после стихания болевого синдрома провести курс массажа и электростимуляции);
3. назначить повторные курсы лечения, которые периодически повторяются в течение разного времени (например, проведение курса радоновых ванн один раз в год в течение 3-х лет).

Такие рекомендации могут быть оформлены в истории болезни, амбулаторной карте или в консультативном заключении. Кроме того рекомендации могут дополняться и сопровождаться сведениями о переносимости и эффективности проведенного курса физиотерапии, данными электродиагностических исследований и др.

## Глава 3. ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

### *ОБЩИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ*

Терминология, связанная с использованием лечебных упражнений претерпевала постоянные изменения. «Врачебная гимнастика» - по Тиссо, «Медицинская гимнастика» - по Фуллеру, «Механотерапия» - по Гоффману, «Массажно-гимнастический институт» - по Барсову, «Врачебно-механический институт» - по Диаковскому, «врачебно-гимнастические заведения» и пр. В настоящее время этот процесс продолжили предложения по использованию терминов «Кинезотерапия», «Кинезиология». Однако термин «Лечебная физическая культура» по справедливости наилучшим образом отражает содержание, направленность и возможности в использовании лечебных упражнений. В этом контексте справедливо звучит замечание В. Н. Мошкова о том, что «ЛФК это не лечение движением, а лечение организованной формой движения каковым и является физическое упражнение».

Для углубленного понимания специальности и специалиста необходимо вспомнить о том, что раньше специальность имела название «Спортивная медицина, лечебная физкультура и врачебный контроль». Такой сплав знаний формировал специалиста врача и педагога по медико-образовательному обеспечению спорта, физической культуры и лечебной физической культуры. Причем, такой специалист уникален в плане изучения функционального ответа различных систем организма на физическую нагрузку, определения работоспособности и подбора оптимальной дозы физической нагрузки индивидуально каждому человеку.

Во врачебной среде не всегда четко понимается различие между спортом, физкультурой и лечебной физкультурой. По этому поводу необходимо отметить следующее.

- ◆ **Спорт** – это удел высоких достижений физического развития человека и соревновательного духа, здесь «все ради победы».
- ◆ А вот **физическая культура** это удел здоровых людей или пациентов в состоянии реконвалесценции. Другими словами здоровые люди должны заниматься физической культурой. Их местом для занятий являются физкультурно-оздоровительные комплексы, физкультурные залы, парки, лесные зоны и др.

### **Формами физической культуры являются:**

- ✚ **Физическая рекреация** - это активный отдых людей и получение ими удовольствия от физических упражнений. Такая рекреация нивелирует действие цивилизационной гиподинамии, обеспечивает переключение умственной, психо-эмоциональной нагрузки на физическую и, как бы, отвлекает человека от большого количества рутинных дел и событий.
- ✚ **Превентивная физическая культура** - это профилактика деятельности кардиореспираторной системы у здоровых лиц средствами физической культуры. Главной лимитирующей системой в плане физических нагрузок является сердечно-сосудистая. Эта система наиболее ранима и имеет малый функциональный резерв. Поэтому в условиях привычной гиподинамии, стрессов, вынужденных поз, нарушения питания она повреждается наиболее часто в комплексе с дыхательной системой. Следует помнить, что здесь возможна и развивающаяся физическая культура, когда происходит увеличение физических способностей человека (при этом особенно полезны динамические упражнения аэробного характера).
- ❖ **Лечебная физическая культура** предназначена для больных людей. Она также необходима и больным спортсменам. Но ее не назначают здоровым людям. Лечебную физкультуру нередко неоправданно смешивают с физической реабилитацией, считая их синонимами. И это неправильно, так как содержание ЛФК по своим объемам, возможностям и показаниям намного шире, чем реабилитация. В реабилитации нуждаются пациенты с нарушениями в результате заболевания или травмы функциями. В лечебной же физкультуре нуждаются пациенты, имеющие заболевания различного происхождения. Обычно ЛФК своими средствами лишь частично входит в процесс физической реабилитации. Роль лечебной физической культуры в отечественном здравоохранении трудно переоценить. Согласно нормативным документам служба ЛФК присутствует в каждом лечебном учреждении, начиная с районного уровня. Во многом это связано с большой пользой, которую приносят физические упражнения не только здоровым, но и больным.

Физическое развитие человека начинается в детском возрасте. Оно может быть стихийным – это естественное физическое развитие ребёнка, а может быть целенаправленным – под влиянием специально подобранных физи-

ческих упражнений. В последнем случае следует говорить о физическом воспитании.

Физическое воспитание — это организованный педагогический, процесс воздействия на человека посредством физических упражнений, гигиенических мероприятий и естественных сил природы с целью формирования у него физических качеств и приобретения им знаний, умений и навыков, которые отвечают требованиям данного общества и интересам личности воспитуемого.

Теория физического воспитания изучает общие педагогические закономерности, категории и основы системы физического воспитания. Это наука об общих законах управления физическим движением, о том, как организовать процесс физического воспитания у людей разного пола, возраста, профессии и т.д.

Физическое воспитание имеет три основные задачи:

 1. Гигиеническая (оздоровительная) задача физического воспитания направлена

- - на укрепление здоровья и закаливание организма;
- - на гармоничное развитие формы тела и физиологических функций организма;
- - на всестороннее гармоничное развитие двигательных способностей - физических качеств (основных: сила, быстрота и ловкость, и дополнительных: общая, скоростная, скоростно-силовая выносливость, гибкость и подвижность);
- - на обеспечение высокого уровня работоспособности и творческого долголетия с улучшением морфофункциональной готовности организма («physical fitness» – «физическая готовность» человека к жизни, к выполнению своей работы, к физической активности и др.).

 2. Образовательная задача физического воспитания заключается в обучении человека пополнять и совершенствовать свои функциональные ресурсы. Сюда включают

- - приобретение специальных знаний по физической культуре;
- - формирование и совершенствование жизненно важных двигательных умений и навыков;

- - познание человеком своих собственных двигательных возможностей;
- - поддержание организма на максимально высоком уровне функциональной активности.

 3. Воспитательная задача заключается в воспитании человека, в том числе и его моральных качеств:

- - формирование личности в целом;
- - развитие морально-волевых и эстетических качеств личности,
- - содействие развитию интеллекта и психомоторных функций.

После такой предварительной характеристики специальности более понятными становятся и особенности врачебной деятельности врача лечебной физической культуры:

- ◆ Во-первых, врач лечебной физкультуры является узким специалистом.
- ◆ Во-вторых, врач лечебной физкультуры является специалистом по лечению с использованием средств ЛФК (физические упражнения и естественные факторы природы).
- ◆ врач лечебной физкультуры является консультантом для лечащего врача и его пациентов.
- ◆ В-третьих, работа с большим количеством средств ЛФК, которые составляют в специальный клинически обоснованный лечебный комплекс, требует от врача запаса широких знаний о различной патологии при назначении ЛФК. Кроме этого врач лечебной физкультуры должен учесть влияние на этот комплекс других методов лечения (фармакотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и др.).
- ◆ В-четвертых, врач лечебной физкультуры проводит особую диагностику связанную с изучением особенностей физического развития пациента – определение работоспособности и проведение различных функциональных проб.
- ◆ В-пятых, врач лечебной физкультуры является педагогом для своих пациентов и поэтому должен иметь дополнительные знания по дидактике и психологии.

Алгоритм лечебных назначений врача лечебной физкультуры направлен на создание оптимального комплекса средств лечебной физической культуры. Создание такого комплекса требует от врача знаний анатомии, физиологии и возможностей ЛФК при различных патологических состояниях.

Кроме медицинских знаний необходимы педагогические знания и личный опыт работы с пациентами.

Нередко врачи в течение длительного времени учатся овладевать навыками назначения средств лечебной физкультуры и составления из них лечебного комплекса.

В лечебной физической культуре этапы алгоритма назначения ее средств имеют следующие названия.

1. Этап регистрации пациента.
2. Этап изучения диагностической информации и проведения диагностических мероприятий.
3. Этап определения задач ЛФК.
4. Этап выбора средств ЛФК и их методик.
5. Этап оформления назначений лечебной физкультуры.
6. Этап контроля и коррекции процедур лечебной физкультуры.
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения ЛФК.

### ***1. ЭТАП РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА***

Врач ЛФК ведет специальный журнал регистрации пациентов, в котором он регистрирует их данные.

Кроме этого врач заполняет «Карту больного, лечащегося в кабинете лечебной физкультуры» ф.042/у, которая согласно приказа Министерства здравоохранения республики Беларусь от 29.03.2004г. №75 является основным учетным медицинским документом по лечебной физкультуре. В настоящее время также идет развитие электронной регистрации и создание электронных баз данных пациентов.

### ***2. ЭТАП ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ***

Специфика лечебной работы врача ЛФК заключается в том, что он сам, как правило, первичный прием не проводит, а консультирует пациента, с уже установленным клиническим диагнозом и имеет дело с медицинской документацией (история болезни, амбулаторная карта, санаторно-курортная карта, направление, выписка и т. д.). С учетом такой специфики работы врача ЛФК необходимо соблюдать следующие правила.

1. На приеме пациент должен иметь медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта и др.).
2. В медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта и др.) должен быть отражен развернутый клинический диагноз (в стационаре диагноз устанавливается в течение первых 3-х дней);
3. В медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта и др.) должна быть запись лечащего врача о направлении пациента на консультацию к врачу ЛФК.
4. Медицинская документация должна иметь все необходимые сведения о пациенте и его заболевании.

Без выполнения этих правил, назначенная лечебная физическая культура может быть неверной из-за несоответствия клиническим данным при заболевании у данного пациента.

На этапе диагностической работы врача лечебной физкультуры необходимо выделять следующие основные моменты.

### **1. Изучение клинического диагноза.**

При изучении клинического диагноза необходимо обращать внимание на все его составляющие, и особенно на локализацию и выраженность клинических проявлений, тяжесть состояния, вариант течения и сопутствующие заболевания.

### **2. Изучение диагностической информации.**

Вся диагностическая информация (жалобы, анамнез заболевания и жизни, диагностические обследования и консультации, различные выписки и др.) должна быть представлена в документальном виде в истории болезни или в амбулаторной карте. Это требует от врача лечебной физкультуры особого умения работать с медицинской документацией.

В тоже время, при необходимости, врач ЛФК сам уточняет жалобы и анамнез у пациента, проводит пульсометрию, измерение АД, аускультацию и пальпацию для того чтобы уточнить или выяснить для себя следующие диагностические данные:

-  этиологию заболевания;
-  основные звенья патогенеза;
-  основные симптомы, синдромы и жалобы пациента;
-  стадию, течение, тяжесть и степень компенсации заболевания;

-  сопутствующие заболевания;
-  реакция на ранее проводимое лечение;
-  терапевтические планы пациента (какие процедуры ЛФК, с точки зрения пациента, ему помогут, а какие нет; здесь важен предыдущий позитивный и негативный опыт применения лечебной физкультуры и позитивный или негативный настрой пациента на определенные процедуры)..

### **3. Проведение дополнительных диагностических мероприятий.**

Как говорилось выше, спецификой в профессиональной деятельности врача ЛФК являются уникальные по своим диагностическим характеристикам знания в области врачебного контроля.

В функциональные обязанности врача ЛФК входит проведение особой клинической работы, которая включает в себя

1. Изучение физкультурного анамнеза (занимался ли пациент ранее физической культурой или спортом, ЛФК если да, то в какой форме, как длительно, носили ли занятия систематический характер или нет и др.)
2. Исследование физического развития по данным антропометрии
  - рост в положении стоя и сидя;
  - вес;
  - окружность грудной клетки (показатели на вдохе выдохе, в паузе, и экскурсии);
  - спирометрия;
  - динамометрия ручная;
  - измерение объема движения в суставах;
3. Проведение функциональных проб с определением реакции на физическую нагрузку пульса, АД и дыхания.
4. Изучение физического состояния, наиболее существенную часть которого составляет определение физической работоспособности. Однако комплекс такого исследования включает также изучение эмоциональной, социальной и интеллектуальной компоненты пациента.

### **4. Определение показаний для назначения лечебной физкультуры.**

Основу лечебного эффекта в ЛФК составляет лечебная реакция организма на физическую нагрузку. Поэтому, если имеется возможность вызвать

именно лечебную реакцию, то имеется и необходимость в назначении ЛФК. Если такой возможности нет, то нет и необходимости в назначении ЛФК.

Все методики лечебной физкультуры разрабатываются специалистами в этой области. Показания для ЛФК определяются на основе научных представлений о лечебных возможностях и механизмах лечебного действия физических упражнений и естественных факторов природы на организм человека при различных заболеваниях. Поэтому основными показаниями к назначению лечебной физкультуры являются:

- **во-первых**, наличие у пациента компенсированной стадии заболевания,
- **во-вторых**, наличие возможности организма адекватно отреагировать на воздействие определенной методикой ЛФК.

Как правило, ЛФК при заболеваниях назначается в тех случаях, когда имеет место положительная динамика в состоянии пациента, которая определяется по совокупности клинико-функциональных и лабораторных данных.

## **5. Определение противопоказаний для лечебной физкультуры.**

Выяснение противопоказаний для лечебной физкультуры требует от врача хорошего знания не только лечебных возможностей физических упражнений, но и их негативного влияния при определенных заболеваниях. Именно эти заболевания, их различные стадии и составляют перечень противопоказаний для ЛФК. Поэтому так важно выяснить следующую информацию

- состояние сердечно-сосудистой системы (АД, ЧСС);
- наличие прогрессирующих заболеваний и предрасположенности к ним;
- наличие декомпенсации в деятельности органа или системы органов;
- тяжесть состояния пациента;
- наличие заболеваний со спонтанным болевым синдромом;
- наличие заразных кожных заболеваний;
- наличие инфекционных заболеваний;
- наличие кровотечений и предрасположенности к ним;
- наличие синкопальных состояний (эпилепсия, синкопальный вертебральный синдром, коллапсы, истерия, вегетативные сосудистые пароксизмы);
- наличие гнойного воспаления;

- наличие изменений показателей функциональной и лабораторной диагностики.

### **Основные противопоказания к назначению ЛФК:**

1. отсутствие контакта с больным вследствие его тяжелого состояния или нарушений психики;
2. острый период заболевания и его прогрессирующее течение;
3. злокачественные новообразования до их радикального лечения, злокачественные новообразования с метастазами;
4. повышенная температура (выше  $37,5^{\circ}$ ) с учетом клинических проявлений заболевания;
5. наличие сильных самопроизвольных и появляющихся при движении болей;
6. недостаточная иммобилизация отломков поврежденной кости;
7. наличие гнойных процессов (абсцесс, флегмона, секвестры);
8. синусовая тахикардия (свыше 100 уд/мин) и брадикардия (менее 50 уд/мин);
9. частые приступы пароксизмальной или мерцательной тахикардии;
10. экстрасистолы с частотой более чем 1:10;
11. отрицательная динамика ЭКГ, свидетельствующая об ухудшении коронарного кровообращения;
12. атриовентрикулярная блокада II — III степени;
13. артериальная гипертензия (АД выше 220/120 мм рт. ст.) даже на фоне удовлетворительного состояния больного;
14. артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт. ст.);
15. частые гипер- или гипотонические кризы;
16. частые синкопальные состояния (эпилепсия, синкопальный вертебральный синдром, коллапсы, истерия, вегетативные сосудистые пароксизмы)
17. угроза кровотечения и тромбоэмболии;
18. наличие анемии со снижением числа эритроцитов до 2,5-3 млн.;
19. увеличение СОЭ более 20-25 мм/ч;
20. выраженный лейкоцитоз.

В практике врача лечебной физкультуры сложился определенный комплекс необходимых диагностических исследований для назначения ЛФК, в который входят:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. ЭКГ.
3. Консультация дерматолога.
4. Консультация гинеколога (для женщин).
5. Флюорография легких.

### ***3. ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАДАЧ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ***

Умение врача четко определить задачи ЛФК тесно связано с глубиной его клинических представлений о различной патологии и во многом определяет оптимальность выбора лечебных средств физической культуры. В лечебной физкультуре на этом этапе необходимо уметь выделять **специальные и общие задачи**, так как такое выделение помогает в дальнейшем определиться с выбором средств ЛФК в виде специальных и общих упражнений.

**Специальные (частные)** задачи характерны только для определенной нозологической формы заболевания или травмы и для определенного сочетания морфологических и функциональных изменений формирующих клинические синдромы. Обычно эти задачи связаны с необходимостью воздействия на основные патологические проявления, основные синдромы заболевания у данного пациента (устранение контрактуры, предупреждение деформаций при заболевании позвоночника, устранение периферического или центрального пареза, компенсация дыхательной недостаточности, уменьшение артериальной гипертензии, уменьшение артериальной гипотензии, активизация работы кишечника, уменьшение бронхоспастики, эвакуации патологического содержимого бронхов, уменьшение болевого синдрома и др.).

**Общие задачи** являются неспецифическими, связаны с изменениями защитных сил организма, реактивности, роста и развития пациента, эмоциональной сферы и т.д., которые могут встречаться при различных заболеваниях. Среди этих задач – устранение общей слабости, раздражительности, неустойчивого головокружения, улучшение функционирования дыхательной, сердечнососудистой систем, желудочно-кишечного тракта и др.

Как видно из сказанного данный этап алгоритма требует от врача не только физкультурных знаний, но и современных представлений об этиологии, патогенезе и синдромологии различных заболеваний.

#### **4. ЭТАП ВЫБОРА СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ИХ МЕТОДИК**

Знание терапевтических эффектов физических упражнений и овладение методиками их применения составляют основу теоретической и практической подготовки врача ЛФК. Обычно врач, исходя из задач, использует различные механизмы лечебного действия средств ЛФК, среди которых выделяют следующие:

- ◆ тонизирующий (стимулирующий),
- ◆ трофический,
- ◆ компенсаторный,
- ◆ нормализующий.

Следует учесть, что в ЛФК-воздействии лечебные эффекты могут проявлять себя комплексно, хотя один из них будет иметь ведущее значение.

