

В XXI веке мы особенно отчетливо осознаем необходимость повышения качества оказываемой травматологической помощи, которая определяется не только своевременной диагностикой, высоким уровнем лечения, достижениями медицинской техники, но и самым главным — наличием высококвалифицированных специалистов, преданных своему делу и желающих добиться наилучших результатов. Именно подготовка таких специалистов является основной целью нашей работы, позволяя решить приоритетные задачи оказания квалифицированной медицинской помощи, снижения отрицательных последствий травматизма, и в первую очередь, смертности и инвалидности, улучшения результатов лечения и качества жизни пострадавших.

### Литература

1. *Городниченко А.И. Основные направления создания и внедрения в России аппаратов внешней фиксации в травматологии и ортопедии на рубеже 2000 года// Авторский проект. — 1999. — М. — 10с.*
2. *Городниченко А.И., Усков О.Н. Чрескостный остеосинтез аппаратами конструкции Городниченко в лечении пострадавших с политравмой// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — М. — Издательство «Медиа Сфера». — 2004. — №9. — С.50–54.*

3. *Городниченко А.И., Усков О.Н., Горбатов В.И., Драгунас А.Ю. Комплексное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости// Креmlевская медицина. Клинический вестник. — М. — Филиал ФГУП Издательство «Известия» УДП РФ. — 2007. — №3. — С. 76–77.*

4. *Миронов С.П., Городниченко А.И., Усков О.Н., Сорокин Г.В. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова — М. — Медицина. — 2002. — №4. — С. 13–17.*

5. *Миронов С.П., Родионова С.С., Колондаев А.Ф. и др. Схемы назначения препаратов, регулирующих интенсивность стрессового ремоделирования вокруг имплантата, при эндопротезировании тазобедренного сустава// Пособие для врачей. — 2002. — М. — 14 С.*

6. *Gorodetskiy I.G., Gorodnichenko A.I., Tursin P.S., Reshetnyak V.K., Uskov O.N.// Non-invasive interactive neurostimulation in the post-operative recovery of patients with a trochanteric fracture of the femur / Journal of Bone and Joint Surgery — British Volume, 2007; Vol 89-B, Issue 11, 1488–1494.*

## Восстановительная медицина и реабилитация

**В.Ф. Казаков, И.Н. Макарова, Г.В. Ускова, А.Н. Шеина, Н.Ф. Шимук, И.А. Жук**  
Кафедра восстановительной медицины и курортологии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

Статья посвящена историческим аспектам развития клинической реабилитации, ее роли в профилактике и лечении. Немедикаментозные методы лечения исстари входят в комплексные программы лечения больных различными заболеваниями и травмами. Все они: рациональное сбалансированное питание, физиотерапия, психотерапия, кинезотерапия — составляют основу медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Основными направлениями реабилитационной и восстановительной медицины являются профилактика заболеваний, восстановительное лечение больных непосредственно в острый и хронический период заболеваний, травм и ранений, а также медицинская реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний. Кафедра восстановительной медицины и курортологии занимается изучением, созданием, совершенствованием и внедрением в лечебную практику программ восстановительного лечения, а также обучением и совершенствованием знаний в этой области врачей.

**Ключевые слова:** немедикаментозные методы лечения, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, рациональное питание, физиотерапия, психотерапия, двигательная терапия.

Современная восстановительная медицина все больше внимания уделяет не только лечению пациентов с использованием лекарственных средств, но и лечению с помощью немедикаментозных методов, которые также популярны при первичной и вторичной профилактике заболеваний и клинической реабилитации. Значимость применяемых немедикаментозных методов, как правило, нарастает по мере отдаления от острого периода: в стационаре они используются в меньшем объеме, в реабилитационном центре, поликлинике и санатории — значительно больше.

При первичной профилактике речь идет прежде всего о пропаганде и внедрении здорового образа жизни; при вторичной профилактике — о том же самом и некоторых дополнительных немедикаментозных методах, способствующих сокращению сроков болезни, повышению эффективности лечения, предотвращению осложнений и обострений.

Реабилитация зародилась в недрах военной медицины. Она, прежде всего, использовалась при протезировании ампутированных конечностей, главным образом, у раненых на войне. С совершенствованием конструкции протезов росла и необходимость в обучении пользователей ими и

в физической тренировке пациентов. Возникли и хирургические методы реабилитации, способствующие более эффективному протезированию, начало которым положили костно-пластические операции Н.И. Пирогова.

