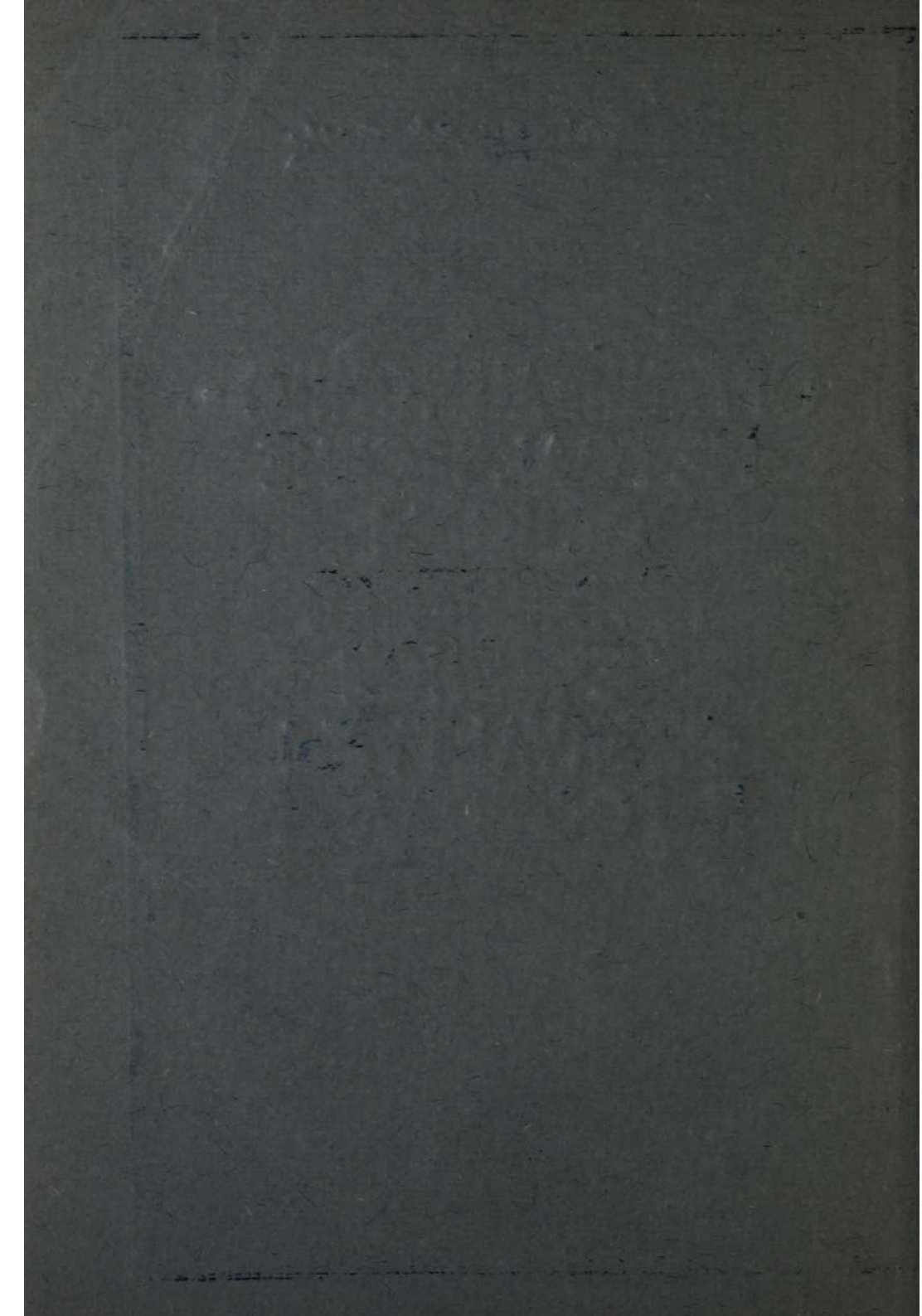


Т. П. Антощенко

**ОРГАНИЗАЦИОННО -
МЕТОДИЧЕСКИЕ
ОСНОВЫ
ПРИМЕНЕНИЯ
ЛЕЧЕБНОЙ
ФИЗКУЛЬТУРЫ
В ГОСПИТАЛЯХ**

1944



К 10-302 9

УПРАВЛЕНИЕ МЕСТНОГО ЭВАКОПУНКТА I ПФ
(Начальник Управления подполковник медицинской службы К. И. Акатов).
ОТДЕЛ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ ИВАНОВСКОГО ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
ИВАНОВСКИЙ ОБЛ. КОМИТЕТ ПО ДЕЛАМ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Г. П. АНТОШЕЧКИН.
Майор медицинской службы

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ГОСПИТАЛЯХ

ВАЖНЕЙШИЕ ОПЕЧАТКИ

№ №	Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
1	9	12	сопутствующим	сопутствующим
2	40	28	антагонистов	антагонистов
3	40	38 — 39	антагонистов	антагонистов
4	42	33	спаячных	спаячных
5	47	19	в сочетании	в сочетании

94

г. Иваново
1944 г.

-- 2010.

ЗАДАНИЕ НА ПРАВИТЕЛСТВО

№	Име на лицето	Възраст	Пол	Образование
1	Иванов Иван	25	М	Висшето
2	Петров Петър	30	М	Висшето
3	Димитров Димитър	28	М	Висшето
4	Смирнов Смирнов	22	М	Висшето
5	Евандинов Евандинов	20	М	Висшето

К 10-302 7

УПРАВЛЕНИЕ МЕСТНОГО ЭВАКОПУНКТА I ПФФ
(Начальник Управления подполковник медицинской службы К. И. Акатов).
ОТДЕЛ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ ИВАНОВСКОГО ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
ИВАНОВСКИЙ ОБЛ. КОМИТЕТ ПО ДЕЛАМ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Г. П. АНТОШЕЧКИН.
Майор медицинской службы

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ
ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ
ФИЗКУЛЬТУРЫ В ГОСПИТАЛЯХ

94

г. Иваново
1944 г.

-- 2010



48

ПРЕДИСЛОВИЕ

Лечебная физкультура является одним из мощных факторов функциональной терапии по восстановлению боеспособности раненых и больных.

Настоящая работа майора медицинской службы Г. П. Антошечкина имеет своей целью дать организационно-методические основы применения лечебной физкультуры в эвакогоспиталях.

Современная клиническая медицина уделяет очень большое внимание вопросам терапии, понимая ее, как комплексную терапию, где лечебная физкультура вместе с режимом больного, диетпитанием, физиотерапией и фармакотерапией занимает видное место при разного рода заболеваниях, имея в виду больного человека в целом.

Физиологическое направление современной клинической медицины уделяет очень большое внимание нарушению реактивной способности организма. Это направление имеет значение как при лечении заболеваний внутренних органов, так и хирургических заболеваний.

В клинике внутренних болезней, в хирургической и травматологической клиниках лечебная физкультура находит себе все большее применение и требует от лечащих врачей углубленных знаний в использовании физических упражнений.

Познание средств физкультуры в свете их физиологической оценки позволит врачам-клиницистам своевременно и в широких масштабах применять лечебную физкультуру и пополнять ее различными компонентами комплексной терапии, мобилизуя запасные силы организма.

Доктор Г. П. Антошечкин является квалифицированным специалистом в этом вопросе, занимающимся им в течение ряда лет, и имеет большой опыт, как в мирных условиях, так и в условиях войны. Два года работы в эвакогоспиталях дали ему возможность еще больше углубить и обосновать свою работу на том большом материале, которым достаточно насыщены были наши госпитали. Одновременно практическая работа его в госпиталях поз-

волила ему избежать некоторых теневых сторон, которые имеются всегда, при всякой работе.

Накопленный опыт в работе дает все предпосылки для того, чтобы взять все лучшее и отместить ненужное и излишнее.

Основная черта, которая проходит красной нитью в этой работе,—это совместная комплексная работа ведущего врача с врачом-специалистом лечебной физкультуры и методистом по физкультуре, которые совместно обследуют и намечают план лечения раненого и имея в виду первым делом одно—поп посаге, а всячески способствовать восстановлению сил больного, имея перед глазами всего больного человека со всеми присущими ему функциональными изменениями и нарушениями.

Эта работа будет полезна для специалистов по лечебной физкультуре и для врачей общей лечебной практики, которые найдут в ней много ценного по применению при различных травмах и заболеваниях необходимого комплекса упражнений и последовательного его проведения для восстановления бое-и трудоспособности раненого или больного бойца, командира и политработника доблестной Красной Армии, несущей врагу окончательный и сокрушительный удар.

Доктор медицинских наук
профессор А. М. Предтеченский
депутат Верховного Совета РСФСР.

Лечебная физкультура в системе работы госпиталей тыла

Опыт работы санитарной службы Красной Армии за два года Отечественной войны подчеркнул огромное значение лечебной физкультуры на всех этапах лечения раненых и больных бойцов и командиров.

Широкое использование лечебной физкультуры позволило значительно повысить эффективность лечения и увеличить количество бойцов, возвращаемых в строй с полным восстановлением боеспособности.

Лечебная физкультура является в современных условиях одним из обязательных, неотъемлемых методов лечения травм. Она, как часть единого лечебного процесса, должна быть хорошо знакома каждому лечащему врачу, не говоря уже о том, что ею, как лечебным методом, должны в совершенстве владеть инструктора и методисты лечебной физкультуры.

Из ряда условий, обеспечивающих хорошую эффективность лечебной физкультуры, как это показал опыт ее проведения, значительное место занимают кадры и материальная база для проведения занятий.

Для выполнения различных форм лечебной физкультуры, и в первую очередь лечебной гимнастики, следует создавать специальные кабинеты лечебной физкультуры. В госпиталях, нам подведомственных, такие кабинеты были созданы.

Эти кабинеты в своем большинстве расположены в светлых, просторных комнатах-палатах, рассчитанных на одновременное занятие с больными по 12—14 человек, при норме 4—5 квадратных метров на одного занимающегося.

Кабинеты лечебной физкультуры в наших госпиталях в основном достаточно оснащены специальной физкультурной аппаратурой и инвентарем, преимущественно изготовленными в госпиталях при участии и помощи самих раненых.

Примерами хорошей организации и постановки лечеб-

ной физкультуры и образцового оснащения кабинетов являются госпитали, где начальниками майор медслужбы тов. Седаев, майор медслужбы тов. Мазо, майор медслужбы тов. Закорюкин и др.

Кабинеты лечебной физкультуры в своей повседневной деятельности показывают большую пропускную способность их. Так, за полтора года Отечественной войны кабинетами лечебной физкультуры по нашему эвакуационному пункту произведено только по одной лечебной гимнастике 814482 процедуры с 72,5-процентным охватом лечебной физкультурой всех лечившихся раненых.

Большое место по всестороннему восстановлению боеспособности раненых бойцов и командиров в госпиталях занимает физическая подготовка выздоравливающих.

Физическая подготовка в госпиталях нашего эвакуационного пункта проводится в виде гигиенической гимнастики и массовой физкультуры.

За полтора года Отечественной войны всего по гигиенической гимнастике было произведено 1547642 процедуры и за этот же период проведено 5252 массовых физкультурных мероприятий с охватом ими 24,3 проц. выздоравливающих бойцов по отношению ко всем лечившимся за этот период.

С кадровым составом, как с основным проводником лечебной физкультуры, в начале Отечественной войны в наших госпиталях дело обстояло не совсем благополучно.

Отсутствие квалифицированных кадров врачей специалистов лечебной физкультуры и методистов поставило перед Управлением эвакуационного пункта задачу обеспечить их подготовку своими силами. С этой целью эвакуационным пунктом совместно с облздравотделом с начала Отечественной войны были проведены три курса подготовки врачей и методистов по лечебной физкультуре в количестве, обеспечивающем организацию и проведение лечебной физкультуры в наших госпиталях.

Таким образом, в настоящее время в каждом госпитале имеются условия для широкого применения лечебной физкультуры. Эти условия должны быть полностью использованы. Лечащий врач, начальник отделения, начальник медицинской части и начальник госпиталя должны поставить перед собой задачу: каждого раненого своевременно обеспечить всеми возможными формами лечебной физкультуры. И это прежде всего относится к хирургу.

Хирург должен всю свою лечебную работу строить в тесном контакте с врачом и методистом лечебной физкультуры.

Хирург никогда не должен забывать, что требуется не только добиваться заживления ран и срастания переломов, но необходимо получить полное восстановление функций пострадавших органов.

Иными словами хирург должен заботиться, чтобы у раненого сохранилась сила мышц, нормальная подвижность в суставах, правильное выполнение движений и другие качества, без которых нельзя быть полноценным бойцом. Решить эту задачу без лечебной физкультуры и физической тренировки невозможно.

Хороший эффект лечебная физкультура дает только при правильном применении ее, с учетом состояния сил больного, стадии заболевания, специфики повреждения.

Здесь уместно сказать, что особенно хороший терапевтический эффект наблюдается от комбинированного применения лечебной физкультуры с физиопроцедурами, в частности с термическими (тепловыми).

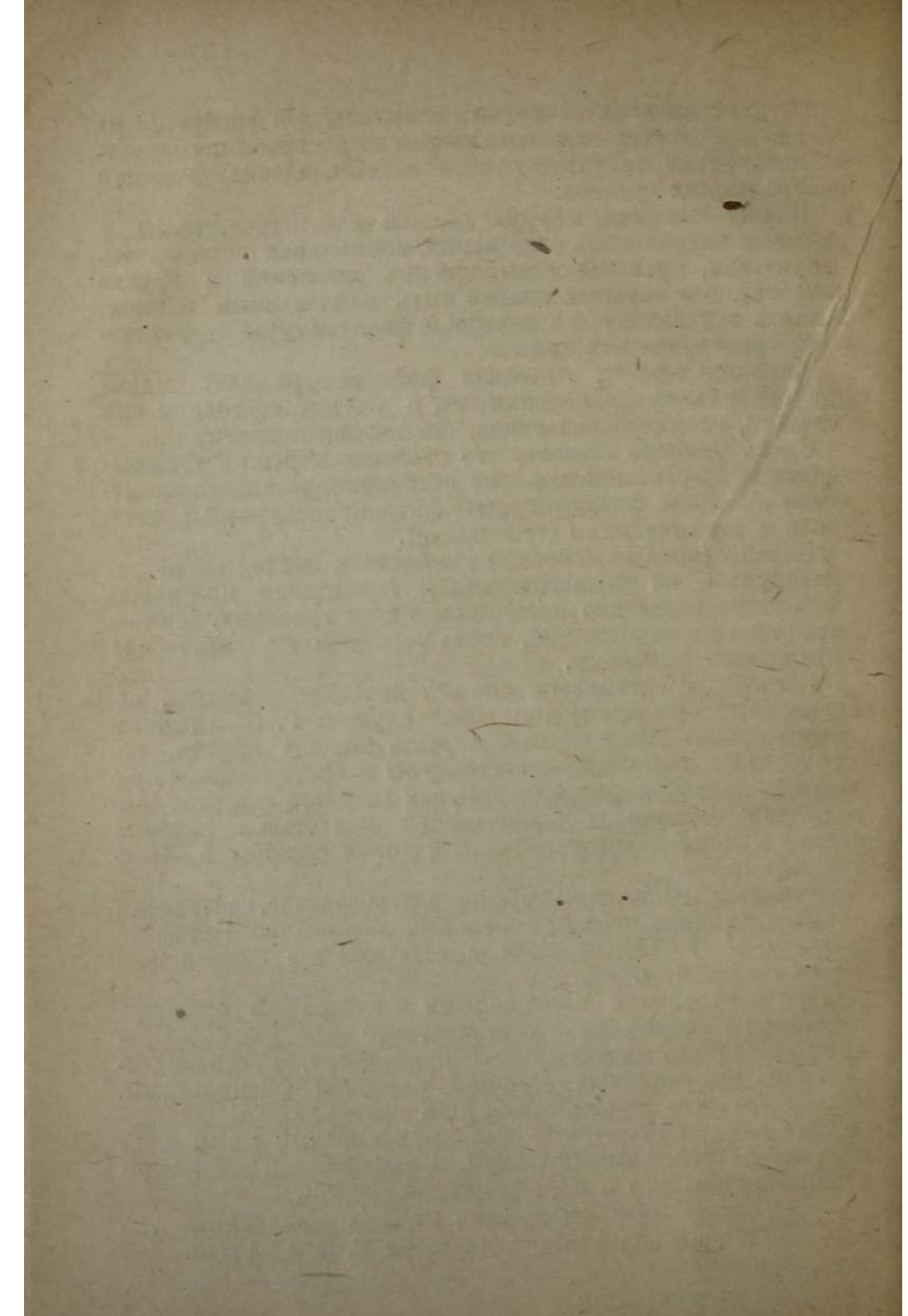
Перед сеансами лечебной гимнастики настоятельно рекомендуется по соответствующим показаниям принимать глубокопрогревающие процедуры в виде грязевых, торфо-и парафиновых аппликаций, после чего следуют физические упражнения и массаж.

Настоящие организационно-методические указания, составленные майором медицинской службы Г. П. Антошкиным ставят своей задачей оказать помощь врачам, инструкторам лечебной физкультуры в организации и проведении лечебной физкультуры, как мощного фактора комплексной терапии и всесторонней подготовки раненых бойцов и командиров к несению военной службы в Красной Армии.

Указания, изложенные в данном руководстве, составлены автором на основании официальных материалов Главвоенсанупра, НКЗ СССР и накопленного опыта в период Отечественной войны.

При пользовании помещенными в настоящей брошюре схемами нужно всегда учитывать, что они дадут только принципиальные положения о показаниях, противопоказаниях и применяемых методах лечебной физкультуры. Разумеется, что каждый работник физкультуры должен помимо схем использовать весь накопленный опыт применения лечебной физкультуры, с использованием специальных руководств и периодической печати.

Начальник И-ского эвакуационного пункта
подполковник медслужбы К. И. АКАТОВ.



ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

Лечебная физкультура применяется при повреждениях опорно-двигательного аппарата, периферических нервов, черепа и центральной нервной системы, при ранениях грудной клетки и брюшной полости, а также при заболеваниях внутренних органов и нервной системы.

Задачи лечебной физкультуры при перечисленных выше травмах и заболеваниях заключаются в следующем:

а) способствовать процессам регенерации поврежденных тканей;

б) содействовать более быстрому и совершенному восстановлению функции травмированного органа;

в) противодействовать сопутствующим травме и заболеванию атрофиям мышц и ригидности суставов неповрежденных отделов двигательного аппарата, нарушениям в деятельности органов дыхания (застойные явления), кровообращения (понижение тонуса сердечно-сосудистой системы), пищеварения (запоры) и обмена веществ (замедление) и способствовать повышению общего жизненного тонуса;

г) предупредить или уменьшить выраженность проявлений местных нарушений крово- и лимфообращения в различных органах (пролежни, застойные явления и пр.);

д) обучить движениям, необходимым для самообслуживания (поднятию таза, поворотам в постели, переходу в положение сидя и стоя, ходьбе с костылями и пр.);

е) воспитать в случаях необходимости (ампутации, параличи и стойкие парезы и т. д.) заместительные двигательные навыки (движение левой рукой, пользование протезами и пр.);

ж) улучшить состояние эмоциональной сферы (настроение больного);

з) восстановить в пределах возможного закаленность раненого бойца.

Конечной задачей лечебной физкультуры является наискорейшее и возможно более полноценное восстановление бое- и трудоспособности.

Лечебная физкультура, как часть единого лечебного процесса, должна быть хорошо знакома лечащему врачу; она, так же как и другие методы лечения, проводится по его назначению и при наблюдении за правильностью и эффективностью применения.

Абсолютными противопоказаниями к применению лечебной физкультуры при травмах военного времени являются:

а) общее тяжелое состояние пострадавшего, связанное с кровопотерями, инфекцией, сопутствующими заболеваниями и другими причинами;

б) повышенная температура вследствие любых причин, за исключением длительно держащейся субфебрильной температуры в пределах $37,5^{\circ}$;

в) наличие сильных самопроизвольных болей;

г) опасность появления или возобновления кровотечения в связи с движениями;

д) наличие инородных тел в тканях при расположении их в непосредственной близости к крупным сосудам, нервам и жизненно важным органам;

е) наличие других заболеваний, противопоказующих применение лечебной физкультуры.

Общее руководство постановкой лечебной физкультуры и контроль за ее проведением осуществляется помощниками начальников госпиталей по медицинской части.

Непосредственное руководство работой возлагается на врача специалиста по лечебной физкультуре.

Ответственность за постановку и регулярное правильное использование лечебной физкультуры внутри медицинского отделения лежит на начальниках отделений.

Практическое проведение лечебной физкультуры осуществляется инструкторами и методистами по лечебной физкультуре. При невозможности охвата штатными инструкторами-методистами всех нуждающихся в лечебной физкультуре рекомендуется привлечение к работе палатных медицинских сестер, предварительно проведя их через краткосрочную подготовку по лечебной физкультуре, организуемую врачом госпиталя.

МАТЕРИАЛЬНАЯ БАЗА

Для проведения лечебной физкультуры следует создать соответствующую материальную базу.

Местом проведения в госпитале занятий по лечебной физкультуре должны быть:

1. Палата. В палате занятия проводят с лежащими ранеными и больными, пользуясь при этом переносным инвентарем и аппаратурой из кабинетов лечебной физкультуры.