Все средства лечебной физкультуры разделяют на основные и дополнительные.

Основными средствами лечебной физкультуры являются:

- ◆ **физические упражнения**, используемые с лечебной целью и
- ◆ **естественные факторы природы (солнце, воздух и вода)**

Дополнительными средствами лечебной физкультуры являются:

- ◆ **механотерапия** (занятия на тренажерах, блоковых установках),
- ◆ **массаж**,
- ◆ **эрготерапия** (трудотерапия).

Выбор средств ЛФК осуществляется в соответствии со специальными и общими лечебными задачами.

**Для решения специальных задач** средства ЛФК выбирают в большей степени с учетом механизмов трофического, компенсаторного и тонизирующего действия. Специально подобранные упражнения оказывают специфическое лечебное действие на пораженную функциональную систему, внутренний орган, часть тела или анатомическое образование.

Выбор специальных лечебных средств физкультуры в итоге определяет назначение специальных физических упражнений и методику их проведения. Специальная тренировка определяет специфический синдромологический подход к решению задач ЛФК для восстановления и развития функций, нарушенных в связи с заболеванием или травмой.

Для решения общих лечебных задач приоритетно стимулирующее и нормализующее действие ЛФК, при этом лечебный эффект распространяется на организм в целом.

Применение общеукрепляющих и общеразвивающих (у детей) упражнений, подвижных игр, а также природных факторов обеспечивают неспецифический общеукрепляющий эффект. Общая тренировка определяет системное воздействие на весь организм больного человека.

Большое влияние на выбор средств лечебной физкультуры и их методик оказывают:

- пол пациента;
- возраст пациента;
- тренированность пациента;
- наличие противопоказаний к ЛФК;
- комплексное использование других видов лечения (фармакотерапия, оперативное лечение, диетотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, химиотерапия и др.);
- сведения об эффективности ранее проводимого лечения.

Работа на данном этапе требует от врача медицинского кругозора, как в рамках физкультуры, так и других лечебных методов при различных патологических состояниях.

## ***5. ЭТАП ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ***

Как указывалась выше, специфика работы врача ЛФК заключается в том, что он является консультантом для своих коллег и руководителем для своих ассистентов – инструкторов по лечебной физкультуре. В этой связи вся профессиональная деятельность врача ЛФК по назначению лечебной физкультуры и ее документальному оформлению имеют как бы два рабочих уровня:

- **1. консультативный** – для врачей-лечебников и
- **2. методический (или рецептурный)** – для среднего медицинского персонала (инструкторов и инструкторов-методистов лечебной физкультуры).

Поэтому оформление лечебных назначений на этом этапе имеет два варианта - **консультативный и методический**.

### ❖ **КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ**

Консультативный вариант используется для оформления ЛФК-назначений в краткой форме в медицинском документе (истории болезни, амбулаторной карте, санаторно-курортной карте, консультативном заключении), где в виде ответов на вопросы указывается следующее:

1. **ЧТО** назначено?
2. **КАКИМ МЕТОДОМ** назначено?
3. **ГДЕ** назначено?
4. **СКОЛЬКО** назначено?

*1. Отвечая на вопрос «**ЧТО** назначено?», врач указывает, **КАКАЯ ФОРМА ЛФК** назначается пациенту.*

---

Среди форм ЛФК известны следующие:

1. Процедура лечебной гимнастики;
2. Процедура гидрокинезотерапии;
3. Процедура механотерапии;
4. Процедура велотренировки;
5. Процедура терренкура;
6. Процедура игровое занятие;
7. Процедура ближнего туризма;
8. Процедура трудотерапии;
9. Процедура аэротерапии;
10. Процедура гелиотерапии;
11. Процедура водолечения;
12. Процедура массажа.

#

*2. Отвечая на вопрос «**КАКИМ МЕТОДОМ** назначено?» врач указывает, **КАКИМ МЕТОДОМ** проведения процедуры будет осуществляться лечебная физкультура у данного пациента.*

---

Среди методов проведения процедур лечебной гимнастики выделяют следующие

1. Индивидуальный метод,
2. Малогрупповой метод,
3. Групповой метод,
4. Индивидуально-самостоятельный метод.
5. Самостоятельный (консультативный) метод,

Допускается при обозначении метода проведения процедуры указывать: индивидуальная процедура, малогрупповая процедура, групповая процедура, самостоятельная процедура, индивидуально-самостоятельная процедура.

#

*3. Отвечая на вопрос «**ГДЕ** назначено?», врач указывает **МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ**.*

---

Местом проведения процедуры могут быть: палата, специально оборудованные кабинеты и залы ЛФК, открытые физкультурные и спортивные площадки, мини-стадионы, дорожки для оздоровительной ходьбы и бега, бассейны для лечебного плавания, аэрации и солярии, террасы, туристические маршруты, река, озеро, море, берег и др.

#

*4 Отвечая на вопрос «**СКОЛЬКО** назначено?», врач указывает **КОЛИЧЕСТВО ПРОЦЕДУР НА КУРС** и необходимую частоту их проведения.*

---

Количество процедур на курс в ЛФК обычно составляет 7-10, но может быть и большим.

При этом процедуры могут проводиться несколько раз в день, ежедневно, через день. Такое дозирование позволяет оптимизировать общую физическую нагрузку, успешнее осуществлять комбинирование с другими методами лечения.

Таким образом, консультативный вариант оформления физиотерапевтических назначений предназначен для информирования врачей о следующем.

- 1.какая форма ЛФК назначена,
- 2.каким методом проведения процедуры,
- 3.в каком месте,
- 4.сколько раз и как часто.

Примером оформления консультативного варианта может служить следующее лечебное назначение:

*Процедура лечебной гимнастики, групповая, в зале ЛФК, № 10, ежедневно.*

#### ❖ МЕТОДИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

Методический или рецептурный вариант оформления лечебных назначений в детализированной форме предназначен для работы внутри отделения или кабинета ЛФК. С его помощью врач руководит работой инструктора и инструктора-методиста ЛФК, которые осуществляют непосредственное проведение лечебных процедур.

Такое взаимодействие должно быть согласованным, точным и оперативным. Это связано с тем, что использование физических упражнений является нагрузочным для больного организма. В случае физической перегрузки упражнения могут представлять опасность для здоровья и жизни пациентов. В случае физической недогрузки эффективность процедуры значительно снижается.

Для предупреждения негативных последствий несогласованного профессионального сотрудничества методика ЛФК-воздействия врач должен оформить в «Карте больного, лечящегося в кабинете лечебной физкультуры» (ф.042/у) четким почерком, детально и доступно для инструктора и инструктора-методиста ЛФК, избегая двойной трактовки назначений. Как и в консультативном варианте оформления назначений в виде ответов на вопросы указывается следующее:

1. **ЧТО** назначено?
2. **КАКИМ МЕТОДОМ** назначено?
3. **ГДЕ** назначено?
4. **СКОЛЬКО** назначено
5. **КАКИЕ СРЕДСТВА ЛФК** назначены?
6. **КАКИЕ ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ** назначены?

7. **КАКАЯ ДОЗА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ** назначена?

8. **ПОД КОНТРОЛЕМ ЧЕГО** назначено?

#

1. Отвечая на вопрос «**ЧТО** назначено?», врач указывает, **КАКАЯ ФОРМА ЛФК** назначается пациенту.

---

Следует подчеркнуть, что для пациентов лечебная физкультура проводится в виде процедур. Наибольшее распространение в практике отечественного здравоохранения получила процедура лечебной гимнастики, в рамках которой широко используются различные гимнастические упражнения. Однако лечебный арсенал ЛФК достаточно широк, разнообразен и включает в себя несколько выше перечисленных форм, которые представлены здесь с их краткими характеристиками.

### Формы ЛФК

1. Процедура лечебной гимнастики – является основной формой проведения ЛФК, обладает лучшим тренирующим эффектом, удобно и оперативно дозируется, может проводиться в любых условиях.
2. Процедура гидрокинезотерапии – представляет собой использование физических упражнений в воде и может быть дополнена лечебным плаванием.
3. Процедура механотерапии – использует аппараты маятникового и блокового типа, а также роботизированные механоаппараты.
4. Процедура велотренировки – способна увеличивать физическую работоспособность за счет увеличения функциональных возможностей кардиореспираторной системы, а также может служить механоаппаратом для разработки нижних конечностей.
5. Процедура терренкура – предполагает пешеходную прогулку с дозированным восхождением.
6. Процедура игровое занятие – обычно назначается для включения в координированное движение всех мышечных образований и для повышения эмоционального тонуса занимающихся.
7. Процедура ближнего туризма – может быть пешеходной, велосипедной, лодочной, обычно на 1-3 дня и помимо общего воздействия оказывает благотворный лечебный эффект на состояние центральной

нервной системы у пациентов с невротическими проявлениями и информационными перегрузками.

8. Процедура трудотерапии – может быть бытовой или профессиональной, может проводиться в кабинете, мастерских и др., обеспечивает восстановление нарушенных функций путем продуманного подбора трудовых заданий в зависимости от локализации заболевания или характера травмы. Адаптирует пациента к социальной среде и усиливает его мотивацию к реабилитационному процессу.
9. Процедура аэротерапии – воздушные ванны и проведение ЛФК в комплексе с аэрацией на свежем воздухе. Обладает закаливающим эффектом.
10. Процедура гелиотерапии – солнечное облучение и проведение ЛФК в условиях солнечного облучения. Обладает закаливающим эффектом.
11. Процедура водолечения – обливания, обтирания, купание в реках, озерах, водоемах, море и проведение ЛФК в комплексе с водолечением. Обладает закаливающим эффектом.
12. Процедура массажа.

#

*2. Отвечая на вопрос «**КАКИМ МЕТОДОМ** назначено?» врач указывает, **КАКИМ МЕТОДОМ** проведения процедуры будет осуществляться лечебная физкультура у данного пациента.*

---

Среди методов проведения процедур лечебной гимнастики инструктор ЛФК применяет следующие:

1. Индивидуальный метод – предполагает работу инструктора с одним пациентом индивидуально.
2. Малогрупповой метод – инструктор работает с небольшим коллективом 2-4 человека однородных по патологии, возрасту, а иногда и полу пациентов.
3. Групповой метод – предполагает работу инструктора с коллективом 5-12 человека чаще однородных по патологии пациентов.
4. Индивидуально-самостоятельный метод – пациент сначала занимается индивидуально с инструктором, который обучает его проведению процедуры лечебной гимнастики, а затем самостоятельно, но с периодическим контролем инструктора ЛФК через 1-5 и более дней.

5. Самостоятельный метод – при самостоятельном методе пациент занимается самостоятельно, обычно после выписки из стационара, при необходимости консультируясь у инструктора ЛФК амбулаторно либо в домашних условиях.

Обычно выбор и коррекция метода проведения процедур связана с постельным режимом, тяжестью состояния, способностью к передвижению, обучаемостью и местом нахождения во время курса ЛФК пациента, а также динамикой клинических проявлений при заболевании.

#

**3. Отвечая на вопрос «ГДЕ назначено?», врач указывает МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ.**

---

Выше уже указывалось, что местом проведения процедуры могут быть: палата, специально оборудованные кабинеты и залы ЛФК, открытые физкультурные и спортивные площадки, мини-стадионы, дорожки для оздоровительной ходьбы и бега, бассейны для лечебного плавания, аэрации и солярии санаториев и пансионатов, терраса, туристические маршруты, река, озеро, море, берег и др.

При этом следует учитывать следующее:

- Площадь помещений для занятий ЛФК определяется из расчета 4м<sup>2</sup> на человека.
- Кабинет ЛФК для малогрупповых и индивидуальных занятий с пациентами по площади должен быть не менее 20м<sup>2</sup>.
- Зал для групповых занятий ЛФК должен иметь площадь 60-100м<sup>2</sup>.

#

**4. Отвечая на вопрос «СКОЛЬКО назначено?», врач указывает КОЛИЧЕСТВО ПРОЦЕДУР НА КУРС и необходимую частоту их проведения.**

---

Как указывалось выше, количество процедур на курс в ЛФК обычно составляет 7-10, но может быть и большим. При этом процедуры могут проводиться несколько раз в день, ежедневно, через день.

Такое дозирование позволяет удобно оптимизировать общую физическую нагрузку, успешнее осуществлять комбинирование различных средств

ЛФК между собой и с другими методами лечения, добиваться длительности воздействия при лечении пациентов с хроническим течением заболевания.

Обычно в стационарных условиях пациент после освоения комплекса лечебной гимнастики один раз в день занимается с инструктором и два-три раза самостоятельно. Затем через один, два, три и более трех дней, переходит к самостоятельным занятиям с периодическим контролем инструктора ЛФК. Перед выпиской пациент осваивает лечебный комплекс физкультуры для самостоятельного исполнения в домашних условиях. Так осуществляется переход от индивидуального к индивидуально-самостоятельному и самостоятельному методу проведения процедур лечебной гимнастики.

Продолжительность процедур лечебной гимнастики в ЛФК регламентируется по возрасту и нозологиям (Приложение, таблица 1).

#

*5. Отвечая на вопрос «**КАКИЕ СРЕДСТВА ЛФК** назначены?», врач указывает **СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ** которые необходимо использовать инструктору у данного пациента.*

---

Следует отметить, что средства ЛФК имеют обширную и разнообразную классификацию. Основным средством ЛФК являются физические упражнения, используемые с лечебной целью, и естественные факторы природы. Весь арсенал физических упражнений классифицируется на три группы.

### **Физические упражнения в ЛФК**

-  1. ГИМНАСТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ,
-  2. СПОРТИВНО-ПРИКЛАДНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ,
-  3. ИГРЫ.

В практике лечебной физической культуры наиболее часто используются гимнастические упражнения, реже игры и спортивно-прикладные упражнения. Выше уже обсуждалось, что выбор средств ЛФК, а значит и упражнений осуществляется в соответствии со специальными и общими лечебными задачами. Потому методически гимнастические упражнения имеют свое разделение.

### *Методическое разделение упражнений*

-  1. **Общеукрепляющие гимнастические упражнения**
-  2. **Специальные гимнастические упражнения**

## Дыхательные упражнения

Общеукрепляющие гимнастические упражнения применяют для оздоровления и укрепления организма, повышения физической работоспособности и психоэмоционального тонуса, активизации кровообращения, дыхания. Эти упражнения облегчают лечебное действие специальных..

Задача специальных упражнений - избирательное действие на ту или иную часть опорно-двигательного аппарата, орган или часть тела с целью оказать специальное патогенетическое воздействие при определенной нозологии.

Важную роль в ЛФК играют дыхательные упражнения. Эти упражнения отличает простота, легкость дозирования и возможность с их помощью периодически снижать дозу физической нагрузки во время проведения процедуры лечебной гимнастики. Дыхательные упражнения относятся к общеукрепляющим упражнениям, так как они стимулируют одну из важнейших функций человека – дыхание. Однако у пациентов с заболеваниями органов дыхания они имеют специальное значение.

Как правило, выбранные гимнастические упражнения объединяют в единый лечебный комплекс, имеющий свой лечебный смысл, логический алгоритм, и процедурное единство. Наиболее часто для формирования комплекса процедуры лечебной гимнастики используют три вида упражнений:

 *1.специальные гимнастические упражнения;*

 *2.общеукрепляющие (для детей это общеразвивающие) гимнастические упражнения;*

 *3.дыхательные упражнения (статические и динамические).*

При необходимости к этим трем видам могут быть добавлены дополнительные, подготовительные, упражнения по бытовым навыкам и др.

#

*б. Отвечая на вопрос «КАКИЕ ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ назначены?», врач указывает **ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ** для проведения процедур у данного пациента.*

---

В лечебной физической культуре выбор исходных положений при проведении процедур зависит от клинических проявлений заболевания и травмы. Исходные положения должны соответствовать

❖ двигательному режиму, назначенному лечащим врачом,

- ❖ сохранению посттравматической и постоперационной иммобилизации,
- ❖ переносимой дозе физической нагрузки,
- ❖ двигательным возможностям пациента.

Основными исходными положениями для проведения лечебной гимнастики являются положения - **лежа, сидя и стоя**.

В зависимости от клинических потребностей исходные положения можно разнообразить

**Исходное положение «лежа» может быть** – на спине, на животе, на боку, полулежа.

**Исходное положение «сидя» может быть** – в постели, на стуле, на ковре с прямыми ногами, сидя в постели или на стуле со спущенными ногами.

**Исходное положение «стоя» может быть** – на четвереньках (коленно-кистевое), на получетвереньках (коленно-локтевое), на коленях, стоя без опоры, с опорой на костыли, палки, ходунки, брусья, перекладину, гимнастическую стенку, спинку стула и т.д.

При наличии положительной клинической динамики исходные положения должны изменяться в сторону расширения двигательного режима.

Например, при переломах позвоночника расширение двигательного режима с изменением исходных положений при проведении процедур лечебной гимнастики может иметь следующий алгоритм.

1. Исходное положение «лежа на спине» в процессе выздоровления и расширения двигательного режима у пациента дополняется положением «лежа на боку и животе».
2. Исходное положение «лежа на боку и животе» при дальнейшем расширении двигательного режима у пациента дополняется положением «стоя на четвереньках».
3. Исходное положение «стоя на четвереньках» дополняется положением «полулежа».
4. Исходное положение «полулежа» дополняется положением «стоя на коленях».
5. Исходное положение «стоя на коленях» дополняется положением «стоя с опорой на костыли или трость», а затем исходным положением «стоя».

7. Отвечая на вопрос «**КАКАЯ ДОЗА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ** назначена?», врач указывает **КАКОЙ НАГРУЗКОЙ, ИНТЕНСИВНОСТЬЮ И ПЛОТНОСТЬЮ** необходимо проводить процедуру у данного пациента.

---

Доза физической нагрузки в ЛФК включает в себя три важные составляющие, которые позволяют оптимально нагружать организм пациента физическими упражнениями.