Современные принципы реабилитации в странах Европы и в России были сформулированы в 1919 г. в связи с лечением раненых во время первой мировой войны. Обособление реабилитации началось в 20-е годы XX столетия, но особенно оно было стимулировано опытом лечения раненых во время второй мировой войны.

По данным статистики, в период Великой Отечественной войны из общего числа санитарных потерь около 70% было возвращено в строй, что явилось достижением и реабилитационных служб, в которых все большее участие в этот период стали принимать терапевты.

В 1947 г. реабилитация официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям самостоятельной дисциплиной.

Охрана и восстановление нарушенного здоровья, т.е. медицинская реабилитация, — одна из важнейших задач государства не только в военное, но и в мирное время. По

самым скромным данным отечественных и зарубежных специалистов, в медицинской реабилитации нуждаются более 23% всех больных в стационарах, более половины пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений и более 90% – в санаториях.

Раннее назначение восстановительного лечения и эффективное его проведение ведет к снижению временной нетрудоспособности и во многих случаях предотвращает развитие инвалидности. В этом состоит и позитивный экономический эффект самой реабилитации, значение которого трудно переоценить. Так, в настоящее время ущерб нашему государству по временной нетрудоспособности ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Ряд мероприятий по совершенствованию медицинской реабилитации отражен в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» на 2001–2005 годы и на период до 2010 года.

Основными направлениями реабилитационной и восстановительной медицины являются профилактика заболеваний, восстановительное лечение больных непосредственно в острый и хронический период заболеваний, травм и ранений, а также медицинская реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний.

Нет ни одной отрасли практической медицины, где бы не применялись средства реабилитации. Невозможно лечение пациентов с заболеваниями нервной системы, травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата без использования средств реабилитации. Великолепно выполненная хирургическая операция может оказаться менее эффективной, если в послеоперационном периоде нарушены или вовсе не выполнены реабилитационные мероприятия.

В клинике внутренних болезней наиболее широко используются средства реабилитации в кардиологии и пульмонологии, при заболеваниях суставов, хотя возможности их значительно шире. Проблеме реабилитации больных инфарктом миокарда у нас в стране всегда уделялось большое внимание. Еще в 30-е годы XX века ее основные принципы были сформулированы Г.Ф. Лангом.

Ныне комплексная лечебно-реабилитационная программа больных инфарктом миокарда включает в себя хорошо организованную службу интенсивного лечения, использование новых фармакологических препаратов, а в последнее время – внедрение эндоваскулярных и хирургических манипуляций, восстанавливающих кровотоки в коронарных артериях. И все эти мероприятия обязательно должны проводиться на фоне рационального питания, ранней кинезотерапии, психотерапии, физиотерапии. Такие комплексные программы, проводимые на фоне медикаментозного лечения, позволили снизить смертность в настоящее время с 25–30% до 8–18%, а также сократить сроки стационарного лечения и значительно увеличить число лиц, вернувшихся к труду, и даже повысить качество жизни больных III и IV ФК.

В настоящее время в реабилитационно-восстановительном лечении пациентов участвуют врачи лечебной физкультуры, физиотерапевты, рефлексотерапевты, психотерапевты, психологи, диетологи и врачи мануальной терапии. В процессе восстановительного лечения принимают участие и врачи других медицинских специальностей.

Основными методами реабилитации и восстановительного лечения являются немедикаментозные: диетотерапия, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура.

**Рациональное питание** является основой здоровья человека и продления активного долголетия. Основные задачи его заключаются в обеспечении энергетических потребностей человека и качественного состава рациона, основанного на сбалансированности основных нутриентов пищи, минеральных веществ и витаминов.

Энергетическая ценность рациона зависит от индивидуальных особенностей организма (возраста, пола, уровня обмена веществ, физической активности и др.) и может колебаться в широких пределах.

Показателем качественной полноценности рациона является пищевая плотность, т.е. насыщенность его полезными веществами, особенно микронутриентами. Чем больше содержание полезных веществ в единице объема пищи, тем выше ее лечебные и профилактические свойства.