2. Кабинет лечебной физкультуры. Кабинет лечебной физкультуры оборудуется и оснащается необходимой аппаратурой и инвентарем (см. типовой перечень оборудования кабинетов ЛФК) и размещается в светлой, простор-

ной комнате, рассчитанной на одновременные занятия 10—12 человек при норме 4—5 м² площади на одного занимающегося.

В кабинете лечебной физкультуры проводятся индивидуальные и групповые занятия по лечебной физкультуре с ходячими ранеными.

При кабинете необходимо иметь небольшую комнату (в пределах 15 м²) для врача лечебной физкультуры и инструкторов-методистов, где проводится осмотр и контроль за влиянием лечебной физкультуры на организм раненого, проводится методическая работа, статистическая обработка материала и т. д.

3. Уголок лечебной физкультуры. Для выполнения индивидуальных заданий по физическим упражнениям настоятельно рекомендуется создавать при каждом отделении уголки лечебной физкультуры. Они оборудуются в одном из отдаленных, но светлых углов коридора или вестибюля и служат не только местом проведения индивидуальных заданий, но и местом для занятий с небольшими группами, в 2—3 человека, из числа слабо передвигающихся раненых (на костылях, с протезами, в коляске). Инвентарь уголка лечебной физкультуры монтируется по вариантам рисунков 18 и 20).

4. Физкультурная площадка. Местом проведения массовых форм лечебной физкультуры с выздоравливающими ранеными, а в летнее время и местом проведения утренней гигиенической гимнастики с группами ходячих раненых является физкультурная площадка.

Под площадку отводится место, расположенное рядом с помещением госпиталя, среди зеленых насаждений и вдали от свалочных мест и проезжих дорог. Площадка выравнивается и включает в себя: место проведения утренней гигиенической гимнастики, волейбольное поле, баскетбольное поле, место для игры в городки и для проведения аттракционов. Кроме того на площадке оборудуется военизированная полоса препятствий и военно-спортивный городок.

На площадках должна постоянно поддерживаться чистота и порядок. В жаркие летние дни площадки за час до начала занятий должны поливаться.

Весьма желательно при площадках установить душевые, хотя бы самодельно-примитивные (бочки с кранами и сетками) для проведения обливания и обтирания после занятий массовыми формами лечебной физкультуры.

Типовой перечень оборудования кабинета, уголка и площадки лечебной физкультуры

Название предмета	Кабинет лечебной физкультуры (из расчета на 400 человек)	Уголок ле- чебной физ- культуры (из расчета на 400 че- ловек)	Летняя физ- культурная площадка (из расчета на 400 человек)
1	2	3	4
А. Физкультурный инвентарь			
Гимнастические булагы	12 пар	6 пар	—
„ „ палки	20 „	10 „	—
Гантели различного веса	30 „	12 „	—
Медболы различного веса	18 штук	6 штук	—
Волейбольные покрышки	6 „	3 „	—
Камеры к ним	12 „	6 „	—
Волейбольные сетки	—	—	2
Баскетбольные щиты	—	—	2
Насосы	2 штуки	1 штука	—
Шнуровки	2 „	1 „	—
Аэробольные мячи (или камеры)	20 „	10 „	—
Теннисные мячи	40 „	20 „	—
Скакалки	10 „	6 „	—
Эспандеры	18 пар	6 пар	—
Пластелин	5 кгр	2 кгр	—
Валики для стоп ¹	12 штук	4 штуки	—
„ „ кисти ¹	12 „	4 „	—
Лестнички для пальцев ¹	6 „	4 „	—
Блок-закрутки для рук ¹	4 „	2 „	—
Блоки пристеночные ¹	6 „	2 „	—
Шведские стенки	6 про- летов	2 про- лета	6 про- летов
„ скамейки	2 штуки	—	2 штуки
Лапы для кисти ¹	6 „	2 штуки	—
Школьные динамометры	12 „	4 „	—
„ счеты	2 „	1 „	—
Спринцовки и малые резиновые мячи	20 „	10 „	—
Жгуты и резиновые дренажи	20 метр.	6 метр.	—
Гимнастические подвесные кольца	1 пара	—	2 пары
Бум	1 штука	—	1 штука
Турник	—	—	1 „
Брусья	—	—	1 „
Козел	—	—	1 „
Учебные гранаты	—	—	30 „
Крокет	—	—	2 ком- плекта
Городки	—	—	3 ком- плекта

Название предмета	Кабинет лечебной физкультуры (из расчета на 400 человек)	Уголок ле- чебной физ- культуры (из расчета на 400 че- ловек)	Летняя физ- культурная площадка (из расчета на 400 че- ловек)
1	2	3	4
Кегельбан	—	—	1 комплект
Шест для лазания	—	—	2 штуки
Канаты для лазания	—	—	2 „
Учебные винтовки со штыками	10 штук	—	20 „
Эскадроны	12 „	—	20 „
Перчатки для штыкового боя	12 пар	—	20 пар
Нагрудники для штыкового боя	12 штук	—	12 штук
Рулевые колеса (разного диа- метра) ¹	4 „	—	—
Б. Медицинский инвентарь для кабинета врача по лечеб- ной физкультуре²			
Весы	1 шт.	—	—
Ростомер	1 „	—	—
Спирометр	1 „	—	—
Динамометр ручной	2 „	—	—
Становой динамометр	1 „	—	—
Сантиметровые ленты	2 „	—	—
Угломеры для измерения под- вижности суставов	2 шт.	—	—
Аппарат для измерения кровя- ного давления	1 шт.	—	—
Эргометр	1 „	—	—
Приборы для физикальных ме- тодов исследования	1 компл.	—	—
В. Мебель и оборудование			
Стенные зеркала 1 × 2 м.	2 шт.	1 шт.	—
Ковровые дорожки	15 мтр	5 мтр.	—
Пристеночные откидные топчаны	4 шт.	—	—
Полки для булав, гантелей и медболов	2 „	1 шт.	—
Шкаф	1 „	—	—
Письменный стол	1 „	—	—
Шкаф для хранения мелкого инвентаря	1 „	1 шт.	—
Рукомойник	1 „	—	—
Стулья	6-10 „	—	—

¹ Инвентарь изготавливается на месте из дерева; примерные эскизы даны на рисунках: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19.

² Имеется в таблице медицинского оборудования госпиталя.

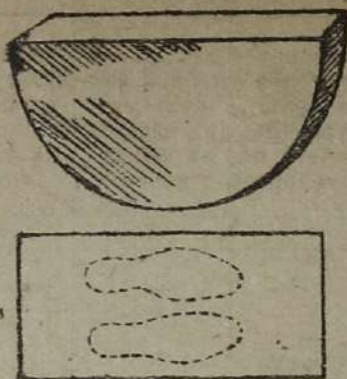


Рис. 1. Валик для стоп.

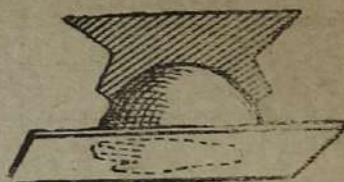


Рис. 2. Валик для кисти.



А.



Б.

Рис. 3. Лестнички для пальцев:
А—насто́льная лестничка; Б—
пристеночная лестничка.

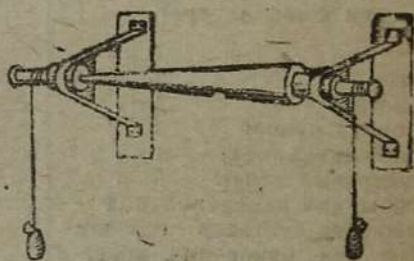


Рис. 4. Пристеночная блок-
закрутка для рук.

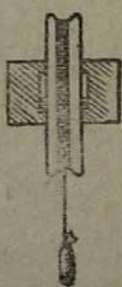
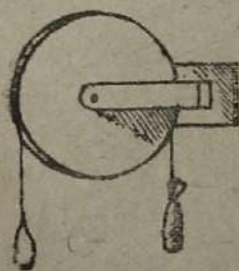


Рис. 5. Пристеночный блок.

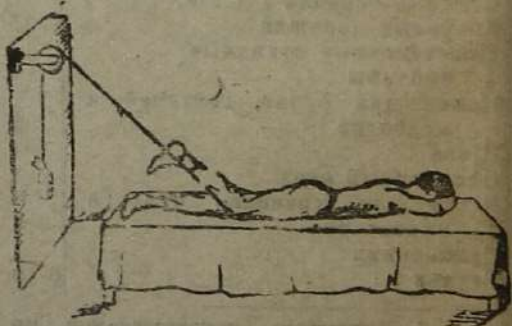


Рис. 6. Пример использования
блочной установки.

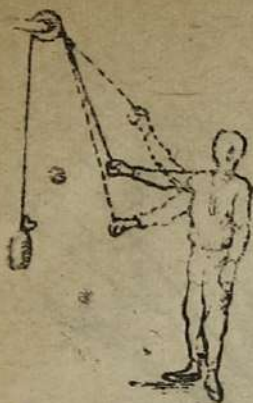


Рис. 7. Пример использования блочной установки.

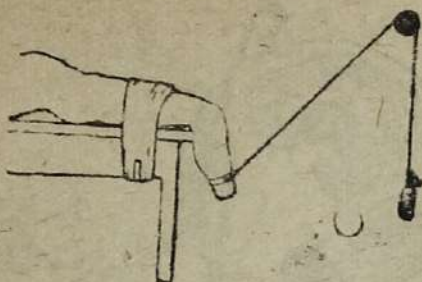


Рис. 8. Пример использования блочной установки

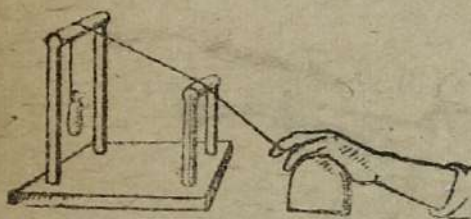


Рис. 9. Настольная блочная установка для пальцев кисти.

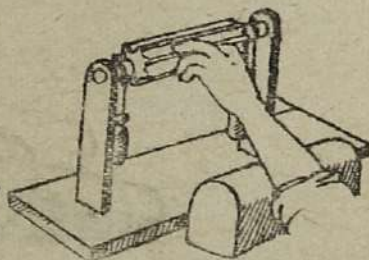


Рис. 10. Настольная блок-за-крутка для пальцев кисти.



Рис. 11. Лапа для кисти.

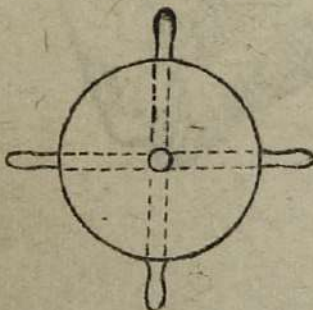


Рис. 12. Штурвальное колесо.



13. Пример пользования
штурвальным колесом.



Рис. 14. Пример пользо-
вания деревянным
маятником.

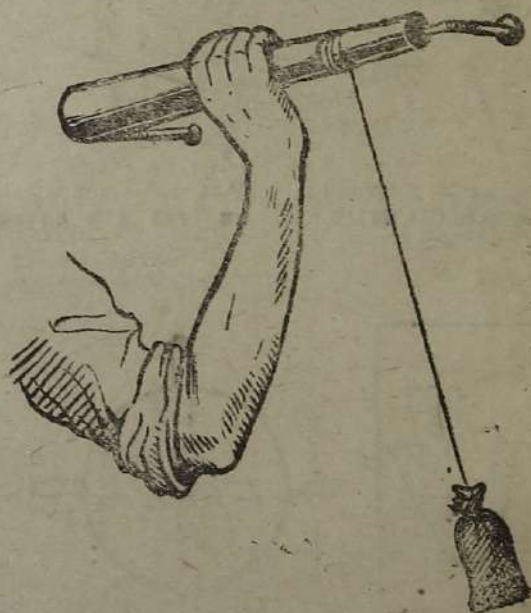


Рис. 15. Пример пользования блок-закруткой.

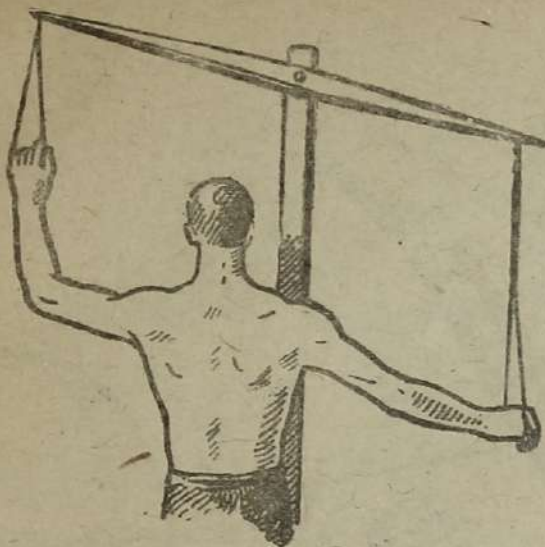


Рис. 16. Пример пользования коромыслом.

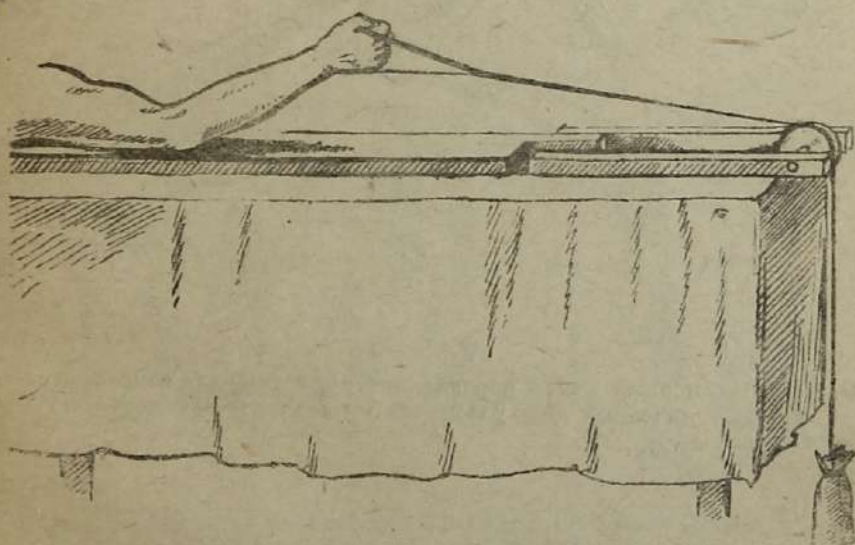


Рис. 17. Пример пользования переносной блочной установкой.



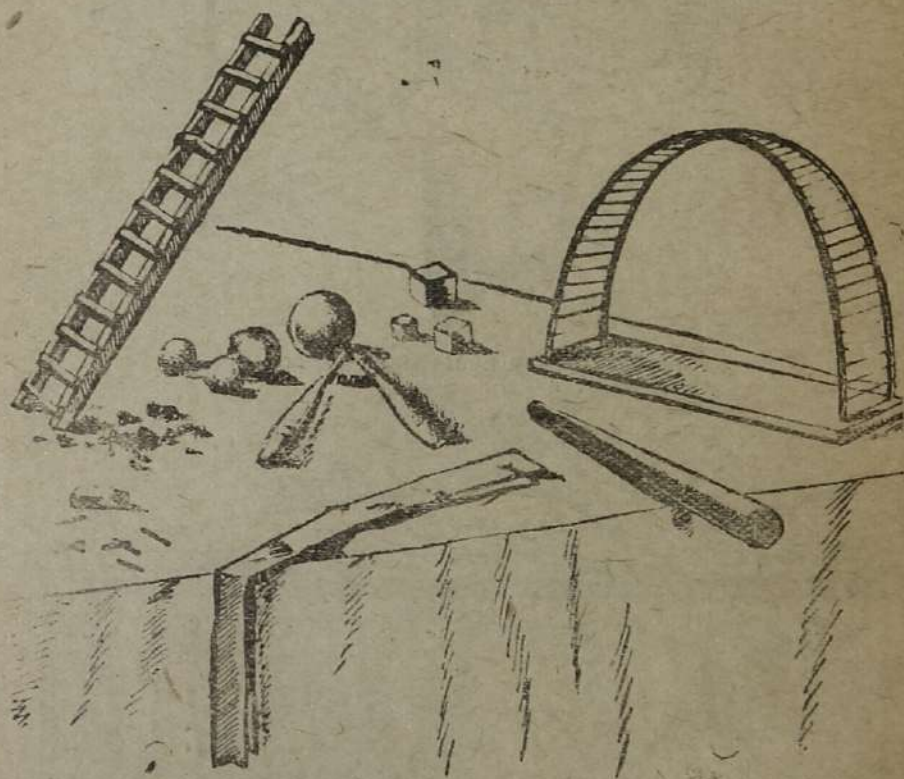


Рис. 18. Примерный набор переносного инвентаря для самостоятельных занятий лечебной физкультурой (по заданию методиста ЛФК).

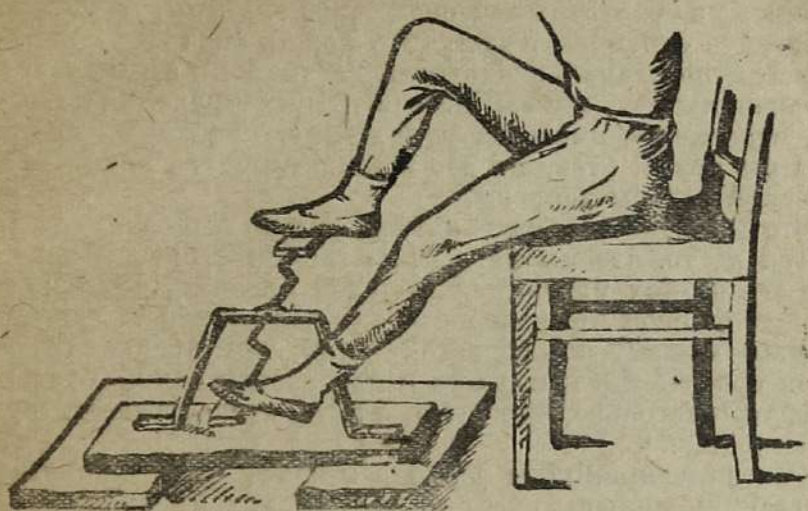


Рис. 19. Пример пользования педальной установкой.

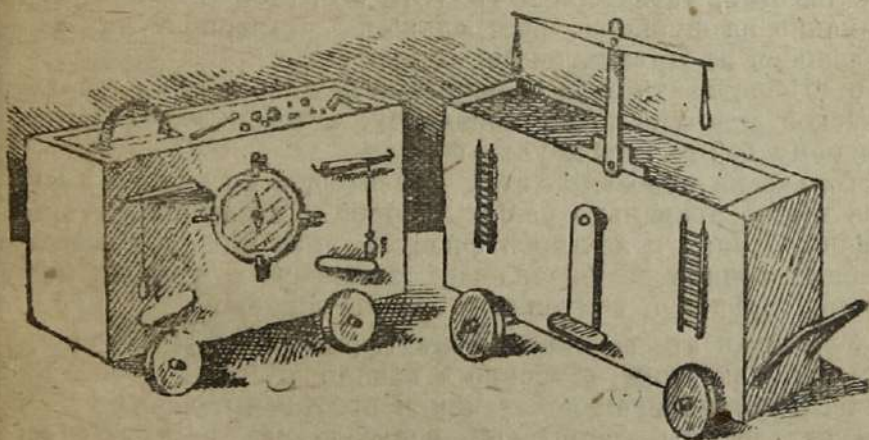


Рис. 20. Варианты передвижных уголков лечебной физкультуры для самостоятельных упражнений.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

У большинства, особенно у врачей, только начинающих работать в области лечебной физкультуры, приходится наблюдать стремление получить конкретные указания по вопросам показаний и противопоказаний к назначению на лечфизкультуру, выраженные в точных правилах и рецептах, стремление иметь на руках такую таблицу, которая дала бы ясный ответ на все возникающие во время практической работы вопросы.

Это желание весьма понятное, но не выполнимое. Несмотря на то, что мы имеем ряд таблиц и схем в печати, ни одну из них удовлетворительной признать нельзя; каждая имеет свои преимущества и недостатки... „основная причина к этому, заключается в том, что крайне трудно, почти невозможно показания и противопоказания схематизировать настолько, что бы от этого не пострадала сущность дела“...¹.

Основные принципы подхода к показаниям и противопоказаниям должны свестись к двум моментам:

а) необходимо стремиться к тщательному изучению клинического состояния раненых бойцов: состоянию ранения, локализации, характера и тяжести его, особенно обратить внимание на функцию пострадавших органов и как это отразилось на других системах организма.

б) Представить себе совершенно ясно и четко физиологическое действие тех упражнений, которые назначаются раненому бойцу или группе бойцов.

Только на основании этих моментов, а не только диагноза можно правильно решить вопрос о показаниях и противопоказаниях к лечебной физкультуре. Знание клиники раненых бойцов и физиологии физических упражнений оградит врачей от впадения в грубые ошибки.

Учитывая эти основные моменты, мы считаем возможным использование, особенно в начале работы, одной из существующих схем показаний и противопоказаний.