### **Три составляющие дозы физической нагрузки в ЛФК**

- ◆ Общая физическая нагрузка
- ◆ Интенсивность проведения упражнений
- ◆ Плотность физической нагрузки

В спорте, физической культуре и ЛФК существует очень важный принцип тренировки, который заключается в том, что для развития тренирующего эффекта доза физической нагрузки в процессе процедур ЛФК и занятий спортом и физкультурой должна нарастать. Для практической реализации этого принципа в лечебной физкультуре существует правило, согласно которому параметры дозы физической нагрузки в процессе курса лечения также должны увеличиваться. С этой целью врач ЛФК указывает их в виде диапазона значений через дефис.

### **◆ ОБЩАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА**

Физическая нагрузка в ЛФК должна соответствовать функциональным возможностям и состоянию здоровья пациента. Чрезмерно малая физическая нагрузка не окажет достаточного лечебного действия, а чрезмерно большая может оказать патогенное воздействие в виде срыва компенсаций, обострения заболевания и ухудшения самочувствия.

Существуют три степени общей физической нагрузки:

1. **Большая нагрузка (нагрузка А)** - без ограничения выбора физических упражнений, применяемых в ЛФК.
2. **Средняя нагрузка (нагрузка Б)** - исключает бег, прыжки и более сложные гимнастические упражнения.

3. **Слабая нагрузка (нагрузка В)** - допускает применение элементарных гимнастических упражнений преимущественно для рук и ног в сочетании с дыхательными упражнениями.

### ◆ **ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ**

Упражнения в лечебной физкультуре можно проводить с помощью различной интенсивности. По интенсивности упражнения подразделяют на упражнения малой, умеренной, большой и максимальной интенсивности

#### **1. К упражнениям малой интенсивности относят**

- ▣ упражнения с охватом малых и средних мышечных групп, выполняемых в медленном и среднем темпе;
- ▣ дыхательные упражнения статического характера;
- ▣ упражнения на расслабление мышц.

Исходные положения не должны вызывать больших статических напряжений и затруднять выполнение упражнений. Физиологические сдвиги при выполнении данных упражнений незначительные: небольшое изменение ЧСС, умеренное повышение максимального и понижение минимального артериального давления, урежение и углубление дыхания.

#### **2. К упражнениям умеренной интенсивности относят**

- ▣ упражнения с охватом средних мышечных групп, выполняемых в среднем и быстром темпе;
- ▣ упражнения с охватом крупных мышечных групп, выполняемых в медленном и среднем темпе;
- ▣ дыхательные упражнения динамического характера;
- ▣ упражнения с гимнастическими предметами и небольшими отягощениями;
- ▣ ходьба в медленном и среднем темпе;
- ▣ малоподвижные игры.

При выполнении этих упражнений ЧСС повышается незначительно, умеренно повышается максимальное артериальное и пульсовое давление, увеличивается легочная вентиляция. Продолжительность восстановительного периода составляет 5-7 минут.

### 3. Упражнения большой интенсивности характеризуются

- одновременным вовлечением в работу большого количества мышечных групп и суставов с выполнением их в среднем и быстром темпе;
- использованием упражнений на гимнастических снарядах, с отягощением и сопротивлением, быстрая ходьба, бег, прыжки, подвижные и спортивные игры, ходьба на лыжах и др.

Эти упражнения предъявляют значительные требования к сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной, системам: вызывают увеличение ЧСС, повышение максимального артериального и пульсового давления, усиление обмена веществ. Продолжительность восстановительного периода составляет свыше 10 мин.

### 4. Упражнения максимальной интенсивности характеризуются

- выполнением их с предельной нагрузкой, примером которой может служить бег на скорость.

Эти упражнения в ЛФК практически не применяются, так как при их выполнении значительно нагружаются сердечно-сосудистая и дыхательная системы. Такая интенсивность физических упражнений может использоваться в рамках ЛФК для восстановления спортсменов в заключительном периоде их выздоровления.

### ◆ ПЛОТНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Доза физической нагрузки в ЛФК регулируется также и по плотности, которую определяют как математическое отношение времени выполнения упражнений (с вычетом времени пауз для отдыха) к времени всей процедуры, умноженной на 100%.

По процедурной плотности нагрузка в ЛФК может быть малой, средней и высокой.

- ❖ Малая плотность физической нагрузки (15-20%)
- ❖ Средняя плотность физической нагрузки (30-50%)
- ❖ Высокая плотность физической нагрузки (более 50%) допускается при необходимости значительно повысить энерготраты и восстановить общую выносливость и тренированность (например, в санаторно-курортных условиях).

8. Отвечая на вопрос «**ПОД КОНТРОЛЕМ ЧЕГО** назначено?», врач указывает те **ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫЕ БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ САМОЧУВСТВИЯ** при проведении процедуры у данного пациента.

---

Определение показателя контролирующего самочувствие обычно связано с основными нагружаемыми системами организма, особенностями его анатомии и физиологии, а также клиническими особенностями нозологии пациента.

Процедуры лечебной гимнастики могут быть проводиться под контролем следующих показателей:

1. под контролем пульса,
2. под контролем дыхания,
3. под контролем артериального давления,
4. под контролем болевого синдрома,
5. под контролем головокружения,
6. под контролем слабости в конечностях,
7. под контролем онемения в области конечности,
8. под контролем самочувствия и др.

Обычно при проведении процедур лечебной гимнастики контроль дозы физической нагрузки осуществляется по показателям деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Во многом это связано с тем, что именно они являются основными лимитирующими системами по адекватному преодолению организмом физической нагрузки.

Самым оперативным и доступным способом контроля в данном случае является пульсометрия, т.е. измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) до, после и в процессе процедуры лечебной гимнастики.

Кардинальное значение в пульсометрии имеет определение верхней границы процедурного (тренирующего) пульса, преодоление которой ведет к передозировке физической нагрузки и к возникновению патогенных изменений в организме пациента. Вполне понятно, что этот предел пульса тесно связан с физическими возможностями человека, с его физической работоспособностью.

Физическая работоспособность, определяется при помощи велоэргометрии (или другим методом). Пороговая или пиковая нагрузка и соответствующая ей частота сердечных сокращений (ЧСС) определяется при выполнении возрастающей нагрузки на велоэргометре до появления критериев ее непереносимости.

Существует и формульное определение необходимой процедурной ЧСС. Так предельно допустимая частота сердечных сокращений у здоровых лиц может быть вычислена по формуле: 220 отнять возраст (в годах), а у больных: 190 отнять возраст (в годах).

➤ **Для здоровых: ЧСС макс. = 220 - возраст**

➤ **Для больных: ЧСС макс. = 190 - возраст**

Для точного определения верхней границы процедурного (тренирующего) пульса обычно используется такой показатель как **резерв сердца (РС)**.

Разница между ЧСС при пороговой (максимальной) нагрузке и ЧСС в покое составляет резерв сердца (РС).

➤ **РС = ЧСС макс. - ЧСС покоя**

Используя резерв сердца можно удобно дозировать физическую нагрузку при процедурах ЛФК постепенно увеличивая ее в безопасном диапазоне.

Общеукрепляющий и лечебный эффект от тренировок физическими упражнениями будет оптимальным, если интенсивность нагрузки соответствует 30-40% от предельно переносимого (порогового) уровня в начале и 80-90% в завершении курса лечения. Другими словами начинать курс ЛФК необходимо при пульсе составляющим сумму ЧСС покоя и плюс 30-40% от резерва сердца в начале, а завершать курс лечения при пульсе составляющим сумму ЧСС покоя и плюс 80-90% от резерва сердца.

Так, тренировочная нагрузка в 75% от максимальной рассчитывается по следующей формуле:

➤ **ЧСС покоя + (ЧСС макс. - ЧСС покоя) x 75%,**

или:

➤ **ЧСС покоя + РС x 75%.**

При заболеваниях легочной системы необходимо контролировать частоту дыхательных движений. У пациентов с изменением артериального давления необходим контроль последнего. Важно не преодолевать болевой синдром, слабость в конечности, появление онемения, ухудшение самочувствия и т. д. Важно контролировать и внешние признаки утомления (Приложение, таблица 2).

Таким образом, методический вариант оформления назначений в лечебной физкультуре предназначен для информирования инструктора и инструктора методиста ЛФК о следующем.

- **1.какая форма ЛФК назначена,**
- **2.каким методом проведения процедуры,**
- **3.в каком месте,**
- **4.сколько раз и как часто,**
- **5.какими средствами ЛФК,**
- **6.в каких исходных положениях,**
- **7.какой дозой физической нагрузки,**
- **8.под контролем каких показателей.**

Примером методического варианта оформления назначений в ЛФК может служить следующее назначение:

- *Процедура лечебной гимнастики, групповым методом, в зале ЛФК, № 10, ежедневно.*
- *Комплекс специальных, дыхательных и общеукрепляющих упражнений.*
- *В исходных положениях стоя и лежа.*
- *Нагрузка Б, малой – умеренной интенсивности, малой – средней плотности, под контролем пульса, дыхания, болевого синдрома и общего самочувствия.*

## **6. ЭТАП КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕДУР ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ**

На этом этапе лечение и его параметры могут уточняться и изменяться в зависимости от переносимости и реакции пациента на процедуры ЛФК, в соответствии с клиническими данными (улучшение, ухудшение, без динамики), с учетом новых диагностических данных.

Обычно в течение курса лечения врач ЛФК консультирует пациента три раза

1. в начале лечения,
2. в середине лечения и
3. в конце лечебного курса.

При необходимости при завершении шестого этапа алгоритма лечебных назначений врач ЛФК может подвести итоги курсового лечения пациента и сделать соответствующую запись в истории болезни или амбулаторной карте.

### ***7. ЭТАП ДАЛЬНЕЙШИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПЕРСПЕКТИВ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ***

После окончания назначенного курса лечения врач ЛФК может дать пациенту следующие рекомендации:

- 1. продолжить проведение процедур лечебной гимнастики самостоятельным методом в амбулаторных условиях по месту жительства;
- 2. продолжить проведение процедур лечебной гимнастики в санаторных условиях;
- 3. повторить курс лечебной физической культуры в стационарных условиях через определенный промежуток времени (например, через 1,5-2 месяца);
- 4. начать новое курсовое лечение с использованием других форм ЛФК;
- 5. рекомендовать переход к занятиям физической культурой и др.

Такие рекомендации могут быть оформлены в истории болезни, амбулаторной карте или в консультативном заключении. Кроме того они могут дополняться и сопровождаться сведениями о переносимости и эффективности проведенного курса ЛФК, данными велоэргометрии и различных функциональных проб.

## **Глава 4. ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

### ***ОБЩИЕ ОСНОВЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ***

Мануальную терапию сегодня можно сравнить с возрождением забытого медиками подарка Гиппократу. Отец классической медицины придавал большое значение рахитерапии (читай мануальной терапии) в лечении различных заболеваний. И сейчас все яснее становится ущербность современной медицины без знаний мануальной терапии, что в свою очередь во многом обуславливает успешность конкуренции народных целителей, костоправов с представителями официальной медицины.

Наша клиническая практика показывает, что без мануальной терапии у современной медицины нет совершенства и полноты. Мы глубоко убеждены, что со времен Гиппократу мануальную терапию следует считать разделом классической медицины. Ведь нередко знания мануальной терапии позволяют специалисту успешно решать лечебно-диагностические задачи в неясных и трудноизлечимых клинических случаях при различных (висцеральных, ортопедических, неврологических и др.) патологических синдромах.

Следует особо подчеркнуть, что врач мануальной терапии является специалистом в области клинической медицины, так как он осуществляет диагностическую, лечебную и профилактическую деятельность. В связи с широтой таких возможностей в европейской медицине используется термин «мануальная медицина».

Практический опыт по применению диагностической и лечебной мануальной техники показывает, что именно врач мануальной терапии может диагностировать и лечить «невидимые» для других специалистов нарушения статики и динамики структур опорно-двигательного аппарата, которые ведут к многочисленным неврологическим, висцеральным, сосудистым, аутоиммунным синдромам. Если эти нарушения не устранены, то всякое другое лечение будет симптоматическим, с временным эффектом, что нередко и наблюдается в лечебной практике. Такая патогенетическая направленность мануального воздействия позволяет лечить заболевание патогенетически радикально и быстро, а не симптоматически и длительно.

### **А. Особенности мануальной диагностики**

Специалист в области мануальной терапии, как и другой врач, использует различные методы диагностики принятые в медицине. Однако главен-

ствующее клиническое значение для практической работы имеет мануальная диагностика, которая имеет свои отличительные особенности:

1. в методике мануальной диагностики;
2. в технике мануальной диагностики;
3. в объектах мануальной диагностики;
4. в комплексности диагностической оценки состояния пациента.

**1.Методика мануальной диагностики** представляет собой специальное визуальное и ручное исследование двигательной системы, ее составляющих и включает в себя:

- 1.Исследование статической функции двигательной системы
- 2.Исследование динамической функции (активной и пассивной) двигательной системы
- 3.Исследование состояния отдельных тканей двигательной системы

Причем алгоритм такого исследования направлен от общего к частному. Сначала исследуется общая статика и динамика локомоторной системы. Затем исследуется статика и динамика в двигательных регионах. И в конце - статика и динамика в позвоночных сегментах и суставах. В диагностическом итоге материальным субстратом локомоторной патологии является сегментарная или суставная блокада, а также сегментарная или суставная гипермобильность. В заключении проводится исследование состояния мягких тканей.

**2.Техника мануальной диагностики** включает в себя и визуальные и ручные приемы исследования объектов мануальной диагностики. Но в конечном итоге заключается в филигранно точной диагностике пассивной подвижности элементов локомоторной системы за счет исследования их барьерных функций:

- 1.Исследование активного барьера
- 2.Исследование упругого барьера
- 3.Исследование резерва движения

**3.Объектами мануальной диагностики** являются такие анатомические образования, как кости, суставы, мышцы, фасции, кожа, нервные и сосудистые образования, а также внутренние органы.

**4.Комплексная диагностическая оценка состояния пациента** включает в себя проведение врачом мануальной терапии диагностических мероприятий с использованием следующего диагностического алгоритма.

1. Жалобы и анамнез.
2. Общеклинический осмотр.
3. Мануальная диагностика.
4. Неврологический осмотр.

5. Лучевая диагностика.
6. Функциональная диагностика.
7. Лабораторная диагностика.
8. Физиодиагностика (классическая электродиагностика и др.).

## **Б. Особенности мануального лечения.**

Мануальную медицину из-за ее точности и эффективности не без основания называют «бескровной хирургией» Она предполагает точную, подробную диагностику функциональных нарушений двигательной системы. При этом следует иметь в виду, что мануально-терапевтическая и рентгенологическая диагностика должны осуществляться с такой же точностью, как и методика лечения (К. Левит).

Практическое применение лечебных методик мануальной терапии позволяет значительно снижать роль фармакотерапии и полипрагмазии, а быстрота и полнота выздоровления позволяет достигать снижения сроков заболевания и уменьшать обращаемость пациентов за медицинской помощью.

Все процедуры современной мануальной терапии проводятся комфортно и безопасно. Дозирование мануального воздействия осуществляется строго индивидуально и оптимально для каждого пациента.

Особенности лечебных возможностей мануальной терапии определяются несколькими факторами.

### **Факторы, определяющие особенности лечебных возможностей мануальной терапии**

- ❖ 1.ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
- ❖ 2.МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
- ❖ 3.ТЕХНИКА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
- ❖ 4.ДОЗИРОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
- ❖ 5.КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

### **❖ 1.ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

В основе влияния мануальной терапии на организм имеется несколько взаимосвязанных и взаимообусловленных компонентов. Лечебные эффекты мануальной терапии, как правило, проявляют себя во время каждого воздей-

ствия комплексно. Нередко их разделение носит умозрительный характер. Однако при наличии некоторого опыта появляется возможность управлять ими, создавая необходимые терапевтические эффекты в зависимости от задач поставленных клинической ситуацией.

Среди лечебных эффектов (или компонентов лечебного воздействия) мануальной терапии следует выделять следующие:

- **1.Корректирующий**
- **2.Рефлекторный**
- **3.Трофостимулирующий**
- **4.Восстановительный**
- **5.Адаптивный**
- **6.Нормализующий**

#### ■ 1.Корректирующий компонент

##### лечебного воздействия мануальной терапии

Корректирующий (от лат. corrigo - исправляю) компонент лечебного воздействия мануальной терапии широко известен даже неспециалистам, так как многие пациенты обращаются к врачу мануальной терапии с просьбами «то вправить сустав, то поставить на место позвонок».

Ни для кого не секрет, что мануальная терапия занимается биомеханическими нарушениями статики и динамики (другими словами нарушениями положения и движения) локомоторной системы. Эти нарушения специалисты называют термином – «патобиомеханика». Лечебные приемы мануальной терапии способны исправлять нарушение положения в суставе, позвоночном двигательном сегменте. Такое исправление неизменно приводит к изменению положения двигательных регионов позвоночника, всей локомоторной системы, а также внутренних органов. Это и есть проявления корректирующего компонента лечебного воздействия мануальной терапии, другими словами – это исправление ненормальности.

#### ■ 2.Рефлекторный компонент

##### лечебного воздействия мануальной терапии

Мануальная терапия в научно-практическом аспекте рассматривает позвоночник как единую **функциональную биологическую систему**. Причем

эта система реализует свои многообразные функции благодаря двусторонним (прямой и обратной) рефлекторным связям. Среди таких связей наиболее известны следующие:

- Вертебро ↔ сенсорные (дермальные) связи;
- Вертебро ↔ фасциальные связи;
- Вертебро ↔ моторные (мышечные) связи;
- Вертебро ↔ васкулярные (сосудистые) связи;
- Вертебро ↔ висцеральные (с внутренними органами) связи;
- Вертебро ↔ дуральные (с твердой мозговой оболочкой) связи;
- Вертебро ↔ остальные (костные, и в том числе вертебро ↔ вертебральные связи) и др.