Диетотерапия является важным методом реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой, пищеварительной, двигательной, эндокринной систем, с нарушениями обмена веществ. Методики применения диетотерапии в реабилитации больных различными заболеваниями подробно описаны в методических рекомендациях и пособиях для врачей, памятках по рациональному питанию для больных, разработанных в отделе реабилитации, а затем на курсе немедикаментозных методов лечения и реабилитации УНМЦ.

Опыт клинической медицины показывает, что питательный статус определяет качество жизни человека и способность его переносить критические ситуации, связанные со стрессом, оперативными вмешательствами, травмами, инфекциями. Нарушение структуры питания современного человека становится одним из ведущих факторов риска развития и хронизации большинства инфекционных заболеваний.

Изменения в структуре питания, выявленные в последнее время, не могли не сказаться на развитии современных принципов диетологии и на необходимости коррекции существующих разработок в области питания вообще и лечебного питания в частности. Современные требования ставят перед диетологической службой задачу целенаправленного воздействия факторами питания на больного, исходя из индивидуальных особенностей метаболизма, т.е. предполагается индивидуализация питания для каждого конкретного больного, в том числе с учетом пищевых привычек.

С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и управления его качеством в лечебных учреждениях ГМУ

(4 ГУ) была разработана и внедрена (при участии диетолога отдела реабилитации ЦНИЛ) система стандартных диет, отличающихся содержанием основных пищевых веществ и энергетической ценностью, технологией приготовления пищи, среднесуточным набором продуктов.

Основной вариант базисной диеты построен по принципу физиологически полноценной диеты, приближенной к рациональному питанию, и предназначен для пациентов с различными заболеваниями в период ремиссии. Для больных гастроэнтерологического профиля в период обострения заболевания предусмотрен щадящий вариант базисной диеты. Гипокалорийный вариант диеты предназначен для больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением. При необходимости возможна коррекция диеты с

учетом состояния больного и наличия сопутствующих заболеваний.

Многолетняя (более 10 лет) исследовательская работа в санаториях под руководством сотрудников отдела реабилитации (курса немедикаментозных методов лечения и реабилитации) по применению многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний показала ее положительное влияние на факторы риска ишемической болезни сердца, такие как гиперлипидемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела. неотъемлемой частью профилактической программы являлось применение коррегированной противоиатеросклеротической диеты.

Принципы рационального питания должны быть предметом пропаганды. Это означает, что основами нутрициологии необходимо владеть всем врачам, занимающимся лечебной практикой. Поэтому программа циклов усовершенствования и повышения квалификации врачей, проводимых сотрудниками курса немедикаментозных методов лечения и реабилитации (в прошлом отдел реабилитации), содержит разделы по диетотерапии. Лекции по диетологии охватывают широкий круг вопросов, касающихся питания человека: рациональное питание, диетотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, нарушении обмена веществ и др.

Кроме того, раздел по практическому применению диетологии включен в программу обучения клинических ординаторов.

**Психотерапия.** Главными принципами реабилитации являются комплексный характер лечебно-профилактических мероприятий и индивидуальный подход к каждому пациенту. Исходя из этих принципов, в программы лечения больных различными заболеваниями наряду с фармакотерапией целесообразно включать элементы психологической коррекции и психотерапии. Необходимость такого подхода в проблеме реабилитации объясняется рядом обстоятельств.

Во-первых, в клинической картине любого заболевания постоянно сосуществуют признаки соматического неблагополучия и симптомы изменения психики, среди которых отмечаются астения, депрессия, тревога, фобические или истерические реакции, ипохондричность и другие. Отсюда следует, что лечить надо не болезнь, а больного человека.

Во-вторых, течение любого соматического заболевания, клинический и трудовой прогноз в значительной степени зависят от личностных особенностей больного и сформировавшейся внутренней картины болезни (ВКБ). Варианты ВКБ многообразны: от анозогнозии — отрицания у себя болезни, до гипернозогнозии — субъективной переоценки тяжести болезни. Использование психотерапевтических методов и приемов позволяет сформировать адекватную ВКБ, что повышает эффективность реабилитационного процесса.

