Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Республики Саха (Якутия)
«Нерюнгринский медицинский колледж»



МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Курс лекций

ПМ 05. Медико-социальная деятельность

для специальности 31.02.01 Лечебное дело

г. Нерюнгри, 2021



Утверждаю:
зам.директора по УВР
ГБПОУ РС (Я) «НМК»
_____В.И.Визик
_____2021г.

Методическое пособие составлено:
преподавателем ГБПОУ РС (Я) «НМК»
Тихомировой Л.С.

Рецензент: _____

Методическое пособие предназначено для преподавателей и студентов медицинских колледжей, обучающихся по специальности
31.02.01 Лечебное дело, разработано на основе Федерального государственного образовательного стандарта.
Методические материалы призваны оказать содействие обучающимся в самостоятельном изучении ПМ.05 Медико-социальная деятельность.

Пояснительная записка

Методическое пособие для педагогов и самостоятельной аудиторной работы студентов составлено на основе рабочей программы и календарно-тематического плана ПМ.05 Медико-социальная деятельность. Курс лекций ПМ.05 Медико-социальная деятельность ставит целью дать будущим медицинским работникам общее представление об основах реабилитации, о физиотерапевтических методах лечения, ЛФК и массаже, а так же понятие об экспертизе временной нетрудоспособности.

Методическое пособие помогает изучить темы и проверить свои знания, ответив на вопросы.

Методическое пособие состоит из 4 разделов:

1.Соответствие требованиям ФГОС СПО по специальности, рабочей программы.

2. Мотивация и обращение к студенту и педагогу.

3. Определение видов заданий и способов их выполнения.

4. Система контроля с критериями оценки предложенных заданий.

5. Рекомендации по работе с методическим пособием.

6. Список литературы.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Обоснование применения форм и методов психосоциальной и медицинской реабилитации, экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности

1.Тема 1.1. Психосоциальная реабилитация
2.Тема 1.2. Лечебная физкультура и медицинский массаж
3.Тема 1.3. Физиотерапия
4.Тема 1.4. Санаторно-курортное лечение
5.Тема 1.5. Обучение пациента и его окружение вопросам организация рационального питания,обеспечения безопасной среды, применения физической культуры
6.Тема 1.6.Экспертиза временной нетрудоспособности
7.Тема 1.7.Освидетельствование стойкой утраты трудоспособности в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ)

Раздел 2. Осуществление медико-социальной реабилитации пациентов с различно патологией

8.Тема 2.1.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов с заболеваниями внутренних органов и систем
9.Тема 2.2.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в травматологии и ортопедии, хирургии, онкологии
10.Тема 2.3. Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов с болезнями нервной
системы
11.Тема 2.4.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в офтальмологии и оториноларингологии
12.Тема 2.5. Медицинская реабилитация пациентов при инфекционных и паразитарных болезнях
13.Тема 2.6.Медицинская реабилитация пациентов при кожно-венерических заболеваниях
14.Тема 2.7.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в стоматологии
15.Тема 2.8.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в акушерстве и гинекологии
16.Тема 2.9.Медицинская и психосоциальная реабилитация при болезнях у детей в разных возрастных группах

Раздел 3. Осуществление паллиативной помощи

17.Тема 3.1. Основные цели, задачи и функции паллиативной помощи. Паллиативная помощь при отдельных заболеваниях

Раздел 4. Осуществление медико-социальной реабилитации инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска

18.Тема 4.1. Медицинская и социальная реабилитация инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска.

Раздел 1. Обоснование применения форм и методов психосоциальной и медицинской реабилитации, экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности

Тема 1.1 Общие основы реабилитации



План лекции

1. Определение понятия «реабилитация».
2. Виды и формы реабилитации.
3. Основные принципы реабилитации.
4. Этапы реабилитации.
5. Методы реабилитации.
6. Понятие инвалидности.
7. Адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья в окружающей среде.

Понятие реабилитации

Реабилитация (франц. rehabilitation от лат. re врозь + habilis удобный, приспособленный) в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

Виды и формы реабилитации

1. Медицинская реабилитация;
2. Физическая реабилитация;
3. Психологическая реабилитация;
4. Социальная (бытовая) реабилитация;
5. Трудовая (профессиональная) реабилитация.

Медицинская реабилитация - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья больного.

Физическая реабилитация - применение различных средств физической реабилитации (ЛФК, различные виды массажа, преформированные и природные факторы).

Психологическая реабилитация проводится психологами, врачами-психотерапевтами.

Социальная (бытовая) реабилитация проводится органами социальной защиты, социальными работниками.

Трудовая (профессиональная) реабилитация - подготовка пациента (инвалида) к конкретной трудовой деятельности с учетом его способностей и возможностей

Цели и задачи реабилитации

Цели реабилитации:

1. Эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к трудовым и бытовым процессам, в общество.
2. Восстановление личностных свойств человека, духовного и психологического статуса.

Задачи реабилитации:

1. Полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата.
2. Развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.
3. Восстановление бытовых возможностей.
4. Предупреждение развития патологических процессов, т.е. осуществление мер вторичной профилактики.

Реабилитационные программы

Кратковременная программа определяет объем и порядок работы с пациентом на протяжении текущего этапа, устанавливает цель данного этапа. Долговременная программа определяет количество и последовательность этапов реабилитации, формирует ее стратегию.

Основные принципы проведения реабилитации

– раннее начало;
– индивидуальный подход;
– непрерывность;
– последовательность;
– комплексность;
– целостность подхода;
– необходимость реабилитации в коллективе;
– возвращение пациента к активному труду.

Этапы реабилитации

Стационарный (госпитальный). Цель: спасение жизни человека (при угрозе), предупреждение осложнений болезни.

Санаторный. Цель: профилактика рецидивов болезни, а также ее прогрессирования.

Диспансерно–поликлинический. Цель: завершение патологического процесса, ликвидация остаточных явлений.

Домашний. Цель: нормализация структурно-метаболических нарушений.

Направления реабилитации

1. Медикаментозная терапия;
2. Физиотерапия;
3. Лечебная физкультура;
4. Различные виды массажа;
5. Климатотерапия;
6. Трудотерапия;
7. Психотерапия;
8. Протезно-ортопедическая помощь;
9. Сурдотехника;
10. Логопедическая помощь;
11. Тифлотехника;
12. Санаторно-курортное лечение;
13. Диетотерапия;
14. Социальная помощь и др.

Учреждения, занимающиеся реабилитацией

1. Все ЛПУ;
2. Санаторно-курортные учреждения;
3. Научно-исследовательские медицинские учреждения;
4. Специализированные реабилитационные учреждения;
5. Центры профессиональной реабилитации (лечебно-трудовые мастерские, цеха, комбинаты);
6. Учреждения социальной защиты (социальная помощь, отделения (кабинеты) медико-социальной реабилитации).

Понятие инвалидности

Инвалид - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В настоящее время принята политкорректная форма обозначения инвалида — «человек с ограниченными возможностями здоровья».

Инвалидность – это одна из форм социального неравенства. Это социальное, а не медицинское понятие. Следовательно, важнейшая задача любого общества, которое провозглашает себя равноправным и справедливым – снять ограничения и условия, из-за которых человек, имеющий инвалидность, не может жить полноценной жизнью.