Данные рефлекторные связи объяснимы с позиций метамерного строения тела человека, заключающегося в делении его на участки (метамеры, или сегменты), расположенные последовательно вдоль продольной оси.

Входящие в определенный метамер участки кожи (дерматомер), мышцы (миомер), сосуды (вазомер), сухожилия, связки и надкостница (склеромер), кости (остеомер), внутренние органы (висцеромер) тесно взаимодействуют между собой и функционально объединяются определенными структурами вегетативной и соматической нервной системы, составляющими невромер.

За счет многообразных рефлекторных связей при воздействии на область позвоночника приемами мануальной терапии на основе рефлекторного эффекта устраняются различные патологические синдромы на расстоянии – в других тканях, органах и системах. Поэтому мануальная терапия является высокоэффективной формой рефлексотерапии.

### **3. Трофостимулирующий компонент**

#### **лечебного воздействия мануальной терапии**

Трофостимулирующий компонент лечебного воздействия связан механическим ручным воздействием на различные тканевые образования. Обычно проведение мануальной терапии осуществляется послойно, начиная с поверхностных и переходя к более глубоким тканям. Таким образом в воздействие включаются кожа, фасции, мышцы, нервы, сосуды, кости, внутренние органы.

Важно, что дозированное исполнение лечебных приемов, как и при классическом, соединительнотканном, сегментарном, периостальном и других видах массажа, стимулирует обменные, трофические процессы мягкотканых образований, костной ткани и внутренних органов. Так формируется трофостимулирующий эффект мануальной терапии.

#### **4. Восстановительный компонент**

##### **лечебного воздействия мануальной терапии**

Восстановительный компонент лечебного воздействия мануальной терапии проявляет себя в восстановлении нарушенных функций организма. Это удивительное свойство наиболее ярко проявляется после проведения корригирующего воздействия в ПДС, суставе. При устранении патобиомеханики восстанавливается не только нарушенная функция этих анатомических образований, но и функция регионов позвоночника, локомоторной системы, периферической и центральной нервной системы, сосудов, мышц, внутренних органов и пр. Нередко на практике встречаются случаи восстановления репродуктивной способности, зрения, слуха, периферических парезов и др.

#### **5. Адаптивный компонент**

##### **лечебного воздействия мануальной терапии**

Адаптивный компонент лечебного воздействия проявляет себя наиболее ярко при курсовом лечении. Дозированное исполнение лечебных приемов мануальной терапии в течение курсового воздействия увеличивает адаптацию органов, систем и всего организма к функциональным нагрузкам. Как правило, пациенты и сами отмечают это. Увеличивается работоспособность, повышаются спортивные достижения, исчезает метеозависимость, у детей повышается активность и внимание, снижается школьное утомление и т.п.

#### **6. Нормализующий компонент**

##### **лечебного воздействия мануальной терапии**

Анализ состояния здоровья пациентов показывает, что мануальная терапия обладает нормализующим эффектом. Этот эффект как правило проявляется в комплексе с другими компонентами лечебного воздействия мануальной терапии. Дозированное исполнение лечебных приемов приводит в

норму работу органов, систем и всего организма. Конкретными фактами этого являются нормализация АД, ЧСС, сна, осанки, походки, движений в суставах, работы кишечника, почек, печени, поджелудочной железы и пр.

## ❖ 2.МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Методически мануальная терапия включает в себя поэтапное использование нескольких мануальных техник. Такая этапность позволяет успешно дозировать механическое воздействие по силе и глубине.

### ▣ 1.Релаксация

### ▣ 2.Мобилизация

### ▣ 3.Манипуляция

### ▣ 4.Аутомобилизация и тренирующая терапия

### ▣ 1. Релаксация

Для успешного проведения процедур мануальной терапии с подготовительными целями широко используются специальные воздействия для расслабления мягких тканей, которые включают в себя приёмы массажа и специальные методики релаксации.

В настоящее время из всех специальных методик релаксации чаще других используется постизометрическая релаксация (ПИР) мышц и ее варианты. Под ПИР понимают специальную ручную лечебную технику, при которой расслабление мышцы достигается ее пассивным растяжением, после выполнения этой мышцей изометрического напряжения.

Следует отметить, что постизометрическая релаксация может иметь свое самостоятельное процедурное значение, а может служить для подготовки к другим техникам мануальной терапии.

### ▣ 2.Мобилизация

Наиболее часто исполняемой техникой мануальной терапии является мобилизация.

Под мобилизацией понимают специальную ручную лечебную технику, при которой с помощью пассивных медленных плавных ритмически повторяемых движений достигается увеличение объема пассивных движений в су-

стае, позвоночном двигательном сегменте за счет коррекции положения и релаксации тканей.

Мобилизация также может иметь свое самостоятельное процедурное значение, а может служить для подготовки к другим техникам мануальной терапии.

### 3. Манипуляция

Наиболее сложной для практического исполнения и имеющая высокую процедурную эффективность, является техника манипуляции.

Под манипуляцией специальную ручную лечебную технику, при которой с помощью пассивного высокоскоростного малоамплитудного толчка устраняется патобиомеханика сустава и ПДС.

Именно манипуляцию по эффективности и опасности приравнивают к бескровной хирургии. Так как профессиональное исполнение приема сопровождается многообразными лечебными эффектами.

### 4. Аутомобилизация и тренирующая терапия

Аутомобилизация является домашним заданием по самостоятельному выполнению пациентом техники ПИР. Обычно пациенты обучаются проведению ПИР в кабинете врача мануальной терапии. А затем уже дома проводят своеобразную стретчинговую гимнастику по устранению мышечного дисбаланса.

Тренирующая терапия использует в виде тренировок поэтапное применение приемов аутомобилизации, статического изометрического растяжения мышц с последующей изометрической тренировкой (аутостабилизация) для ликвидации постурального мышечного дисбаланса и формирования оптимального статического и динамического паттерна региона.

## ❖ 3. ТЕХНИКА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Важной технической стороной процедур мануальной терапии является осуществление ее приемов с учетом и постоянным контролем барьерных функций локомоторной системы. Главным правилом при этом является проведение приемов под контролем упругого барьера.

Все пассивные движения в пределах упругого барьера являются:

- Комфортными
- Физиологичными
- Безболезненными

- Лечебными
- Рефлекторными
- Безопасными

#### ❖ 4.ДОЗИРОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Процедурное использование контроля за состоянием упругого барьера позволяет проводить мануальное воздействие для каждого пациента индивидуально и оптимально. Следует отметить, что упругий барьер отдельных тканей и анатомических образований локомоторной системы у человека строго индивидуален и неповторим. Если лечебные приемы релаксации и мобилизации проводятся повторно под контролем упругого барьера, то происходит постепенное увеличение упругого барьера. Если прирост упругого барьера при проведении лечебного приема прекращается, то необходимо прекратить и воздействие данным приемом мануальной терапии. Таким предельно простым и точным образом дозируется лечебное воздействие у каждого пациента.

В виду того, что упругий барьер и его прирост индивидуальны у каждого пациента, следует понимать, что мануальная терапия дозируется **строго индивидуально и строго оптимально**.

#### ❖ 5.КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Специалисты по мануальной терапии в своей клинической практике могут осуществлять комплексное использование мануальной терапии другими методами лечения: фармакотерапией, физиотерапией, лечебной физкультурой, массажем, рефлексотерапией, различными видами тракции, лечебными блокадами, ортезами, санаторным лечением, а также после хирургического лечения.

\*

\*   \*   \*

В практической деятельности врач мануальной терапии сталкивается с многообразными клиническими проявлениями заболеваний, диагностика и лечение которых нередко являются сферой профессиональных интересов врачей и других специальностей. Однако его деятельность не составляет конкуренции для лечебно-диагностической работы других врачей, а является важной дополнительной составляющей такой работы.

Современная мануальная терапия способна оказывать помощь в решении медицинских вопросов большой актуальности при различных заболеваниях, к которым следует отнести следующие:

1. Патологию позвоночника (травмы и заболевания, врожденные аномалии, дисплазии, сколиозы).
2. Вертеброгенные заболевания (нервной системы, сосудов, внутренних органов).
3. Патологию суставов и около суставных тканей.
4. Патологию мягких тканей (мышцы, связки, фасции, сухожилия).
5. Патологию внутренних органов.
6. Патологию оболочек головного и спинного мозга (краниосакральная система).

В связи с этим в рамках мануальной терапии сформированы особые разделы, удовлетворяющие нуждам клинической диагностики и терапии. Такими разделами современной мануальной терапии являются следующие:

- ◆ Вертебральная мануальная терапия
- ◆ Артикулярная мануальная терапия
- ◆ Миофасциальная мануальная терапия
- ◆ Висцеральная мануальная терапия
- ◆ Краниосакральная мануальная терапия

Развитие мануальной терапии осуществляется на базе знаний анатомии и физиологии. При этом все теоретические представления имеют большое прикладное значение. Кроме того современная мануальная терапия имеет довольно тесные связи с другими медицинскими специальностями.

- В связи с тем, что в мануальной терапии применяется механический лечебный фактор, она использует знания такого раздела физиотерапии как **механотерапия**.
- Использование пассивных движений роднит мануальную терапию с пассивной лечебной гимнастикой в рамках **лечебной физкультуры**.
- Наличие выраженного рефлекторного лечебного эффекта открывает необыкновенно широкие перспективы для мануальной **рефлексотерапии**.
- Использование ручной лечебной техники роднит мануальную терапию с **массажем**.

- Использование приемов коррекции опорно-двигательного аппарата сближает мануальную терапию с **ортопедией**, где рутинной практикой является закрытое вправление вывихов и ортопедическая коррекция.
- Наличие восстановительного компонента лечебного действия мануальной терапии позволяет использовать ее в **реабилитации**
- Лечебное воздействие при вертеброгенных неврологических синдромах теснейшим образом связывает мануальную терапию с **вертеброневрологией**.

Эти особенности во многом обуславливают интерес к изучению, развитию и преподаванию мануальной терапии в рамках различных специальностей и на различных медицинских кафедрах. Однако такое формирование и развитие на стыке медицинских наук предъявляет повышенные профессиональные требования к врачу мануальной терапии, который должен иметь солидный багаж знаний по следующим медицинским дисциплинам.

- Анатомия и физиология (центральной, периферической и вегетативной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, мягких тканей, сосудистой системы, внутренних органов),
- Неврология и вертеброневрология,
- Ортопедия,
- Ревматология,
- Терапия,
- Лучевая диагностика,
- Массаж,
- Лечебная физическая культура,
- Физиотерапия,
- Рефлексотерапия.

После предварительной характеристики специальности и ее диагностических и лечебных возможностей более понятными становятся и особенности врачебной деятельности врача мануальной терапии:

- 📖 Во-первых, врач мануальной терапии занимается клинической лечебно-диагностической работой.
- 📖 Во-вторых, определение показаний и противопоказаний к мануальной терапии, отбор пациентов на лечение проводит врач мануальной терапии.
- 📖 В-третьих, врач мануальной терапии может проводить мануальное лечение в комплексе с другими методами лечения (фармакотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, ЛФК и др.).

 В-четвертых, при осуществлении сотрудничества с другими врачами, врач мануальной терапии по причине своей узкой специализации является ведущим специалистом при решении вопросов связанных с его лечебной работой у конкретного пациента.

В мануальной терапии этапы алгоритма лечебных назначений имеют следующие наименования.

1. Этап регистрации пациента.
2. Этап проведения комплексной диагностики.
3. Этап определения задач мануальной терапии.
4. Этап выбора средств мануальной терапии.
5. Этап оформления лечебных назначений мануальной терапии.
6. Этап контроля и коррекции процедур мануальной терапии.
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив проведения мануальной терапии.

### ***1. ЭТАП РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА***

Врач мануальной терапии ведет специальный журнал регистрации пациентов, заполняет «Карту мануальной терапии», работает и с другой медицинской документацией (история болезни, амбулаторная карта, санаторно-курортная карта, направление, выписка и т. д.).

### ***2. ЭТАП ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ***

Врач мануальной терапии проводит комплексную диагностику, о которой говорилось выше. Диагностическая работа с пациентом и его медицинской документацией включает следующее.

1. Изучение жалоб и анамнеза.
2. Проведение общеклинического осмотра.
3. Осуществление мануальной диагностики.
4. Проведение неврологического осмотра.
5. Изучение данных лучевой, функциональной, лабораторной диагностики, а также (при наличии) данных классической электродиагностики.

Для наглядности мануальной диагностической работы можно привести алгоритм вертебральной мануальной диагностики, который включает следующее:

- 1. Исследование общей статики и динамики локомоторной системы
- 2. Исследование регионарной статики
- 3. Исследование активной регионарной подвижности
- 4. Исследование активной регионарной подвижности с преодолением сопротивления
- 5. Исследование пассивной регионарной подвижности
- 6. Исследование сегментарной статики
- 7. Исследование пассивной угловой сегментарной подвижности
- 8. Исследование пассивной линейной сегментарной подвижности
- 9. Исследование мягких тканей региона

На этапе проведения врачом мануальной терапии комплексной диагностики необходимо выделять следующие основные моменты.

### **1. Установление клинического диагноза.**

В результате проведения комплексной диагностики врач мануальной терапии устанавливает клинический диагноз, составной частью которого будут обнаруженные патобиомеханические проявления.

### **2. Определение показаний для назначения мануальной терапии.**

В основе лечебного эффекта мануальной терапии лежит сложная лечебная реакция организма в ответ на ручное воздействие, складывающаяся из корригирующего рефлекторного, трофостимулирующего, восстановительного, адаптивного и нормализующего компонентов, которые были описаны выше.

Определение показаний для мануальной терапии осуществляется врачом на базе научных представлений о лечебных возможностях и механизмах лечебного действия мануальных приемов на организм человека. Поэтому вопрос о показаниях к мануальной терапии следует решать на основе многокомпонентного подхода.

## **ПОКАЗАНИЯ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

### **■ 1.НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ**

Нозологические показания охватывают различные заболевания, при которых мануальная терапия, как правило, проводится с хорошей лечебной эффективностью.

- 1.Заболевания и травмы позвоночника
- 2.Заболевания и травмы суставов
- 3.Вертеброгенные неврологические синдромы
- 4.Рефлекторные (в том числе и вертеброгенные) висцеральные синдромы
- 5.Заболевания внутренних органов

При травмах позвоночника и суставов мануальную терапию назначают при отсутствии переломов и при наличии функциональных посттравматических изменений.



### **■ 2.ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ**

Патобиомеханические показания определяются врачом только при мануальной диагностике. Патобиомеханические показания необходимо рассматривать на нескольких уровнях – локомоторном, регионарном, сегментарном, артикулярном, висцеральном и краниосакральном.

- 1.Нарушение двигательного стереотипа локомоторной системы.
- 2.Наличие регионарного постурального мышечного дисбаланса.
- 3.Наличие функциональных патобиомеханических проявлений в ПДС или периферическом суставе.
- 4. Наличие функциональных патобиомеханических проявлений в висцеральной системе.
- 5. Наличие функциональных патобиомеханических проявлений в краниосакральной системе.

### **■ 3.ПАТОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ**

К патоанатомическим показаниям относятся различные функциональные (обратимые) патологические изменения при различных заболеваниях не только в органах, но и в тканях. Так, например, в коже образуются участки напряжения. В мышцах развиваются многообразные миофасцикулярные и

миофасциальные гипертонусы. В связочном аппарате и костных структурах появляются болезненные зоны и точки. Для лечения таких изменений в мануальной терапии имеются специальные методики. Поэтому ручное биомеханическое воздействие проводится в тех зонах, где имеются следующие обратимые тканевые изменения:

- 1.изменения в тканях дерматомера,
- 2.изменения в тканях склеромера,
- 3.изменения в тканях миомера,
- 4.изменения в тканях вазомера,
- 5.изменения в тканях остеомера,
- 6.изменения в тканях висцеромера.

Кроме того, для назначения лечения врач мануальной терапии учитывает все многообразие диагностических данных о состоянии пациента.

## **5. Определение противопоказаний для мануальной терапии.**

Определение противопоказаний для мануальной терапии требует от врача хорошего знания не только лечебных возможностей отдельных мануальных приемов, но и определенных патологических состояний, при которых имеется вероятность их негативного влияния. При этом врач должен подойти к определению противопоказаний дифференцированно.

Профессор К. Левит считал, что мануальная терапия противопоказана тогда, когда она не нужна, а проблему противопоказаний для мануальной терапии надуманной. По его мнению, основной проблемой является проблема техники.

В свою очередь профессор В. П. Веселовский отмечал, «что при занятиях мануальной терапией осложнения могут быть следствием применения устаревших, неспецифических, грубых приемов, проведения манипуляций с большой амплитудой без предварительной релаксации, форсирование манипуляций против тяги спазмированных мышц. Даже неосторожное исследование подвижности сустава или ПДС в болезненном направлении может принести вред, вызвать или усугубить обострение заболевания. Использование МТ для лечения опухоли, травмы, воспалительного заболевания позвоночника или спинного мозга, несомненно, приведет к резкому ухудшению состояния. Но применять щадящие приемы с четкой локализацией воздействия на том или ином сегменте при выключенном пораженном ПДС или специальных методик нейромускулярной терапии при наличии у больного вертебро-

генной патологии и на других уровнях позвоночника не только допустимо, но и целесообразно. Таким образом можно иногда значительно облегчить состояние пациента».

Поэтому вопрос о противопоказаниях к мануальной терапии должен решаться более многосторонне, использование же упрощенного подхода к противопоказаниям резко ограничивает клинические границы применения мануальной терапии.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

### **■ 1.НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Нозологические противопоказания охватывают различные заболевания, при которых мануальная терапия, как правило, не проводится полностью или в острый период. Однако она может применяться в последующем или частично в виде отдельных методик.