В-третьих, дополнительным поводом для развития нарушений психики (кроме висцеро-церебральных влияний) становятся внутренние конфликты, возникающие в связи с заболеваниями внутренних органов. Наиболее частым психологическим конфликтом является возникновение в ходе болезни несоответствия между сохранившимися или даже растущими потребностями больного и его сокращающимися возможностями, особенно при хронических заболеваниях и инвалидности. В этих случаях необходимо использовать психологическую коррекцию и методы пси-

хотерапии, направленные на адаптацию больного человека к новым условиям.

В-четвертых, среди причин многих соматических заболеваний нередко на первом месте находятся аффективное напряжение, стресс: конфликты, душевные страдания, потери и др. Такие заболевания принято называть психосоматическими, а нарушения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют психогенными. К психосоматическим заболеваниям относятся ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, ревматоидный артрит и многие другие болезни. Особенности развития этих заболеваний диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства. Весь процесс лечения должен сопровождаться психотерапией, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации и т.д.

В-пятых, в настоящее время наблюдается большая распространенность различных неврозов. Все чаще говорят о «невротизации» населения в результате воздействия большого потока негативной информации, высокой степени нервно-психического напряжения, «болезни спешки, суеты» и др. Особенностью клинического течения неврозов в последние годы является, так называемая «соматизация», т.е. в клинической картине на первое место выступают соматические симптомы. Примерами такой «соматизации» могут быть конверсионная истерия или маскированная депрессия. Естественно, что обычная терапия в таких случаях не даст ожидаемого эффекта.

Использование методов психологической коррекции и психотерапии врачами любой специальности позволяет завоевать доверие пациентов, выработать у них мотивацию на лечение и здоровье. Знание этих методов врачами позволяет помочь пациентам отличить ситуацию объективно неразрешимую от ситуации, которую человек принимает за неразрешимую, снимая с себя ответственность за принятие решений. В результате этого возникает условная выгода болезни («бегство в болезнь»).

Таким образом, включение психологической коррекции и методов психотерапии в программу восстановительно-реабилитационного лечения помогает справиться со многими проблемами у больных, а применение других немедикаментозных средств (физиотерапии, лечебной физкультуры и др.) на фоне диетотерапии и психотерапии способствует повышению его эффективности.

**Физиотерапия** в переводе с греческого языка означает лечение природой. Она составляет область медицины, в которой изучается действие на организм человека как природных, так и искусственно получаемых (преформированных) физических факторов, которые применяются в лечении и профилактике болезней, сохранении и укреплении здоровья.

В лечебных целях природные физические факторы люди применяют с незапамятных времен. В древности широко применялись грязи, песок, минеральные воды, климат. Сохранились описания лечебных методик приема солнечных ванн, термальных процедур в виде бань, использование разновидностей рыб, обладающих электростатическим потенциалом, методики лечебного массажа и лечебной гимнастики.

Развитие физики, химии, технические успехи воссоздания электрической энергии привели к попыткам примене-

ния постоянного тока с целью лечения болезней нервной системы, методикам электрофореза лекарственных препаратов (конец XVIII, начало XIX века). В лечебную практику внедряются методы фитотерапии, изучаются механизмы влияния физического и лечебного действия ультрафиолетовых и инфракрасных лучей. В этот период формируются первые курорты, активно начинаются исследования по изучению влияния минеральных вод, грязей, разрабатываются схемы лечебных процедур с использованием постоянного тока и первых импульсных токов высокой частоты, аэроионов. В Европе, России создаются школы бальнеологов, климатологов, открываются курсы по подготовки специалистов физической медицины.

Накопленные наблюдения, научные клинико-экспериментальные данные о различных лечебных эффектах физических факторов заложили основу объединения разных физических методов лечения в единую научную дисциплину — физиотерапию, что было подтверждено на I съезде физиотерапевтов в г. Льеже (Бельгия) в 1905 году.

Высокий научно-технический прогресс XX века отразился в развитии и совершенствовании физиотерапии как научной дисциплины, так и практической клинической врачебной специальности.

Научные основы развития физической терапии явились результатом успехов в биофизике, физиологии. Научные достижения позволили сформулировать закономерности влияния физических факторов на организм больного и здорового человека. Они позволили развить теорию нервно-рефлекторного механизма действия факторов, выявить зависимость ответных реакций от особенностей применяемых видов энергии, от частоты, режима воздействия и других составляющих того или иного фактора.