Опыт работы госпиталей показал, что из этих схем наиболее удачной следует считать схему излагаемую ниже. Недостатком этой схемы является отсутствие в ней заболеваний внутренних органов, повреждений периферической нервной системы и заболеваний ее.

¹ Проф. В. Ивановский. „Врачебный контроль над физкультурой“ ОГИЗ 1935 год.

Пользуясь излагаемой схемой, нужно постоянно помнить, что она дает только принципиальные установки о показаниях и противопоказаниях к применению физических упражнений.

Показанные в ней виды повреждений, по своему клиническому характеру и течению, могут быть весьма разнообразными. Это разнообразие характера повреждений и клинические варианты их течения настоящая схема в себя не включает; да и крайне трудно все эти варианты схематизировать, как трудно схематизировать и сами физические упражнения, поскольку ожидаемый физиологический эффект от любого физического упражнения может быть различен, в зависимости от того, какой будет избран ритм выполнения, темп, его степень усилия, величина амплитуды и т. д. (т. е. от характера выполнения).

Кроме того, пользуясь этой схемой следует иметь в виду помимо клинических данных, и индивидуальные особенности раненых и больных, степень их тренированности; профессии, возраста и пр., ибо реакция организма на одни и те же упражнения будет зависеть и от этих особенностей.

Схема относительных противопо

Вид повреждения	Относительные противопоказания к применению лечебной физкультуры при данном виде повреждения	Показания А. Гигиенический
I. Повреждения мягких тканей (кроме периферических нервов) 1. Раны, не требующие иммобилизации (в том числе и в мелких суставах). 2. Раны, требующие иммобилизации. 3. Ранения, проникающие в крупные суставы (коленный, тазобедренный, лучезапястный, локтевой, плечевой). 4. Отморожения и ожоги II и III степени.	Резко выраженная прогрессирующая отечность.	Отсутствие общих проявлений воспаления (явления в области раны). Наличие нормальной или установившейся субфебрильной температуры при хорошо иммобилизирующей гипсовой или иной шине. Установившаяся нормальная температура. Хорошая иммобилизация гипсовой повязкой. Отсутствие общих противопоказаний

показаний и показаний к лечебной физкультуре

к применению гимнастики

Б. Л е ч е б н о й

а) занятия с руко-
водителем

б) самостоятельно
выполняемое
занятие

отивопоказаний—слабо выраженные или лиг-
тельные (в том числе и связанные с инфекцией)
ы и по ходу раневого канала (при его нали-

Появление хорошо растущих грануляций и
эпителизации при сохранении возможностей к
каким-либо активным движениям в поврежден-
ном отделе опорно-двигательного аппарата.

По истечении 5—8
дней с момента уста-
новления нормаль-
ной температуры, при
слабо выраженных
местных реактивных
процессах в суставе
(отечность, периарт-
рикулярная инфильт-
рация).

После полного ис-
ключения иммобили-
зации при отсутствии
или мало выражен-
ных болях при дви-
жении.

При отморожениях и ожогах II степени —
отсутствие или резкое снижение болей при
нормальной или субфебрильной температуре —
хорошо протекающая эпителизация.

При отморожениях III степени — при нерез-
ко выраженных болях, хорошо развивающихся
процессах мумификации при ясно наметив-
шейся демаркационной линии.

Вид повреждения	Относительные противопоказания к применению лечебной физкультуры при данном виде повреждения	Показания А. Гигиенической
II. Переломы конечностей и позвоночника 1. Переломы конечностей на протяжении (закрытые и открытые, в том числе огнестрельные). 2. Внутрисуставные переломы (закрытые, открытые, в том числе огнестрельные). 3. Переломы позвоночника (закрытые, открытые, в том числе огнестрельные).	Для проведения лечебной гимнастики — резко выраженная и прогрессирующая отечность. а) Свежие переломы, подлежащие оперативному лечению; б) Огнестрельные переломы при наличии инородных тел в позвоночнике; в) Переломы со зна-	Хорошо наложенная переломы. Скелетное нечностей (вытяжение, нормальной температуры при отсутствии воспа- Установившаяся нормальная температура. Хорошая иммобилизация. При переломах, не осложненных спинного после наложения вытя плоскости или гипсово фиксирующего и разник. При переломах,

к применению гимнастики

Б. Л е ч е б н о й

а) занятия с руководителем

б) самостоятельно выполняемое занятие

При ожогах III степени — удовлетворительно гранулирующая поверхность ожога при субфебрильной температуре. Особенно показаны для ЛФК случаи, когда ожоги расположены в области суставов или в непосредственной близости от них.

гипсовая повязка, плотно фиксирующая место или липкопластырное (только для верхних конечностей) фиксирующее место перелома. Наличие раны. При открытых (огнестрельных) переломах, лительных явлений вокруг раны.

По истечении 5—8 дней с момента переломов при съемной гипсовой повязке — для закрытых внутрисуставных переломов. При открытых переломах — в соответствии с указаниями для ранений суставов.

ровождающихся повреждением мозга, через 3—4 дня жения на наклонной го корсета, хорошо грузящего позвоночник сопровождающихся не-

По истечении 6—8 дней с момента начала применения занятий с руководителем.

Через 6—8 дней с момента начала применения занятий по лечебной физкультуре с руководителем.

Вид повреждения	Относительные противопоказания к при- менению лечебной физкультуры при данном виде повреж- дении	Показания А. Гигиенической
4. Переломы таза (закрытые и открытые, в том числе огнестрельные).	чительными дефекта- ми в костной ткани; г) Наличие перело- ма в шейном отделе. Значительное сме- щение отломков при одновременном рас- положении их в не- посредственной бли- зости от органов ма- лого таза.	врожденными явлениями расстройства деятель- таза) — с момента ста- или начавшегося улуч Положение ранено- го, обеспечивающее неподвижность тазо- вых костей в участ- ке перелома (подве- шивание на гамаке, соответствующая ук- ладка на кровати). Отсутствие повреж- дений органов мало- го таза.
III. Ампутации	Для проведения лечебной гимнастики — резко выраженная прогрессирующая отечность культ.	Отсутствие общих противопоказаний.
IV. Переломы костей лицевого скелета	Неприятные субъ- ективные ощущения, вызываемые персме- щением головы при движениях.	Наличие шин, обес- печивающих хоро- шую иммобилизацию при переломах челю- стей.

Примечание. При комбинированных или множественных требованиях, предъявляемых схемой по отношению к каждому из имею травм может вообще исключать или резко снизить возможность при например, ранения грудной клетки с кровохарканием и одновременно

к применению гимнастики

Б. Л е ч е б н о й

а) занятия с руководи-
телемб) самостоятельно
выполняемое занятие

(парезы и параличи,
ности органов малого
билизации процесса
шения.

При первой возмож-
ности безболезненно
производить движе-
ния в тазобедренном
и коленном суставах
на стороне перелома;
движения произво-
дятся не отрывая
пятки от плоскости
постели.

Через 6—8 дней с
момента начала при-
менения лечебной
гимнастики с руково-
дителем.

Удовлетворительно гранулирующая и эпи-
телизирующая поверхность культи, при отсут-
ствии или слабо выраженных болях в ней, при
нормальной температуре.

При переломах челюстей — после снятия
иммобилизации.

травмах лечебная физкультура назначается соответственно с суммой
щихся повреждений. Необходимо учитывать, что одна из имеющихся
менения лечебной физкультуры по отношению к другой травме
перелом бедра).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ВОЕННЫХ ТРАВМАХ

В существующей литературе по лечебной физкультуре принято применение лечебной физкультуры подразделять на пять периодов. В основу характеристики этих пяти периодов были положены утвержденные 2-й сессией Совета физкультуры НКЗдрава СССР (комиссией Ученого Медицинского Совета) „Организационно-методические указания по применению лечебной физкультуры“.

Опыт работы, однако, показывает, что применение лечебной физкультуры в госпиталях более удобно подразделять не на пять периодов, а только на три. И это последнее подразделение следует понимать, как условное деление единого неразрывного процесса лечения, начиная с раннего этапа применения лечебной физкультуры и продолжая ее бесперебойно до разрешения задач, стоящих перед ней.

Такое понимание (единого процесса лечения) в работе по лечебной физкультуре объясняется тем, что крайне трудно клинически определять, где кончается граница одного периода и где и когда начинается она в другом периоде.

Здесь важно сохранить основной принцип применения лечебной физкультуры: физические упражнения подбирать в строгом сочетании с клиническими данными раненых бойцов. Они должны быть в ранние этапы применения просты, элементарны и назначаться с небольшой дозировкой, малой повторностью и в медленном темпе. В дальнейшем они, в зависимости от анатомо-функционального восстановления травмированных органов и общего состояния больных, должны постепенно качественно и количественно усиливаться и увеличиваться.

Однако, для облегчения врачебно-физкультурных назначений раненых бойцов на сеансы лечебной гимнастики и выбора методов физических упражнений для них—целесообразно применение лечебной физкультуры подразделять на три периода.

Первый период. С точки зрения клинической картины для первого периода характерно наличие острых последствий повреждения (кровотечение, резорбтивная температура, резко выраженное нарушение функций травмированного органа и т. п.), протекающего как без осложнений, так и при наличии осложнений (в виде воспалительных про-

цессов или нарушений в деятельности органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и т. д.), при удовлетворительном общем состоянии пострадавшего, при отсутствии общих противопоказаний.

Конец первого периода характеризуется удовлетворительно или хорошо протекающими процессами восстановления анатомических нарушений, происшедших при травме (регенерация костной ткани при переломах, эпителизация кожных дефектов, хорошо гранулирующие поверхности ран мягких тканей и т. д.), при отсутствии или ликвидирующихся осложнениях, указанных в начале периода.

Задачи, стоящие перед лечебной физкультурой, применяемой в первом периоде, сводятся к следующему:

- 1) ускорению рассасывания кровоизлияния, вызванного травмой;
- 2) содействию регенеративным процессам;
- 3) борьбе с осложнениями, вызываемыми постельным режимом (запоры, застойные явления в легких и пр.);
- 4) воспитанию двигательных навыков по самообслуживанию;
- 5) борьбе с развивающейся от бездействия атрофией мышц и ригидностью неиммобилизованных суставов;
- 6) повышению общего жизненного тонуса организма;
- 7) повышению эмоционального тонуса;
- 8) восстановлению закаленности в отношении к колебаниям комнатной температуры.

Применяемые физические упражнения в этом периоде проводятся с небольшой дозировкой, малой повторностью и в медленном темпе, в постоянной взаимозависимости с клиническими данными раненых бойцов.

Обширное количество физических упражнений первого периода группируется в следующем виде:

- 1) медленные движения в мелких неиммобилизованных суставах поврежденного отдела двигательного аппарата;
- 2) движения в симметрично-расположенных по отношению к поврежденному участку мышечных группах;
- 3) посылка импульсов к сокращению мышц, производящих движение в иммобилизованных суставах;
- 4) упражнения общегигиенического характера с охватом большинства неиммобилизованных и неповрежденных мышечных групп с небольшой физиологической нагрузкой;
- 5) дыхательные упражнения;
- 6) упражнения в элементарных навыках по самообслуживанию.

Физические упражнения проводятся ежедневно, продол-

жительность каждого сеанса 16—24 минуты. Критериями длительности первого периода являются клинические данные раненых бойцов.

Второй период. Наиболее существенными клиническими признаками второго периода являются заканчивающиеся процессы восстановления анатомических нарушений (заканчивающаяся консолидация перелома, закрытие дефектов при повреждении мягких тканей и т. п.), при выраженных нарушениях функции поврежденных органов, или при отражении травмы на функции других органов (парезы конечностей при травмах центральной нервной системы и т. п.).

В этом периоде перед лечебной физкультурой стоят задачи:

1) восстановление качеств нарушенной функции травмированного органа (объема движений, силы мышц, элементарной координации движений и т. п.);

2) ускорение процессов функциональной перестройки регенерирующих тканей;

3) восстановление двигательных навыков и образование замещающих навыков;

4) повышение тонуса всего организма;

5) улучшение эмоционального тонуса;

6) восстановление закаленности в отношении к более значительным, чем в первом периоде, температурным колебаниям.

Физические упражнения этого периода имеют характер преимущественно локальный. Дозировка нагрузки на неповрежденные участки тела становится предельной, с большей повторностью, максимальной амплитудой с отягощениями и с сопротивлением.

Все физические упражнения, применяемые во втором периоде, проводятся в следующей своей характеристике:

1) активные движения (в пределах появления небольшой болезненности) в освобожденных от иммобилизации суставах в медленном и среднем темпах;

2) упражнения на расслабление для контрактурно—сокращенных мышц;

3) активные и пассивные движения для растягивания тканей, ограничивающие подвижность в суставах, без использования значительной дополнительной нагрузки (проводимые в медленном и среднем темпах);

4) упражнения, усиливающие взаимодавление костных отломков за счет напряжения мышц и непосредственного

давления по оси конечности (при переломах костей, за исключением внутрисуставных);

5) несложные упражнения на координацию с включением движений в суставах, вовлеченных в болезненный процесс;

6) упражнения общегигиенического характера с максимально допустимой, по состоянию больного, физиологической нагрузкой;

7) упражнения для восстановления элементарных двигательных навыков и для образования заместительных навыков.

Упражнения с ранеными бойцами проводятся ежедневно. Длительность сеанса лечебной физкультуры в среднем 30—45 минут. Продолжительность второго периода определяется индивидуально, согласно наличию клинических данных.

Третий период. Этот период является последним в отношении применения лечебной физкультуры. Для него с клинической стороны характерно наличие остаточных нарушений функции поврежденного органа, при закончившихся процессах анатомического восстановления, и недостаточное восстановление тренированности, закаленности и качеств поведения раненого бойца.

Перед лечебной физкультурой третьего периода применения стоят следующие задачи:

1) ликвидация остаточных нарушений функций поврежденного органа;

2) усовершенствование заместительных двигательных навыков (при наличии необходимости в них, в зависимости от характера повреждения и процесса восстановления функции травмированного органа);

3) дальнейшее усовершенствование двигательных качеств и качеств поведения;

4) восстановление двигательных навыков, морально-волевых качеств, общей тренированности и закаленности;

5) восстановление двигательных качеств (точности, быстроты, соразмерности движений);

6) восстановление качеств поведения (настойчивости, смелости и пр.).

Физические упражнения данного периода носят двойной характер: лечебный и учебно-тренировочный. Занятия по лечебной физкультуре проводятся в форме сеансов лечебной гимнастики и учебно-тренировочных уроков. На занятиях лечебной гимнастики необходимо стремиться с помощью физических упражнений, даваемых с максимальной дозиров-

кой нагрузки, добиваться наиболее полного функционального восстановления поврежденных органов, а при необходимости, давать упражнения в усовершенствовании заместительных навыков. В учебно-тренировочных уроках, помимо гимнастики, необходимо широко применять различные военно-прикладные виды спорта: преодоление полосы препятствий, лазание, ползание, перелазание, гранатометание и метание бутылок, гребля и плавание, зимой — лыжное дело, рукопашный бой и спортивные игры.

Многообразные физические упражнения, применяемые в третьем периоде, объединяются в группы по своему характеру и целеустремленности и проводятся в виде:

1) активных движений во всех суставах травмированной конечности в различных темпах с дополнительной нагрузкой весом различных предметов;

2) активных и пассивных растягиваний тканей, ограничивающих подвижность в суставах; дополнительная нагрузка до веса тела больного, включая упражнения рывкового характера;

3) упражнений со значительным усилением давления по оси конечности (при переломах);

4) упражнений на быстроту и точность движений;

5) упражнений с использованием движений, необходимых в оборонной деятельности (военно-прикладные упражнения);

6) упражнений по специальному подбору в зависимости от профессии.

Сеансы лечебной гимнастики и учебно-тренировочные уроки проводятся ежедневно. Длительность сеанса лечебной гимнастики должна быть 45—60 минут, а учебно-тренировочного урока — 1 ч. — 1 ч. 20 минут. Продолжительность всего периода определяется, так же, как и в предыдущих периодах, индивидуально сообразно с клиническими данными.

ЧАСТНЫЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

А. При травмах опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

1. Раны, не требующие иммобилизации. Комплексы физических упражнений при ранах, не требующих иммобилизации в первом периоде применения лечебной физкультуры составляются с учетом клинических данных раненых бойцов. Упражнения проводятся в медленном темпе, с небольшой физиологической нагрузкой на организм, преимущественно общегигиенического характера. Упражнения, вызывающие сокращения травмированных мышц, используются с осторожностью, в начале периода с небольшой амплитудой, а к концу амплитуда значительно увеличивается. Физические упражнения могут проводиться и при небольшой болезненности. При быстротекущем заживлении раны нагрузка интенсивно возрастает.

Во втором и третьем периодах нагрузка на поврежденные отделы двигательного аппарата быстро возрастает за счет амплитуды, числа повторений, темпа движений и упражнений с отягощением и с сопротивлением. Необходимо тщательным образом учитывать характер и локализацию повреждения при выборе упражнений на растягивание. Так называемые „рывковые“ движения используются с особой осторожностью.

2. Раны, требующие иммобилизации. Физические упражнения при ранах, требующих иммобилизации в первом периоде применения лечебной физкультуры проводятся в виде движений во всех неиммобилизованных суставах в медленном и среднем темпах. Однако, следует посылку импульсов к движению в неиммобилизованных суставах поврежденной конечности, связанному с сокращением мышц, расположенных в зоне повреждения, производить крайне осторожно, в медленном темпе. Особое внимание в этом периоде следует уделить движениям в симметрично расположенных по отношению к поврежденному участку мышечных группах и упражнениям в элементарных навыках самообслуживания.

Второй период при указанных ранах определяется с момента исключения иммобилизации до полного закрытия образованного дефекта тканей. В этом периоде физические упражнения, кроме общегигиенических, проводятся преи-

мущественно локальные. Особенное внимание фиксируется на активных движениях (в пределах появления небольшой болезненности) в освобожденных от иммобилизации суставах, которые должны проводиться в медленном и среднем темпах. Упражнения на развитие силы поврежденных мышц и на растягивание применяются при постепенном увеличении нагрузки на протяжении всего второго периода.

Начало третьего периода характеризуется с момента полного закрытия дефекта поврежденных тканей. В третьем периоде применения лечебной физкультуры физиологическая нагрузка на травмированный отдел опорно-двигательного аппарата продолжает медленно нарастать, а к концу его, по своей насыщенности, общая нагрузка доводится почти до нормального гимнастического учебно-тренировочного урока.

3. Ранения, проникающие в сустав. В первом периоде упражнения при ранениях, проникающих в сустав проводятся главным образом общегигиенические. Следует исключать все упражнения, могущие вызвать какие-либо сокращения мышц, окружающих поврежденный сустав. Только лишь к концу периода могут быть включены движения поврежденной конечностью при наличии съемной иммобилизующей повязки.

Во втором периоде, в периоде с момента исключения иммобилизации, до разрешения полной нагрузки (в ходьбе и других движениях) физические упражнения проводятся в виде активных движений в поврежденных суставах, проводимых в медленном и среднем темпах. Основная цель физических упражнений в этом периоде должна свестись к восстановлению объема движений в поврежденных суставах.

Помимо локальных упражнений, проводимых без отягощений и с отягощениями, следует давать упражнения общегигиенического характера и упражнения на координацию с включением движений в суставах, вовлеченных в болезненный процесс.

Третий период характеризуется с момента разрешения полной нагрузки, при остаточных явлениях ограничения подвижности в поврежденном суставе. В этом периоде даются упражнения в виде активных движений в поврежденных суставах в различных темпах с дополнительной нагрузкой весом различных приборов; однако, упражнения на растягивание применяются с особой осторожностью. В комплексы физических упражнений включаются упражнения общегигиенического характера и упражнения с

использованием движений, необходимых в оборонной деятельности (военно-прикладные упражнения), особенно к концу периода.

4. Ожоги и отморожения II и III степени. Для ожогов и отморожений II степени, в первом периоде применения лечебной физкультуры, движения в поврежденных отделах двигательного аппарата используются с большой осторожностью, с очень малой амплитудой. Небольшая болезненность при движении допустима. Для ожогов и отморожений III степени указанные движения исключаются, у этих больных особое внимание уделяется борьбе с контрактурами и тугоподвижностью непораженных или мало вовлеченных в процесс суставов; в зависимости от клинических данных возможно использование упражнений на растягивание (активных и пассивных).

К концу первого периода упражнения для разработки подвижности суставов в зоне повреждений при отморожениях и ожогах II степени следует проводить с возможно большей амплитудой, однако без значительного усиления болей. При быстро текущем заживлении нагрузка интенсивно возрастает.

При составлении комплексов упражнений надлежит включать и упражнения общегигиенического характера.

Заканчивающаяся эпителизация (при ожогах и отморожениях II степени) и хорошо закрывающийся дефект после отторжения тканей (при отморожениях и ожогах III степени) характеризует второй период применения лечебной физкультуры. В этом периоде в локальной гимнастике особое внимание уделяется „тренировке“ кожной поверхности (захватывание предметов, опора стопами и т. д.) при ожогах и отморожениях II степени. При ожогах и отморожениях III степени основное внимание уделяется разработке движений в суставах близ расположенных к участку отторгнутых тканей.

Общегигиенические упражнения в лечебной гимнастике при ожогах и отморожениях, II периода, находят свое большее применение, чем в первом периоде, не в соотношениях с локальными упражнениями, а по качественной и количественной своей характеристике.