- 1.Опухоли, инфекционные, острые и подострые воспалительные процессы в суставах, позвоночнике головном и спинном мозге, внутренних органах;
- 2.Переломы позвоночника и суставов;
- 3.Состояние после операции на позвоночнике и суставах;
- 4.Сколиотическая болезнь, болезнь Шейермана-Мау;
- 5.Дискогенная болезнь с полной грыжей межпозвонкового диска, секвестрация грыжи диска;
- 6.Вертеброгенные и дискогенные миелопатические синдромы;
- 7.Вертеброгенные и дискогенные цереброишемические синдромы;
- 8.Вертеброгенные и дискогенные неврологические синдромы в остром периоде;
- 9.Выраженные аномалии развития локомоторной системы (позвонков, ребер, суставов и пр.);
- 10.Острые нарушения мозгового и сердечного кровообращения;
- 11.Острые заболевания внутренних органов;
- 12.Заболевания с декомпенсацией любых органов или их систем;
- 13.Психические заболевания при нарушении контакта с пациентом.

## ■ 2. ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К патобиомеханическим противопоказаниям относятся две их разновидности:

1. Неустранимые биомеханические нарушения в виде структурных блокад;
2. Неустранимые дисфиксационные биомеханические нарушения.

Патобиомеханические противопоказания выявляются врачом только при мануальной диагностике. В случае неустранимой структурной блокады мануальное воздействие, как правило, направляется лишь на трофостимулирующее воздействие в комплексе с другими лечебными методами. А в случае стойких неустранимых дисфиксационных изменений необходимы стабилизирующие мероприятия для данного сустава, ПДС, двигательного региона, позвоночника или всей локомоторной системы, которые также требуют комплексного их применения.

Патобиомеханические противопоказания необходимо рассматривать на нескольких уровнях – локомоторном, регионарном, сегментарном и артикулярном.

- 1. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные нарушения позвоночника и всей локомоторной системы с изменением двигательного стереотипа (при диспластическом сколиозе, ортопедическом укорочении ноги, врожденных нарушениях и заболеваниях позвоночника и всей локомоторной системы и пр.).
- 2. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные регионарные нарушения в шейном, грудном, поясничном и тазовом регионах.
- 3. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные сегментарные нарушения в одном или нескольких позвоночных двигательных сегментах (аномалии развития позвонков и дисков, спондилодез, спондилолизный спондилолистез и др.).
- 4. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные артикулярные нарушения в одном или нескольких периферических суставах (аномалии развития суставов, артродез, разрыв крестообразных связок и др.).
- 5. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные нарушения в висцеральной системе (аномалии развития внутреннего органа, сращение органов между собой, травматическое повреждение, разрыв внутреннего органа и др.).

- 6. Неустранимые (структурные) блоковые и дисфиксационные нарушения в краниосакральной системе (аномалии развития, травмы и др.).

### ■ 3. ПАТОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К патоанатомическим противопоказаниям относятся различные патологические процессы в органах и тканях с повреждением их структуры при различных заболеваниях. Ручное биомеханическое воздействие не проводится в тех зонах, где имеются следующие тканевые изменения:

- 1. воспалительные тканевые изменения,
- 2. инфекционные тканевые изменения,
- 3. деструктивные тканевые изменения,
- 4. травматические тканевые изменения,
- 5. ишемические тканевые изменения,
- 6. некротические тканевые изменения,
- 7. онкологические тканевые изменения.

### ■ 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Методические противопоказания определяются ограничением применения какой-либо методики или методик мануальной терапии в конкретной клинической ситуации. Наиболее часто при этом решается вопрос применять или нет манипуляционную технику. Более того, при описании противопоказаний для мануальной терапии в большинстве случаев описывают противопоказания именно для манипуляционного воздействия.

Методические противопоказания:

- 1. противопоказания для проведения релаксации,
- 2. противопоказания для проведения мобилизации,
- 3. противопоказания для проведения манипуляции,
- 4. противопоказания для проведения аутомобилизации,
- 5. противопоказания для проведения тренирующей терапии.

### ■ 4. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Квалификационные противопоказания тесно связаны с уровнем подготовки специалиста по мануальной терапии, а также наличием у него опыта работы с определенными патологическими состояниями у определенного контингента пациентов.

- 1.противопоказания для мануальной терапии, связанные с недостаточной врачебной подготовкой в какой-либо области мануальной терапии вертебральной, артикулярной, миофасциальной, и др.
- 2.противопоказания для мануальной терапии, связанные с отсутствием опыта работы с какой-либо патологией, например - с заболеваниями раннего детского возраста.

### ■ **5.ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Психологические противопоказания касаются взаимоотношений врача мануальной терапии и пациента. Как правило, при мануальном лечении необходимо полное доверие пациента врачу. Это способствует оптимальному расслаблению мягкотканых образований и более быстрому появлению положительной процедурной динамики. Пациентам, испытывающим страх перед мануальной терапией, ее не стоит проводить. В эту категорию следует отнести и детей (или их родителей) со страхами перед подобным лечением. Особо остро стоит вопрос о противопоказаниях при наличии конфликтной ситуации между врачом и пациентом. Такого пациента врач мануальной терапии лечить не должен.

- 1.противопоказания для проведения мануальной терапии из-за негативного отношения или страха у пациента (или родственников) к такому лечению;
- 2.противопоказания для проведения мануальной терапии из-за отсутствия психологического контакта врача с пациентом (или с родственниками).

### **3. ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАДАЧ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Задачи мануальной терапии тесно связаны с ее лечебными эффектами, о которых говорилось выше. Наиболее часто при лечении пациентов имеют место различные патобиомеханические проявления, которые определяют задачи по корригирующему воздействию. Кроме этого имеют место задачи связанные с необходимостью рефлекторного воздействия через вертебральные структуры на различные функциональные нарушения со стороны внутренних органов, а также с необходимостью в улучшении трофики, в восстановлении двигательного стереотипа и др.

В связи с этим необходимо выделять следующие задачи мануальной терапии.

- Необходимость оказания корригирующего воздействия

- Необходимость оказания рефлекторного воздействия
- Необходимость оказания трофостимулирующего воздействия
- Необходимость оказания восстановительного воздействия
- Необходимость оказания адаптивного воздействия
- Необходимость оказания нормализующего воздействия

#### ***4. ЭТАП ВЫБОРА СРЕДСТВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ***

Во-первых, врач мануальной терапии должен определить, в рамках каких разделов современной мануальной терапии он будет применять лечебное воздействие:

- ◆ Вертебральная мануальная терапия
- ◆ Артикулярная мануальная терапия
- ◆ Висцеральная мануальная терапия
- ◆ Миофасциальная мануальная терапия
- ◆ Краниосакральная мануальная терапия

А во-вторых, он решает, какие методики мануальной терапии, и в какой комбинации будут использованы при лечении пациента.

-  1. Релаксация (массаж и специальные техники релаксации мягких тканей)
-  2. Мобилизация
-  3. Манипуляция
-  4. Аутомобилизация и тренирующая терапия

#### ***5. ЭТАП ОФОРМЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ***

Специфика работы врача мануальной терапии заключается в том, что он проводит клиническую работу самостоятельно без ассистентов. Это во многом упрощает его документальную деятельность. Однако при этом сохраняются два варианта оформления документации:

- **1. консультиативный** – для врачей-лечебников и

- **2.методический** – для своего профессионального использования.

#### ❖ **КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Консультативный вариант используется для оформления назначений по мануальной терапии в краткой форме в медицинском документе (истории болезни, амбулаторной карте, санаторно-курортной карте, консультативном заключении). При этом следует указать диагноз и назначение (или не назначение при наличии противопоказаний) пациенту курса мануальной терапии.

В мануальной терапии при вертебрoneврологических синдромах в диагнозе на первом месте выставляется патобиомеханическая, затем патоморфологическая составляющая, а после этого неврологическая часть. Патобиомеханические данные фиксируются после проведения мануальной диагностики. Морфологические данные после лучевой диагностики. Неврологические - после соответствующего осмотра. Очень важно, что выполнять лечебное воздействие врач мануальной терапии должен с учетом трех составляющих диагноза, учитывая при необходимости и другие (Приложение, таб.3). В консультативном варианте оформления назначений не следует указывать количество процедур на курс, частоту их проведения и пр. В основном это связано с быстротой изменения клинических задач при проведении курса мануальной терапии и различными реакциями пациента на проводимое лечение.

#### ❖ **МЕТОДИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Методический вариант оформления лечебных назначений в детализированной форме осуществляется при оформлении «Карты мануальной терапии», где описывается вся диагностическая работа, и по датам отмечаются различные лечебные мероприятия, которые помимо мануальной терапии могут включать различные виды массажа, локальную инъекционную терапию, ударноволновую терапию и др., если врач владеет этими видами лечения.

### **6. ЭТАП КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕДУР МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

На этом этапе врач самостоятельно осуществляет контроль лечебной эффективности, проводя перед каждой процедурой мануальную диагностику, результаты которой, влияют на выбор методик лечебного воздействия.

## **7. ЭТАП ДАЛЬНЕЙШИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПЕРСПЕКТИВ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

После окончания проведенного курса лечения врач мануальной терапии может дать пациенту следующие рекомендации:

- 1.продолжить проведение аутомобилизации, тренирующей терапии самостоятельно в домашних условиях;
- 2.повторить курс мануальной терапии через определенный промежуток времени (например, через 1,5-2 месяца);
- 3.прийти на повторную консультацию для диспансерного наблюдения через определенный промежуток времени (например, через 1,5-2 месяца);

## **Глава 5. ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

### ***ОБЩИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ***

Как известно основу современной рефлексотерапии составляет древний традиционный китайский метод лечения – иглоукалывание. Синонимами этого термина являются – иглотерапия, иглорефлексотерапия (ИРТ) и акупунктура (АП), чжень-цзю терапия (Китай).

При классическом иглоукалывании воздействие на специальные точки акупунктуры (ТА) осуществляется иглами с формированием особого лечебного акупунктурного рецепта.

ИРТ базируется на традиционных философских знаниях китайской медицины, основой которых являются следующие представления.

#### **Традиционные представления китайской медицины**

- ◆ 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЯН И ИНЬ
- ◆ 2. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПЯТИ ПЕРВОЭЛЕМЕНТАХ (ТЕОРИЯ У-СИН)
- ◆ 3. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТОЧКАХ АКУПУНКТУРЫ
- ◆ 4. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИСТЕМЕ АКУПУНКТУРНЫХ МЕРИДИАНОВ
- ◆ 5. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЦИРКУЛЯЦИИ ЭНЕРГИИ

#### **◆ 1. ТРАДИЦИОННЫЕ КИТАЙСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЯН И ИНЬ**

В традиционной китайской медицине человек рассматривается как единое целое. Его мышление, чувства, тело, органы и функции взаимообусловлены и находятся в непрерывном развитии и неразрывной связи между собой.

Как во всяком целом в человеке существует единство, чередование, взаимозамена, взаимозависимость и взаимопроникновение двух противоположных начал инь и ян, которые создают гармонию природы и жизни.

В нормальном состоянии между ними должны быть сохранены тесная связь и полное уравнивание.

Символом и схематическим изображением этого положения является китайская монада (рис.1).



Рисунок 1. Китайская монада

Примером единства, чередования, взаимозамены, взаимозависимости и взаимопроникновения двух противоположных начал, могут служить суточные и годовичные изменения инь и ян (рис.2).

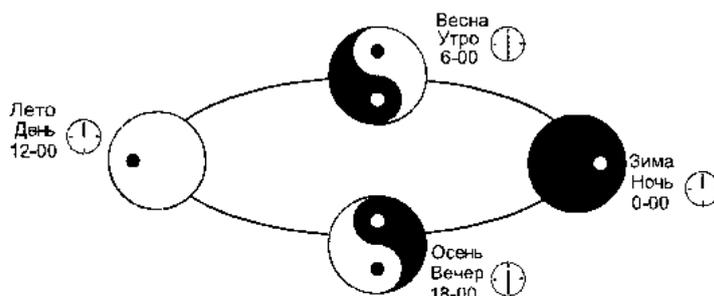


Рисунок 2. Суточные и годовичные изменения инь ян

**К ЯН И ИНЬ** относят следующие пары антиподов: небо-земля, солнце-луна, мужчина-женщина, силу-слабость, горячий-холодный, твёрдый-мягкий, светлый-тёмный, большой-малый, тяжёлый-лёгкий, высокий-низкий, длинный-короткий, радостный-печальный, внешний-внутренний, полный-худой, левый-правый, **ИЗБЫТОК-НЕДОСТАТОК** и т.д.

По законам ИРТ для восстановления равновесия между ян и инь необходимо выполнять следующее требование.

1. Всякое янское состояние (характеризующееся избытком) необходимо тормозить, успокаивать сильным воздействием. Такое сильное успокаивающее воздействие носит название **Тормозной метод**.
2. Всякое же иньское состояние (характеризующееся недостатком) для восстановления равновесия необходимо тонизировать, возбуждать слабым воздействием. Такое сильное возбуждающее воздействие носит название **Возбуждающий метод**.

## ➤ 2. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПЯТИ ПЕРВОЭЛЕМЕНТАХ (ТЕОРИЯ У-СИН)

Теория У-Син — или теория пяти первоэлементов является второй важнейшей концепцией древнекитайской философии и медицины

Она основана на законах природы и устанавливает процессы взаимодействия всех предметов и явлений во вселенной, в том числе и в человеческом организме. Сама теория, будучи метафизической и архаичной, дает возможность понять традиционную восточную медицину.

Эта теория постулирует, что все во вселенной состоит из пяти первоэлементов, которые являются основой всего материального мира. К ним относятся **дерево, огонь, земля, металл и вода**, которые находятся в динамическом равновесии и взаимосвязи. Это определяет состояние их непрерывного движения и изменения (Син — движение). Каждый элемент этой системы помогает развитию последующего и побуждает его к активной деятельности.

### *Символы концепция У-Син*

- **Дерево** символизирует рост и развитие и объединяет предметы и явления как быстрая изменчивость, кислый вкус, зеленый цвет.
- **Огонь** символизирует период максимального развития явления и характеризуется высокой температурой, движением вверх, красным цветом, горьким вкусом.
- **Земля** символизирует период зрелости, обладает влажностью, сладким вкусом, желтым цветом.
- **Металл** соответствует периоду начала увядания и характеризуется сухостью, острым вкусом, белым цветом.
- **Вода** характеризуется наименьшей активностью, текучестью, соленым вкусом, черным цветом.

Учение У-син (учение о пяти элементах) согласуется с теорией Ян – Инь. Так первоэлементы Дерево и Огонь причисляют к Ян, Металл и Вода – к Инь. А первоэлемент Земля находится посередине, образуя поворотную точку между Ян и Инь (рис.3).



Рисунок 3. Разделение первоэлементов на инь и ян

Однако важнейшим содержанием концепции пяти первоэлементов У-Син является то, что между ними имеются как созидающие, так и деструктивные связи (рис.4).

### Связи У-Син

1. Дерево доминирует над Землей, но подчиняется Металлу;
2. Огонь доминирует над Металлом, но подчиняется Воде;
3. Земля доминирует над Водой, но подчиняется Дереву;
4. Металл доминирует над Деревом, но подчиняется Огню;
5. Вода доминирует над Огнем, но подчиняется Земле.

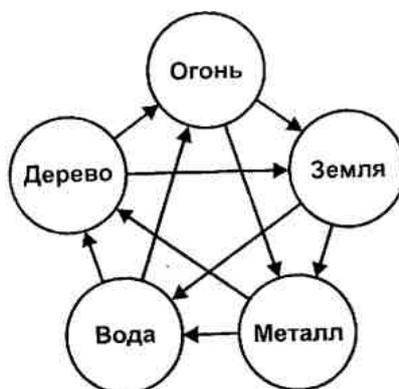


Рисунок 4. Связи У-Син

### Концепция Связи У-Син и внутренние органы

В организме человека (и любого живого существа) также выделяют органы, относящиеся к первоэлементам:

1. к категории **Дерево** относятся Печень и Желчный пузырь;
2. к категории **Огонь** Сердце, Тонкий кишечник, Перикард, Три части туловища;
3. к категории **Земля** относят Селезенку — Поджелудочную железу;

4. к категории **Металл** относят Легкие и Толстый кишечник;
5. к категории **Вода** относят Почки и Мочевой пузырь.

К таким же категориям относят и меридианы этих органов. Кроме того, на каждом меридиане имеются все точки первоэлементов, т.н. античные точки.

### ◆ 3.ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТОЧКАХ АКУПУНКТУРЫ

В ИРТ воздействие проводится на ТА. Следует помнить о том, что они представляют собой не плоскостные, а объемные образования. Другими словами ТА залегают в глубине тканей, а не на поверхности. Сомнения в отношении объективности существования этих точек были развеяны после их обнаружения с помощью электродиагностического поиска.

Последующими исследованиями было доказано, что ТА имеют следующие особенности:

- большее поглощение кислорода,
- повышенную температуру,
- повышенное потоотделение,
- повышенное инфракрасное излучение,
- повышенную чувствительность к механическому давлению,
- наличие повышенного электрического потенциала
- пониженное электрическое сопротивление.

Границы ТА на коже переменны. У спящего человека диаметр точки уменьшается до 1 мм, после отдыха диаметр точки достигает 1 см, а при заболеваниях диаметр точки увеличивается до нескольких сантиметров.

Для нахождения ТА используют различные методы их локализации. Как правило, опытный врач в своей работе использует каждый из них кроме приборного. Начинаящий наоборот тяготеет к поиску точек с помощью приборов.

#### Методы локализации ТА

- 1.Пальпация - в зоне точки определяется шероховатость, болезненность, прилипание пальца.
- 2.Использование топографических карт и линий.
- 3.Использование анатомических ориентиров.

- 4.Использование пропорциональных отрезков (цунь).
- 5.Использование приборов для поиска точек.

#### ◆ 4.ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИСТЕМЕ АКУПУНКТУРНЫХ МЕРИДИАНОВ

Точки акупунктуры на коже располагаются по особым линиям, которые имеют начало и конец. Эти линии называют меридианами иглорефлексотерапии. Однако точнее будет, если сказать, что точки акупунктуры связанные между собой функционально и топографически образуют акупунктурные меридианы.