Развитие молекулярной биологии, биофизики, биохимии, успехи клинико-экспериментальных исследований в патофизиологии, иммунологии, эндокринологии привело к обоснованию воздействия физических факторов на целостный организм методами транскеребральной электроаналгезии, электронейростимуляции, коррекции иммунного и гормонального статуса у больных с различными формами патологии.

Прогресс научно-технических решений, интенсивное развитие радиоэлектронной промышленности привело к созданию новых видов энергии, а в физиотерапевтическую практику активно вошли новые методы физиотерапии. В последние десятилетия вошли в медицинскую практику и успешно применяются методы дециметровой и миллиметровой терапии, низкочастотной и импульсной магнитотерапии, лазеротерапии, общей и локальной криотерапии, суховоздушные углекислые, радоновые ванны, методы интегрированных физических факторов: магнитное поле и лазерное излучение, лазерное и видимое излучение, электроимпульсное и механическое воздействие разных частот, ультразвук и импульсный ток и др. Совершенствуются техника и методики воздействия новыми физическими факторами от локальных, точечных воздействий до общих, камерных форм техники процедур.

Введение каждого нового метода физиотерапии оценивается при экспериментально-клинических и технических испытаниях, с последующей подготовкой показаний и противопоказаний к физическому фактору и подготовкой методических рекомендаций.

К началу XXI века физиотерапия значительно расширила возможности нелекарственной терапии, увеличив в

три раза количество применяемых физических факторов и их интегральных разновидностей по сравнению с уровнем 1950 года. Увеличился объем знаний, которыми врач физиотерапевт должен овладеть.

Преподавание физиотерапии в высших учебных заведениях нашей страны началось с 1926 года. Была создана сеть физиотерапевтических структур в виде институтов физиотерапии и курортологии, курортных и физиотерапевтических поликлиник, отделений и кабинетов; началась подготовка кадров через клиническую ординатуру, аспирантуру, на циклах специализации (ныне профессиональной переподготовки), на курсах и кафедрах физиотерапии факультетов повышения квалификации врачей.

В последнее десятилетие сформировалось новое научное направление по программе восстановительной терапии, которое базируется на смежных дисциплинах: физиотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия, рефлексотерапия, диетотерапия, психотерапия и психология. Концепция восстановительной медицины, имеющей большую профилактическую направленность, обоснована в последние годы. Особое место в этой системе занимает санаторно-курортная служба, где оздоровительно-реабилитационные методики строятся на преимущественном использовании природных лечебных факторов с дополнением аппаратной физиотерапии.

**Двигательная терапия** — является обязательной составляющей всех реабилитационных программ. Движение — один из основных механизмов уравнивания систем организм-среда, т.е. средством связи и взаимодействия, активной адаптации и трудовой деятельности. Движение используется также и как мощный фактор профилактики, лечения и реабилитации.

Кинезотерапия, или лечебная физкультура, имеющая в своем арсенале физические упражнения, массаж, средства закаливания, оказывает на организм прежде всего неспецифическое лечебное действие. Различные формы и средства ее изменяют реактивность организма, повышают его неспецифическую устойчивость, разрушают патологические динамические стереотипы, возникающие в результате болезни, и создают новые, обеспечивающие необходимую адаптацию.

Наряду с этим лечебная физкультура (ЛФК) является также патогенетической терапией. Большая часть заболеваний внутренних органов, заболеваний и повреждений нервной системы и опорно-двигательного аппарата протекают с нарушениями двигательной функции, патологическими изменениями миофасциальных структур, формированием мышечного дисбаланса.

Поскольку ЛФК имеет основную задачу восстановить и способствовать компенсированию расстроенной двигательной функции, а также содействовать тренировке сердечно-сосудистой, дыхательной и др. систем, ограничивающих физическую работоспособность, она носит характер специфической терапии.

Адаптивная, рациональная лечебная физическая культура для лиц с ограниченными физическими возможностями может значительно улучшить соматический статус их, так как малоподвижный образ жизни отрицательно влияет на функциональное состояние всех систем и органов. Аристотель говорил: «Ничто так не истощает и не разрушает человека, как продолжительное физическое бездействие».

Лечебная физкультура тесно связана со всеми медикаментозными, физическими, психологическими, диетоло-

гическими факторами, т.е. со всеми средствами реабилитации и восстановительной медицины.