Количество инвалидов в РФ – превысила 13 млн. человек (9% населения). Каждый 11 россиянин инвалид. По данным ВОЗ 20-25% больных стационара и 40-45% поликлинических больных – инвалиды, нуждающиеся в постоянных комплексных социально-медицинских мероприятиях.

Помощь социально не полностью защищенным людям – показатель культуры и цивилизованности общества.

Структура инвалидности среди взрослых инвалидов:

54,4% - мужчины
45,6% - женщин
79,4% - городские жители
20,6% - жители села

Структура первичной инвалидности:

1 место – сердечно-сосудистые заболевания 41,3%
2 место – злокачественные новообразования 19,5%
3 место – заболевания костно-мышечной системы 8,8%
4 место – заболевания нервной системы 7,5%
5 место – травмы и отравления 7,3%

Психологическая реабилитация, ее задачи и функции

Психологическая реабилитация включает в себя мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе.

Психолог не в состоянии изменить природные и социальные условия жизни личности. Это задача политиков, экологов, социальных работников и других специалистов, влияющих на изменение среды обитания человека. Сфера влияния психолога ограничена воздействием на внутреннее пространство жизни отдельного человека. При этом центром этого внутреннего пространства является самосознание.

Психологическая помощь оказывается пациентам имеющим соматические заболевания, при зависимом поведении, родственникам пациентов, при психических заболеваниях, детям, семье, одиноким людям, участникам военных действий, спортсменам и т.д.

Виды психологической деятельности:

- психологическое консультирование;
- психологическая коррекция;
- психологическое просвещение;
- психологическая профилактика;
- психологическая диагностика.

Психотерапия, ее роль в реабилитации

Психотерапия - система комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических).

Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Особое внимание следует уделять:

- эмоциональным расстройствам и страхам;
- нарушениям восприятия боли;
- семейным проблемам на почве заболевания;
- нереальным ожиданиям от лечения;
- истерическим реакциям на лечебные процедуры;
- различные формы зависимости.

В канонах древней медицины была заложена неразделимость телесного и психического. Каждый орган был описан в тесной связи с содружественной органу эмоцией. Болезнь органа влияет на эмоциональное состояние человека,

неотреагированные чувства способствуют заболеванию органа – это постулаты концепции единого организма, где симптомы могут иметь личностный смысл.

Многие болезни сегодня принято называть психосоматическими, определяя в самом названии последовательность возникновения и развития телесного расстройства ("психо" с греч. – "душа", "сома" – "тело"). Целое направление в современной медицине также называют психосоматическим.

Вопросы для контроля:

1. Дайте определение реабилитации?
2. Перечислите основные принципы реабилитации?
3. Как вы понимаете принцип реабилитации – индивидуальный подход?
4. Какие этапы реабилитации вы знаете?

Тема 1.2. Лечебная физкультура и медицинский массаж

Общие основы ЛФК



План лекции

1. Определение понятия ЛФК. Механизм действия физических упражнений на организм человека.
2. Виды ЛФК.
3. Основные принципы реабилитации с применением тренировки физическими упражнениями.
4. Средства ЛФК, формы и методики ее применения.
5. Двигательные режимы и их характеристика.
6. Классификация физических упражнений.
7. Показания и противопоказания к применению ЛФК.

Определение понятия ЛФК

Лечебная физкультура – метод лечения, использующий физические упражнения и другие средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения осложнений патологического процесса.

Лечебная физкультура:

– естественный биологический метод, так как использует присущую организму функцию движения;

– метод неспецифической терапии, но в то же время отдельные виды упражнений могут влиять на определенные функции организма;

– метод патогенетической терапии, в связи с возможностью физических упражнений влиять на реактивность организма;

– метод активной функциональной терапии, так как приспосабливает организм больного к повышающимся физическим нагрузкам;

– метод поддерживающей терапии на этапах медицинской реабилитации у людей пожилого возраста;

– метод восстановительной терапии при комплексном лечений больных.

Механизм действия физических упражнений на организм человека

Лечебное действие физических упражнений объясняется важной социальной и биологической ролью движений в жизни человека. Без мышечной работы человек не может познать природу и не может воздействовать на нее. В организме больного человека происходят различные структурные и функциональные нарушения, но одновременно усиливаются защитные процессы, развиваются компенсации, меняется обмен веществ. Вынужденная гиподинамия может ухудшить течение болезни, вызвать ряд осложнений. ЛФК, с одной стороны, оказывает непосредственное лечебное воздействие (стимулирует защитные механизмы, ускоряет развитие компенсаций, улучшает обмен веществ, восстанавливает нарушенные функции), с другой – уменьшает неблагоприятные последствия сниженной двигательной активности.

Положительные эмоции, возникающие при занятии физическими упражнениями, стимулируют физиологические процессы в организме больного и отвлекают его от болезненных переживаний. При выполнении физических упражнений в кровь выделяются гормоны, стимулирующие работу сердца, а метаболиты, образующиеся в мышцах, расширяют артериолы, улучшая их кровообращение.

– **тонизирующее действие** физических упражнений заключается в стимуляции интенсивности биологических процессов в организме, усилении деятельности желез внутренней секреции, улучшении деятельности ССС, дыхательной и других систем, способствует восстановлению нормальной подвижности нервных процессов.

– **трофическое действие** проявляется в том, что под влиянием мышечной деятельности улучшаются обменные процессы и процессы регенерации в организме, улучшается трофика тканей внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Занятия ЛФК способствует укорочению сроков между клиническим и функциональным выздоровлением.

– **формирование компенсаций.** При нарушении функции жизненно важных органов компенсаторные механизмы включаются сразу. Физические упражнения ускоряют формирование компенсаций и делают их более совершенными. Компенсации подразделяются на временные и постоянные. Временные – это приспособление организма на небольшой период (усиление диафрагмального дыхания при операции на грудной клетке). Постоянные необходимы при безвозвратной потере и резком извращении функции (при ампутации – развитие мышц для осуществления движений в ортопедическом протезе).

– **нормализация функций**. Систематическая физическая тренировка восстанавливает значение моторики в регуляции вегетативных функций и приводит к исчезновению двигательных расстройств. Нормализация функций осуществляется также путем избавления от старых ненужных временных компенсаций.

Основные принципы реабилитации с применением тренировки физическими упражнениями

Основные принципы физической реабилитации больных

1. Раннее начало;
2. Индивидуальный подход;
3. Непрерывность;
4. Последовательность;
5. Комплексность;
6. Целостность подхода;
7. Необходимость реабилитации в коллективе;
8. Возвращение пациента к активному труду.

Основные принципы тренировки физическими упражнениями

– индивидуальный подход;
– сознательное и активное участие пациента;
– постепенность длительность;
– систематичность и последовательность;
– поочередность;
– наглядность и доступность;
– соблюдение цикличности;
– принцип всесторонности.

Средства ЛФК, формы и методики ее применения

Основной терапевтический метод ЛФК — это лечебная гимнастика, то есть специально подобранные для лечения физические упражнения.

Основное средство ЛФК — физические упражнения, применяемые в соответствии с задачами лечения, с учетом этиологии, патогенеза, клинических особенностей, функционального состояния организма, общей физической работоспособности.