По древневосточным представлениям меридиан выполняет следующие функции:

1. управляет потоком крови и «жизненной энергии»,
2. осуществляет гармонию инь и ян,
3. оживляет мышцы и кости,
4. облегчает работу суставов,
5. служит для передачи «энергии» от внутреннего органа к покрову тела, благодаря чему внутренние сигналы болезни достигают поверхности тела.

Как видно из выше сказанного с научных позиций каждый акупунктурный меридиан является сложной функциональной системой с многообразными связями и возможностями. Следует подчеркнуть, что акупунктурный меридиан не является представителем какого-либо внутреннего органа, но является сложной функциональной биологической системой.

В иглотерапии выделяют 14 основных акупунктурных меридианов (два последних из них непарные), последовательная иерархия списка которых имеет логический и функциональный смысл.

#### **Список акупунктурных меридианов с указанием номера, буквенного символа, циркадной активности, названия, функционального и анатомического значения.**

(Приложение, рисунок 1)

- I) P - 3-5 час. **меридиан лёгких** - дыхательная система (нос-бронхи), лёгкие, кожа.

- II) GI - 5-7 час. **меридиан толстого кишечника** – выведение шлаков, циркуляция жидкостей.
- III) E - 7-9 час. **меридиан желудка** - приём и переваривание пищи.
- IV) RP - 9-11 час. **меридиан селезёнки и поджелудочной железы** - распределение питательных веществ в организме, резервация и распределение крови, участие в процессах трофики (особенно мышц и полости рта).
- V) C - 11-13 час. **меридиан сердца** - эмоции.
- VI) IG - 13-15 час. **меридиан тонкого кишечника** - переваривание, усвоение, распределение в организме питательных веществ.
- VII) V - 15-17 час. **меридиан мочевого пузыря** – выделение мочи, регуляция всех жидкостей тела.
- VIII) R - 17-19 час. **меридиан почек** - регуляция водно-солевого обмена, половая и наследственная функции, кости, слух, головной мозг, волосы.
- IX) MC - 19-21 час. **меридиан перикарда** - регуляция тонуса сосудов и кровотока.
- X) TR - 21-23 час. **меридиан тройного обогревателя (трёх частей туловища)** - регулирует кровообращение всех внутренних органов.
- XI) VB - 23-1 час. **меридиан желчного пузыря** - важная роль в пищеварении.
- XII) F - 1-3 час. **меридиан печени** - продукция желчи, веществ, которые определяют свёртываемость крови, влияет на функцию дезинтоксикации, зрение, при патологии рождает гиперкинезы.
- XIII) T (VG) - **задний срединный меридиан** - объединяет все янские меридианы, проходящие по наружно-задней поверхности тела.
- XIV) I (VC) - **передний срединный меридиан** - объединяет все иньские меридианы, проходящие по внутренне-передней поверхности тела.

Часть акупунктурных меридианов начинается на конечностях и заканчивается на туловище - такие меридианы называются восходящими или центростремительными. К ним относятся на руках - GI, IG, TR; а на ногах - RP, R, F.

Другая часть акупунктурных меридианов начинается на туловище и заканчивается на конечностях - такие меридианы называются нисходящими или центробежными. К ним относятся на руках - P, C, MC; а на ногах - E, V, VB.

## ◆ 5. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЦИРКУЛЯЦИИ ЭНЕРГИИ

Для восточных в том числе и китайских целителей наличие и циркуляция «жизненной энергии», как правило, не вызывает сомнения. Однако квазиоткрытие «системы Кенрак» Ким Бон Хана, имевшее трагические последствия для автора, заставляют серьезного исследователя критически относиться к циркуляции т.н. «жизненной энергии» по каналам тела. Поэтому необходимо сразу же оговориться, что в неподтвержденной фактами терминологии будет использоваться фраза «согласно традиционным восточным представлениям».

И так, согласно традиционным восточным представлениям в организме человека по системе акупунктурных меридианов происходит циркадная циркуляция «жизненной энергии». Причём, каждый меридиан имеет своё время «энергетического прилива» и «энергетического отлива». Задержка либо избыток данных состояний ведёт к заболеваниям (рис.5).



Рисунок 5. Почасовая связь между 12 парными меридианами (большой круг циркуляции энергии)

### Акупунктурные меридианы и цикл «У-син» (взаимодействия между пятью первоэлементами)

Согласно традиционным восточным представлениям все предметы и явления, подчинены определенным закономерностям, которые характеризуются непрерывным движением, сменой фаз, что играет важную роль в процессах приспособляемости организма к условиям внешней среды. В теории У-Син между пятью первоэлементами существуют следующие связи (рис.6):

1. Стимулирующие (способствующие возникновению и развитию);
2. Угнетающие (ограничивающие);
3. Избыточно стимулирующие (гиперстимулирующие);
4. Избыточно угнетающие (гиперугнетающие);
5. Обладающие обратной стимуляцией;
6. Обладающие обратным угнетением.

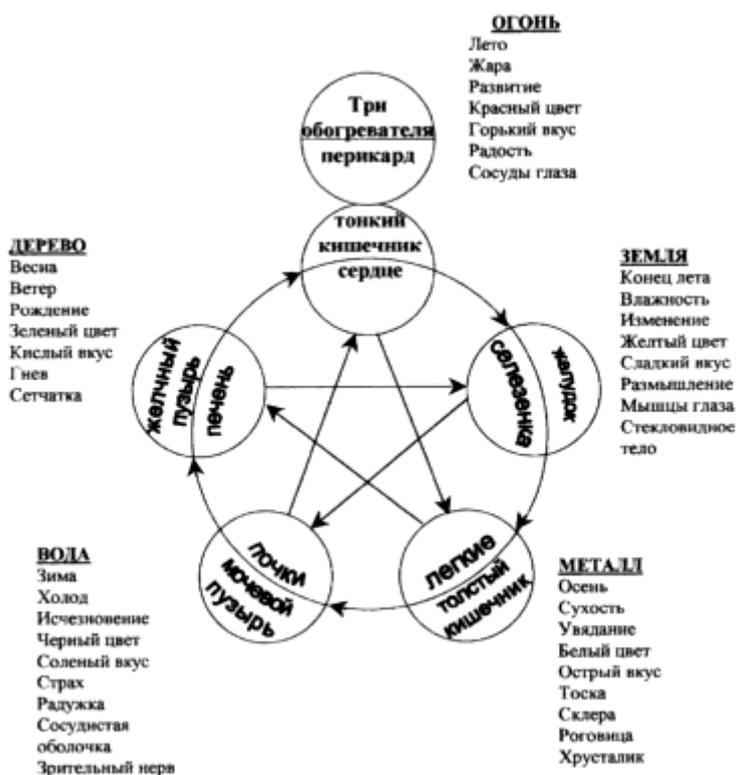


Рисунок 6. Акупунктурные меридианы и цикл «У-син»

## 1. Стимулирующие связи

Под стимулирующей подразумевается связь, при которой каждый элемент воздействует стимулирующим образом на последующий за ним. Это эволюционная связь, способствующая возникновению и развитию (Шен).

Последовательность стимуляции такова: Дерево стимулирует Огонь, Огонь стимулирует Землю, Земля стимулирует Металл, Металл стимулирует Воду, Вода стимулирует Дерево. Эту связь часто называют «Отец-сын» для элементов Ян или «Мать-дочь» для элементов Инь.

## **2. Угнетающие связи**

Под угнетающей подразумевается связь, при которой каждый элемент воздействует угнетающим образом на другой. Это сдерживание и ограничение (Ге).

Последовательность этих связей следующая: Дерево угнетает Землю, Земля угнетает Воду, Вода угнетает Огонь, Огонь угнетает Металл, Металл угнетает Дерево (связь через элемент).

Такую связь часто называют для элементов Инь «Бабушка-внучка» или для элементов Ян «Дед-внук».

Таким образом, благодаря тому, что стимуляция ограничивается угнетением, а угнетение восполняется стимуляцией, поддерживается необходимое равновесие, обеспечивающее нормальное развитие, т.е. гармонию.

## **3. Гиперстимулирующее воздействие**

Если какой-либо орган избыточно активен, что наблюдается при патологии, то он также обладает и гиперстимулирующим действием.

Например, при избытке меридиана желчного пузыря (Дерево) происходит усиление меридиана тонкого кишечника (Огонь). Клиническим выражением этого может служить усиление перистальтики тонкого кишечника при дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

## **4. Гиперугнетающее воздействие**

Гиперугнетающее воздействие также наблюдается при избыточной активности какого-либо органа и может возникать одновременно с гиперстимуляцией, но в направлении угнетающего действия.

Например, при избытке меридиана желчного пузыря (Дерево), угнетается меридиан поджелудочной железы (Земля). Клинически при остром холецистите будет иметь место снижение панкреатических функций

## **5. Обратная стимуляция**

Это стимуляция в противоположном направлении, когда стимулируемый элемент достаточно силен «Сын» и он оказывает обратное воздействие на «Отца».

Например, при избытке меридиана поджелудочной железы (Земля) возникает стимуляция меридиана сердца (Огонь), поэтому в клинике острых панкреатитов могут иметь место нарушения в работе сердца, сопровождаемые, болями, тахикардией, угнетением психики.

## **6. Обратное угнетение**

Обратное угнетение это угнетение в противоположном направлении. Например, при избытке меридиана поджелудочной железы (Земля) возникает угнетение меридиана желчного пузыря (Дерево). Клинически при острых панкреатитах снижается перистальтика желчного пузыря, возникают холестаз и запоры. Таким образом, здесь «Внучка угнетает Бабушку», а «Внук угнетает Деда».

Обратно угнетающее действие означает ослабление первоэлемента, который оказывает прямое угнетающее действие за счёт чрезмерного развития угнетаемого элемента. Направленность обратного угнетающего действия противоположна направленности прямого угнетающего действия.

Например, если первоэлемент Дерево избыточен, то он избыточно угнетает первоэлемент Землю и оказывает обратное угнетающее действие на первоэлемент Металл. Если первоэлемент Дерево недостаточен, то он испытывает на себе одновременно и обратное угнетение со стороны первоэлемента Земля и избыточное угнетение со стороны первоэлемента Металл.

Все описанные выше традиционные представления китайской медицины о ян и инь, о пяти первоэлементах (теория У-Син), о точках акупунктуры, о системе акупунктурных меридианов и о циркуляции энергии имеют важное значения для выбора меридианальных точек акупунктуры для составления из них акупунктурного рецепта процедуры рефлексотерапии.

В рефлексотерапии этапы алгоритма лечебных назначений имеют следующие наименования.

1. Этап регистрации пациента.
2. Этап изучения диагностической информации и проведения диагностических мероприятий.
3. Этап определения задач рефлексотерапии.
4. Этап выбора средств рефлексотерапии.
5. Этап оформления назначений рефлексотерапии.
6. Этап контроля и коррекции процедур рефлексотерапии.
7. Этап дальнейших рекомендаций и перспектив рефлексотерапии.

### ***1. ЭТАП РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА***

Врач рефлексотерапевт ведет специальный журнал регистрации пациентов, в котором он регистрирует их данные.

Кроме этого врач заполняет «Карту рефлексотерапии» и работает с другой медицинской документацией (история болезни, амбулаторная карта, санаторно-курортная карта, направление, выписка и т. д.).

## **2. ЭТАП ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ РЕФЛЕКСОДИАГНОСТИКИ**

Поэтому, врач рефлексотерапевт является специалистом, соединяющим в себе знания классической западной и традиционной восточной медицины. Поэтому специфика работы врача рефлексотерапевта имеет двойное значение.

Во-первых, она заключается в том, что врач, как правило, консультирует пациента, с уже установленным клиническим диагнозом, который отражен в медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта, санаторно-курортная карта, направление, выписка и др.). С учетом такой специфики правила рефлексотерапии требуют следующее:

1. на приеме у рефлексотерапевта пациент должен иметь медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта и др.);
2. в медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта и др.) должен быть отражен развернутый клинический диагноз (в стационаре диагноз устанавливается в течение первых 3-х дней);
3. медицинская документация должна иметь все необходимые сведения о пациенте и его заболевании.

Во-вторых, врач рефлексотерапевт также осуществляет специальную рефлексодиагностику, которая, как правило, на основании изучения функционального состояния точек акупунктуры позволяет определить янское или иньское состояние всего организма и избытка или недостатка в отдельных меридиональных системах.

На этапе диагностической работы врача рефлексотерапевта необходимо выделять следующие основные моменты.

### **1. Изучение клинического диагноза.**

При изучении клинического диагноза необходимо обращать внимание на все его составляющие, и особенно на выраженность клинических проявлений, тяжесть состояния, вариант течения и сопутствующие заболевания.

## 2. Изучение диагностической информации.

Вся диагностическая информация (жалобы, анамнез заболевания и жизни, диагностические обследования и консультации, различные выписки и др.) должна быть представлена в документальном виде в истории болезни или в амбулаторной карте. Это требует от рефлексотерапевта особого умения работать с медицинской документацией.

В тоже время, при необходимости, врач рефлексотерапевт сам уточняет жалобы и анамнез у пациента, проводит пульсометрию, измерение АД, аускультацию и пальпацию для того чтобы уточнить или выяснить для себя следующие диагностические данные:

-  этиологию заболевания;
-  основные звенья патогенеза;
-  основные симптомы, синдромы и жалобы пациента;
-  стадию, течение, тяжесть и степень компенсации заболевания;
-  сопутствующие заболевания;
-  реакция на ранее проводимое лечение;
-  терапевтические планы пациента.

## 3. Проведение рефлексодиагностики.

На этом этапе врач рефлексотерапевт проводит специальную рефлексодиагностику, которая может включать в себя следующее:

1. Механопунктурную (корпоральную, аурикулярную, пальмарную, плантарную) рефлексодиагностику
2. Термопунктурную (корпоральную, аурикулярную, пальмарную, плантарную) рефлексодиагностику
3. Электропунктурную (корпоральную, аурикулярную, пальмарную, плантарную) рефлексодиагностику
4. Пульсовую рефлексодиагностику
5. Биорезонансное тестирование и др.

Данные рефлексодиагностики позволяют врачу осуществлять рефлексотерапевтические воздействия в соответствии с представлениями традиционной восточной медицины, которые были описаны выше, а также в соответствии с данными специального тестирования (биорезонансное тестирование).

#### 4. Определение показаний для назначения рефлексотерапии.

Основу лечебного эффекта в рефлексотерапии составляет лечебная реакция организма на воздействие пунктурными факторами. Поэтому, если имеется возможность вызвать такую реакцию, то имеется и необходимость в назначении рефлексотерапии. На сегодняшний день обильное методическое обеспечение позволяет использовать ИРТ при самых разнообразных заболеваниях. Поэтому показания к назначению рефлексотерапии довольно широки.

##### Показания к рефлексотерапии

- ■ Заболевания нервной системы (головные боли и головокружения различного происхождения, вегето-сосудистая астения, невротии черепных и соматических нервов, невралгии, радикулиты, последствия инсультов, болезни органов чувств, детский церебральный паралич, паркинсонизм и др.);
- ■ Вертеброгенные и дискогенные синдромы с различными неврологическими нарушениями: шейные, грудные, пояснично-крестцовые.
- ■ Заболевания опорно-двигательного аппарата (сколиозы, артриты, артрозы, периартриты, миозиты, бурситы, тендовагиниты, фасцииты);
- ■ Заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма);
- ■ Заболевания ЛОР-органов (поллиноз, хронический ринит, гайморит, отит, тугоухость, фарингит, тонзиллит, ларинготрахеит, аллергический ринит, болезнь Меньера, кохлеарный неврит);
- ■ Заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, хронический некалькулезный холецистит, постхолецистэктомический синдром, панкреатит, хронические колиты и запоры);
- ■ Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, I-II ст., ишемическая болезнь сердца без выраженных изменений на ЭКГ, ранние стадии атеросклероза, артериальная гипотензия, синдром (болезнь) Рейно, варикозная болезнь, геморрой, заболевания сосудов конечностей и др.);
- ■ Заболевания мочеполовой системы (энурез, хронический цистит, цисталгия, пиелонефрит, уретрит, мочекаменная болезнь, нарушения мочеиспускания, импотенция, простатит);

- ■ Акушерско-гинекологические заболевания (регуляция родовой деятельности и обезболивание родов, нарушения лактации, климактерический синдром, хронические воспалительные процессы, бесплодие, расстройства менструального цикла);
- ■ Аллергические заболевания (вазомоторный ринит, крапивница и др.);
- ■ Кожные заболевания (себорейный дерматит, экзема, нейродермит, псориаз, зуд и родственные состояния)
- ■ Офтальмологические заболевания (хронический конъюнктивит, аллергические блефароконъюнктивит и блефарит, нарушения рефракции и аккомодации, неврит зрительного нерва и др.);
- ■ Заболевания эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет, тиреоидиты, дисфункция яичников и яичек и др.);
- ■ Психиатрические заболевания (логоневроз, неврастения, ипохондрический невроз, тревожный невроз, невротические фобии, истерический невроз, обсессивный невроз, невротическая депрессия, невротические головные боли, бессонница и др.);
- ■ Анестезиологическая практика, рефлексотерапия как компонент комплекса анестезиологических мероприятий на всех этапах лечения больного (в предоперационном периоде, во время операции и после нее);
- ■ Болезни зависимости (табачная, алкогольная, токсическая и др.);

#### **4. Определение противопоказаний для рефлексотерапии**

Выяснение противопоказаний для рефлексотерапии требует от врача хорошего знания не только лечебных возможностей ИРТ, но и негативного влияния при определенных заболеваниях. Именно эти заболевания, их различные стадии и составляют перечень противопоказаний для рефлексотерапии. Поэтому так важно выяснить следующую информацию:

- ✗ состояние сердечно-сосудистой системы (АД, ЧСС);
- ✗ наличие онкологических заболеваний и предрасположенности к ним (особенно гинекологического и эндокринологического профиля);
- ✗ состояние кожных покровов, их повреждение и заболевания (особенно разные);
- ✗ наличие декомпенсации в деятельности органа или системы органов;
- ✗ тяжесть состояния пациента;
- ✗ наличие инфекционных заболеваний;

- ✘ наличие кровотечений и предрасположенности к ним;
- ✘ наличие синкопальных состояний (эпилепсия, синкопальный вертебральный синдром, коллапсы, истерия, вегетативные сосудистые пароксизмы);
- ✘ наличие гнойного воспаления без дренажа;
- ✘ наличие индивидуальной непереносимости пунктурных факторов.