Наличие полной эпителизации и остаточных явлений ригидности характерно для третьего периода применения лечебной физкультуры при ожогах и отморожениях. В указанном периоде физические упражнения направлены в основном на разработку движений в ригидных суставах, при этом крайне необходима большая настойчивость и си-

стематичность. Одновременно следует назначать упражнения, ставящие задачу восстановления двигательных навыков, морально-волевых качеств, общей тренированности и закаленности.

5. Переломы на протяжении. Физические упражнения в первом периоде применяются в виде посылки импульсов к движению в иммобилизованных суставах при условии удовлетворительного стояния отломков. Одновременно с посылкой импульсов большое внимание уделяется движениям в симметрично расположенных мышцах и неиммобилизованных суставах. Давление по оси конечности и посылка импульсов осуществляется при гипсовой иммобилизации, при соответствующих клинических данных с учетом стояния костных отломков, размера костного дефекта и т. д. При лечении вытяжением в лечебной гимнастике основное внимание уделяется движениям в суставах поврежденной конечности. К концу этапа эти движения должны совершаться с активным участием окружающих сустав мышц.

Применение физических упражнений первого периода производится до момента превращения (по клиническим показаниям) повязки в съемную, или до снятия вытяжения (без последующей иммобилизации гипсом).

Второй период применения физических упражнений с клинической стороны характеризуется с момента превращения повязки в съемную или с момента снятия с вытяжения до разрешения полной нагрузки на конечность.

Физические упражнения в этом периоде осуществляются в виде методически-последовательных движений в суставах, которые находились в состоянии иммобилизации. Разрабатывая движение в суставах, следует тщательно учитывать клинические и, в частности, рентгенологические данные о консолидации. С особой осторожностью включаются ротационные движения.

Для третьего периода характерно наличие остаточных явлений тугоподвижности в суставах, недостаточная степень тренированности и закаленности. В этом последнем периоде основное внимание уделяется разработке подвижности в суставах поврежденной конечности. Допустимо применение больших дополнительных нагрузок в виде упражнений в висах и т. п. Конец третьего периода характеризуется полным восстановлением функции поврежденной части опорно-двигательного аппарата.

Само собой разумеется, что во всех трех периодах, при переломах на протяжении, в комплексах физических упраж-

жений следует, помимо локальных движений, включать и упражнения общегигиенического характера.

6. Внутрисуставные переломы.

Первый период применения физических упражнений при внутрисуставных переломах начинается с момента разрешения назначения на гигиеническую гимнастику, т. е. при отсутствии общих противопоказаний к назначению на лечебную физкультуру.

В начале первого периода основное внимание уделяется упражнениям для симметрично расположенных мышц и упражнениям общегигиенического характера. Исключаются упражнения в посылке импульсов, а также движения в неиммобилизованных суставах, если они вызывают сокращения мышц, перекидывающихся через поврежденный сустав.

В дальнейшем, при отсутствии обусловленных характером перелома препятствий к движению, внимание врачей и методистов ЛФК должно фиксироваться на:

а) сохранении объема движений в поврежденном суставе путем движений больной конечностью с помощью здоровой;

б) подборе упражнений на расслабление мышц, окружающих поврежденный сустав (борьба с болевой контрактурой).

Активные движения в поврежденном суставе следует включать постепенно и с большой осторожностью.

При внутрисуставных переломах нижних конечностей только в конце периода назначаются упражнения на разработку движений в суставе при съемной иммобилизации.

Нагрузка по оси поврежденной конечности в первом периоде во всех случаях исключается. Переход частичной нагрузки по оси поврежденной конечности, при отсутствии иммобилизации, характеризует конец первого периода — начало второго.

Момент разрешения частичной нагрузки по оси конечности до разрешения полной нагрузки на конечность характеризует собой второй период применения физических упражнений. В этом периоде разработка движений в поврежденных суставах нижних конечностей осуществляется при медленном, осторожном включении нагрузки по оси конечности (приступание при ходьбе на костылях, ходьба с палочкой и т. д.).

При повреждениях верхних конечностей разработка движений происходит по методике переломов на протяжении.

Третий период характеризуется наличием остаточных признаков ограничения подвижности в поврежденных суставах и недостаточной общей тренированности.

На протяжении всего этого периода нагрузку на поврежденную конечность следует увеличивать в более медленном темпе по сравнению с нагрузкой при переломах на протяжении. Основное внимание при этом уделяется разработке подвижности в поврежденных суставах и упражнениям, повышающим общую тренированность организма.

7. Переломы позвоночника.

Первый период применения физических упражнений при переломах позвоночника начинается через 3—4 дня после наложения вытяжения или гипсового корсета (при отсутствии неврогенных явлений — парезов и параличей) и продолжается до момента разрешения ходьбы без костылей.

В этом периоде лечфизкультура должна проводиться в виде общегигиенических упражнений и специальных упражнений для длинных мышц спины в положении лежа на спине с очень небольшой нагрузкой. Рекомендуется использовать упражнения для подготовки к самостоятельному повороту на живот. В дальнейшем нагрузка постепенно усиливается в упражнениях для мышц спины и включаются упражнения для создания „мышечного корсета“ (мышцы брюшного пресса, прочие мышцы спины, кроме длинных). Все упражнения при лечении вытяжением следует проводить в положении лежа, при гипсовой иммобилизации — в разных исходных положениях.

Свободная ходьба без костылей при переломах позвоночника характеризует собой второй период применения физических упражнений. В данном периоде постепенно включаются упражнения на разработку подвижности в поврежденном отделе позвоночника в исходном положении стоя. К концу периода включаются исходные положения сидя с прогнутой поясницей.

При наличии остаточных явлений ограничения подвижности позвоночника в поврежденном отделе его упражнения на разработку подвижности постепенно возрастают одновременно следует назначать и статические упражнения на травмированный отдел позвоночника (например: ношение тяжестей на голове). Эти особенности характеризуют третий период применения лечфизкультуры при переломах позвоночника.

8. Переломы таза.

В первом периоде допускаются ограниченные движения

сгибания и разгибания в тазобедренном суставе на стороне перелома, не отрывая пятки от постели. Широко следует проводить общегигиенические упражнения для плечевого пояса. Одновременно внимание уделяется движениям в ниже расположенных суставах конечности (на стороне перелома) и медленным движениям конечности на неповрежденной стороне. Упражнения для мышц брюшного пресса даются с крайней осторожностью.

В дальнейшем движения в тазобедренном суставе на стороне перелома производятся с полусогнутой и прямой ногой с отрывом пятки от постели. Отведение и ротационные движения допускаются в конце периода, тогда же усиливается и нагрузка для мышц брюшного пресса и спины. Все упражнения даются в положении лежа, одновременно рекомендуется давать упражнения, подготавливающие к вставанию.

Физические упражнения второго периода (характеризующегося моментом появления активного поднимания ноги на стороне перелома до момента разрешения ходить и сидеть) включают в себя разнообразные движения в положении стоя. Рекомендуется ходьба с разгрузкой, а затем без разгрузки. К концу второго периода допускается переход к положению сидя. Одновременно даются общегигиенические упражнения, повышающие деятельность всего организма.

Третий период применения лечфизкультуры характеризуется остаточными явлениями слабости мышц ноги на стороне перелома и ограничения подвижности в ней.

В этом периоде физические упражнения характеризуются постепенно усиливающейся нагрузкой в движениях различного типа на тазовый пояс (стоя на одной ноге, прыжок на одну ногу и т. д.). Кроме специальных упражнений на тазовый пояс назначаются упражнения, повышающие общую тренированность и закаленность бойцов.

9. Ампутации.

Физические упражнения при ампутационных культях применяются через 3—4 дня после ампутации при отсутствии общих противопоказаний к движениям. С этого момента следует считать начало первого периода применения лечебной физкультуры; упражнения продолжаются в первом периоде до момента изготовления временного протеза для нижней конечности и до хорошего состояния зажившей культы для верхней конечности.

В начале этого периода даются движения культей в различных упражнениях в медленном темпе и упражнения

общегигиенического характера. В дальнейшем назначаются упражнения, способствующие подготовке культы к протезированию: последовательно применяемые нажимы рукой, упоры культей в мягкую постель, легкое постукивание и пр. Кроме того, следует обратить внимание на тренировку аппарата равновесия в положении стоя на одной ноге, одновременно производится обучение ходьбе с костылями.

Второй период применения физических упражнений совпадает с переходом больных на временный протез. Упражнения второго периода характеризуются более сильной нагрузкой в упражнениях первого периода и ходьбой на временном протезе.

При получении больными постоянного протеза необходимо производить обучение полноценному владению им, этим и характеризуется третий период применения физических упражнений.

10. Повреждения периферических нервов.

Лечебная физкультура в первом периоде проводится при явлениях пареза или паралича периферических нервов при наличии съемной иммобилизации. Этот период продолжается до признаков начинающегося восстановления функции поврежденных участков опорно-двигательного аппарата.

Основное внимание в данном периоде уделяетсясылке импульсов к движению в парализованных мышцах, медленным движениям с помощью методиста или самого больного для паретичных мышц и упражнениям на растягивание для мышц-антагонистов, особенно при параличах. Усиление нагрузки для восстановления силы паретичных мышц производится крайне осторожно.

Второй и третий периоды применения физических упражнений характеризуются постепенным восстановлением функций при парезах при исключении иммобилизации (при параличах эти периоды отсутствуют). Применяемые упражнения здесь имеют тенденцию в постепенном усилении нагрузки на паретичные мышечные группы, одновременно ведется борьба с контрактурами путем систематических упражнений на пассивное растягивание для мышц-антагонистов.

Б. При ранениях грудной клетки.

Для проведения в первом периоде лечебной физкультуры с ранеными бойцами при повреждениях грудной клетки необходимо иметь ряд затихающих клинических признаков. В частности: нормальную или субфебрильную тем-

температуру; отсутствие крови в мокроте на протяжении 10—15 дней, предшествующих назначению лечебной физкультуры; отсутствие или энергично рассасывающиеся воспалительные явления в ткани легкого; стадия рассасывания — при наличии гемоторакса; отсутствие общих противопоказаний к применению лечебной физкультуры.

Упражнения в начале периода назначаются главным образом общегигиенические по преимуществу в исходном положении лежа, незначительно усиливающие газообмен при исключении специальных дыхательных упражнений и упражнений, значительно расширяющих грудную клетку.

При стойко установившейся нормальной температуре и энергичном рассасывании кровоизлияний или экссудата, занятия лечебной физкультурой продолжают носить общегигиенический характер, но нагрузка постепенно из дня в день увеличивается, вызывая умеренное усиление общего обмена и газообмена. Допускаются (осторожно!) специальные дыхательные упражнения, однако без поворотов и нагибания туловища в стороны.

При проведении лечебной гимнастики следует обращать внимание на восстановление закаленности в отношении к колебаниям комнатной температуры, путем проведения воздушных ванн, одновременно с занятиями физическими упражнениями.

Второй период применения физических упражнений совпадает с наличием остаточных явлений травмы в виде образовавшихся спаек в плевральной полости и неполноценного механизма дыхания.

Физические упражнения в этом периоде проводятся как общегигиенические, так и локальные. Последние назначаются для растягивания плевральных спаек и восстановления нормального механизма дыхания. Закаливание проводится в форме воздушных ванн длительностью до получаса. Оно может проводиться как с занятиями лечебной физкультурой, так и в положении покоя.

Наличие незначительных остаточных явлений в легких и плевре и недостаточная степень тренированности дыхательного аппарата характеризуют собой третий период.

В этом периоде основное внимание уделяется физическим упражнениям, повышающим тренированность дыхательного аппарата к выполнению нагрузок на выносливость, скорость и силу. Могут быть широко использованы спортивные и военно-прикладные упражнения. Кроме физических упражнений следует рекомендовать прогулки, экскурсии, туризм, при этом особое внимание уделяется

воздушным и солнечным ваннам и водозакаливанию (обтирание, души и купание).

В. При ранениях брюшной полости.

Лечебная физкультура при ранениях брюшной полости применяется после произведенного оперативного вмешательства, при отсутствии или стихших перитониальных явлениях, при нормальной температуре и удовлетворительном общем состоянии. В первом периоде применения физических упражнений движения назначаются преимущественно общегигиенические в исходном положении лежа с небольшой физиологической нагрузкой с акцентом на дыхательные упражнения. Упражнения для мышц брюшного пресса используются крайне осторожно.

В дальнейшем, при наличии удовлетворительного состояния послеоперационных рубцов, или при наличии небольшого числа не проникающих в брюшную полость свищей с незначительным гнойным отделяемым, физиологическая нагрузка применяемых упражнений постепенно должна возрастать. Допустимо осторожное использование упражнений для мышц брюшного пресса. Закаливание следует проводить в форме воздушных ванн (обнажение до пояса) в процессе занятий физическими упражнениями.

Второй период характеризуется ликвидацией остаточных воспалительных явлений в области послеоперационного рубца, при выраженной слабости мышц брюшного пресса. В этом периоде назначаются упражнения для укрепления мышц брюшного пресса с дальнейшим увеличением общей физиологической нагрузки. Особое внимание в комплексах движений следует обратить на выработку закрепления навыков правильного дыхания и правильной осанки. Закаливание, проводимое в виде воздушных ванн, доводится до получаса при открытой форточке.

Для третьего периода характерно наличие остаточных явлений травмы в виде спаечных процессов в брюшной полости и недостаточности общей тренированности организма. В этом последнем периоде назначаются специальные упражнения для борьбы со спайками брюшной полости и для укрепления мышц брюшного пресса. Кроме специальных упражнений следует большое внимание уделять тренировке сердечно-сосудистой и дыхательной системы на выносливость, скорость и силу. Из применяемых средств можно с этой целью использовать подвижные и спортивные игры, туризм и прогулки. Воздушные и солнечные

ванны, а также и водозакаливание проводятся в возрастающей дозировке.

Противопоказаниями к применению физических упражнений во всех периодах могут быть: наличие осумкованных абсцессов в брюшной полости, каловые и мочевые свищи.

Г. При травмах центральной нервной системы.

1. Ранения и переломы черепа.

Применяя физические упражнения в первом периоде, следует иметь в виду, что они проводятся при наличии незначительных остаточных явлений острых последствий травм, в виде легких головокружений, тошнот, общей слабости, вегетативных расстройств (потливости, тахикардии и пр.). При явно выраженных признаках уменьшения нарушений в двигательной сфере (типа парезов) и в других сферах (в органах чувств по преимуществу) раненые при этом сохраняют постельный режим.

Комплексы движений составляются главным образом из элементарных гимнастических упражнений, которые проводятся в положении лежа, в медленном темпе с малой, постепенно возрастающей нагрузкой при постоянном контроле за реакцией на упражнение. Упражнения следует проводить преимущественно по словесному методу. В подборе движений необходимо уделять внимание на упражнения, облегчающие переход в положение сидя.

В дальнейшем, по мере исчезновения вестибулярных расстройств и уменьшения выраженности нарушений в двигательной и других сферах, физиологическая нагрузка применяемых упражнений постепенно возрастает. Назначаются упражнения, усиливающие тренировку вестибулярного аппарата с доведением больного до упражнений в положении сидя и стоя. Производится подготовка к ходьбе и обучение к ней. При парезах и параличах упражнения для восстановления движений осуществляются по методике, изложенной для периферических параличей и парезов.

Во втором периоде применения физических упражнений — клинические признаки травм резко уменьшены.

Головокружения, тошноты и другие вегетативные и вестибулярные расстройства проявляются редко и преимущественно после физических напряжений. Степень восстановления в двигательной сфере уже позволяет ставить задачу овладения навыками самообслуживания.

Упражнения в этом периоде назначаются главным образом для тренировки аппарата равновесия, укрепления

силы и развития координации движения (особенно при явлениях атаксии). Особое внимание при подборе упражнений следует обратить на восстановление элементарных двигательных навыков: захватывание предметов, умывание, прием пищи, ходьба и пр.

Закаливание проводить в виде воздушных ванн длительною до 30 минут в покое и в процессе занятий физическими упражнениями, при пониженной температуре помещения и при открытой форточке.

Третий период характеризуется признаками выраженных явлений парезов спастического характера и быстрой степенью утомляемости под влиянием физических напряжений.

При этих признаках широко следует применять различные гимнастические и отчасти спортивные упражнения (плавание, спортивные игры, лыжи и пр.), постепенно усиливающие тренировку вестибулярного аппарата и восстанавливающие общую тренированность.

При выраженных последствиях органических поражений применяется методика второго периода с обращением особого внимания на совершенствование движений паретичных конечностей и выработку заместительных двигательных навыков.

2. Контузии.

В первом периоде лечебная физкультура применяется при отсутствии головокружений и тошнот в течение 5—6 дней, предшествующих назначению лечебной гимнастики. Могут быть выраженные явления вегетативных расстройств (тахикардия, потливость и пр.), общей слабости и наличие истерических параличей и истерической слепоты без подтверждения органической природы указанных явлений.

Физические упражнения начинаются с общегигиенических, с небольшой физиологической нагрузкой и проводятся в медленном темпе в исходных положениях, преимущественно лежа на спине с постепенным включением положения лежа на боку. При истерических параличах следует использовать посылку импульсов к движению содружественных мышц. При явлениях истерической слепоты упражнения сопровождаются подсчетом, произносимым больным, и подача команд шопотом.

При проведении упражнений метод „показа“ следует заменять методом „словесным“ (словесное объяснение упражнений без показа), а в конце периода — смешанным методом.

В случаях отказа больного выполнять упражнения, рекомендуется систематическое настойчивое убеждение в необходимости занятий.

В дальнейшем, при наличии стихающих вегетативных нарушений и менее выраженных явлений общей слабости, при установившемся хорошем контакте с методистом лечебной физкультуры — упражнения по своей физиологической нагрузке постепенно должны возрастать. ими охватываются большинство мышечных групп, темп проведения — медленный и средний.

Особое внимание уделяется упражнениям для тренировки равновесия, а при истерических параличах упражнениям для парализованных мышц. Большинство упражнений следует производить под громкий подсчет, с применением условных терминов и игр, требующих участия речи. При пониженном слухе рекомендуется подачу команд производить шепотом. Во всех упражнениях словесный метод объяснения остается ведущим.

Для второго периода характерно наличие остаточных явлений коммоционно-контузионного синдрома в виде незначительно выраженных вегетативных нарушений — незначительного увеличения пульса, одышки и пр., легкое головокружение наблюдается только при быстрой смене положений головы и туловища.

В этом периоде производится систематическая тренировка органов равновесия и ослабленных функций мышечной системы, органов слуха, речи и т. п. Одновременно со специальными упражнениями следует проводить и общегигиенические с постепенно возрастающей физиологической нагрузкой. Рекомендуется проводить закаливание в форме воздушных ванн длительностью до 30 минут, одновременно с занятиями физическими упражнениями и в положении покоя. К концу периода допустимо проведение воздушных ванн при пониженной температуре в помещении при открытой форточке и на специальных площадках.

Основными признаками третьего периода являются: лабильность вегетативной нервной системы, выраженные неврастенические проявления в эмоциональной сфере и быстрая утомляемость.

Физические упражнения в этом последнем периоде проводятся в виде общих тренировочных занятий с использованием средств на выносливость, скорость и силу. Рекомендуются прогулки, спортивные и военно-прикладные упражнения. В методике проведения занятий необходимо

уделять внимание на воспитание качеств поведения: — настойчивости, решительности и пр.

Закаливание проводится в виде использования сил природы в постепенно возрастающей дозировке.

При назначении на лечебную физкультуру больных с коммоционно-контузионным синдромом, относительным противопоказанием ко всем трем периодам применения физических упражнений следует считать выпадение тех или иных функций при трудности дифференциальной диагностики, в отношении их органической или истерической основы.

Д. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

1. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Проблема скорейшего восстановления готовности к защите нашей Родины ставит перед нами задачи широкого внедрения в практику работы терапевтических госпиталей лечебной физкультуры среди больных с поражениями и расстройствами сердечно-сосудистой системы.

Применяя лечебную физкультуру при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, следует стремиться к повышению общей степени тренированности всего организма, что обеспечивается назначением специально подобранных дозированных физических упражнений, которые усиливают и улучшают обмен веществ, а через него благотворно воздействуют на сердечно-сосудистую систему.

Показаниями к применению лечебной физкультуры при заболеваниях сердечно-сосудистой системы должны быть следующие нозологические формы:

а) Заболевания сердечной мышцы (миокардиты, миокардиодистрофии и миокардиопатии).

б) Пороки клапанного аппарата без высокой гипертонии, не выше 180 мм. ртутного столба.

в) Поражения сердечно-сосудистого тонуса (гипер — и гипотонические состояния).

Однако в основу показаний к применению ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы следует принимать во внимание не столько нозологические формы поражения ее, сколько функциональное состояние всего организма, в целом, и органов кровообращения, в частности. Кроме того крайне необходимо учесть предварительную степень тренированности больного, его профессию и возраст.

Лечебная физкультура, с учетом всего вышесказанного, может применяться как в периоде компенсации, так и при недостаточности I и II степени (по классификации проф. ЛАНГА).

Характеристика физических упражнений, применяемых в периоде компенсации, сводится к упражнениям сердечной мышцы.