Форма лечебной физической культуры — это та организационная форма, в рамках которой применяются средства лечебной физкультуры и осуществляются методы ЛФК.

Методы (методики) ЛФК по сути, являются задачами ЛФК. В наименовании методики ЛФК указывают то заболевание или патологической состояние, при котором этот метод применяется.

Таблица 4 - Классификация средств, форм и методов ЛФК

Формы ЛФК	**Средства ЛФК**	**Методики ЛФК**	**Способ проведения занятий ЛФК**
-утренняя гимнастика -лечебная гимнастика -дозированная ходьба -производственная гимнастика -лечебное плавание -гидрокинезотерапия -механотерапия -трудотерапия -обучение бытовым навыкам и ходьбе	-физические упражнения -физические упражнения в воде -ходьба -восхождения -занятия на тренажерах -плавание	-методика ЛФК (при заболеваниях, травмах, операциях, беременности). -обучение ходьбе с опорой на трость	-занятия с инструктором ЛФК индивидуальные занятия,малогрупповые(2-3 чел) и групповые (8-12чел) -самостоятельные занятия - физические

-игры, спортивные игры -туризм -терренкур			тренировки

Двигательные режимы и их характеристика

Ступень двигательной активности – это уровень регламентации двигательной активности больного.

При госпитализации больных в лечебно-профилактические учреждения (больницу, клинику, госпиталь, отделение реабилитации, диспансер) назначаются следующие двигательные режимы.

– **строгий постельный режим**

Период вынужденного положения, или иммобилизации. В этом периоде анатомическое и функциональное состояние органа и организма в целом нарушены. Так, например, при переломе костей предплечья в первом периоде имеется анатомическое нарушение целостности костей и нарушение функций поврежденной конечности.

Задачи ЛФК в первом периоде:

– предупреждение возможных осложнений;
– стимуляция процессов регенерации;
– профилактика застойных явлений.

– **расширенный постельный режим**

Больному разрешается поворачиваться и садиться в постели, выполнять движения конечностями, самостоятельно принимать пищу; туалет - с помощью обслуживающего персонала.

– **палатный режим**

Полупостельный (палатный) режим. Больной 50% времени бодрствования проводит в положении сидя; самостоятельно ходит по палате и в туалет.

– **свободный режим**

Период восстановления функций. В этом периоде анатомическое состояние органа в основном восстанавливается, а функция остается резко нарушенной. Например, при переломе иммобилизация снята, костная мозоль образована, но движения в суставах ограничены.

Задачи ЛФК:

– ликвидация морфологических нарушений;
– восстановление функции пораженного органа;
– формирование компенсаций.

Для больных, находящихся на амбулаторном лечении или в санатории назначаются:

– щадящий режим;
– щадящее-тренирующий режим;
– тренирующий режим.

Классификация физических упражнений

1. Идеомоторные;
2. Гимнастические:

– статические (изометрические)
– динамические (изотонические): активные и пассивные
– по анатомическому признаку: для верхних конечностей, шеи, туловища и др.
– по характеру: дыхательные, корригирующие, на равновесие и др.

– спортивно-прикладные: ходьба, плавание, бег и др.
– игры;
– упражнения с предметами и снарядами.

Гимнастические упражнения выполняются в определенных исходных положениях, с определенной амплитудой, скоростью, повторяемостью. Они развивают силу, выносливость, координацию, улучшают подвижность в суставах и т.д.

Статические упражнения проводятся в виде напряжения мышц, удержания гантелей, набивных мячей, гирь, удержание собственного веса на тренажерах, во время висов, упоров на снарядах (или на полу, у гимнастической стенки и т.д.). Статические упражнения применяют в до- и постиммобилизационном периоде для профилактики возникновения атрофии мышц, укрепления мышц и развития силы и выносливости.

Упражнения на растягивание применяют в виде различных сгибаний в суставах, с последующей фиксацией сустава в согнутом положении (2—10 с). Используют для снятия утомления, при контрактурах, при повышенном мышечном тонусе.

Упражнения на расслабление (релаксация). Их применяют для снятия утомления (во время проведения занятий), понижения мышечного тонуса (при парезах, параличах, травмах, контрактурах и пр.).

Идеомоторные упражнения — это мысленно выполняемые упражнения, во время которых дается как бы приказ для выполнения определенных движений (параличи и парезы, при гипсовых повязках на конечности и др.). Их необходимо сочетать с пассивными движениями.

Пассивные упражнения (движения) выполняются методистом (инструктором) лечебной физкультуры. Пассивные движения характеризуются отсутствием волевого усилия или мышечного напряжения у больного. Пассивные движения применяются для стимуляции восстановления движений и профилактики контрактур (параличи, парезы и др.).

Дыхательные упражнения возбуждают и углубляют функцию дыхания, они способствуют нормализации и совершенствованию дыхательного акта; одновременно происходит взаимокоординация дыхания и движений, укрепление дыхательной мускулатуры, улучшение подвижности грудной клетки, растягивание (ликвидация) спаек в плевральной полости, предупреждение и ликвидация застойных явлений в легких, удаление мокроты. Дыхательные упражнения подразделяются на статические (упражнения, не сочетающиеся с движениями конечностей и туловища) и динамические (когда дыхание сочетается с различными движениями). При некоторых заболеваниях (бронхиальная астма, эмфизема легких и др.) дыхательные упражнения выполняются с акцентом на выдох, с произношением различных звуков (особенно у детей), надуванием игрушек и пр. Наклоны, повороты при выполнении дыхательных упражнений способствуют большей вентиляции легких, растягиванию плевральных спаек, рассасыванию очага воспаления (пневмония и др.).

Эффективность дыхательных упражнений выше, если их сочетать с общеразвивающими упражнениями, массажем воротниковой области (мышц надплечья) межреберных и брюшных мышц.

Корригирующие упражнения направлены на исправление (коррекцию), нормализацию осанки. Правильная осанка обеспечивает наиболее полноценное в функциональном отношении взаиморасположение и функционирование внутренних органов и систем.

К корригирующим упражнениям относят гимнастические упражнения для мышц спины, брюшного пресса и плечевого пояса, выполняемых в различных исходных положениях, как правило, лежа (на спине, животе), сидя и стоя (у гимнастической стенки, у стены, касаясь лопатками стены). Упражнения могут быть с гимнастической палкой, резиновыми амортизаторами (бинтами), гантелями, на тренажерах, в виде плавания брассом и др. При деформациях позвоночника (сколиоз, спондилез и др.) включают корригирующие упражнения в сочетании с общеразвивающими упражнениями и массажем.

Спортивно-прикладные упражнения

В лечебной физкультуре наиболее часто используются ходьба, бег, прыжки, метания, лазания, упражнения на равновесие, поднятие и перенос тяжести, дозированная гребля, ходьба на лыжах, катание на коньках, лечебное плавание, езда на велосипеде, лазание по канату, что способствует восстановлению поврежденного органа и всего организма в целом, воспитывая у больных настойчивость и уверенность в своих силах.

Упражнения в метании помогают восстановить координацию движений, улучшают подвижность в суставах, увеличивают силу мышц и скорость двигательных реакций.