В настоящее время задачей реабилитационно-восстановительной медицины становится, наряду с другими, создание здоровья на стадиях онтогенеза.

Решение этой проблемы базируется на интеграции знаний, накопленных за последние годы анатомами, физиологами, психологами, биомеханиками, изучающими онтогенетические изменения растущего организма под воздействием внешних и внутренних факторов.

С практической точки зрения актуальны проблемы роста и развития организма в разные стадии, начиная с эмбриональной. И поэтому нельзя забывать о применении средств реабилитации и восстановительной терапии, особенно рационального питания и физических тренировок, во время беременности и в послеродовом периоде.

В процессе роста организма происходят серьезные перестройки органов и систем на микро- и макро-уровнях, а также формирования их кровоснабжения. В возрасте до 10–12 лет, в период активного формирования соматической индивидуальности активизируется деятельность мышечной системы, которая является «катализатором», формирующим кровоснабжение, иннервацию органов и повышающим их функциональную активность. Искусственное снижение двигательной активности (гипокинезия школьников) приводит к замедлению процессов роста и умственного развития.

Поэтому в этом возрасте следует говорить о здоровьесформирующих программах, помня о том, что процессы формирования в разных системах идут с разной скоростью.

В следующей (юношеской) возрастной стадии реализации возможностей формирующегося организма, особенно мышечной, сердечно-сосудистой и регуляторных систем, происходит совершенствование физических качеств. Однако уже в этот период неизбежно начинается дезинтеграция функций, возникающая при ограничении движений или, наоборот, нерационально используемых физических нагрузках. Поэтому в стадиях молодого, зрелого и стареющего организма используются адекватные лечебно-профилактические и тренировочные программы занятий, учитывающие индивидуальные возможности организма и выполняющие здоровьесберегающие задачи.

Следует понять, что «умение стареть» тесно связано и неотделимо от «умения жить», а это значит полноценно использовать достижения науки и техники, биологии и физической культуры, которые расширили возможности поддержания и укрепления здоровья.

Для решения вопросов реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях 4 ГУ в ЦНИЛе был создан отдел, преобразованный в кафедру (курс) немедикаментоз-

ных методов лечения и реабилитации. В 2009г на базе курса была организована кафедра восстановительной медицины и курортологии.

Сотрудниками кафедры были разработаны и внедрены в практику принципы восстановительной терапии и программы реабилитации пациентов с различными заболеваниями и травмами в стационарах, поликлиниках, реабилитационном центре и санаториях 4 ГМУ.

Основным направлением научных исследований кафедры в настоящее время являются диагностика и изучение патологических изменений миофасциальных структур при различных заболеваниях внутренних органов в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, поиск и совершенствование способов их устранения, а также создание новых и совершенствование существующих программ восстановительного лечения и реабилитации. Результаты проводимых исследований находят свое отражение в диссертационных работах, в научных статьях, монографиях, справочниках, в методических рекомендациях и пособиях для врачей, внедряются в лечебную практику и используются в учебном процессе при проведении циклов усовершенствования врачей и обучения клинических ординаторов.

Для выполнения реабилитационных программ имеет большое значение оценка общей патологии целостного организма, его регуляторных систем, реактивности, адаптации.

Вследствие этого растет необходимость того, чтобы врачи «узких» специальностей овладевали реабилитационными методами в рамках своих и смежных дисциплин. Об этом еще 100 лет назад Г.А.Захарьин говорил в своих клинических лекциях: «Должно требовать, чтобы каждый врач знал, где и когда нужна та или иная специальная (немедикаментозная) терапия так же хорошо, как он знает, где и когда нужно то или иное аптечное средство».

Вот поэтому на циклы усовершенствования врачей, проводимые курсом немедикаментозных методов лечения и реабилитации, кроме врачей и методистов по лечебной физкультуре, физиотерапевтов, всегда приглашаются врачи различных клинических специальностей.

Придерживаясь принципа: «Чтобы лечиться, нужно учиться», сотрудники курса уделяют большое внимание созданию программ «школ» для пациентов с разными заболеваниями. Например, с ИБС, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, перенесшим аорто-коронарное шунтирование. Кроме этого, сотрудники курса активно участвуют в работе отечественных и международных конгрессов, в создании пособий для врачей, справочников и монографий по медицинской реабилитации.