Для этого на фоне общеукрепляющих гигиенических упражнений, назначаются преимущественно упражнения с относительно ограниченным усилием: типа облегченных сопротивлений, приседаний, смешанных упоров и висов, терренкура, ходьбы простой и усложненной, дозированного и ритмированного бега.

Физические упражнения, применяемые при недостаточностях I и II степени, имеют иной характер. Они подбираются и проводятся на основе терапии относительного щажения миокарда.

В этих случаях следует широко использовать большой арсенал дыхательных упражнений в сочетании их с различными простыми, элементарными по своему выполнению движениями. Все движения должны производиться главным образом в исходных положениях лежа и сидя, в медленном или среднем темпе с участием мелких и средних мышечных групп, с постепенным увеличением экскурсии движений.

Физические упражнения, применяемые в подобной характеристике в конечном счете ведут к улучшению экстракардиальных факторов кровообращения, усилению венозного кровообращения и притоку крови к правому сердцу.

Методика лечебной гимнастики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в условиях госпиталя должна исходить из фаз состояния больного в течении всего курса применения ее. Работами Государственного Научно-Исследовательского Института физиотерапии (доцента В.Н. Мошкова) на большом количестве стационарных больных были в этом отношении установлены и рекомендованы 4 фазы применения лечебной физкультуры.

Эти фазы вполне приемлемы и в применении их при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в госпитальных условиях.

Методика использования лечебной гимнастики в течение всего лечебного курса носит следующий характер.

Первая фаза — ориентировочная.

Больной в первой фазе применения лечебной гимнастики ориентируется в использовании движений с лечебной

целью, учится правильно их выполнять и осваивает основные положения гимнастики. В этот же период происходит знакомство врача с больным и изучаются особенности реакций больного на нагрузку.

Физические упражнения по своей нагрузке в первой фазе их применения должны быть сведены до минимума, поскольку эта фаза для больного является своего рода первым этапом приспособления к новому виду лечения.

Упражнения должны применяться элементарные по своему выполнению, охватывающие мелкие мышечные группы, с частым использованием дыхательных упражнений и выполняются преимущественно в медленном темпе в положении лежа.

Длительность фазы определяется клиническими признаками занимающихся больных. Ориентировочно она продолжается 8—12 дней.

Занятия проводятся ежедневно, длительность каждого занятия — 8—10 минут. Параллельно с процедурами по лечебной гимнастике показаны кратковременные прогулки по палате и коридору 1—3 раза в день по 5—15 минут.

Вторая фаза — фаза приспособления „А“.

Эта фаза характеризуется приспособлением сердечно-сосудистой системы больного к обеспечению повышенного обмена веществ в процессе выполнения разнообразных движений. Колебания нагрузки во второй фазе, по сравнению с первой, выражены в большей степени, увеличивается и длительность самой процедуры.

Физические упражнения используются не только в медленном темпе, но и в среднем, допускается применение движений более сложных, чем в первой фазе, охватывающих крупные мышечные группы. Упражнения проводятся с максимальными амплитудами в положениях лежа и сидя. Ориентировочно вторая фаза продолжается следующие 7 дней за первой. Процедуры проводятся ежедневно длительностью по 15—20 минут.

Одновременно с лечебно-физкультурными процедурами рекомендуются прогулки 2—3 раза в день по 15—20 минут, преимущественно на открытом воздухе.

Третья фаза — фаза приспособления „Б“.

Третья фаза проводится при условии, когда состояние больного позволяет дальнейшее форсирование нагрузки.

Задачи этой фазы те же, что и во второй, но методы применения физических упражнений частично видоизменены.

Упражнения третьей фазы характеризуются усилением

общей нагрузки, вариантами ее колебания за счет включения новых, более сложных упражнений (с усилием, легким отягощением и частичным использованием шведской аппаратуры).

Длительность этой фазы ориентировочно определяется следующими (за второй фазой) 10—12 днями. Рекомендуется назначение прогулок на воздухе 2 раза в день по 1—2 часа с частыми отдыхами и использованием дыхательных упражнений.

Четвертая фаза—тренировочная.

Характерной чертой общей нагрузки четвертого периода является то, что она, постепенно поднимаясь, снижается меньшими виражами и в процессе всей процедуры держится на определенной высоте. Организм больного, следовательно, в течение всей процедуры подвергается систематическим упражнениям, находясь своего рода в повышенном рабочем состоянии.

Упражнения четвертой фазы, по сравнению с третьей, проводятся в большей своей количественной и качественно-осложненной характеристике. Они назначаются и видоизменяются в зависимости от состояния каждого больного. В этой фазе используются все исходные положения: лежа, сидя и стоя.

Упражнения подбираются по принципу всестороннего воздействия их на организм. Могут быть использованы: ходьба, элементы в метаниях, равновесие, сопротивления, шведская аппаратура, легкие по своему воздействию игры и т. д.

Продолжительность этой фазы тянется на протяжении всего остального времени пребывания больных в госпитале.

Сеансы физических упражнений проводятся ежедневно по 20—30 минут. Одновременно с лечебной гимнастикой назначаются прогулки на открытом воздухе 2 раза в день по 1—2 часа, с постепенным сокращением перерывов для отдыха, с использованием упражнений в глубоком дыхании перед остановками.

При проведении процедуры по лечфизкультуре с сердечными больными во всех перечисленных фазах нагрузку необходимо регулировать строгой постепенностью в ее повышении и понижении. Движения, как без отягощения, так и с отягощением, а также и на снарядах проделываются без заметных явлений утомления и усилия, ритмично, в относительно медленном темпе с возможно большей амплитудой движений.

2. При заболеваниях органов дыхания

Лечебная физкультура, как мощный фактор антропотерапии, применяется при различных заболеваниях органов дыхания. В частности, она применяется при туберкулезе легких, плевритах, эмфиземе и хроническом бронхите.

При легочном туберкулезе

В госпиталях, где подвергаются лечению туберкулезные больные, лечебная физкультура должна составлять определенную часть единого комплекса лечебных мероприятий и должна входить в понятие гигиено-диететического метода, давно принятого во фтизиатрии.

Разрешая вопросы показаний и противопоказаний к назначению лечебной физкультуры при легочном туберкулезе, следует исходить:

а) из общей характеристики состояния организма и степени его адаптации и, в частности, по отношению к физическим усилиям;

б) из клинической характеристики течения туберкулезного процесса и его анатомической распространенности;

в) из общих условий (быта, службы, привычек и пр.) больного;

г) из характеристики физических упражнений, применяемых при различных формах и фазах легочно-туберкулезного процесса.

Практически, при назначении туберкулезных больных на лечебную физкультуру, совершенно необходимо принимать во внимание физиологическую нагрузку, вызываемую физическими упражнениями дифференцированно по группам, и формы и фазы легочного туберкулеза.

В этом отношении мы считаем целесообразным рекомендовать излагаемую ниже схему назначения туберкулезных больных на лечебную физкультуру и разбивку их на группы, предложенную доцентом Берлиным А. И. из Н-ского туберкулезного госпиталя, где начальником майор медслужбы тов. Марк.

Эта схема в практике работы лечебной физкультуры с легочно-туберкулезными больными в условиях госпиталя вполне себя оправдывает.

При пользовании этой схемой следует учесть, что в ней изложены только принципиальные вопросы показаний к лечебной физкультуре. Она не включает в себя те разнообразные клинические варианты течения туберкулеза, которые необходимо учитывать при индивидуальном назначении на физкультуру.

Вся работа по подбору больных и разбивке их на группы должна осуществляться врачом специалистом по туберкулезным заболеваниям совместно с врачом лечебной физкультуры и методистом (желательно).

Нередко окончательное решение вопроса о принадлежности больного к той или иной группе представляет трудности. В таких случаях следует производить особое наблюдение за этими больными и на основании тщательного исследования только назначать их в ту или другую группу.

Численный состав группы желательно иметь, как и при травмах опорно-двигательного аппарата, в пределах 8—16 человек.

Основная характеристика физических упражнений должна исходить из учета не столько местного воздействия, сколько из общего равномерного вовлечения всего организма (из обще-тренирующего его воздействия). Общetreнирующее воздействие физических упражнений (через вегетативную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы) в конечном итоге способствует улучшению туберкулезного процесса.

В ряде случаев локальные физические упражнения могут использоваться как средство раздражающей терапии, ведущей к десенсибилизации и ускорению рассасывания воспалительных процессов.

Составляя комплексы физических упражнений, в основу их следует положить трехраздельную схему с последовательно нарастающей физиологической нагрузкой. Максимальный подъем физиологической кривой должен соответствовать середине или началу последней трети схемы.

Упражнения следует подбирать преимущественно общегигиенические, обращая особое внимание на воспитание правильного механизма дыхания и дыхательной функции, однако осторожно следует нагружать пораженное легкое.

Используя максимально гимнастические упражнения (без значительных отягощений в слабой и средней группах, и с достаточной отягощенностью в сильной), следует широко применять ходьбу, подскоки, дозированный бег и легкие по своему воздействию игры, как упражнения, вовлекающие различные группы мышц, в конечном итоге ведущие к повышению выносливости и общей тренированности.

При проведении занятий с туберкулезными больными необходимо следить за последовательностью в постепенном нарастании физиологической нагрузки от занятий к

назначений на лечебную физкультуру при ту

Формы легочного туберкулеза	Слабая группа
Первичный комплекс	Затихающая вспышка, температура не выше $37,4^{\circ}$, при удовлетворительном общем состоянии
Бронхо-аденит	Т о ж е
Миллярный туберкулез	П р о
Подострый и хронический диссеминированный туберкулез	Значительно распространенный в фазе затихающей вспышки, температура не выше $37,4^{\circ}$, при удовлетворительном общем состоянии
Ограниченный фиброзно-очаговый туберкулез	В фазе затихающей вспышки, при температуре не выше $37,5^{\circ}$ и при удовлетворительном общем состоянии
Инфильтративный туберкулез	В фазе затихающей вспышки, при температуре не выше $37,4^{\circ}$ и при удовлетворительном общем состоянии
Казеозная пневмония	П р о
Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез	В фазе затихающей вспышки, при удовлетворительном общем состоянии и температуре не выше $37,4^{\circ}$
Цирротический туберкулез	То же, но с учетом функции сердечно-сосудистой системы

Примечание. Кровохарканье, а также туберкулезные осложнения являются противопоказанием к назначению на лечебную физкультуру. Уместна, как введение к нему противопоказана при первых поддальнейшем.

М А

Беркулезных заболеваний органов дыхания

Средняя группа	Сильная группа
Почти затихшая вспышка, температура нормальная, при хорошем общем состоянии.	Недавно затихшая вспышка, температура нормальная, при общем хорошем состоянии
Т о ж е	Т о ж е
т и в о о к а з а н и е	
Умеренно распространенный в фазе затихающей вспышки, при нормальной температуре и хорошем общем состоянии	В фазе затихающей вспышки, при хорошем общем состоянии
В фазе затихающей вспышки, при температуре не выше $37,2^{\circ}$, при хорошем общем состоянии	При затихающей или затихшей вспышке с нормальной температурой и хорошим общим состоянием
В фазе затихающей вспышки, при хорошем общем состоянии и нормальной температуре	В фазе уплотнения
т и в о о к а з а н и е	
В фазе затихающей вспышки, при нормальной температуре и хорошем общем состоянии	В фазе уплотнения
То же, но с учетом функции сердечно-сосудистой системы	То же, но с учетом функции сердечно-сосудистой системы

нения со стороны кишечника, почек и гортани в большинстве случаев. Печеночная физкультура при искусственном пневмотораксе очень важна и может преимущественно применяться индивидуально в

занятиям, а в процессе занятий нагрузку необходимо регулировать строгой постепенностью в ее повышении и понижении. Сами движения должны выполняться без резких явлений утомления и усилия с возможно большей амплитудой и максимальной аэрацией.

При плевритах

Как показал опыт работы по лечебной физкультуре применение ее при плевритах показывает хороший терапевтический эффект.

Больных с плевритами, назначенных на лечебную физкультуру, следует подразделять на группы. В основу признаков подразделения на группы должны быть положены данные клинических методов исследования.

Практически целесообразно больных-плевритиков подразделять на три группы: слабую, среднюю и сильную.

В слабую группу должны назначаться больные с плевритами в фазе рассасывания, при температуре не выше $37,4^{\circ}$ и без наличия значительного количества экссудата при удовлетворительном их общем состоянии.

В среднюю группу следует назначать больных в фазе рассасывания, с нормальной температурой, при общем хорошем состоянии и удовлетворительной функции сердечно-сосудистой системы.

В сильную группу назначаются больные с остаточными явлениями после плевритов, при хорошем общем состоянии и нормальной температуре.

Характеристика физических упражнений в применении их к плевритам должна включать в себя, как общегигиенические упражнения, так и специальные. Общегигиенические упражнения используются преимущественно гимнастические, как без отягощения, так и с отягощениями. Под специальными упражнениями следует понимать дыхательные. Они используются при плевритах в виде статической и динамической дыхательной гимнастики. В ряде случаев дыхательная гимнастика применяется локально, в зависимости от локализации плеврального процесса. Она может быть применена в виде нижне-реберного, верхне-реберного и бокового локального дыхания. Локальная дыхательная гимнастика так же проводится в статическом и динамическом виде, как и тотальная.

При эмфиземе и бронхитах.

Лечебная физкультура при эмфиземе должна применяться при условии достаточной функции сердечно-сосу-

дистой системы. При бронхитах она применяется в хронических (холодных) формах.

При острых формах больные к занятиям не допускаются.

Характеристика физических упражнений, назначаемых больным, страдающим эмфиземой, должна сводиться в основном к дыхательным упражнениям. Методист должен стремиться к воспитанию у больных правильного механизма дыхания и особенно акта выдоха.

Составляя комплексы упражнений, по общепринятой трехраздельной схеме, следует широко пользоваться обще-гигиеническими упражнениями, значительно насыщая их дыхательными, как специфическими для эмфизематиков.

Дыхательные упражнения должны проводиться в положениях: лежа на спине, лежа на боку, сидя, стоя и в движении.

При обучении больных дыхательным упражнениям необходимо обратить внимание на носовое дыхание. Акты дыхания должны быть глубокими, ритмичными и равномерными.

Выдох следует производить плавно, без толчков и особых напряжений. Напряженный выдох повышает внутрибрюшное давление, что ведет к нарушению брюшного кровообращения. Часто повторяемые форсированные (резкие) выдохи могут привести к нежелательным результатам, в частности, к перерастяжению и даже разрыву альвеолярной сети.

Дыхательные упражнения, включаемые в комплексы для эмфизематиков, по своему характеру должны быть, как статические, так и динамические. Физиологический эффект от них складывается из повышения отрицательного давления в грудной полости, улучшения венозного кровообращения, улучшения подвижности и эластичности грудной клетки, а также из успокаивающего действия их на сердечно-сосудистую систему.

Что касается характеристики физических упражнений, применяемых при бронхитах, то она отличительной специфики от общегигиенических упражнений почти не имеет.

Комплексы движений должны составляться преимущественно из гимнастических упражнений как без снарядов, так и со снарядами (упрощенными, элементарными).

Необходимо обратить внимание на дыхательные упражнения, которые должны проводиться в виде чередования с общегигиеническими. Занятия следует проводить с достаточной эмоциональной насыщенностью при максимальным доступе чистого воздуха.

3. При болезнях желудочно-кишечного тракта

Лечебная физкультура, как это показал опыт применения ее в мирное, а также и военное время, оказывает хорошую терапевтическую эффективность при болезнях желудочно-кишечного тракта.

Показаниями к назначению на лечебную физкультуру при заболеваниях желудочно-кишечного тракта должны быть:

- а) атонии желудка и кишек;
- б) недалеко зашедшие энтероптозы;
- в) ахилические состояния;
- г) диспепсии нервного характера;
- д) гипересекреторные неврозы желудка (в том числе гиперацидные катары);
- е) гипоацидные катаральные состояния;
- ж) хронические колиты (не успевшие истощить больных);

з) нарушение моторики кишечного тракта (запоры, метеоризм).

Физические упражнения при указанных заболеваниях следует проводить в двояком виде. С одной стороны, с целью восстановления нарушенных функций желудочно-кишечного тракта, и с другой, с целью восстановления ослабленных качеств общей боеспособности больных.

Исходя из этого, они должны иметь характер: локальных — преимущественно воздействующих на брюшную полость и общеукрепляющих — воздействующих на весь организм в целом.

Комплексы физических упражнений составляются с учетом степени нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

Из специальных (локальных) упражнений рекомендуется пользоваться богатым арсеналом упражнений для мышц брюшного пресса. Эти упражнения следует проводить в определенной последовательности по своей сложности и нагрузке, начиная с простых, несложных, а затем постепенно переходить к более сложным.

При проведении общеукрепляющих упражнений необходимо обратить внимание на улучшение процессов дыхания и на функции нервной системы, достаточно насыщая комплексы движений дыхательными упражнениями и упражнениями эмоционального характера.

4. При артритах

На пути перехода современной терапии при заболеваниях суставов от методов локальных к методам воздейст-

влияния на весь организм, на пути изыскания методов десенсибилизирующей терапии лечебная физкультура, как фактор, широко охватывающий в своем влиянии реактивные процессы организма, приобретает особое значение.

Применяя ее при заболеваниях суставов различной этиологии, мы должны исходить из следующих основных физиологических предпосылок:

а) дозированные движения ведут к облегченной деятельности пораженной (при заболеваниях суставов) сердечно-сосудистой системы путем: оживления общего и местного кровообращения, перераспределения крови, усиления периферического и венозного кровообращения, изменения эластичности сердечной мышцы и улучшения сократительной деятельности ее;

б) физические упражнения повышают обмен веществ, который, воздействуя на весь организм, улучшает дееспособность сердечно-сосудистой системы;

в) движения повышают окислительные процессы во всем организме (через усиленное поглощение кислорода тканями), чем усиливают его деятельность;

г) на фоне общего оживления крово- и лимфообращения, на фоне благоприятной общей физиологической тонизации организма дозированные движения производят и глубокие воздействия на больные суставы.

Они ведут к оживлению крово- и лимфообращения в периапартулярной ткани, к улучшению обмена веществ и питания в них, к улучшению секреции синовиальной жидкости, к улучшению эластичности всей периапартулярной ткани, а все это вместе взятое ведет к противодействию образования различных патологических процессов в суставах и более эффективно восстанавливает функцию их.

При заболевании суставов показаниями к лечебной физкультуре являются следующие:

а) артриты травматического происхождения;

б) артриты и полиартриты с неопределенной этиологией (обычно определяемые самыми разнообразными названиями: ревматоидные формы хронического полиартрита, ревматоиды, хронические артропатии, миоартропатии и т. п.);

в) артриты истинного ревматического происхождения.

Сопутствующие заболевания при поражениях суставов в виде миокардитов, эндокардитов, перикардитов и нестойких нарушениях ритма в компенсированных формах, без резко выраженных клиникофункциональных поражений —

не являются противопоказаниями к назначению на лечебную физкультуру.

Физические упражнения при артритах проводятся по трем периодам клинической тяжести их.

Первый период соответствует острым и подострым случаям артритов, протекающих с относительно невысокой (колеблющейся) температурой, незначительной опухолью и небольшими болями в суставах. По мере успокоения болевых ощущений и смягчения признаков острых форм следует приступать к движениям.

Упражнения следует проводить сначала активно-пассивные, а спустя некоторое время активные. Одновременно непораженные суставы вовлекаются с самого же начала в активные движения. Занятия проводятся преимущественно индивидуально.

Второй период характеризуется значительным снижением признаков острых и подострых артритов.

В этом периоде физические упражнения проводятся в виде общеукрепляющих и главным образом локальных.

Из локальных упражнений используются преимущественно движения для суставов в виде: последовательных сгибаний, разгибаний, отведений, приведений и кругообразных движений.

Комплексы физических упражнений следует провизывать дыхательными упражнениями и элементами из школы мяча.

Третий период в клиническом отношении соответствует остаточным признакам неполноценности функции суставов и недостаточной общей тренированности организма.

Физические упражнения в этом периоде ставят своей целью ликвидацию неполноценности функции суставов и повышение общей дееспособности организма.

Комплексы движений следует насыщать специальными упражнениями для суставов и упражнениями общетренировочного характера. В стадии выздоровления особое внимание необходимо обращать на военно-прикладные упражнения.

Учитывая склонность больных преувеличивать свои болевые ощущения, необходимо в уроки по лечебной гимнастике (во втором и третьем периодах) включать игровые элементы, как отвлекающие от самоанализа в болезненных симптомах.

ФОРМЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Основными формами проведения лечебной физкультуры с ранеными и больными являются:

- а) гигиеническая гимнастика;
- б) лечебная гимнастика;
- в) индивидуальные задания;
- г) массовая физкультура;
- д) закаливание.

А. Гигиеническая гимнастика

Наиболее доступной и массовой формой лечебной физкультуры следует считать гигиеническую гимнастику. Основное ее назначение содействовать скорейшему восстановлению трудо- и боеспособности раненых и больных бойцов и командиров.

Непосредственные задачи утренней гимнастики:

1. Общегигиенические — оживить крово- и лимфообращение, усилить деятельность органов дыхания и обмена веществ, повысить тонус и жизнедеятельность всего организма.