Дозированные упражнения:

Ходьба улучшает крово- и лимфообращение, дыхание, обмен веществ и оказывает общеукрепляющее действие на весь организм.

Бег развивает мускулатуру всего тела, тренирует ССС и дыхательную, повышает обмен веществ, вызывает глубокое и ритмичное дыхание.

Гребля способствует выработке глубокого дыхания, отработки ритмичности дыхания, развивает и укрепляет мышцы верхних конечностей, туловища. Положительно влияет на пищеварение и тканевой обмен.

Лыжные прогулки и катание на коньках усиливают работу мышц всего тела, повышают обмен веществ, улучшают работу ССС и дыхательной, тренируют вестибулярный аппарат, повышают мышечный тонус, улучшают настроение, способствуют нормализации состояния нервной системы.

Лечебное плавание повышает теплоотдачу и обмен веществ, укрепляет все мышцы, оказывает закаливающее действие.

Спортивные игры вырабатывают решительность, настойчивость, сообразительность, ловкость, смелость, дисциплинированность.

Упражнения на тренажерах позволяют точно дозировать нагрузку и развивать выносливость и силу мышц.

Показания и противопоказания к применению ЛФК

ЛФК показана при всех заболеваниях. Противопоказания крайне ограничены и носят в большинстве случаев временный характер. Это касается заболеваний, сопровождающихся общим тяжелым состоянием больного вследствие шока, инфекции, большой потери крови, тяжелого ранения и др. Противопоказанием к применению ЛФК также являются: сильные боли, опасность возникновения кровотечения, повышение температуры тела выше 37,5°С и консервативное лечение злокачественных опухолей.

Дыхательная гимнастика

Дыхательная гимнастика, уникальный оздоровительный метод, созданный несколько десятилетий назад и уже вылечивший не одну тысячу больных людей, наконец, становится доступен каждому, кто захочет его освоить и применить.

Упражнения дыхательной гимнастики активно включают в работу все части тела: руки, ноги, голову, тазовый пояс, брюшной пресс, плечевой пояс и т.д. - и вызывают общую физиологическую реакцию всего организма. Возрастает потребление кислорода, повышенную потребность в котором называют "жаждой кислорода".

Дыхательная гимнастика способствует также выравниванию процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, усилению рефлекторных связей, положительно влияет на функцию нервно-регуляторных механизмов, управляющих дыханием.

Дыхательные упражнения успешно используются и для исправления различных деформаций костно-связочной системы: грудной клетки (ее патологических изменений),

в некоторых случаях - позвоночника (сколиозы, лордозы, кифозы), а также для увеличения подвижности в костно-связочных сочленениях.

У пациентов, страдающих бронхиальными патологиями, под влиянием гимнастики усиливается дренажная функция бронхов - увеличивается выделение мокроты и усиливается позыв к ее отхаркиванию.

Вопросы для контроля:

1. Дайте определение понятия ЛФК?
2. Перечислите физиологическое действие физических упражнений на организм человека?
3. Перечислите основные принципы тренировки физическими упражнениями?
4. Что относится к средствам ЛФК?
5. Перечислите формы лечебной физической культуры?
6. Перечислите способы проведения занятий ЛФК?
7. Что такое терренкур?
8. Какие упражнения называются идеомоторными?
9. Приведите пример статического упражнения?
10. Приведите пример динамического упражнения?
11. Какие упражнения называют пассивными?
12. При каких заболеваниях используют корригирующие упражнения?

Общие основы массажа



План лекции

1. Анатомо - физиологические основы массажа.

2. Понятие о массаже.
3. Физиологический механизм воздействия массажа на организм.
4. Общие правила массажа.
5. Гигиенические основы массажа.
6. Виды массажа.
7. Основные и вспомогательные приемы массажа.
8. Показания к массажу.
9. Противопоказания к применению массажа.

Анатомо - физиологические основы массажа

Для правильного проведения массажа необходимо знать анатомические пути, по которым следует тот или иной массажный прием. При массаже непосредственному воздействию подвергается кожа. Разные участки кожи имеют неодинаковую чувствительность. Наименьшая – по средней линии в области спины, живота, груди, наибольшая – на лбу. Кожа является самостоятельным органом, находится в динамической связи со внешней средой и с основными системами организма. Она играет важную роль в терморегуляции, дыхании, кровообращении, обмене веществ, иммунитете, участвует в секреции ряда биологически активных веществ и очищении организма от продуктов метаболизма. Поэтому происходящие в коже изменения во многом определяют механизм действия массажа.

Информация о механическом раздражении воспринимается проприорецепторами, расположенными в сухожилиях мышц и суставов, интерорецепторами внутренних органов и сосудов и передается в виде нервных импульсов в ЦНС. Оттуда сигналы распространяются к различным органам и тканям, тормозя или активизируя их деятельность.

Эффективное проведение массажа невозможно без знания топографии, строения и функции мышц.

Скелетные мышцы составляют около 40% массы тела, а 80% их расположено на конечностях. Мышца имеет веретенообразную форму. Один из ее концов называется головкой, второй (более длинный) – хвостом, а средняя часть – брюшком. Оба конца переходят в плотную волокнистую соединительную ткань – сухожилия, которые чаще всего прикрепляются к костям.

По функции мышцы делятся на сгибатели и разгибатели, отводящие и приводящие, супинаторы и пронаторы. Мышцы, осуществляющие одинаковые функции, называются синергистами. Мышцы, выполняющие движения в противоположном направлении – антагонистами. Различают мышцы туловища, головы, конечностей.

Сокращение мышц не только обеспечивает движение, но и способствует крово- и лимфообращению. Когда мышца расслаблена, большинство из капилляров не функционирует. Как только мышца начинает работать, кровоснабжение в ней может увеличится в 30 раз.

Лимфатическая система

Лимфа – это жидкая ткань организма. Она является промежуточной средой между кровью и тканями и по своему составу совпадает с плазмой крови. Лимфа движется по сосудам очень медленно, со скоростью 4 – 5 мм/сек и всегда в одном направлении – от тканей к сердцу. Движение лимфы обеспечивается благодаря существующей разнице давления в сосудах лимфатической системы, постепенно нарастающей при приближении к грудной полости и присасывающему действию грудной клетки. Продвижению лимфы способствуют сокращения мышц. Расположенные

по пути движения лимфы узла играют роль барьера и выполняют фагоцитарную функцию. Лимфатические узлы массажу подвергаться не должны.

Понятие о массаже

Массаж – это комплекс приемов дозированного механического воздействия на организм человека, проводимых руками или с помощью специальных аппаратов с целью развития, укрепления и восстановления его функций, лечения и профилактике заболеваний.

В настоящее время массаж во всем мире признан универсальным методом функционального лечения и широко применяется при абсолютном большинстве заболеваний и травм. В сочетании с лечебной физкультурой и физиотерапией массаж является неотъемлемой составной частью медицинской реабилитации на всех ее этапах. Кроме того, массаж – важнейший компонент физического воспитания, прекрасное средство гигиены тела и профилактики заболеваний.