Данный перечень во многом помогает практикующему врачу выявить явные и скрытые противопоказания к рефлексотерапии. Это имеет очень важное прикладное значение так, как многие пациенты, и нередко даже врачи считают, что ИРТ не имеет противопоказаний. Именно поэтому так важен профессиональный отбор пациентов для назначения рефлексотерапевтического лечения.

### **Общие противопоказания к назначению рефлексотерапии:**

- ▣ Доброкачественные и злокачественные новообразования.
- ▣ Системные заболевания крови и кроветворных органов
- ▣ Инфаркт миокарда.
- ▣ Нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия)
- ▣ Наличие искусственного водителя ритма сердца
- ▣ Декомпенсированные заболевания сердца, легких и других внутренних органов.
- ▣ Активный ревматизм.
- ▣ Венозные тромбозы и эмболии в остром периоде
- ▣ Лихорадочное состояние, в том числе, и неясной этиологии (температура тела свыше 38° С)
- ▣ Эпилепсия с частыми припадками
- ▣ Обморожение и воспалительные процессы ушной раковины.
- ▣ Острые воспалительные процессы опорно-двигательного аппарата.
- ▣ Психозы с явлениями психомоторного возбуждения

- Резкое общее истощение
- Общее тяжелое состояние больного
- Острые инфекционные заболевания и хронические инфекционные заболевания в стадии обострения (туберкулез, гепатит и др.).
- Непереносимость (боязнь) лечебных факторов рефлексотерапии.

В практике врача рефлексотерапевта сложился определенный минимальный комплекс необходимых диагностических исследований для назначения рефлексотерапии, в который входят:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. ЭКГ.
3. Консультация дерматолога.
4. Консультация гинеколога (для женщин).
5. Флюорография легких.

### ***3. ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАДАЧ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ***

Умение врача четко определить задачи рефлексотерапии соединено с глубиной его клинических представлений о различной патологии и во многом определяет оптимальность выбора факторов ИРТ. В свою очередь задачи рефлексотерапии тесно связаны с ее лечебными пунктурными возможностями, среди которых выделяют следующие.

- 1. Общее рефлексотерапевтическое воздействие на весь организм – предполагает использование ТА общего воздействия, микрофункциональных систем и др.
- 2. Органно-сегментарное рефлексотерапевтическое воздействие – предполагает использование ТА сегментарного и органного воздействия, а также микрофункциональных систем.
- 3. Локальное рефлексотерапевтическое воздействие – предполагает использование ТА локального воздействия.

В каждом клиническом случае для врача рефлексотерапевта с позиций традиционной восточной медицины большое значение имеет задача восста-

новления равновесия между ян и инь. Вместе с тем, с позиций клинической медицины задачи рефлексотерапии связаны:

- с нормализацией общего состояния пациента (улучшение показателей гомеостаза, сна, аппетита, общей адаптации, работоспособности, двигательной и психической активности и т.п.);
- с устранением основных звеньев патогенеза (улучшение иннервации, трофики для заживления раны и консолидации перелома, устранение сенсibilизации, восстановление гемодинамики, устранение отека и др.);
- с устранением основного симптома, синдрома (уменьшение болевого синдрома, устранение спастичности, уменьшение артериальной гипертензии, уменьшение артериальной гипотензии, устранение отечности, уменьшение раздражительности, увеличение мышечной силы и др.).

Как видно из сказанного данный этап алгоритма требует от врача не только знаний по рефлексотерапии, но и современных представлений об этиологии и патогенезе различных заболеваний.

#### ***4. ЭТАП ВЫБОРА СРЕДСТВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ***

Выбор **лечебного пунктурного фактора** связан с решением задач рефлексотерапии. При этом сам фактор и его методика подбираются таким образом, чтобы обеспечить решение максимального количества задач рефлексотерапии.

Нередко врач рефлексотерапевт испытывает трудности связанные с названием разновидностей ИРТ. Это связано с быстрым развитием специальности и появлением новых методов пунктурного воздействия. На сегодняшний день арсенал средств современной рефлексотерапии настолько широк, что требует отдельного специального описания. Для более успешного оформления лечебных назначений по рефлексотерапии врачу необходимо владеть современной терминологией в этой области. В научной литературе нередко встречается неточность терминов и смешение понятий, которые создают терминологическую неразбериху и затрудняют овладение методами рефлексотерапии. Во многом это связано с тем, что методики разрабатываются в рамках смежных специальностей с отсутствием у врачей базовой подготовки по рефлексотерапии. Поэтому для уточнения терминов будут приведены только терминологические варианты ИРТ, имеющие наиболее важное практическое значение.

Терминология методов ИРТ по месту воздействия и пролонгированных методов ИРТ представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1

## Терминология методов ИРТ по месту воздействия

№	Метод рефлексотерапии	Место воздействия
1.	Корпоральная рефлексотерапия	АТ тела
2.	Аурикулярная рефлексотерапия	АТ ушной раковины
3.	Краниальная рефлексотерапия	АТ и зоны головы
4.	Пальмарная рефлексотерапия	АТ ладони (су-джок)
5.	Плантарная рефлексотерапия	АТ подошвы (су-джок)
6.	Стерральная рефлексотерапия	АТ грудины
7.	Периостальная рефлексотерапия	АТ периоста
8.	Остальная рефлексотерапия	Костные структуры

Таблица 2

## Терминология пролонгированных методов ИРТ

№	Метод рефлексотерапии	Синонимы
<b>1.</b>	<b><u>МИКРОИГЛОТЕРАПИЯ</u></b>	
	<b>Использование микроигл</b>	
1.1.	Корпоральная микроиглотерапия	Микрокорпороакупунктура Корпоромикроакупунктура
1.2.	Аурикулярная микроиглотерапия	Микроаурикулоакупунктура Аурикуломикроакупунктура
<b>2.</b>	<b><u>АПЛИКАЦИОННАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ</u></b>	
<b>2.1.</b>	<b>Шарики, цубо (Япония) из разных металлов</b>	
2.1.1.	Корпоральная цуборефлексотерапии	Цубокорпоропунктура Корпороцубопунктура
2.1.2.	Аурикулярная цуборефлексотерапии	Цубоаурикулопунктура Аурикулоцубопунктура
2.1.3.	Пальмарная цуборефлексотерапии	Цубопальмопунктура Пальмоцубопунктура
2.1.4.	Плантарная цуборефлексотерапии	Цубоплантопунктура Плантоцубопунктура
<b>2.2.</b>	<b>Металлические пластины из разных металлов</b>	
2.2.1.	Корпоральная ламинорефлексотерапии	Ламинокорпоропунктура Корпороламинопунктура
2.2.2.	Аурикулярная ламинорефлексотерапии	Ламиноаурикулопунктура Аурикулоламинопунктура
2.2.3.	Пальмарная ламинорефлексотерапии	Ламинопальмопунктура Пальмоламинопунктура
2.2.4.	Плантарная ламинорефлексотерапии	Ламиноплантопунктура Плантоламинопунктура

Терминология акупунктурных (пункционных) методов ИРТ представлена в таблице 3.

Таблица 3

## Терминология акупунктурных методов ИРТ

№	Метод рефлексотерапии	Синонимы
1.	Корпоральная иглорефлексотерапия	Корпоральная акупунктура Корпоральная иглотерапия Классическое иглоукалывание Корпороакупунктура
2.	Поверхностная иглорефлексотерапия	Поверхностная акупунктура Поверхностная иглотерапия Поверхностное иглоукалывание Мэй-хуа-дженъ (Китай)
3.	Корпоральная микроиглорефлексотерапия	Корпоральная микроакупунктура Корпоральная микроиглотерапия Корпоромикроакупунктура
4.	Аурикулярная иглорефлексотерапия	Аурикулярная акупунктура Аурикулярная иглотерапия Аурикулярное иглоукалывание Аурикулоакупунктура
5.	Аурикулярная микроиглорефлексотерапия	Аурикулярная микроакупунктура Аурикулярная микроиглотерапия Аурикуломикроакупунктура
6.	Краниальная иглорефлексотерапия	Краниальная акупунктура Краниальная иглотерапия Краниальное иглоукалывание Краниоакупунктура Скальпоиглотерапия Скальпоакупунктура
7.	Пальмарная иглорефлексотерапия	Пальмарная акупунктура Пальмарная иглотерапия Пальмарное иглоукалывание Пальмоакупунктура Су-джок акупунктура Су-джок иглотерапия
8.	Плантарная иглорефлексотерапия	Плантарная акупунктура Плантарная иглотерапия Плантарное иглоукалывание Плантоакупунктура Су-джок акупунктура Су-джок иглотерапия
9.	Периостальная иглорефлексотерапия	Периостальная акупунктура Периостальная иглотерапия Периостальная иглоукалывание Периостоакупунктура
10.	Остальная иглорефлексотерапия	Остальная акупунктура Остальная иглотерапия Остальное иглоукалывание Остоеакупунктура

Большое развитие и распространение в практике ИРТ получили методы воздействия на точки акупунктуры с использованием лечебных физических факторов (токи, лазерный свет, и др.). При этом физиопунктурные воздействия могут проводиться наружно через кожу без ее прокола - **пунктура**, а могут и с использованием пунктирования - **акупунктура** (Приложение, таблица 3 и 4).

## 6. ЭТАП ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Специфика работы врача рефлексотерапии заключается в том, что он проводит клиническую работу самостоятельно. Однако часть его лечебной работы может выполнять медсестра кабинета рефлексотерапии (подготовка и удаление игл в конце процедуры, проведение вакуумного массажа и др.). Это во многом упрощает его документальную деятельность. Тем не менее, при этом сохраняются два варианта оформления документации:

- **1.консультативный** – для консультации врачей-коллег,
- **2.методический** – для своего профессионального использования.

### КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Консультативный вариант используется для оформления назначений по рефлексотерапии в краткой форме в следующих медицинских документах: истории болезни, амбулаторной карте, санаторно-курортной карте, консультативном заключении. При этом следует сделать следующую запись:

 Указать, что ***назначен курс рефлексотерапии.***

При необходимости можно указать более детально методы ИРТ, которые будут использованы для лечения данного пациента.

 Указать, что ***назначен курс рефлексотерапии: корпоральная, поверхностная, аурикулярная иглотерапия.***

В консультативном варианте оформления назначений не следует указывать количество процедур на курс, частоту их проведения и пр. В основном это связано с быстротой изменения клинических задач при проведении курса рефлексотерапии и реакциями пациента на проводимое лечение.

## МЕТОДИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОФОРМЛЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Методический вариант оформления лечебных назначений в детализированной форме предназначен для оформления карты рефлексотерапии, где описывается вся диагностическая работа, и по датам отмечаются различные лечебные мероприятия, с указанием метода ИРТ, меридиана и точек акупунктуры в их символическом обозначении, аурикулярных ТА, метода воздействия и др.

При назначении рефлексотерапии врач должен профессионально сочетать три фактора лечебного воздействия в ИРТ.

- ◆ 1.МЕСТО ВОЗДЕЙСТВИЯ
- ◆ 2.МЕТОД ВОЗДЕЙСТВИЯ
- ◆ 3.МОМЕНТ ВОЗДЕЙСТВИЯ

### ◆ 1.МЕСТО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Под местом лечебного воздействия понимают выбранные в процедурный рецепт точки акупунктурного воздействия.

### ◆ 2.МЕТОД ВОЗДЕЙСТВИЯ

Под методом лечебного воздействия при назначении рефлексотерапии следует понимать необходимость тормозить (метод «СЕ» - отнять, дисперсия, седация), возбуждать (метод «БУ» - прибавить, тонизация, стимуляция) или гармонизировать (метод «БУ-СЕ», средний, промежуточный между тормозным и возбуждающим методами) акупунктурные системы.

#### **Выделяют два варианта тормозного метода**

- ❖ I – сильный тормозной метод (I ТМ)
- ❖ II – слабый тормозной метод (II ТМ)

#### **Выделяют два варианта возбуждающего метода**

- ❖ I – сильный возбуждающий метод (I ВМ)
- ❖ II – слабый возбуждающий метод (II ВМ)

#### **Выделяют один вариант гармонизирующего метода**

- ❖ гармонизирующий метод (ГМ).

Различия в методах лечебного воздействия заключаются в технических приемах (направление введения игл, интенсивность, продолжительность и приемы манипулирования иглой), материалах игл (золотые, серебряные, никхромовые и др.), количестве процедурных АТ и, конечно же, в показаниях к применению.

### ◆ 3.МОМЕНТ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Под моментом лечебного воздействия при назначении рефлексотерапии следует понимать различные временные факторы хронобиологического характера, т.е. в какое время проводится лечение: циркадные (суточные), месячные, сезонные (весна, лето, осень, зима) и др. Кроме того в понятие момента следует включать учет стадий и фаз заболеваний, особенностей их клинического течения. Сюда же относятся и оптимальное количество процедур, лечебных курсов и перерывом между ними, которые индивидуальны для каждого пациента.

## **6. ЭТАП КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕДУР РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

Этап контроля и коррекции проводимых процедур рефлексотерапии занимает время всего курса лечения. Так врач при каждой процедуре проводит опрос пациента и необходимую диагностическую работу, и в соответствии с этим осуществляет дальнейшее лечебное воздействие и подбор ТА для последующих процедурных рецептов. Необходимо отметить, что при выраженном лечебном эффекте на первых процедурах, курс ИРТ по количеству процедур может быть сокращён. При слабой позитивной процедурной динамике курс лечения удлиняется.

## **7. ЭТАП ДАЛЬНЕЙШИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПЕРСПЕКТИВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

После окончания назначенного курса лечения врач рефлексотерапевт может рекомендовать пациенту:

- 1.повторить курс рефлексотерапии через определенный промежуток времени (например, через 1,5-2 месяца);
- 2.прийти на повторную консультацию для диспансерного наблюдения через определенный промежуток времени (например, через 1,5-2 месяца);

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неизменная лечебная эффективность – мечта любого врача лечебника. Знание теоретических основ лечебных назначений во многом способствует превращению этой мечты в реальность. Алгоритм лечебных назначений прошел многолетнюю клиническую и педагогическую проверку в практической деятельности автора. Представленные материалы хотя и фрагментарно, но неоднократно преподавались на курсах физиотерапии, лечебной физической культуры, мануальной терапии и рефлексотерапии.

Как видно из изложенного материала в мыслительной работе врачей разных специальностей имеет место некоторая алгоритмическая одинаковость, которая модулируется уникальной индивидуальностью не только выбранной специальности, но и профессиональной и человеческой индивидуальностью самого врача. Думается, что при развитии и соединении этих составляющих на основе практического опыта непременно будет формироваться и развиваться клиническое врачебное мышление, что особенно важно для начинающих свой путь в медицине. Поэтому дидактические и методические цели в данном пособии стояли на первом месте.

Алгоритм лечебных назначений разработан в результате научно-практической деятельности в области физиотерапии, лечебной физкультуры, мануальной терапии и рефлексотерапии. В связи с этим имеется надежда на полезность пособия именно для практикующих в этих областях медицины специалистов.

Четыре обозначенных в пособии врачебные специальности являются ценнейшим с лечебных позиций потенциалом отечественной медицины, так как способны реально и эффективно оказывать лечебную помощь при различных нозологиях, не прибегая к фармакотерапии и нередко избегая хирургического воздействия. Врачи, владеющие этими специальностями, должны понимать значение своей деятельности для медицинского будущего наших соотечественников и необходимость повышения своей профессиональной подготовки. В чем, надеюсь, им помогут материалы данного пособия.

## Литература

1. Аверьянова Н.И. Основы физиотерапии / Н.И. Аверьянова, И.А. Шипулина. – Ростов н/Д, 2007.
2. Артимошин В. Этюды мануальной медицины. – Профит Стайл: 2015
3. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: учебник. – М.–СПб., 2003.
4. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: учебник. – М.–СПб., 2003.
5. Васильева Л. Ф. Мануальная диагностика и терапия (Клиническая механика и патобиомеханика). – СПб., 1999.
6. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991.
7. Гуревич Г.Л., Лаптева И.М., Бородина Г.Л., Улащик В.С., Рыбин И.А., Мановицкая Н.В., Рыбина Л.Н. Многоцветная магнитолазерная терапия в пульмонологии: Инструкция по применению МЗ РБ – Рег.№ 164-1203 Минск, 2003.
8. Дмитриев А.Л. Мануальная терапия в системе медицинской реабилитации. – Гродно, 2000.
9. Ежов В.В. Физиотерапия в схемах, таблицах и рисунках: справочник / В.В. Ежов. – Донецк, 2005.
10. Жулев Н.М. Лобзин В.С., Бадзгардзе Ю.Д. Мануальная и рефлекторная терапия в вертеброневрологии. – СПб., 1992.
11. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура: рук. для врачей. – М.: Медицина, 1993.
12. Заневский В.П., Манкевич С.М., Подсадчик Л.В., Жизневский Я.А. Основы акупунктуры: учеб. пособие. – Минск: БелМАПО, 2002.
13. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – Казань: Идеал-Пресс, 2008.
14. Иванов А.С. Руководство по лазеротерапии стоматологических заболеваний. 2-е Издание Санкт-Петербург СпецЛит, 2014.
15. Илларионов В.Е. Современные методы физиотерапии / В.Е. Илларионов, В.Б. Симоненко. – М., 2007.
16. Илларионов В.Е. Техника и методики процедур лазерной терапии: Справочник. – М. Центр, 2001.
17. Клиника и визуальная диагностика укороченных мышц: учеб. пособие под ред. Васильевой Л.Ф. – М., 2003.
18. Латышева В.Я., Дривотинов Б.В., Улащик В.С., Рыбин И.А. Олизарович М.В., Коротаев А.В. Немедикаментозная терапия больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника: учеб. пособие для врачей и студентов медицинских вузов. – Гомель-Минск, 2003.
19. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993.