2. Лечебные — улучшить регенерационные процессы и стремиться сократить срок пребывания больных на госпитальной койке.

3. Военно-прикладные — подготовить бойцов к переходу от госпитального режима к условиям строевой жизни и повысить общую физическую тренированность и закаленность их.

Утренняя гигиеническая гимнастика преимущественно должна проводиться в групповом виде, как с лежащими больными, так и особенно широко с ходячими.

Для группового метода проведения все больные, которым показана гигиеническая гимнастика, разбиваются на группы. Критериями разбивки на группы должны быть данные клинических методов исследования, в частности в основу берется локализация повреждений и периоды применения физических упражнений, а терапевтические больные разбиваются на группы по системам заболеваний и степеням тяжести их.

Обычно ходячие больные разбиваются по степени тяжести на две группы: слабую и сильную, а травматичи (в зависимости от количества их), в свою очередь, подразделяются на группы с повреждениями: верхних конечностей, нижних и туловища.

Для проведения метода гигиенической гимнастики с лежащими больными последние должны быть укомплектованы по

палатам по локализации ранений. Например: палаты ранений бедра, голени и стопы, грудной клетки, плеча и т. д. Такое размещение раненых облегчит проведение группового метода гигиенической гимнастики.

В зависимости от клинических данных больных гигиеническая гимнастика может проводиться и индивидуально, однако такие случаи, как это показал опыт работы, встречаются крайне редко.

Назначение гигиенической гимнастики и подразделение на указанные группы производит лечащий врач-ординатор. В основу назначения, а в случаях осложнений — и отмены, принимаются изложенные выше общие показания и противопоказания к лечебной физкультуре.

При назначении гимнастики лечащие врачи должны иметь в виду, что этой утренней процедурой следует охватить возможно большее количество раненых и больных.

Свое назначение гигиенической гимнастики врач должен отметить в истории болезни и обязать палатную сестру обеспечить контроль выполнения этого назначения. Палатная сестра через старшин палат обеспечивает явку назначенных бойцов на гигиеническую гимнастику и ведет таким образом систематический учет посещаемости.

Гигиеническая гимнастика должна стать обязательной процедурой для всех допущенных к ней раненых и больных и проводиться ежедневно сейчас же после утреннего сна, до завтрака, и может проводиться добавочно после обеденного часа отдыха.

Практически утренняя гимнастика проводится штатным инструктором-методистом, привлеченными инструкторами общественниками и специально обученными и хорошо проинструктированными палатными сестрами. В отдельных случаях занятия может проводить и врач-специалист по физкультуре.

Местом проведения гигиенической гимнастики могут быть: спортзалы, кабинеты лечфизкультуры, предварительно хорошо убранные коридоры, клубы и лануголки. В летнее время гигиеническая гимнастика должна проводиться на открытом воздухе, на специально устроенных при госпиталях площадках.

Б. Лечебная гимнастика

Среди других форм лечебной физкультуры лечебная гимнастика является основным видом лечебно-физкультурных процедур, применяемых в лечебно-профилактических учреждениях мирного времени, и в госпиталях — в период военного времени.

В лечебной гимнастике основная часть упражнений, в отличие от гигиенической, предназначена для поврежденного или больного органа и непосредственно связаных с ним смежных участков. В гигиенической же гимнастике упражнения даются преимущественно на непосредственные здоровые участки тела.

Однако было бы ошибочно думать, что лечебная гимнастика является только локальным методом воздействия на больной орган. Помимо локального воздействия, лечебная гимнастика проводится и как антропотерапевтическое средство, ведущее к повышению жизнедеятельности всех систем организма.

Разрешая задачи, стоящие перед лечебной гимнастикой (см. характеристику периодов применения лечебной физкультуры), она в конечном счете стремится:

1) возможно более полноценно восстановить бое- и трудоспособность раненых и больных;

2) максимально сократить срок пребывания их на госпитальной койке, способствуя при этом более быстрому заживлению ранения и всестороннему восстановлению функции травмированного органа и всего организма в целом.

В соответствии с задачами, стоящими перед лечебной гимнастикой, последняя может проводиться в двух видах: в групповом и индивидуальном. Группы укомплектовываются по признаку локализации травмы, заболеваний и функционального состояния. Сеансы лечебной гимнастики проводятся ежедневно: групповые продолжительностью от 15 до 40 минут, а индивидуальные 2—3 раза в день по 10—20 минут.

План сеансов лечебной гимнастики составляется в двух вариантах: по трехсерийной и четырехсерийной схемам.

Первый вариант. Трехсерийная схема включает в себя разделы:

Первый — вводный раздел. Задачи этого раздела: фиксировать внимание раненых и больных на выполнение предстоящих физических упражнений, подготовить организм к основным, специальным упражнениям. Время на этот раздел отводить 5—7 минут. В этом же разделе производится самопроверка пульса и опрос субъективных данных.

Второй — специальный раздел. В задачи этого раздела входит непосредственное терапевтическое воздействие на болезненный процесс, вызванный травмой или заболеванием и борьба с сопутствующими осложнениями.

Для выполнения этих задач подбираются такие упражнения, которые по своему характеру специфичны для данного ранения или заболевания. Так как этот раздел является основным, то время для него отводится наибольшее — из всего времени сеанса 20 — 25 минут.

Третий — заключительный раздел. Этот раздел ставит задачу — привести физиологически возбужденный организм в прежнее (исходное) свое состояние. В этом разделе, как и в первом, следует производить самопроверку пульса и опрос субъективных данных. Время на третий раздел отводится 5 — 8 минут.

Второй вариант. Четырехраздельная схема включает в себя помимо изложенных трех разделов, еще один — гигиенический. Этот раздел имеет задачи: умеренно оживить обмен веществ, также умеренно воздействовать на деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. Создать, образно выражаясь, благоприятный физиологический фон перед применением физических упражнений, имеющих специфический характер соответственно с данными ранений и заболеваний. Этот раздел в четырехсерийной схеме включается вторым после вводного, а специальный, таким образом, будет третьим и заключительным четвертым. Время на гигиенический раздел отводится 8 — 10 минут.

В групповых сеансах лечебной гимнастики в конце специального раздела (при обоих вариантах плана) следует включать и упражнения на восстановление и совершенствование утраченных в связи с ранением или заболеванием качеств и навыков, необходимых в трудовой и боевой деятельности (ловкости, силы, выносливости, координации и выполнения военно-прикладных задач). Особенно на это следует обратить внимание в конце курса лечения в эвакуогоспиталях и на протяжении всего курса лечения в госпиталях для легко раненых и выздоравливающих.

Для наиболее правильного построения методики лечебной физкультуры, как это указывалось выше, большинство раненых и больных, получивших назначение лечебной гимнастики, должны объединяться в группы по признакам заболеваний, локализации и функциональных данных. Качественная и количественная характеристика групп должна самостоятельно устанавливаться каждым в отделности госпиталем, соответственно с профилем, степенью тяжести и количеством раненых и больных в данном госпитале. При подразделении на группы назначенных раненых и больных на физические упражнения, поми-

мо данных локализации травм и функционального состояния, следует принять во внимание характер повреждений и степень тяжести заболеваний (у терапевтических больных).

В случаях, когда имеет место комбинированное ранение, лечащий врач, при назначении на лечебную физкультуру, указывает об этом методисту, который должен проводить физические упражнения с учетом этого ранения.

При назначении лечебной гимнастики врачи-ординаторы должны стремиться охватить всех раненых и больных, нуждающихся в лечебной гимнастике, одновременно стремясь назначать ее в возможно ранние сроки лечения. Лечащие врачи, особенно хирурги должны постоянно помнить, что ранние движения являются мощным фактором профилактики образований контрактур суставов и различных сопутствующих осложнений в виде: застойных явлений, атрофии мышц и проч.

Методами физических упражнений легче предупредить эти осложнения, чем их потом излечивать. Особенно это относится к контрактурам суставов. Врачи-ординаторы должны учитывать (как это указывалось выше), что в течение первого периода применения физических упражнений, последние в преобладающем большинстве проводятся строго ограниченно и совершенно не касаются, или почти не касаются мышечных групп, суставов и органов, непосредственно связанных с болезненным процессом.

Свои назначения на лечебную гимнастику врачи-ординаторы обязаны внести в историю болезни и дать методисту лечебной физкультуры указания: к какой группе относится данный раненый и по какому периоду должны строиться занятия лечебной физкультурой; выдвигаемые частные задачи перед ЛФК в данном конкретном случае.

Выделяя раненого на лечебную гимнастику, ординатор должен обязать палатную сестру обеспечить контроль выполнения своего назначения.

Практически лечебная гимнастика проводится инструктором-методистом или хорошо обученной медицинской сестрой под общим наблюдением врача специалиста по лечебной физкультуре.

Местом проведения лечебной гимнастики должны быть: кабинеты ЛФК — для ходячих больных; предварительно убранные и соответствующим образом подготовленные палаты — для лежащих больных и уголки по ЛФК для индивидуальных занятий. В летнее время лечебная гимнастика может быть перенесена при соответствующих усло-

виях (оборудования навеса или террасы) на открытый воздух.

В. Индивидуальные задания

Опыт работы по лечебной физкультуре показал, что большое количество раненых и больных, особенно с повреждением опорно-двигательного аппарата, нуждаются, в дополнение к лечебной гимнастике, в более усиленной локальной физической нагрузке.

Такой дополнительной нагрузкой, форсирующей терапевтическое воздействие лечебной гимнастики, являются самостоятельно повторяемые ранеными бойцами упражнения в порядке индивидуальных заданий.

Эти индивидуальные задания по физическим упражнениям назначаются методистом лечебной физкультуры по указанию врача. Для этого методист выбирает из проводимых им физических упражнений во время групповых занятий в кабинете ЛФК 4—6 основных специфических упражнений, хорошо известных и доступных раненым.

На эти упражнения во время групповых занятий методист должен обратить особое внимание раненых и больных бойцов. Эти именно упражнения более подробно изучаются и осваиваются ранеными. Методист лечебной физкультуры после проведенных им сеансов дает указание назначенным индивидуальным заданиям: в какое время, как часто в течение дня, и в какой дозировке раненый должен самостоятельно их производить.

В виду наблюдающейся относительно низкой дозировки физических упражнений во время групповых занятий лечебной гимнастикой, особенно в случаях застаревших и при стойких контрактурах суставов, индивидуальные задания рекомендуется проводить не реже 3—5 раз в день, с продолжительностью выполнения каждого из них по 10—15 минут.

Местом проведения самостоятельно повторяемых ранеными или больными бойцами физических упражнений должны быть смонтированные уголки лечебной физкультуры в больших палатах, вестибюлях и коридорах (см. раздел „Материальная база“).

Совершенно необходимо отметить, что одним из факторов полноценного проведения индивидуальных заданий является проверка их выполнения. Методист лечебной физкультуры лично сам, а также через дежурную медицинскую сестру и старшину палаты должен проверять выполнение ранеными данных им индивидуальных заданий.

Практически целесообразно вести так называемые процедурные книжечки раненых или больных бойцов, куда должны вноситься отметки методиста и дежурной медицинской сестры о принятых сеансах лечебной гимнастики и о выполнении назначенных индивидуальных заданий.

Г. Массовая физкультура

Одним из форсирующих факторов функциональной терапии в условиях госпиталя должны быть массовые формы лечебной физкультуры.

Применение массовых форм лечебной физкультуры ставит своей целью:

а) ликвидацию остаточных (вследствие ранения) признаков неполноценности функции опорно-двигательного аппарата и всестороннее психо-физическое совершенствование выздоравливающих бойцов;

б) облегчение перехода раненых и больных от постельного режима к естественным условиям военно-строевой деятельности;

в) привитие ряда навыков военно-прикладного характера и навыков в умении пользоваться средствами физической подготовки.

Основными видами массовой физкультурной работы в госпиталях должны быть:

а) спортивные игры: волейбол, кегли, городки, крокет. В госпиталях для легко раненых и выздоравливающих, кроме этих игр, рекомендуется вводить баскетбол и в небольшой дозировке, под наблюдением врача, футбол;

б) аттракционы и подвижные игры;

в) элементы легкой атлетики (полоса препятствий, метание гранаты, прыжки и бег);

г) гребля;

д) плавание;

е) пешие походы;

ж) в зимнее время лыжные занятия.

Все массовые игры, а также аттракционы должны проводиться на открытом воздухе, под наблюдением предварительно хорошо проинструктированных медицинских сестер и библиотечарей.

Общее руководство и ответственность за проведение этих игр остается за инструктором-методистом по лечебной физкультуре.

Элементы легкой атлетики, волейбол, баскетбол, гребля, плавание, пешие походы и занятия на лыжах должны про-

водиться инструкторами-методистами по ЛФК, под общим наблюдением врача специалиста по лечебной физкультуре.

Всю массовую физкультурную работу следует проводить по заранее разработанному графику, утвержденному начальником госпиталя.

Назначение раненых и больных на массовую физкультуру и отмену ее должен производить лечащий врач, пользуясь при этом общими показаниями и противопоказаниями к назначению на лечебно-физкультурные процедуры.

На спортивные игры: волейбол, баскетбол, на игры в кегли и крокет рекомендуется назначать раненых и больных с тугоподвижностями и контрактурами суставов верхних и нижних конечностей. Команды укомплектовывать желательно по признаку локализации повреждений. Практически целесообразно проводить матчи между группами лечебной гимнастики, в которых раненые и больные занимаются физическими упражнениями, однако при этом лечебная гимнастика проводится бесперебойно.

Игры, в соответствии с показаниями к ним, следует проводить и с выздоравливающими бойцами, не принимающими сеансов лечебной гимнастики.

Элементы легкой атлетики, гребля, плавание, пешие походы и занятия на лыжах проводятся с ранеными и больными бойцами в стадии выздоровления (в последние 10—15 дней перед выпиской в часть или батальон выздоравливающих). На эти виды физкультуры могут быть назначены и раненые бойцы (преимущественно с контрактурами суставов), требующие лечения в госпитале более 15—20 дней, однако они не должны иметь общих противопоказаний к применению указанных видов.

Само собой разумеется, что, как общее правило, подбор подготовительных упражнений к легкой атлетике и проведение самих элементов ее, как и других видов массовой физкультуры — должны строго сочетаться с клиническими данными раненых и больных.

При проведении с выздоравливающими бойцами летних видов массовой физкультуры, в зависимости от местных условий, необходимо с наибольшей полнотой использовать естественные факторы природы: воздух, солнце и воду, прививая этим гигиенические навыки — обтирание тела водой, индивидуальное и групповое пользование лучами солнца и воздуха.

Применяя массовые формы физкультурной работы в госпиталях, в зимнее время необходимо уделить особое

внимание лыжной подготовке с выздоравливающими бойцами и командирами.

Лыжная подготовка, имея оздоровительное и огромное прикладное значение, должна занять основное место в физической подготовке выздоравливающих.

Во время проведения занятий на лыжах основное внимание должно быть обращено на привитие прикладных навыков в умении пользоваться лыжами, как средством передвижения в условиях зимы.

Лыжная подготовка с выздоравливающими бойцами должна проводиться в комбинированной форме.

Как учебные занятия в нее рекомендуется включать:

а) пешие прогулки с лыжами на плечах, под рукой и в руке;

б) утренние прогулки на лыжах;

в) маршевые переходы с лыжами на плечах, под рукой и в руке;

г) маршевые переходы (с малой нагрузкой) по местности на лыжах;

д) преодоление препятствий на лыжах (естественных и искусственных).

Содержанием изложенных разделов лыжных занятий должны быть:

а) изучение приемов с лыжами (скрепление лыж, стойки с лыжами, переноска лыж на плече, под рукой и в руке);

б) постановка на лыжи;

в) движение на лыжах; переход в положение лежа, вставание из положения лежа; движение на лыжах пригнувшись, перебежкой на лыжах и с лыжами в руках; движение переползанием на животе и на полчетвереньках; движения стоя на одном колене; движения по дистанции на лыжах по равнинной и пересеченной местностям;

г) движение на лыжах с изучением приемов стрельбы из различных положений, гранатометания и приемов штыкового боя на лыжах;

д) преодоление искусственных и естественных препятствий;

е) движение на лыжах на буксире (за конем, машиной, повозкой и проч.);

ж) ознакомление с военизированными походами на лыжах (маскировка похода, ориентировка на походе, предупреждение обморожений на походе и пр.).

Дозировка пеших прогулок с лыжами и на лыжах должна исходить из клинических данных выздоравливаю-

щих бойцов. Выбор дистанции и маршруты движений на лыжах должны быть в прямой зависимости от состояния здоровья и технической подготовки выздоравливающих бойцов.

В первые 2—3 дня выходов выздоравливающих на открытый воздух пешие прогулки с лыжами должны быть длительностью 20—30 минут, в дальнейшем время постепенно увеличивается до 1 часа 30 минут. Движения на лыжах дозируются: временем, темпом и различной учебно-прикладной нагрузкой. Время для движения на лыжах должно быть 15—30 минут в первые дни и 40—60 минут в последующие. Кроме отведенного времени для движения на лыжах, допускается пребывание больных на открытом воздухе (перед или после движения на лыжах) в форме организованных прогулок длительностью от 1 часа до 1 часа 30 минут.

Во время проведения пеших прогулок с лыжами и учебных занятий на них температура воздуха не должна быть ниже 18° при ветре и не ниже 20° при отсутствии ветра.

Наиболее эффективной температурой для указанных занятий следует считать $12—18^{\circ}$ по Ц.

Раненые бойцы, назначенные на лыжные занятия, не должны иметь: повышенной температуры, местных реактивных воспалительных процессов, гнойного и сукровичного отделяемого из ран, инфицированных ран и резких болевых симптомов при движениях на лыжах. Перечисленные признаки, или хотя бы один из них, должны стать абсолютными противопоказаниями к назначению на лыжные занятия.

Д. Закаливание

В практике работы по лечебной физкультуре вопросам закаливания организма раненых и больных следует уделить максимум внимания.

В условиях госпиталя основными средствами закаливания могут быть: воздушные ванны, проводимые в палатах, на открытом воздухе, солнечные ванны и водные процедуры.

Закаливание организма следует начинать с воздушных ванн в палатах, а затем на открытом воздухе. При приеме воздушных ванн нужно иметь в виду, что они подразделяются по своей температуре: на тепловатые — при температуре воздуха от 20° до 30° Ц, прохладные — с температурой от 14° до 20° Ц и холодные — при температуре от 7° до 14° Ц.

Основные правила приема воздушных ванн сводятся к следующему:

а) вначале принимать ванны следует тепловатые и потом постепенно переходить на холодные;

б) первые дни раненные обнажаются до пояса только на время занятий гигиенической или лечебной гимнастикой, при этом время обнажения не должно превышать 15—25 минут. В дальнейшем, путем медленного увеличения сеансов воздушных ванн, в зависимости от индивидуальных особенностей, продолжительность их может быть увеличена до 2—3 часов;

в) не доводить организм больных до озноба, в особенности при приеме прохладных и холодных ванн;

г) настоятельно рекомендуется сопровождать всякую воздушную ванну движениями, и чем меньше тяжесть ранения, тем энергичнее должны быть упражнения. С этой точки зрения закаливание воздухом должно проводиться в процессе занятий лечебной физкультурой и физической подготовкой;

д) время для воздушных ванн безразлично, только не следует их принимать натощак и непосредственно после приема пищи;

е) летом воздушные ванны принимаются на открытом воздухе в тени, на физкультурных площадках и в пригоспитальных садах. Можно использовать балконы и палаты, открыв в них окна и двери. В зимнее время воздушные ванны принимаются в предварительно хорошо проветренных палатах.

Широкое место в процессе закаливания раненых бойцов и командиров, особенно выздоравливающих, следует отвести солнечным ваннам.

При закаливании солнечными ваннами следует учитывать ряд условий, определяющих самочувствие раненых бойцов. К числу этих условий относятся: температура воздуха, барометрическое давление, влажность воздуха и скорость ветра, т. е. тот комплекс условий, который мы называем „эффективной температурой“, температурой, которая производит определенный эффект на наш организм.

В основу учета этой „эффективной температуры“ при приеме солнечных ванн принимаются во внимание субъективные ощущения: повышенная возбудимость, бессонница, потеря аппетита, тошнота, головные боли, головокружение, сердцебиение и т. д.

Зная положительные и отрицательные свойства солнце-

закаливания, проводить последнее с ранеными бойцами в условиях госпиталя следует весьма осторожно.

Для проведения солнечных ванн избираются места, обращенные к югу, где солнечный свет может быть использован в течение большей части дня. Весьма желательно это место защитить от ветра, но способом, не препятствующим движению воздуха.

Основными правилами приема солнечных ванн являются:

а) принимать ванну лежа;
б) голова должна быть слегка приподнята и защищена;
в) солнечные ванны следует начинать с 5—10 минут; в дальнейшем можно прибавлять ежедневно по 5 минут; продолжительность ванны, при отсутствии жалоб, может быть доведена до 1—2 часов;

г) принимающий солнечные ванны должен постоянно менять свое положение для того, чтобы вся поверхность тела подвергалась действию солнца равномерно;

д) солнечные ванны желательно для средней полосы принимать во время дня с 11 до 13 часов. Их не следует принимать вскоре после еды или непосредственно перед едой;

е) после солнечных ванн рекомендуется произвести обтирание или обливание тела водой в 25—30° по Ц и хорошо вытереть тело.