Физиологический механизм воздействия массажа на организм

– очищает кожу от чешуек;
– увеличивает теплопродукцию, повышает температуру кожи и тканей в области массажа;
– вызывает активную гиперемию кожи, расширяя капилляры;
– улучшает кровоснабжение и кровообращение;
– улучшает секрецию сальных и потовых желез;
– усиливает обменные процессы;
– делает кожу эластичной, гладкой и красивой;
– способствует образованию БАВ;
– улучшает лимфообращение;
– повышает мышечный тонус;
– снимает напряжение и уменьшает боль;
– снижает артериальное давление у больных гипертонической болезнью;
– увеличивает эластичность и подвижность связок;
– способствует рассасыванию отеков;
– увеличивает насыщение крови кислородом;
– активизирует защитно – приспособительные механизмы организма;
– вызывает положительные эмоции.

Общие правила массажа

1. Все приемы массажа выполняют по ходу лимфатических путей, по направлению к ближайшим лимфатическим узлам.
2. Лимфатические узлы массажу не подвергаются.
3. Массаж проводится при максимальном расслаблении мышц.
4. Чистота кожи – главное гигиеническое требование для проведения массажа.
5. Массируемый участок должен быть максимально обнажен.
6. Есть можно не позднее, чем за 2 часа до массажа, мочевой пузырь и кишечник должны быть опорожнены.
7. Массаж проводится в светлом, теплом помещении, оборудованном вентиляцией.
8. Для массажа можно использовать присыпки и смазывающие вещества.
9. После массажа желательно отдохнуть в течение 15 – 30 минут.
10. Если под действием массажа самочувствие пациента ухудшилось, время массажа уменьшают или временно прекращают.

Процедура массажа состоит из трех этапов:

1 Этап – вводный в течение 1-3 минут;
2 Этап – основной в течение 5 – 20 минут;
3 Этап – заключительный в течение 1 – 3 минут.

Длительность сеанса в зависимости от показаний может быть от 3 до 60 минут. Массаж назначают ежедневно или через день в зависимости от возраста и состояния пациента, а также области тела, подвергаемой массажу.Курс массажа включает от 5 до 25 процедур в зависимости от тяжести заболевания и состояния массируемого. Перерывы между курсами могут длиться от 10 дней до 2-3 месяцев.

Гигиенические основы массажа

Во время проведения массажа температура воздуха в комнате должна быть не ниже 20°С, относительная влажность – не выше 60%. Важное значение имеет достаточное освещение массажной: глаза массажиста не должны утомляться.Массировать следует без лишних движений, обеими руками, развивая гибкость и силу кистей. Руки должны быть чистыми, часы, браслеты, кольца и другие украшения следует заранее снять, чтобы это не мешало работе и чтобы вы случайно не нанесли травму пациенту.

Виды массажа

По целевой направленности:

- лечебный;
- спортивный;
- гигиенический;
- косметический.

По форме:

- общий;
- частный.

По исполнению:

- ручной;
- аппаратный;
- комбинированный.

По задачам:

- тонизирующий;
- успокаивающий.
- предварительный (перед соревнованием)
- восстановительный (после соревнований)

По технике:

- классический;
- соединительно-тканный;
- сегментарный;
- рефлекторно-сегментарный;
- аппаратный;
- самомассаж;
- точечный и др.

Основные и вспомогательные приемы массажа

Поглаживание – прием, при котором рука массажиста скользит по коже, не сдвигая ее и не образуя кожных валиков и складок.

- поверхностное и глубокое;
- непрерывистое и прерывистое.

Вспомогательные приемы поглаживания: гребнеобразное, граблеобразное, щипцеобразное, глажение.

Растирание – прием, заключающийся в смещении или растяжении кожи вместе с подлежащими тканями в различных направлениях.

- растирание пальцами;
- растирание основанием ладони, локтевым краем кисти;
- растирание кулаком.

Вспомогательные приемы растирания: гребнеобразный, гребнеобразный, щипцеобразный, строгание, штрихование.

Разминание – захватывание, приподнимание, оттягивание, сдвигание, сжатие, растяжение подлежащих тканей, преимущественно мышц.

- прерывистое;
- непрерывистое.

Вспомогательные приемы: валяние, накатывание, сдвигание, растяжение, надавливание, подергивание, сжатие.

Вибрация – это приемы массажа, с помощью которых массируемые ткани совершают колебательные движения с различной скоростью и амплитудой.

- непрерывистая (дрожательные движение);
- прерывистая (пунктирование, поколачивание, похлопывание, рубление, стегание).

Вспомогательные приемы: потряхивание, сотрясение, подталкивание

Показания к массажу

Заболевания сердечно-сосудистой системы:

- ИБС;
- инфаркт миокарда и ПИКС;
- АГ;
- функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы;
- миокардиодистрофия;
- пороки сердца;
- заболевания артерий и вен.

Заболевания органов дыхания:

- ангина;
- фарингит;
- ларингит;
- ринит вазомоторный и аллергический;
- ХНЗЛ;
- хроническая пневмония и бронхит;
- эмфизема легких;
- пневмосклероз;
- бронхиальная астма вне обострения;
- плеврит.

Травмы и заболевания органов опорно-двигательного аппарата:

- ревматоидный артрит;

– повреждения сумочно-связочного аппарата;
– вывихи;
– тендовагиниты;
– периостит;
– дистрофические процессы в суставах;
– остеохондроз;
– ушибы и растяжения связок;
– искривление позвоночника и нарушение осанки;
– плоскостопие.

Заболевания и повреждения нервной системы:

– травмы нервной системы;
– последствия НМК;
– остаточные явления полиемиелита;
– церебральный атеросклероз;
– невралгии, невриты, плекситы;
– радикулит;
– паркинсонизм;
– параличи.

Заболевания органов пищеварения (вне фазы обострения):

– колиты;
– дискинезии кишечника;
– гастриты;
– гастроптоз;
– ЯБЖ;
– заболевания печени и желчного пузыря;
– состояния после операции на органах брюшной полости.

Воспалительные заболевания мужских и женских половых органов (подострая и хроническая стадия):

– хронический уретрит;
– простатит;
– неправильное положение матки и влагалища;
– анатомо-функциональная недостаточность связочного аппарата тазового дна.

Заболевания кожи:

– себорея волосистой части головы;
– угревая сыпь лица;
– псориаз;
– красный плоский лишай;
– склеродермия;
– ихтиоз;
– выпадение волос;
– нейродермит.

Болезни уха, горла, носа:

– ангина;
– фарингит;
– ларингит;
– ринит;
– носовое кровотечение.

Заболевания глаз:

– глаукома;
– конъюктивит;
– неврит зрительного нерва.

Нарушения обмена веществ:

– излишняя полнота;
– диабет;
– подагра.

Массаж применяют при головной боли, нарушении сна, половой слабости, при заболеваниях зубов, повышенной раздражительности.