20. Лечебная физическая культура: справочник / под ред. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 2001.
21. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: рук. для врачей / под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995.
22. Лукомский И.В., Улащик В.С., Сикорская И.С. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: учеб. пособие. – Минск, 2006.
23. Лукомский И.В., Стэх Э.Э., Улащик В.С. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: учеб. пособие. – Минск, 1999.
24. Материалы III Национального конгресса физиотерапевтов и курортологов Украины: Медицинская реабилитация – современная система восстановления здоровья. – Ялта, 2006.
25. Материалы международного конгресса мануальной медицины 25-26 июня 2004 г., Москва, в научно-практическом журнале Мануальная терапия. – 2004. – № 2 (14).
26. Материалы Международного конгресса: Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке. – М., 2006.
27. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. – Киев: Здоровье, 2005.
28. Мачоча Д. Основы китайской медицины. Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травами. В 3 томах.: Издательство: Рид Элсивер 2012.
29. Медицинская реабилитация: в 3 т. / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2007.
30. Методические аспекты мануальной терапии: метод. рекомендации / А.В. Борисенко, Э.С. Кашицкий, И.А. Рыбин. – Минск, 1999.
31. Москвин С.В., Горбани Н.А. Лазерно-вакуумный массаж. – Тверь, 2010.
32. Мостовников В.А., Улащик В.С., Мостовникова Г.Р., Плавский В.Ю., Плавская Л.Г., Русакевич П.С., Сердюченко Н.С., Рыбин И.А. Параметры низкоинтенсивного лазерного излучения видимого и ближнего инфракрасного спектральных диапазонов, определяющих его биологическую активность и высокий эффект терапевтического действия // Материалы международной конференции «Лазеры в биомедицине» Минск, 2003.
33. Низкоинтенсивная лазерная терапия / под ред. С.В. Москвина и В.А. Буйлина. – М., 2000.
34. Общая физиотерапия: учебник / под ред. Пономаренко Г.Н. – СПб., 2008.
35. Пирогова Л.А., Улащик В.С. Кинезотерапия и массаж в системе медицинской реабилитации. – Гродно, 1999.
36. Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. – М., 2003.
37. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: учебник / под ред. Г.Н. Пономаренко. – СПб., 2008.

38. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: справочник / Изд. 3-е, перераб. и доп. – СПб., 2006.
39. Пономаренко, Г.Н., Воробьев, М.Г. Руководство по физиотерапии – СПб.: ИИЦ Балтика, 2005.
40. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова.-3-е изд.-М.: МЕДпрессинформ,2014.
41. Рефлексотерапия ночного недержания мочи у детей: учеб.-метод. пособие / Подсадчик Л. В., Сиваков А. П., Манкевич С. М., Грекова Т. И., Лукашевич В. А. ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, Бел. мед. акад. последиплом. образования, Каф. рефлексотерапии. – Минск : БелМАПО. – 2015.
42. Рыбин И.А. Классификация низкоэнергетической лазеротерапии //Материалы международной конференции «Лазеры в биомедицине» Минск, 2003.
43. Рыбин И.А. Опыт клинического использования многоцветной лазеротерапии //Материалы научно-практической конференции «Курортные факторы и здоровье человека», посвященной 40-летию создания санаторно-курортной системы профсоюзов «Белсоюзкурорт» Минск, 2002.
44. Рыбин И.А. Современная многоцветная лазеротерапия //Материалы Международной конференции «Лазерно-оптические технологии в биологии и медицине» Минск, 2004.
45. Рыбин И.А. Сочетанная методика магнитосветолазерной терапии при миофасциальных нарушениях //Материалы докладов Международной конференции: Лазерная физика и применения лазеров. - Минск, 2003.
46. Рыбин И.А., Рыбина Л.Н. Дозирование лазеропунктуры //Материалы международной конференции «Лазеры в биомедицине», Минск, 2003.
47. Рыбин И.А., Рыбина Л.Н. Многоцветная лазеропунктура //Материалы Международного конгресса: Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке. - Москва, 2006.
48. Рыбин И.А., Рыбина Л.Н., Улащик В.С. Новые методики комбинированной многоцветной магнитолазерной терапии у больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника Материалы республиканского семинара «Лазеры в медицине», Минск, 2002.
49. Рыбин И.А., Современные лазерные технологии в клинической практике //Материалы III Национального Конгресса физиотерапевтов и куртологов Украины: Медицинская реабилитация - современная система восстановления здоровья. - Ялта, 2006.
50. Самосюк И.З., Войтаник С.А., Попова Т.Д., Гавата Б.В. Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника. – Киев, 1992.

51. Самосюк И.З., Лысенко В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике. Киев. Здоровье. 1997.
52. Самосюк И.З., Лысенко В.П. Акупунктура. – М.: АСТ-Пресс Книга, 2004.
53. Сиваков А.П., Юрченко В.П. Топографическая анатомия и клиническая характеристика точек рефлексотерапии: учеб.-метод. пособие. – Минск: ПК ООО Макбел, 2010.
54. Ситель А.Б. Избавься от боли. Головная боль М.: АСТ, 2011.
55. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993.
56. Ситель А.Б. Мануальная терапия спондилогенных заболеваний. – М.: Медицина, 2008.
57. Скальпорефлексотерапия сенсомоторных дисфункций при инсульте: учебно-методич. пособие / В.А. Лукашевич, А.П. Сиваков, С.М. Манкевич, Л.В. Подсадчик, Т.И. Грекова: Минск: 2014.
58. Специальные техники иглоукалывания/учебно-методическое пособие/ С.М. Манкевич, А.П.Сиваков, Л.В. Подсадчик, Т.И. Грекова // -Минск: БелМАПО, 2013.
59. Стояновский Д.Н. Рефлексотерапия: практ. руководство.–М.: Эксмо, 2008.
60. Техника и методики физиотерапевтических процедур: справочник / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2008.
61. Улащик В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия. – М., 2008.
62. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. – Минск, 2003.
63. Улащик В.С., Недзведь Г.К., Рыбин И.А., Рыбина Л.Н., Ровдо С.Е. Многоцветная магнитолазерная терапия при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: Инструкция по применению Рег.№ 165-1203 Минск, 2003.
64. Улащик В.С., Рыбин И.А. Многоцветная лазеротерапия в современной клинической практике //Материалы международной конференции «Лазеры в биомедицине», Минск, 2003.
65. Улащик В.С., Рыбин И.А., Рыбина Л.Н. Транскраниальная многоцветная лазеротерапия у больных с цереброваскулярными нарушениями //Материалы докладов Международной конференции: Лазерная физика и применения лазеров. - Минск, 2003.
66. Улащик В.С., Рыбин И.А., Хапалюк А.В., Волотовская А.В., Рыбина Л.Н., Филипович В.Н. Комбинированная многоцветная магнитолазерная терапия в кардиологии: Инструкция по применению Рег.№ 163-1203 Минск, 2003.
67. Физиотерапевтический справочник / сост. А.Г. Буявых, И.Н. Сосин. – Симферополь, 2008.

68. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. Книга 1-3. – М., 2009.
69. Шапкин В.И. Рефлексотерапия: практическое руководство для врачей / В.И. Шапкин.-2.е изд., стер.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001.
70. Шнорренбергер К.К. Учебник китайской медицины для западных врачей. – М.: Valbe, 2003.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

### Продолжительность процедур лечебной гимнастики у взрослых и детей

Контингент пациентов	Продолжительность процедур лечебной гимнастики в минутах	
	Индивидуальный метод	Групповой метод
<b>Терапевтические пациенты</b>		
в остром и подостром периоде заболевания и на постельном режиме	15	-
период выздоровления или хронического течения заболевания	25	35
<b>Хирургические пациенты</b>		
пациенты после хирургических операций	15	20
травматологические пациенты в период иммобилизации	15	25
пациенты с травмами позвоночника и таза	30	
после иммобилизации	25	35
<b>Неврологические пациенты</b>	30	45
<b>Беременные и роженицы</b> в родильных домах и консультациях	15	30
<b>Дети школьного возраста</b>	30	45
<b>Дети дошкольного возраста</b> (в детских дошкольных учреждениях)	25	30

Если увеличить охват больных за счёт повышения пропускной способности кабинета (зала) ЛФК без снижения качества проведения занятий, руководитель отделения или учреждения имеет право корректировать временные нормы, сокращая время занятий (при индивидуальном методе занятий не более чем на 3-5 минут и при групповом методе занятий на 5-10 минут, за исключением случаев занятий с особенно тяжело больными).

Таблица 2

**Внешние признаки утомления**

Признаки	Степень утомления		
	Легкая	Значительная	Очень большая
Цвет кожи лица и туловища	Небольшое покраснение	Значительное покраснение	Резкое покраснение, побледнение, появление синюшности губ
Потливость	Небольшая, чаще на лице	Большая, головы и туловища	Очень сильная, выступление соли
Дыхание	Учащенное ровное	Значительное учащение, периодически через рот	Резко учащенное, поверхностное, появление одышки
Движения	Не нарушены	Неуверенные	Покачивания, нарушение координации движений, дрожание конечностей
Внимание	Безошибочное	Неточность выполнения команд	Замедленное выполнение заданий, часто на повторную команду
Самочувствие	Жалоб нет	Жалобы на усталость, сердцебиение, одышку и т.д.	Сильная усталость, боль в ногах, головокружение, одышка, шум в ушах, головная боль, тошнота и др.

Таблица 3

**Варианты диагнозов при вертебрoneврологических синдромах в мануальной терапии**

Уровень синдрома	Диагноз
Цервикальный	Вертеброгенная (ФБ C <sub>0-1</sub> , C <sub>V-VI</sub> ; остеохондроз C <sub>V-VI</sub> II ст.) цервикокраниалгия, синдром Барре-Льеу с частыми кохлео-вестибулярными пароксизмами
	Вертеброгенная (ФБ C <sub>0-1</sub> , C <sub>I-II</sub> , C <sub>IV-V</sub> , C <sub>V-VI</sub> ; остеохондроз C <sub>IV-V</sub> I-II ст.; начальные проявления спондилеза C <sub>V-VI</sub> ) *цервикобрахиалгия слева, мышечно-тонические проявления, подострое течение, фаза регресса, стойкий умеренно выраженный болевой синдром
Торакальный	Вертеброгенная (ФБ Th <sub>IV-V</sub> , Th <sub>V-VI</sub> Th <sub>VI-VII</sub> ; остеохондроз Th <sub>IV-V</sub> , Th <sub>V-VI</sub> Th <sub>VI-VII</sub> I-II ст.; начальные проявления спондилеза Th <sub>VI-VII</sub> ) *торакалгия слева, вегетовисцеральные проявления по типу кардиалгии, ремитирующее течение, обострение, умеренно выраженный болевой синдром
Люмбосакральный	Дискогенная (ФБ L <sub>IV-V</sub> , L <sub>V-S<sub>1</sub></sub> , КПС больше справа; остеохондроз L <sub>IV-V</sub> , L <sub>V-S<sub>1</sub></sub> II ст.; протрузия диска L <sub>V-S<sub>1</sub></sub> , на фоне косога таза LF <sub>s</sub> ) *люмбоишиалгия слева, мышечно-тонические проявления, синдром подгрушевидной седалищной невропатии, ремитирующее течение, обострение, стойкий выраженный болевой синдром
*Согласно МКБ-10 здесь рекомендуется использовать термин «дорсалгия»	

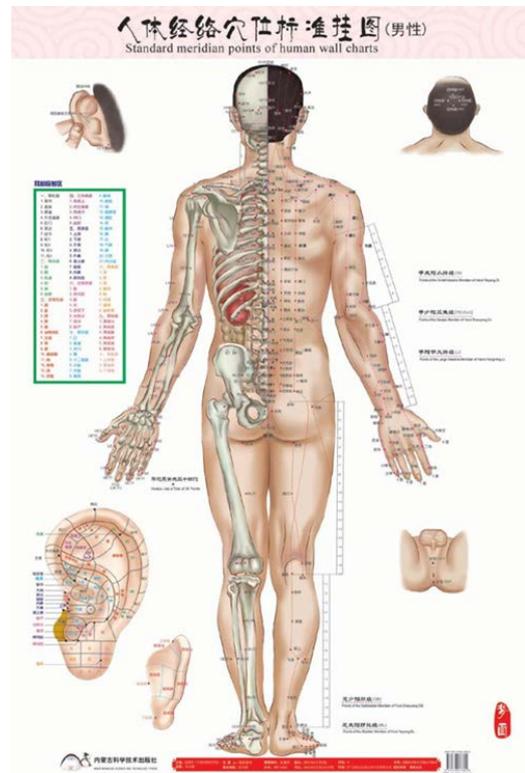
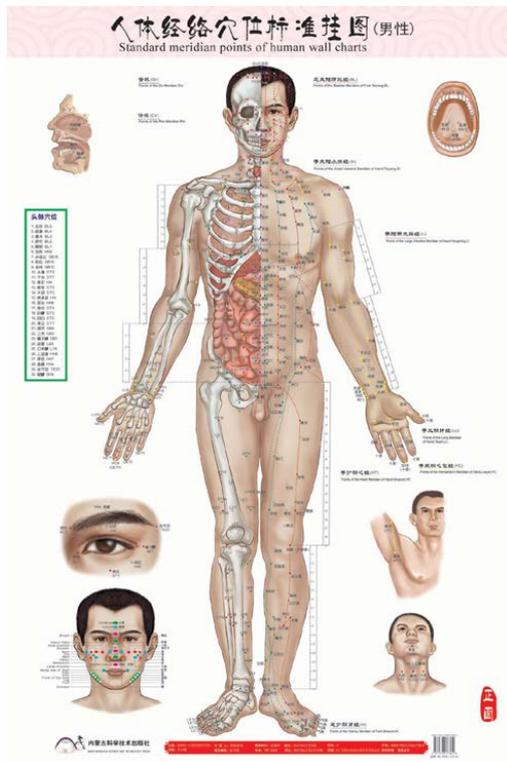


Рисунок 1. Схема акупунктурных меридианов

Таблица 4

## Терминология наружной и пункционной электрорефлексотерапии (ЭРТ)

№	НАРУЖНАЯ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ		ПУНКЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	
	Метод ЭРТ	Синонимы	Метод ЭРТ	Синонимы
1.	Корпоральная электрорефлексотерапия	Электрокорпоропунктура Корпорозлектропунктура	Корпоральная электроиглорефлексотерапия	Электрокорпороakupунктура Корпорозлектроakupунктура
2.	Аурикулярная электрорефлексотерапия	Электроаурикулопунктура Аурикулоэлектропунктура	Аурикулярная электроиглорефлексотерапия	Электроаурикулоakupунктура Аурикулоэлектроakupунктура
3.	Краниальная электрорефлексотерапия	Электрокраниопунктура Краниозлектропунктура	Краниальная электроиглорефлексотерапия	Электрокраниоakupунктура Краниозлектроakupунктура
4.	Пальмарная электрорефлексотерапия	Электропальмопунктура Пальмоэлектропунктура	Пальмарная электроиглорефлексотерапия	Электропальмоakupунктура Пальмоэлектроakupунктура
5.	Плантарная электрорефлексотерапия	Электроплантопунктура Плантоэлектропунктура	Плантарная электроиглорефлексотерапия	Электроплантоakupунктура Плантоэлектроakupунктура
6.			Периостальная электроиглорефлексотерапия	Электропериостоakupунктура Периостоэлектроakupунктура
7.			Остальная электроиглорефлексотерапия	Электроостеоakupунктура Остеозлектроakupунктура

Таблица 5

## Терминология наружной и пункционной лазерорефлексотерапии (ЛРТ)

	<b>НАРУЖНАЯ ЛАЗЕРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ</b>		<b>ПУНКЦИОННАЯ ЛАЗЕРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ</b>	
<b>№</b>	<b>Метод ЛРТ</b>	<b>Синонимы</b>	<b>Метод ЛРТ</b>	<b>Синонимы</b>
1.	Корпоральная лазерорефлексотерапия	Лазерокорпоропунктура Корпоролазеропунктура	Корпоральная лазероиглорефлексотерапия	Лазерокорпороакупунктура Корпоролазероакупунктура
2.	Аурикулярная лазерорефлексотерапия	Лазероаурикулопунктура Аурикулолазеропунктура	Аурикулярная лазероиглорефлексотерапия	Лазероаурикулоакупунктура Аурикулолазероакупунктура
3.	Краниальная лазерорефлексотерапия	Лазерокраниопунктура Краниолазеропунктура	Краниальная лазероиглорефлексотерапия	Лазерокраниоакупунктура Краниолазероакупунктура
4.	Пальмарная лазерорефлексотерапия	Лазеропальмопунктура Пальмолазеропунктура	Пальмарная лазероиглорефлексотерапия	Лазеропальмоакупунктура Пальмолазероакупунктура
5.	Плантарная лазерорефлексотерапия	Лазероплантопунктура Плантолазеропунктура	Плантарная лазероиглорефлексотерапия	Лазероплантоакупунктура Плантолазероакупунктура
6.			Периостальная лазероиглорефлексотерапия	Лазеропериостоакупунктура Периостолазероакупунктура
7.			Остальная лазероиглорефлексотерапия	Лазероостеоакупунктура Остеолазероакупунктура

Учебное издание

**Рыбин Игорь Андреевич**

**ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ  
В ФИЗИОТЕРАПИИ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ,  
МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ  
ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Научно-практическое и учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск И.А. Рыбин

Подписано в печать 20. 12. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Cambria».

Печ. л. 6,51 Уч.- изд. л. 5,29. Тираж 200 экз. Заказ 274

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