Во время приема солнечных ванн должен постоянно находиться дежурный медперсонал госпиталя.

Использование воды в качестве средства закаливания, в условиях госпиталя, должно найти также свое широкое применение.

Пользуясь водой, как средством закаливания, нужно иметь в виду, что она по своему термическому действию подразделяется:

на холодную воду при температуре от 12,5 до 18,5° Ц	
„ прохладную „ „ от 18,5 до 27,5° „	
„ тепловатую „ „ от 27,5 до 34,0° „	
„ теплую „ „ от 34,0 до 40,0° „	
„ горячую „ „ от 40,0 до 43,5° „	

Указанное деление принято считать условным, так как каждая температура по своему действию на кожу у различных раненых бойцов может проявляться различно; и

¹ От этого правила могут быть отклонения. Солнечные ванны могут приниматься и в различных положениях тела, если солнцезакаливание продолжается в процессе занятий по лечебной физкультуре и физической подготовке.

эти градусы обычно передвигаются у одних вверх (истощенные больные), у других — вниз (полные).

Применяя закаливание раненых бойцов водой, не следует переходить грани разумной необходимости. Ею следует закаливаться не только осторожно, но и умело. В основе стремления к закаливанию водой должна лежать мысль о подготовке организма раненых бойцов к невосприимчивости так называемых простудных влияний. „Эта невосприимчивость осуществляется путем постепенной тренировки кожных сосудов (мускулатуры, капилляров) при помощи раздражения водой, огрубления кожных покровов и приобретения способности умело расходовать животную теплоту“¹.

Таким образом, закаливая раненых бойцов водой, мы прежде всего имеем в виду повышение степени сопротивляемости их организма к холоду, сырости, резким колебаниям температуры, сквозному ветру и т. д. А все это вместе взятое повышает их общую готовность к боевой деятельности.

Закаливание водой следует производить крайне разумно и систематически. Назначение и отмену различных водных процедур с целью закаливания должен производить лечащий врач.

Лучшим временем для систематического закаливания являются утренние часы, сейчас же после сна — после утренней гигиенической гимнастики.

Наиболее простыми и широко доступными видами закаливания являются обтирания и обливания. Эти виды закаливания рекомендуется начинать с индифферентных температур, а иногда (по показаниям) с тепловатых. В дальнейшем, путем постепенного снижения температуры, следует доводить ее до желаемых пределов, в зависимости от индивидуальных особенностей раненых и больных. Пределом понижения температуры воды при обтирании и обливании в условиях госпиталя следует считать 12,5—18,5°С. Температура помещения, где должны производиться обтирания и обливания, желательна в пределах 16—18°С.

Начинать закаливание следует с обтирания, которое проводится ежедневно длительностью 3—5 минут. При всех видах его следует проводить в конце растирание (массирование) до наступления желаемой теплоты в тканях организма.

Подготовив организм к обтираниям, в дальнейшем мож-

¹ Профессор И. М. Саркизов-Серазини. „Закаливайтесь солнцем, воздухом и водой“. ОГИЗ 1931 год.

но приступить к обливаниям. Обливание — сильно возбуждающее средство. Его крайне осторожно следует применять ослабленным больным и неврастеникам.

Температура воды и процедурного помещения при обливаниях должна быть такой же, как при обтираниях. По окончании обливания тело покрывается сухой простыней и вытирается насухо, после чего рекомендуется массаж тела.

При закаливании холодной водой необходимы: равномерно разогретая кожа и постепенное снижение температуры воды в процессе обтирания и обливания.

В летнее время при соответствующих показаниях можно проводить закаливание раненых и больных путем купания и плавания. Купание рекомендуется проводить ежедневно от 2 до 5 минут. Продолжительность купания можно доводить с выздоравливающими бойцами до 10—20 минут (в зависимости от температуры воды, воздуха, состояния здоровья и от тренированности).

ОСНОВНЫЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ

Для того, чтобы любое назначенное физическое упражнение благоприятно (прямо или косвенно) отражалось на течении основного болезненного процесса, инструктор-методист должен предусмотреть ряд предпосылок и условий, обеспечивающих лечебную эффективность используемых упражнений.

К числу этих условий необходимо отнести следующие:

1. Прежде чем применять физические упражнения, нужно тщательнейшим образом изучить каждого вновь назначенного на лечебную физкультуру раненого или больного. Изучая и исследуя (вместе с врачом лечебной физкультуры) назначенного на ЛФК раненого, следует обратить особое внимание на диагноз, степень осложнения и, сопутствующие явления, на локализацию и характер ранения, на дату ранения, поступления в госпиталь, иммобилизацию (если она была) и дату ее удаления. Изучить характеристику активных движений с измерением углов подвижности в суставах и определением силы мышц, деятельность органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и нервно-психической сферы. Подробным образом ознакомиться с историей болезни, применявшимся лечением на предыдущих этапах и прогнозом. Совершенно необходимо при перевязках осмотреть рану.

2. Изучив в указанной схеме состояние назначенного на ЛФК раненого или больного, инструктор лечебной физкультуры должен приступить к составлению плана физических упражнений, руководствуясь соответствующими указаниями изложенными в разделе „Лечебная гимнастика.

Составляя план сеанса физических упражнений, следует исходить из частных задач, стоящих перед ними по отношению к данному раненому (если это индивидуальный сеанс), или группе раненых, если они объединены по признаку локализации, характеру и периодам применения ЛФК.

3. Подбирая комплексы физических упражнений в соответствии с частными задачами, стоящими перед ними, нужно каждое упражнение обусловить: исходным положением раненого перед началом его выполнения, характеристикой движения под счет, метроном или музыку, сочетанием движения с актами вдоха и выдоха и соответствующей дозировкой нагрузки.

Составленный комплекс упражнений для вновь назначенных раненых должен быть согласован (завизирован) с лечащим врачом или врачом лечебной физкультуры. Врач, знакомясь с комплексом, должен обратить свое внимание на согласованность подобранных физических упражнений с клиническими и функциональными данными раненых и особенно на дозировку нагрузки.

4. Так как ожидаемый физиологический эффект от любого упражнения во многом зависит от дозировки его, то на видоизменение этой дозировки следует обратить особое внимание.

В практике работы по лечебной физкультуре дозировка нагрузки должна видоизменяться как количественной характеристикой упражнений (числом повторения, размахом движения, продолжительностью и объемом и весом применяемых приборов), так и качественной (темпом, скоростью выполнения каждого движения, исходным положением, продолжительностью отдыха между упражнениями, степенью волевого напряжения и пр.).

Пользуясь указанными вариантами, изменяющими дозировку нагрузки, инструктор-методист по указанию врача может изменить степень воздействия отдельных упражнений и всего сеанса на организм — в зависимости от индивидуальных клинико-функциональных данных раненых и больных.

Инструктор-методист должен постоянно помнить, что в дозировке физических упражнений ведущим является по-

ложение о постепенности увеличения нагрузки с доведением ее, особенно к концу лечения, до степени тренирующего ее действия.

5. Комплексы физических упражнений рекомендуется составлять на 6—8 дней; в дальнейшем, в зависимости от изменения общего состояния раненых, изменения периода применения физических упражнений и задач, стоящих перед ЛФК, физические упражнения видоизменяются и составляется новый план. Однако, как это показал опыт, целый ряд раненых по своим индивидуальным особенностям может потребовать изменения нагрузки, а вместе с ней и упражнений не только в течение 2—3 занятий, но и в течение одного и того же сеанса. Поэтому план сеанса ЛФК должен предусматривать большое разнообразие упражнений, и инструктор должен быть в постоянной готовности видоизменить их.

Во избежание однообразности упражнений и для большей их эмоциональности рекомендуется при занятиях с постоянными группами планы сеансов составлять в 2—3 вариантах (с разрешением одних и тех же задач), чередуя их в проведении по дням.

6. Во время проведения сеансов нередко наблюдаются случаи преждевременного прекращения упражнений больными в силу появления болей или утомления. В этих случаях не следует добиваться того, чтобы упражнение было выполнено в намеченной дозировке. Однако нужно помнить, что при выполнении упражнений допустима незначительная болезненность при движении; усиление болезненности в первые 2 часа после занятий не является противопоказанием к ним. При длительно держащихся усиливающихся признаках болезненности дальнейшие занятия проводятся с особого разрешения лечащего врача.

7. Все упражнения должны в той или иной мере сочетаться с актами дыхания. Для создания хорошего настроения у раненых во время занятий проводить упражнения следует бодрым тоном, стремясь отметить успехи больных в выполнении отдельных упражнений.

8. Во время проведения занятий по лечебной физкультуре инструктор-методист должен интересоваться субъективными (наличие болей, утомление, самочувствие и пр.) данными и простейшими объективными (потливость, одышка, выражение лица и проч.). При определении значительного утомления, как это было сказано в § 6, больным следует дать кратковременный отдых 2—3 минуты, а при

резком утомлении занятия продолжать лишь с особого разрешения врача.

9. Время занятий лечебной физкультурой необходимо назначать с учетом физиотерапевтических процедур (если они назначены раненым). Как правило, большинство физиотерапевтических процедур должно предшествовать физическим упражнениям, особенно термические процедуры должны назначаться перед сеансами лечебной физкультуры. Массаж рекомендуется проводить после физических упражнений.

10. При проведении групповых занятий, особенно во II и III периодах и с выздоравливающими, настоятельно рекомендуется введение музыкального сопровождения, которое создает желательный эмоциональный эффект у занимающихся.

ОБЯЗАННОСТИ МЕДСОСТАВА И МЕТОДИСТОВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Какой бы высокой квалификации ни был врач специалист по лечебной физкультуре и инструктор-методист, одни они без участия всего медперсонала госпиталя хорошо организовать, а тем более проводить лечебную физкультуру не могут.

Процесс организации и проведения лечебной физкультуры в госпитале представляет весьма трудоемкий вид его деятельности. Для обеспечения полноценной организационной работы в области лечебной физкультуры и широкого проведения ее в госпитале, кроме врача специалиста лечебной физкультуры и инструктора-методиста, совершенно необходимо участие: помощника начальника госпиталя по медицинской части, начальников отделений, врачей-ординаторов и палатных медицинских сестер. Весь этот медицинский персонал обязан в определенных направлениях и в тесном содружестве между собой принимать деятельное участие как в организации, так и особенно в проведении лечебной физкультуры. Конкретное участие их в работе по лечебной физкультуре должно сводиться к точному, своевременному и аккуратному выполнению излагаемых ниже обязанностей.

А. Обязанности по лечебной физкультуре помощника начальника госпиталя по медицинской части

1. Помощник начальника госпиталя по медицинской части, непосредственно руководя всей медицинской работой

госпиталя, обязан обеспечивать общее руководство всей работой по лечебной физкультуре и нести ответственность за ее организацию и проведение.

2. Рассматривает и утверждает структуру организации и проведения всех форм лечебной физкультуры на различных этапах медицинской деятельности госпиталя.

3. Устанавливает общие направления в организации и проведении лечебной физкультуры, контактируя эти направления с деятельностью физиотерапевтического отделения, и дает конкретные задания по вопросам физкультурной терапии врачу-специалисту лечебной физкультуры и начальникам отделений.

4. Обязан контролировать выполнение работниками лечебной физкультуры и начальниками отделений специальных указаний Главвоенсанупра Красной Армии и Наркомздрава СССР по вопросам организации и проведения лечебной физкультуры в госпиталях.

5. Обеспечивает все необходимые условия для проведения лечебной физкультуры (оборудование мест занятий, подбор кадров и пр.).

6. Привлекает врача-специалиста по лечебной физкультуре (как консультанта) к работе госпитальной медицинской комиссии.

7. Своевременно представляет в соответствующие организации по установленной форме отчеты о работе госпиталя по лечебной физкультуре.

Б. Обязанности врача-специалиста лечебной физкультуры.

Врач-специалист по лечебной физкультуре подчиняется непосредственно помощнику начальника госпиталя по медицинской части и несет ответственность за все состояние и постановку дела лечебной физкультуры в госпитале. Врачу лечебной физкультуры подчиняются методисты лечебной физкультуры.

Врач-специалист лечебной физкультуры выполняет следующие обязанности:

1. Разрабатывает структуру организации и проведения лечебной физкультуры на различных этапах медицинской деятельности госпиталя (утренней гимнастики, лечебной гимнастики, выполнения индивидуальных заданий и массовой физкультуры).

2. Осуществляет общее и методическое руководство всей лечебной физкультурой в госпитале в соответствии с разработанным им общим планом лечебно-физкультурной работы.

3. Уточняет и разрабатывает показания к применению лечебной физкультуры в соответствии с контингентом раненых и их клинической характеристикой.

4. Контролирует проведение лечебной физкультуры во всех отделениях госпиталя, следя за своевременным назначением раненым лечебно-физкультурных процедур и полным охватом ими раненых и больных, нуждающихся в лечебной физкультуре.

5. Разрабатывает, совместно с методистом лечебной физкультуры, содержание, дозировку и методику всех проводимых в госпитале форм лечебной физкультуры в соответствии с клиническими данными больных (составление комплексов утренней гигиенической гимнастики, поурочных планов лечебной гимнастики, инструкций и положений по проведению отдельных занятий — лыжной подготовки, летних форм физкультуры, закаливания и пр.).

6. Устанавливает порядок назначения и отмены различных форм лечебной физкультуры, порядок посещения кабинета ранеными и больными и расписание работы методистов лечебной физкультуры.

7. Проводит систематические методические занятия и инструктаж методистов лечебной физкультуры применительно к составу раненых и больных, находящихся в госпитале; на занятиях рекомендуется прорабатывать вопросы хирургии и травматологии военного времени, показания и противопоказания к назначению лечебной физкультуры, частные методы лечебной гимнастики и т. д. Одновременно следует привлекать методистов к медицинским обходам, разбору больных и работе в перевязочной.

8. Проводит занятия и консультации с врачами-ординаторами и медицинскими сестрами по вопросам организации и проведения лечебной физкультуры.

9. Организует и ведет общегоспитальный учет лечебной физкультуры и практически проводит систематическое исследование и измерения назначенных раненым на лечебную физкультуру и занимающихся ею (измеряет углы подвижности в суставах, мышечную силу, емкость легких, проводит функциональные пробы сердечно-сосудистой и дыхательной системы).

10. Участвует (и привлекает к этому методистов лечебной физкультуры) в общеврачебных конференциях госпиталя, ставя на них вопросы лечебной физкультуры и демонстрируя частные методы лечебной гимнастики с иллюстрацией эффективности ее лечения.

11. Принимает меры к своевременному и полному обо-

фудованию мест для занятий лечебной физкультурой (кабинетов, уголков, площадок и пр.).

12. Совместно с начальником клуба организует спортивные соревнования по различным играм, контролирует организацию массовых форм лечебной физкультуры.

13. Организует и проводит популяризационно-просветительную работу по физкультуре среди раненых и больных.

14. Принимает участие в работе госпитальной медицинской комиссии на правах консультанта. Организует и ведет научно-исследовательскую работу по лечебной физкультуре.

15. Представляет отчет о работе по лечебной физкультуре в госпитале, освещая в нем вопросы:

а) организацию работы по лечебной физкультуре в госпитале и в отделениях;

б) формы проведения лечебной физкультуры и процент охвата ими раненых и больных;

в) конкретные случаи эффективности лечения раненых лечебной физкультурой и сокращения срока пребывания их на койке;

г) общую эффективность применения ЛФК по видам ранения.

В. Обязанности по лечебной физкультуре начальника медицинского отделения

Руководя постановкой всей лечебной работы в отделении, начальник его несет ответственность за организацию и проведение лечебной физкультуры у себя в отделении, выполняя при этом следующие обязанности:

1. Принимает участие в планировании, организации и проведении лечебной физкультуры в отделении.

2. Дает руководящие установки врачам-ординаторам и палатным сестрам в деле организации и проведении лечебной физкультуры в своем отделении.

3. Следит за правильностью и своевременностью назначений раненых и больных на физкультурные процедуры, стремясь при этом обеспечить охват лечебной физкультурой всех раненых и больных, нуждающихся в ней.

4. Организует обходы по палатам в целях контроля назначений раненых и больных на ЛФК и выполнения этих назначений. Решает вопросы назначения своих раненых и больных на консультацию с врачом-специалистом лечебной физкультуры.

5. Выделяет врачей-ординаторов из своего отделения для консультации с врачом-специалистом лечфизкультуры.

6. Систематически (согласно личному графику работы) присутствует сам или дает распоряжение ординатору отделения присутствовать на утренней гигиенической гимнастике и сеансах лечебной гимнастики.

7. Обеспечивает организационное руководство в мероприятиях по повышению специальной физкультурной подготовки личного состава отделения.

Г. Обязанности по лечебной физкультуре врача-ординатора медицинского отделения

Ординатор отделения, обеспечивая всю постановку лечебного дела в своих палатах, несет ответственность за правильное проведение лечебной физкультуры с вверенными ему ранеными и больными.

На его обязанности лежит:

1. Непосредственно производить назначение различных форм лечебной физкультуры (гигиенической и лечебной гимнастики, индивидуальных заданий, массовой физкультуры и пр.) раненым и больным. При этих назначениях врач-ординатор должен стремиться к ранним срокам применения ЛФК (в соответствии с клиническими данными) и 100-проц. охвату лечебно-физкультурными процедурами раненых и больных, нуждающихся в них.

2. Производить соответствующие записи назначений на лечебную физкультуру в процедурную карточку или непосредственно в историю болезни.

3. Организовать и обеспечить контроль выполнения назначений на различные формы лечебной физкультуры.

4. Изложить свои соображения инструктору-методисту ЛФК по вопросам задач, стоящих перед назначенными физическими упражнениями и дозировки их применения в соответствии с клиническими данными.

5. По определенному плану наблюдать за проведением различных форм лечебной физкультуры, и в первую очередь за гигиенической и лечебной гимнастикой, присутствуя на соответствующих занятиях.

6. В своей лечебной работе учитывать влияние физических упражнений и фиксировать результаты восстановления не только утраченной (в результате травмы) функции, но и общей тренированности.

7. По мере надобности производить консультацию по вопросам проведения лечебной физкультуры с врачом-специалистом лечебной физкультуры.

8. Проводить популяризационно-просветительную работу

по вопросам физкультуры с вверенными ему ранеными и больными.

9. Привлекать инструкторов-методистов лечебной физкультуры к обходам, разбору больных и к работе в перевязочной.

10. Подбирать наиболее характерные случаи действия лечебной физкультуры для демонстрации на врачебной внутри- и межгоспитальной конференции.

11. Руководить и организовывать работу своего среднего медперсонала по повышению специальных знаний в области лечебной физкультуры.

Д. Обязанности инструктора-методиста лечебной физкультуры.

Инструктор-методист, являясь практическим работником по всем формам проводимой лечебной физкультуры в госпитале, выполняет следующие обязанности:

1. Принимает участие совместно с врачом специалистом лечебной физкультуры в разработке структуры, организации и проведения различных форм лечебной физкультуры на отдельных этапах лечебной деятельности госпиталя.

2. Составляет в определенной методической последовательности комплексы физических упражнений гигиенической и лечебной гимнастики, согласовывая их с врачом специалистом по лечебной физкультуре.

3. Подбирает и назначает физические упражнения для индивидуальных самостоятельных повторений и обеспечивает контроль их выполнения.

4. Проводит занятия по гигиенической и лечебной гимнастике с назначенными на нее ранеными и больными.

5. Принимает участие в обходах врача, разборах больных и в работе перевязочной (по определенному графику, согласованному с врачом специалистом лечебной физкультуры).

6. По поручению врача производит простейшие исследования: измерение углов движения, емкости легких, определение силы мышц, веса и пр. и ведет учет этих исследований.

7. Следит за реакцией раненых и больных во время занятий различными формами лечебной физкультуры, производит измерение пульса и учитывает субъективные ощущения занимающихся.

8. Участвует в работах врачебных конференций, организуя и проводя на них демонстрацию частных методов лечебной гимнастики при различных ранениях и заболеваниях.

9. Принимает участие в массовой популяризационной работе по лечебной физкультуре среди раненых и больных госпиталя.

10. Ведет по установленным формам учет и отчетность по лечебной физкультуре среди раненых и больных госпиталя.

11. Организует и проводит массовые формы лечебной физкультуры с ранеными и больными в соответствии с показаниями к ним и существующими инструктивными указаниями.

12. В определенном плане осуществляет практические занятия с медицинскими сестрами, подготавливая их к проведению гигиенической гимнастики с ранеными и больными, а также к участию в проведении сеансов лечебной гимнастики.

13. Обеспечивает контроль за сохранностью имущества и спортивного инвентаря, находящегося в госпитале. Следит за порядком и чистотой мест занятий по лечебной физкультуре.

14. Выполняет все распоряжения врача специалиста по лечебной физкультуре, будучи во всей своей работе ему подчиненным.

Е. Обязанности по лечебной физкультуре медицинской сестры

Медицинская сестра отделения обязана оказывать все-стороннюю помощь инструктору-методисту в организации и проведении им всех форм лечебной физкультуры. Функции сестры в отношении проведения лечебной физкультуры сводятся к следующему:

1. Обеспечивать своевременную подготовку своих раненых и больных, а также и мест занятий к проведению физкультурных процедур (произвести в первую очередь термометрию раненым и больным, принимающим сеансы гимнастики; проверять палаты в случаях проведения занятий в них, сделать побудку и пр.).