Противопоказания к применению массажа:

– острые лихорадочные состояния;
– острый воспалительный процесс;
– кровотечения, кровоточивость;
– болезни крови;
– гнойные процессы любой локализации;
– заболевания кожи инфекционного, невыясненного или грибкового происхождения;
– кожные высыпания, повреждения и раздражения кожи;
– грибковые заболевания ногтей, волосистой части головы;
– острое воспаление вен; э
– тромбоз или значительное варикозное расширение вен;
– эндартериит, осложненный трофическими нарушениями, гангреной;
– атеросклероз периферических сосудовв сочетании с атеросклерозом мозговых сосудов, сопровождающиеся церебральными кризами;
– аневризмы сосудов;
– воспаление лимфатических узлов, сосудов. Увеличенные, болезненные лимфатические узлы, спаянные с кожей и подлежащими тканями;
– заболевание вегетативной нервной системы в период выраженной остроты процесса;
– аллергия с геморрагическими и другими высыпаниями;
– чрезмерное психическое или физическое утомление;
– активная форма туберкулеза;
– сифилис;
– заболевание органов брюшной полости с наклонностью к кровотечению;
– хронический остеомиелит;
– доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации;
– психические заболевания с чрезмерным возбуждением, значительно измененной психикой.

В числе противопоказаний для общего массажа в послеоперационном периоде указываются следующие состояния:

– острая сердечно-сосудистая недостаточность (инфаркт миокарда, снижение коронарного кровообращения, кровопотеря, отек легких);
– эмболия легочной артерии;
– почечная и печеночная недостаточность;
– распространенные острые кожные аллергические реакции (крапивница и др.)

Вопросы для контроля:

1. Что такое массаж?
2. Какое физиологическое действие на организм человека оказывает массаж?

3. Назовите общие правила массажа?
4. Перечислите гигиенические основы массажа?
5. Какие требования предъявляются к массажисту?
6. Какие виды массажа вы знаете?
7. Перечислите основные приемы массажа?
8. Каким основным приемом массажа начинается массаж?
9. Перечислите вспомогательные приемы вибрации?
10. Перечислите противопоказания к массажу?

Тема 1.3. Физиотерапия



Общие основы физиотерапии

План лекции:
1.Определение предмета физиотерапии.
2. Классификация физических факторов
3. Лечебное действие физических факторов на организм человека
4. Факторы, определяющие характер ответной реакции
5. Ответные реакции организма на действие физических факторов
6. Общие рекомендации по приему физиопроцедур для больных
7. Общие показания и противопоказания к физиотерапевтическим факторам.

Определение предмета физиотерапии

Физиотерапия – область медицины, изучающая действие на организм человека природных (естественных) или искусственных (преформированных) физических факторов и использующая их с целью сохранения, восстановления и укрепления здоровья.

В ряде зарубежных стран термином "физиотерапия" обозначают реабилитацию.

Классификация физических факторов

Искусственные **Природные**

электролечебные
магнитолечебные
светолечебные
механолечебные
термолечебные
гидролечебные
радиолечебные

климатолочебные
бальнеолечебные
грязелечебные

Лечебное действие физических факторов на организм человека

ВИД И ХАРАКТЕР ФИЗИЧЕСКОГО ФАКТОРА	МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ	ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ
ПОСТОЯННЫЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ТОКИ		
Непрерывные	Гальванизация	Противовоспалительный, трофический, вазодилататорный, спазмолитический, секторный.
	Лекарственный электрофорез	Потенцированные эффекты: Постоянных токов и специфические фармакологические эффекты конкретного вводимого вещества.
Импульсные	Электростимуляция	Мионейростимулирующий, вазоактивный, трофический, анальгетический.
	Электросонтерапия	Седативный, спазмолитический, трофический, секторный.
	Транскраниальная электроанальгезация	Анальгетический, вазоактивный, репаративно-регенеративный, седативный
	Диадинамотерапия	Мионейростимулирующий, вазоактивный, трофический, анальгетический.
	Короткоимпульсная электроанальгезация	Анальгетический, местный вазоактивный, трофический
ПЕРЕМЕННЫЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ТОКИ		
Низкой частоты	Амплипульстерапия	Мионейростимулирующий, вазоактивный, трофический, анальгетический.
	Интерференцтерапия	Мионейростимулирующий, спазмолитический, трофический, анальгетический.
	Флюктуоризация	Местный анальгетический, местный мионейростимулирующий, вазоактивный, метаболический.
Средней частоты	Местная дарсонализация	Местный анальгетический, вазоактивный, местный трофический, местный противовоспалительный, противозудный, бактерицидный.
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ ПОЛЕ		
Постоянное	Франклинизация	Седативный, местный ананльгетический, бронходренирующий, вазоактивный, бактерицидный.
Импульсное	Инфитатерапия	Седативный, сосудорасширяющий.

Высокой и ультравысокой частоты	УВЧ-терапия	Противовоспалительный, секреторный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, иммуносупрессивный, метаболический.
МАГНИТНОЕ ПРОЛЕ		
Постоянное	Магнитотерапия	Коагулокоррегирующий, седативный, местный метаболический, иммуномодулирующий.
Импульсное	Импульсная магнитотерапия	Мионейростимулирующий, вазоактивный, трофический, анальгетический, противовоспалительный.
Низкой частоты	Низкочастотная магнитотерапия	Актопротекторный, вазоактивный, противовоспалительный, трофический, гипокоагулирующий, местный анальгетический, седативный.
Высокой частоты	Высокочастотная магнитотерапия	Противовоспалительный, секреторный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, иммуносупрессивный, метаболический.
ЭЛЕКТРО-МАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ		
Сверхвысокой частоты	СВЧ-терапия (ДМВ и СМВ-терапия)	Противовоспалительный, секторный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, трофический, иммунореагирубщий.
Крайне высокой частоты	КВЧ-терапия	Секторный, нейромодулирующий, метаболический.
ФОТОТЕРАПИЯ		
Инфракрасное излучение	ИК-облучение	Противовоспалительный, репаративно-пролиферативный, вазоактивный, метаболический, местный анальгетический, сосудорасширяющий, спазмолитический
Видимое излучение	Хромотерапия	Психоэмоциональный, фотодеструктивный, метаболический.
Ультрафиолетовое излучение	Длинноволновое УФ-облучение	Пигментообразующий, иммуностимулирующий, фотосенсибилизирующий
	Средневолновое УФ-облучение	Витаминообразующий, трофостимулирующий, иммуномодулирующий (субэритемные дозы), противовоспалительный, анальгетический, десенсибилизирующий (эритменные дозы)
	Коротковолновое УФ-облучение	Бактерицидный, микоцидный (для поверхностного облучения), иммуностимулирующий, метаболический, коагулокорректирующий (для ультрафиолетового облучения крови)
Лазерное излучение	Лазеротерапия	Метаболический, противовоспалительный, анальгетический, иммуномоделирующий, десенсибилизирующий, бактерицидный.

	Фотодинамическая терапия	Фотодеструктивный
ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ		
Механические напряжения	Лечебный массаж	Тонизирующий, актопротекторный, вазоактивный, трофический, дренирующий, иммуностимулирующий, седативный, анальгезирующий.
	Мануальная терапия	Анальгетический, спазмолитический
	Акупунктура	Анальгетический, спазмолитический, вазоактивный, нейроадаптивный
Механические колебания	Вибротерапия	Анальгетический, трофический, вазоактивный, тонизирующий
	Ультразвуковая терапия	Противовоспалительный, анальгетический, спазмолитический, метаболический, дефиброзирующий, бактерицидный.
Факторы воздушного пространства	Баротерапии	Противовоспалительный, метаболический, спазмоличтиеский, вазоактивный
	Оксигенобаротерапия	Адаптационный, метаболический, дезоксикационный, бактерицидный, иммуностимулирующий, репаративно-регенеративный, актопротекторный, вазопрессорный
	Аэроинотерапия	Местный анальгетический, метаболический, иммуностимулирующий, бронходренирующий, вазоактивный, бактерицидный
	Аэрозольтерапия	Потенцированные спецфизические фармакологические эффекты конкретного лекарственного вещества (вазоактивный, бронходренирующий и др.)
	Галотерапия	Бронходренирующий, секретолитический, противовоспалительный.
ФАКТОРЫ ТЕРМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ		
Гидротерапия	Влажное укутывание	Тонизирующий (1 фаза), седативный (2 фаза), терморегулирующий (3 фаза)
	Компресс	Анальгетический, противовоспалительный (противоотечный)
	Души	Тонизирующий, седативный, вазоактивный, спазмолитический, трофический, иммуностимулирующий
	Пресные ванны	Вазоактивный, метаболический, трофический, тонизирующий, седативный, спазмолитический, анальгетический
	Ароматические ванные	Седативный, сосудорасширяющий, тонизирующий, вяжущий, анальгетический, противовоздушный, иммуномодулирующий, метаболический,

		актопротекторный
	Газовые ванны	Тонизирующий (жемчужные ванны), метаболический, трофический (кислородные ванны), седативный, метаболический, анальгетический., гипосенсибилизирующий (азотные ванны)
	Кишечное промывание	Дефекационный, дезиктоксикационные, метаболический, моторный
	Паровая баня	Вазоактивный, диафортический, тренирующий, актопротекторный, трофический, метаболический, секреторный
	Суховоздушная баня / сауна /	Вазоактивный, диафоретический, термоадаптивный, психорелаксирующий, трофический, метаболический, секреторный, дегидратирующий
Термотерапия	Парафинотерапия	Противовоспалительный, (репаративно-регенеративный, противоотечный), метаболический, трофический
	Озокеритотерапия	Противовоспалительный, (репаративно-регенераивный, противоотечный), метаболический, трофический, десенсибилизирующий, сосудорасширяющий, спазмолитический
ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ		
Климатотерапия	Климат пустынь	Секреторный, терморегулирующий, дегидратирующий
	Климат степей	Микоцидный, секреторный, гипотензивный, нейро-регуляторный, актопротекторный
	Климат тропиков и субтропиков	Седативный, бронходренирующий, гипотензивный, секторный, метаболический
	Климат лесов	Седативный, нейро-регуляторный, бронходренирующий, метаболический, гипотонический, бактерицидный, репаративно-регенеративный
	Климат гор	Репаративно-регенеративный, адаптационно-трофический, иммунодепрессивный, метаболический, актопротекторный, детоксикационный, гемостимулирующий,бактерицидный
	Морской климат	Седативный, нейро-регуляторный, тонизирующий, противовоспалительный, репаративно-регенеративный
	Аэротерапия	Вентиляционно-перфузионный, тонизирующий, актопротекторный, нейромиостимулирующий, вазоактивный
	Спелеотерапия	Брониходренирующий, гипосенсиблизирующий, противовоспалительный, седативный, актопротекторный, гипотензивный

	Гелиотерапия	Пигментирующий, витаминообразующий, иммуностимулирующий, трофостимулирующий, тонизирующий, вазоактивный, психоэмоциональный
	Талассотерапия	Тонизирующий, адаптогенный, метаболический, трофический, актопротекторный, вазоактивный
Бальнеотерапия	Минеральные ванны	
	1. хлоридно-натриевые ванны	Анальгетический, сосудорасширяющий, метаболический, иммуностимулирующий, противовоспалительный, секторный, коагулорегулирующий
	2. йодобромные ванны	Противовоспалительный (репаративно-регенеративный), транквилизирующий, седативный, метаболический, секреторный
	3.углекислые ванны	Гипотензивный, кардиотонический, противовоспалительный, метаболический, тренирующий
	4. сероводородные ванны	Противовоспалительный(репаративно-регенеративный),метаболический (гликолитический и липолитический), эпителизирующий, иммуномоделирующий, дезинтоксикационный, секторный, седативный
	5.радонные ванны	Противовоспалительный (репаративно-регенеративный), анальгетический, метаболический-гликолитический и липолитический, эпителизирующий, иммуностимулирующий, сосудорасширяющий
	Минеральные питьевые воды	Кислоторегулирующий, антиспастический, секретостимулирующий, противовоспалительный, метаболический, холерегулирующий, панкреорегулирующий, моторнокоррегирующий, бронходренирующий, урокорректирующий
Пелоидотерапия	Грязелечение	Противовоспалительный (противоотечный, реперативно-регенераторный), метаболический, трофический, иммуномоделирующий, дефиброзирующий, бактерицидный, биостимулирующий,седативный, коаглирующий, кератолитический

Факторы, определяющие характер реакции и способность переносить нагрузку в рамках физиотерапевтического лечения.

Природные данные организма	быстрая и сильная реакция, медленная и длительная реакция
Ухудшение общего состояния при хронических болезнях, неправильное питание, выздоровление после тяжелой болезни	Понижение рефлекторной и гормональной активности, предрасположенность к неправильным реакциям
Отсутствие нагрузок на отдельные функциональные области (функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, двигательная функция, теплорегулирующая, пищеварительная и др.)	Особые нарушения функции, необходимо начать тренировку с малых доз раздражителей
Стрессовая нагрузка, хроническое переутомление	Склонность к неправильным реакциям, нарушению регуляции, Тренировку нарушенных процессов нервной регуляции начать с малых раздражителей

Возрастные изменения	Ограничение адаптированных возможностей сосудистой системы, а также способность сердца и органов дыхания выдержать нагрузку, пониженная способность к развитию рефлекторных процессов нервной системы, ограничение способности к усвоению новых привычек поведения.
Хронические воспалительные процессы очагового характера, особенно головы(болезнь зубов, носоглотки, воспаление миндалин, процессы в придаточных пазухах носа)	Снижение реакционной способности, склонность к патологическим реакциям, возможность провокации очагового рассеивания вследствие неправильного лечения.

Общие показания к физиолечению:

Физиотерапевтические процедуры используют главным образом для лечения парезов, параличей, болезней суставно-связочного аппарата, кожи, органов дыхания, нарушений обмена веществ. Применяют такие виды физиотерапии, как электролечение, светолечение, грязетеплолечение, водолечение, массаж и другие методы. В электролечении используют гальванизацию, аппараты для стимуляции мышц, дарсонвализацию, диатермию, УВЧ-терапию; для светолечения - ультрафиолетовое и инфракрасное облучение; для грязетеплолечебных процедур - озокерит, парафин, глину, песок, горячий воздух и др. Водолечение включает купание, душ и разные виды ванн.

Общие противопоказания к физиолечению:

- злокачественные новообразования;
- системные заболевания крови;
- кахексия;
- гипертоническая болезнь III стадии;
- выраженный атеросклероз сосудов головного мозга;
- заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
- кровотечения;

– общее тяжелое состояние пациента;
– лихорадочное состояние, температура тела выше 38 градусов;
– активный туберкулез;
– эпилепсия;
– психозы с явлениями психомоторного возбуждения;
– истерия с тяжелыми судорожными припадками.