2. Производить соответствующую регистрацию назначений врача на все формы лечебной физкультуры (гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, индивидуальные упражнения и массовую физкультуру) и доводить ее до сведения инструктора-методиста лечебной физкультуры.

3. Следить за выполнением назначений, обеспечивая своевременную явку раненых и больных, назначенных на различные формы лечебной физкультуры—на места ее проведения (в кабинет ЛФК, палату, на площадку и пр.).

4. Вести систематический учет посещений обслуживаемых ею раненых и больных и отпущенных лечебно-физкультурных процедур.

5. Проводить с ранеными и больными своих палат гигиеническую гимнастику, предварительно обучившись этому на соответствующих курсах проводимых врачом и инструктором-методистом ЛФК госпиталя.

6. Обеспечивать наблюдение и контроль за выполнением индивидуальных заданий—упражнений, назначаемых инструктором методистом, а в отдельных случаях—по указанию врача организованно проводить их в палатах и уголках лечебной физкультуры.

7. При достаточной подготовке, по указанию врача и под руководством инструктора-методиста проводить с ранеными и больными лечебную гимнастику.

КРАТКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ УЧЕТА, ОТЧЕТНОСТИ И ДОКУМЕНТАЦИИ

В значительном количестве госпиталей и эвакупунктов до последнего времени издавались свои формы учета и отчетности по лечебной физкультуре. Среди них нередко наблюдались мало ценные и в то же время трудно выполнимые. Отсутствие единой формы учета и отчетности естественно приводило к тому, что становилось почти невозможным обобщать проводимую лечебную физкультуру и предоставлять сводные отчеты в вышестоящие организации.

Кроме того, по этим разнообразным формам учета и отчетности ряд показателей лечебной физкультуры, обрабатываемых по различным принципам, приводили к искажению действительной постановки физкультуры в госпиталях.

В целях упорядочения системы учета и отчетности по лечебной физкультуре в госпиталях Красной Армии, Наркомздрава и других организаций за последние месяцы стали вводиться унифицированные формы учета и отчетности, по которым представляется широкая возможность делать полноценные обобщения, анализировать и подводить итоги применения лечебной физкультуры при травмах и заболеваниях военного времени.

Приводим единую форму учета и отчетности по лечебной физкультуре Главвоенсанупра Красной Армии от 13 марта 1942 года.

Введение в практику работы госпиталей этой унифи-

цированной формы обязывает работников лечебной физкультуры упорядочить не только всю систему учета и отчетности по лечебной физкультуре, но и улучшить документацию лечебно-физкультурных назначений.

А. Учет и отчетность

1. Ежедневный учет лечебно-физкультурных процедур ведется инструктором-методистом по лечебной физкультуре по форме (см. форму № 1) „Дневника ежедневного учета занятий по лечебной физкультуре“.

2. Сведения по ежедневному учету хранятся в кабинете по лечебной физкультуре и являются исходным материалом для составления месячной отчетности по лечебной физкультуре.

3. Месячный отчет по лечебной физкультуре составляется по форме „Сведения о занятиях лечебной физкультурой за месяц“ (см. форму № 2) врачом специалистом по лечебной физкультуре или лечащим врачом, выделенным командованием госпиталя для общего контроля над постановкой лечебной физкультуры в госпитале.

4. Месячный отчет представляется в соответствующий эвакуопункт одновременно с общегоспитальной отчетностью по форме № 11 ОБВ (в сроки, установленные эвакуопунктом).

5. В строке 1 проставляется количество раненых и больных (по группам), которым в течение отчетного периода применялась лечебная гимнастика в той или иной форме (индивидуальные занятия, групповые занятия или самостоятельные упражнения больного по заданию врача).

В строках 2—8 следует указать, какое количество раненых и больных из числа охваченных лечебной гимнастикой в течение отчетного периода выписалось: в часть и батальон выздоравливающих (2), уволено в отпуск (3), признано ограниченно годными (4), уволено в запас с пересвидетельствованием через 6—12 месяцев (5), уволено вовсе из Красной Армии (6), эвакуировано в другие лечебные учреждения (7), осталось на следующий месяц в госпитале для продолжения лечения (8).

6. В графе 9 следует указать число раненых и больных, прошедших через госпиталь за весь отчетный период. Эта цифра должна слагаться из:

а) количества раненых и больных, числящихся в госпитале на конец отчетного периода (на день составления отчета);

6) из количества раненых и больных, выбывших из госпиталя в течение отчетного периода (в часть, батальон выздоравливающих, уволено в отпуск, признано ограниченно годными, уволено в запас с переосвидетельствованием через 6—12 месяцев, уволено вовсе из Красной Армии, эвакуированных).

7. В гр. 10 следует указать число раненых и больных, занимавшихся гигиенической гимнастикой. В гр. 11 нужно указать процент охвата гигиенической гимнастикой по отношению к общему числу лечившихся раненых и больных за весь отчетный период. В гр. 12 следует указать сколько всего человеко-процедур по гигиенической гимнастике отпущено в течение отчетного периода. В гр. 13 следует указать среднее число процедур гигиенической гимнастики на одного занимающегося ею.

Соответствующим образом заполняются гр. 14—17. В гр. 18 следует указать общее количество раненых и больных, принявших участие в массовых физкультурных мероприятиях в течение отчетного периода. В гр. 19 указать процент охвата массовыми физкультурными мероприятиями раненых и больных, по отношению к общему числу лечившихся за весь отчетный период. В гр. 20—указать количество массовых физкультурных мероприятий, организованных в госпитале в течение отчетного периода (игры, прогулки, пешеходные марши, лыжные занятия, занятия по легкой атлетике, метание гранат и т. д.).

8. Представляя в эвакупункт отчет по этой форме, крайне необходимо вместе с ним составлять объяснительную записку, в которой освещать вопросы, не затронутые указанной формой.

В частности, в этой записке следует изложить:

а) анализ работы по всем проводимым в госпитале формам лечебной физкультуры (за отчетный период);

б) конкретные случаи эффективности лечения лечебной физкультурой и сокращения сроков пребывания раненых и больных на госпитальной койке;

в) укомплектованность и квалификацию специальных кадров по лечебной физкультуре;

г) оценку применяемых методов лечебной физкультуры при различных травмах и заболеваниях военного времени;

д) основные недочеты в постановке лечебной физкультуры и пути их устранения (предложения).

Б. Ведение документации лечебно-физкультурных назначений

1. Врачебные назначения по лечебной физкультуре фиксируются в истории болезни или в специальной карточке по лечебной физкультуре (см. форму № 3). Ведение карточки обязательно при наличии в штате госпиталя врача специалиста по лечебной физкультуре.

2. Отметка в истории болезни о назначении лечебной физкультуры должна включать:

а) точные указания о рекомендуемых формах лечебной физкультуры. При назначении больному лечебной гимнастики следует указать, как ее проводить: индивидуально, в группе или в форме самостоятельных упражнений больного; при назначении гигиенической гимнастики—в группе лежащих, ходячих или индивидуально. Рекомендую участие в массовых лечебно-физкультурных мероприятиях, указать, в каких именно: играх, прогулках, лыжных занятиях и т. п.;

б) указать по методике, какого периода следует проводить лечебную гимнастику с больными, а именно:

1-го периода—периода заживления травм (или иммобилизации);

2-го периода—после рубцевания, непосредственно после снятия иммобилизации (в периоде начинающегося восстановления функции);

3-го периода—восстановления функции;

в) при описании статус локализ и изменения его на протяжении лечения следует, наряду с описанием раны, отметить: наличие ограничения движений и каких именно; указать объем движения в градусах в области поврежденной конечности (разгибания, сгибания, супинации и т. п.) и, в зависимости от необходимости, ряд других объективных показателей (динамометрия кисти, окружность конечности и т. п.);

г) по окончании истории болезни (в случае выписки больного или эвакуации его в другой госпиталь) следует указать: количество принятых процедур по лечебной физкультуре, число дней лечения лечебной физкультурой, исход лечения в отношении восстановления функций (восстановление полное, значительное, незначительное или его вовсе нет).

3. В тех случаях, когда ведется специальная карточка по лечебной физкультуре, в истории болезни следует

сделать краткую отметку о назначении лечебной физкультуры с указанием в эпикризе всех данных, изложенных в пункте „г“.

4. Карточка по лечебной физкультуре ведется врачом и методистом по лечебной физкультуре. Карточка по лечебной физкультуре находится в истории болезни в форме вкладного листа или в специальной папке, хранимой в кабинете лечебной физкультуры. В этом случае при выписке больного или эвакуации его в другой госпиталь—карточка по лечебной физкультуре изымается из истории болезни и хранится в архиве кабинета лечебной физкультуры.

Дневник ежедневного учета занятий по лечебной физкультуре

[illegible]

В графу «всего проведено человеко-процедур» вносятся суммарно: процедуры, отпущенные по гигиенической гимнастике, лечебной гимнастике, индивидуальным заданиям и массовые физкультурные мероприятия.

о занятиях лечебной физкультурой за

Распределение раненых и больных, занимавшихся лечебной гимнастикой

B

		Р а н е				
		Верхнюю конечность			Нижн. конечн.	
		Плечо и пред- плечье			С повреждением костей	В т. ч. с повреж- дением перифе- рич. нервов
		Кисть	С повреж- ден. костей	Без повреж- ден. костей		
На числа занимавшихся лечебной гимнастикой	1. Всего занималось лечеб- ной гимнастикой					
	2. Выписано в часть и в батальон выздорав- ливающих					
	3. Уволено в отпуск					
	4. Признано ограни- ченно годными					
	5. Уволено в запас с переоценкой через 6—12 мес.					
	6. Уволено вовсе из Красной Армии с искл. с учета					
	7. Эвакуировано в дру- гие лечеб. учреждения					
	8. Осталось на 1 чис- ло следующего месяца					

Общий охват раненых и больных

Название месяца	Общее число раненых и больных, лечившихся в госпитале	З а н и м а			
		Гигиенической гимнастикой			
		Всего человек	% к общему числу лечив- шихся ране- ных и боль- ных	Всего отпущено процедур	Число про- цедур на одного зани- мающегося гимнастикой

стикой по локализации и характеру повреждений (заболеваний)

месяце 194_____ г.

лечебной физкультурой8

Карточка по лечебной физкультуре

Госпиталь № _____

Отделение № _____

Фамилия ординатора _____

Палата № _____ № истории болезни _____

Фамилия, имя и отчество _____

Дата ранения _____

Дата наложения иммобилизации _____

Дата прибытия в госпиталь _____

Дата назначения лечебной физкультуры _____

ДИАГНОЗ:

Врачебные назначения [по лечебной физкультуре]

Рекомендуемые формы лечебной физкультуры	Дата	Методика или содержание, специальные указания
Гигиеническая гимнастика		
Индивидуальные занятия по лечебной гимнастике		
Групповые занятия по лечебной гимнастике		
Самостоятельные задания		
Участие в массовых мероприятиях		

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

(применительно к лечению травм и заболеваний военного времени)

1. Аронсон С. С. и Добровольский В. К. — Организационные вопросы при применении физкультуры, как лечебного фактора в госпитале. „Практика работы военного госпиталя и пути ее рационализации“ Часть II. Ленинград, 1934 г.
2. Бельтюков Н. А. Аграшина К. Ф. — Организация лечебной физкультуры в условиях стационара в зимний период. „Лечебный стационар и научно-исследовательская работа“. Ташкент. 1935 г.
3. Богоявленский А. И. и Машкара К. И. — Опыт применения лечебной физкультуры при переломах костей верхних конечностей. Журнал „Ортопедия и травматология“ № 2 1938 г.
4. Вильчур О. М. — Физиотерапия и физкультуротерапия травматических повреждений периферической нервной системы. „Научная хроника“ Института физиотерапии и физкультуры 1 часть 1937 г.
5. Гориневская Вар. В. — Методика лечебной физкультуры при ее применении на курортах. Журнал „Курортология“ № 3. 1939 год.
6. Гориневская Вал. В. — Функциональное лечение компрессионных переломов позвоночника. Журнал „Советская хирургия“ Т. V. В. IV.
7. Гориневская В. В. — Основы травматологии. Москва 1936 год.
8. Гориневская Вал. В. и Древинг Е. Ф. — Проблемы физкультуры в хирургии. Журнал „Новая хирургия“, Т. 10—11. 1930 год.
9. Добровольский В. К. — Лечебная физкультура при повреждениях верхних конечностей. Журнал „Ортопедия и травматология“ № 3 1939 год.
10. Добровольский В. К. — Лечебная физкультура при травмах военного времени. М—Л 1941 год.
11. Добровольский В. К. и Куслик М. И. — Лечебная физкультура. Москва Ленинград 1939 год.
12. Добровольский В. К., Канаки В. Г., Куслик М. И. и др. — Опыт применения лечебной физкультуры при заболеваниях и повреждениях органов движения и статики в условиях стационара. „Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института физкультуры“ Т. II. 1936 год.
13. Древинг Е. Ф. — Применение лечения движением травматических больных. Журнал „Советская хирургия“ № 6. 1935 год.
14. Древинг Е. Ф. — Лечебная физкультура в травматологии. Медгиз. 1942 год.
15. Зотов В. — Использование средств физкультуры для восстановления работоспособности раненых и больных бойцов. Журнал „Военно-санитарное дело“ № 9 1939 г.
16. Ивановский Б. А. — Физическая культура, как лечебный фактор. Москва 1934 год.
17. Ивановский Б. А. — Лечебная физкультура, ее задачи и научное обоснование. „Физкультура в лечебно-профилактических учреждениях и на производстве“. Москва 1934 год.
18. Иооземцева А. С. — Методика лечебной физкультуры при гемипарезах. „Труды Государственного научно-исследовательского Института физиотерапии“. Выпуск IX. 1941 год.
19. Китаев С. И. и Цеунов К. Д. — Физкультура в послеоперационном периоде. „Труды Астраханского медицинского института“. Юбилейный сборник 1938 год.

20. Краснов Д. А. Палая Н. Д. — Схема и опыт организации трудотерапии и лечебной физкультуры в Ленинградском красноармейском военном госпитале. „Практика работы военного госпиталя и пути ее рационализации“. Часть I. 1933 год.

21. Куслик М. И. — Лечебная физкультура в хирургии органов движения „Труды Центрального Государственного травматологического института им. Вредена“ Сборник 2. 1936 г.

22. Ланда А. М. — Теория и практика лечения переломов конечностей по функциональному методу. Журнал „Советская хирургия“ № 6 1935 г.

23. Лозинский Л. — Физкультура в условиях хирургического отделения госпиталя. Журнал „Военно-Санитарное дело“ № 10—11. 1933 г.

24. Минина Р. М. — Лечебная физкультура при артритах плечевого пояса. Журнал „Ортопедия и травматология“ № 1. 1937 год.

25. Мошков В. Н. — Лечебная физкультура в клинике артритов „Физиотерапия артритов“. Часть 1-я. Москва 1937 год.

26. Мошков В. Н. — Основы методических установок лечебной физкультуры. Физкультура в лечебно-профилактических учреждениях и на производстве. Москва 1934 год.

27. Мошков В. Н. — Некоторые принципиальные вопросы физиотерапии. Журнал „Теория и практика физкультуры“ № 6 1937 г.

28. Мошков В. Н. — Методика лечебной физкультуры в клинике болезней органов кровообращения. „Труды государственного научно-исследовательского института физиотерапии“. Выпуск. IX. 1941 г.

29. Мошков В. Н. Циммерман Г. С. — Лечебная физкультура при вестибулярных расстройствах. „Труды Государственного научно-исследовательского института физиотерапии“. Выпуск IX. 1941 г.

30. Огурцов В. — Лечебная физкультура при лечении последствий огнестрельных повреждений костей, суставов и мягких тканей. Журнал „Военно-санитарное дело“ № 9 1939 год.

31. Поляк Я. Д. и Свердлин Д. Б. — Опыт применения лечебной физкультуры (в Ленинградском краснознаменном госпитале) Журнал „Военно-санитарное дело“ № 8 1933 г.

32. Рахманов А. В. и Пионтковский И. А. — Влияние движений на регенерацию костной ткани. „Труды государственного института физиотерапии“. Выпуск. V. 1939 год.

33. Сальникова К. И. — Опыт применения лечебной гимнастики и других физиотерапевтических процедур при перiarтритах плечевого сустава. Журнал „Физиотерапия“ № 4 1939 год.

34. Саркисов-Серазини И. М. — Лечебная физкультура. Москва, 1937 год.

35. Систонен В. Э. — Движение, как лечебно-профилактический фактор в послеоперационном периоде. „Советский врачебный журнал“. № 15, 1937 год.

36. Сокольников О. И., Шемшелевич Б. Я. — Роль и значение лечебной физкультуры у хирургических больных в послеоперационном периоде. „Труды III Всесоюзного съезда физиотерапевтов“, Харьков. 1937 г.

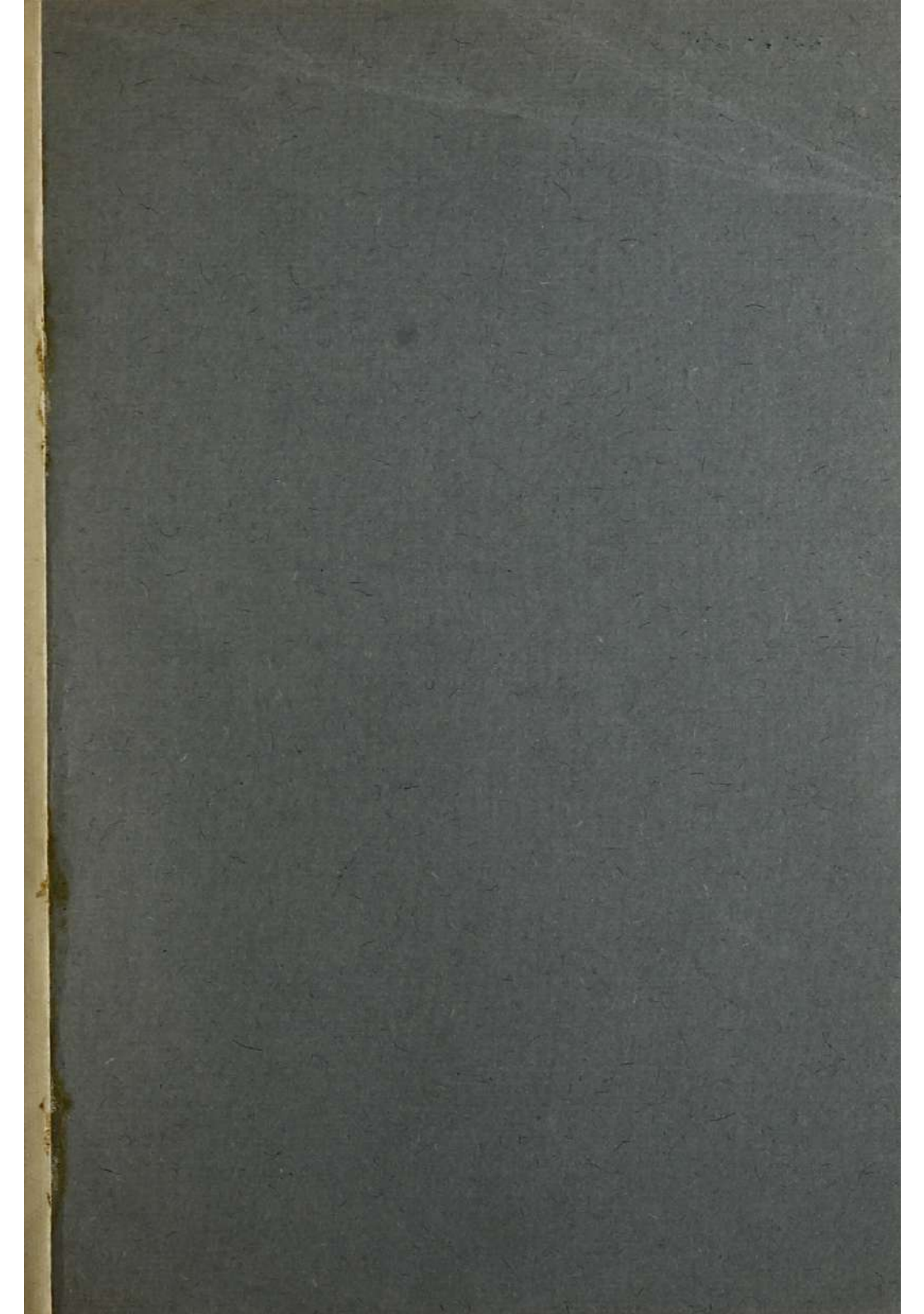
37. Фирсов З. П. — Краткое руководство по лечебной физкультуре при травмах военного времени. Медгиз, 1942 год.

38. Царова-Якобсон С. И. — Лечебная физкультура при пирамидных гемипарезах и ее обоснование. Труды Г. И. Ф. Выпуск IX. 1941 год.



Ответственный за выпуск катитан медицинской службы И. С. Розенсон

Типография издательства Ивановского областного совета депутатов
трудящихся. г. Иваново. Заказ № 3096. № Г 250637.



ЦЕНА 6 РУБ.