Вопросы для контроля:

1. Что такое физиотерапия?
2. Приведите пример преформированных факторов?
3. Перечислите основные группы лечебных физических факторов?
4. Перечислите основные противопоказания к физиолечению?

Тема 2.2 Электролечение



План лекции

1. Понятие электрического тока. Физические характеристики.
2. Гальванизация и лекарственный электрофорез. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
3. Электростимуляция. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
4. Электросон. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
5. Дарсонвализация. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
6. Диадинамотерапия ДДТ (токи Бернара). Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
7. Амплипульстерапия. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.
8. УВЧ-терапия. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.

9. Микроволновая терапия. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.

10. Магнитотерапия. Физиологическое и лечебное действие. Показания. Противопоказания.

Понятие электрического тока

Электрический ток – это направленное движение электрических зарядов.

В металлах, т.е. проводниках, он представляет собой упорядоченное движение свободных электронов, в электролитах – движение ионов (электрически заряженных частиц). Электрический ток бывает постоянным и переменным.

Постоянным током называется электрический ток, который не изменяется во времени по направлению.

Переменным называется электрический ток, величина и направление которого изменяются во времени. Переменный ток более опасен, чем постоянный.

Физические характеристики тока

Физические характеристики постоянного тока:

– направление тока

Положительные заряженные ионы движутся по направлению к катоду (отрицательному электроду) и называются катионами, отрицательно заряженные – к аноду (положительному электроду) и называются анионами.

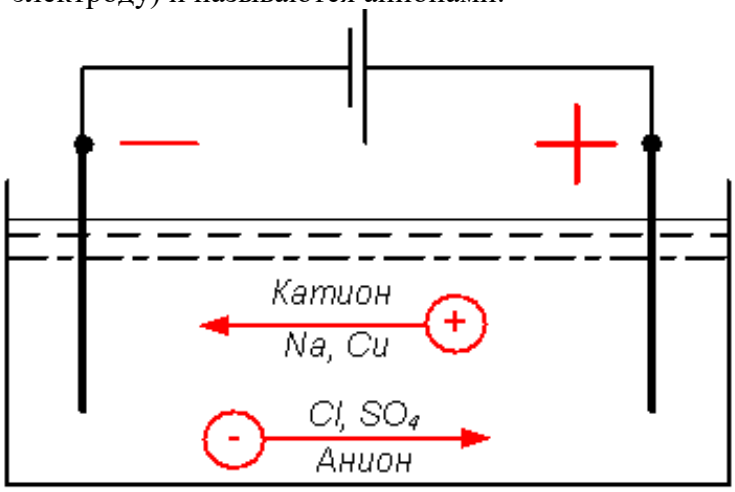


Рисунок 1 – Направление движения ионов в электролитных растворах

Именно такой механизм характерен для прохождения тока в биологических объектах.

– сила тока

Принято считать, что сила постоянного тока около 0,1 А уже является опасной для жизни человека. Смертельные поражения возникают при превышении этого значения.Наиболее опасным для человека является действие переменного тока с частотой 50 Гц, вызывающего фибрилляцию сердца.

– мощность тока.

Электрический ток, состоящий из отдельных импульсов, называется импульсным.

Характеристики импульсного тока:

– форма импульсов;

– частоте импульсов;

– длительности импульсов.

Все вещества делятся на проводники и непроводники электрического тока.Тело человека является проводником электрического тока. Электрическое сопротивление различных тканей тела человека неодинаково: кожа, кости, жировая ткань, сухожилия и хрящи имеют относительно большое сопротивление, а мышечная ткань, кровь, лимфа и особенно спинной и головной мозг — малое сопротивление. В организме человека постоянный электрический ток лучше всего проводят мышцы.

Гальванизация и лекарственный электрофорез

Гальванизация – применение с лечебной целью непрерывного постоянного электрического тока малой силы (до 50 мА) и низкого напряжения (30-80В).
Лекарственный электрофорез – это введение в организм ионов лекарственных веществ с помощью постоянного тока. В этом случае на организм действуют два фактора – лекарственный препарат и гальванический ток.

Физиологическое и лечебное действие постоянного тока на организм человека

В теле человека содержатся сложные растворы различных электролитов, под действием тока изменяется кислотно-щелочное равновесие, изменяется водный баланс, вырабатываются БАВ.

Специфическое действие (местное) наблюдается преимущественно в коже. В области воздействия отмечается гиперемия, более выраженная в области катода, что способствует улучшению обмена веществ, стимулируются процессы восстановления, оказывается рассасывающее действие. Под анодом происходят противоположные изменения, возбудимость тканей снижается, уменьшается их отечность.

Неспецифические изменения (общие):

- нормализует функциональное состояние нервной системы;
- улучшение обмена веществ;
- улучшение крово и лимфообращения;
- расширение коронарных сосудов;
- снижение АД;
- стимулирует функцию желез внутренней секреции;
- повышении активности иммунной системы.

В основе механизма действия гальванизации лежит процесс поляризации.Однако не все лекарственные препараты могут быть использованы для электрофореза. Некоторые лекарственные препараты под действием тока могут изменять свои фармакологические свойства, могут распадаться или образовывать соединения, оказывающие вредное действие.

Для электрофореза используют 0,5% - 5% растворы. Чем ниже концентрация раствора, тем выше степень электролитической диссоциации лекарственного вещества. Их готовят в аптеке, срок хранения растворов 7-10 дней. В качестве универсального растворителя лекарственных веществ при электрофорезе используются диметилсульфоксид и дистиллированная вода.

Введение лекарственных веществ методом электрофореза имеет ряд преимуществ по сравнению с обычными способами их использования:

- лекарственное вещество поступает через кожные протоки потовых желез в виде ионов, что повышает его фармакологическую активность;
- накапливаясь в кожном депо на глубине 1 см, увеличивается продолжительность действия лекарственного средства;
- высокая концентрация лекарственного вещества создается непосредственно в патологическом очаге;
- не раздражается слизистая оболочка желудка и кишечника;

– обеспечивается возможность одновременного введения нескольких лекарственных веществ.

Дозировка гальванизации осуществляется по силе тока и по продолжительности процедуры. Максимальная плотность тока используемая при гальванизации 0,1 мА/см 2.

Показания:

1. Заболевания периферической нервной системы (невриты, радикулиты, плекситы, полиневриты, невралгии);
2. Заболевания центральной нервной системы (неврозы, мигрень, полиомиелит, остаточные явления травмы спинного и головного мозга);
3. Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия I и II стадии, хроническая ишемическая болезнь сердца вне обострения);
4. Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, бронхит, пневмония, отит, тонзиллит, гайморит, фарингит);
5. Заболевания опорно-двигательного аппарата (остаточные явления травмы, замедленная консолидация при переломах, травматические и инфекционные артриты).

Противопоказания:

1. Злокачественные заболевания;
2. Нарушения целостности кожи;
3. Экзема;
4. Острые, воспалительные и гнойные заболевания;
5. Декомпенсация сердечно-сосудистой системы;
6. Активная форма tbs;
7. Кровохарканье и кровотечения;
8. Непереносимость гальванического тока.

Электростимуляция

Электростимуляция – метод электролечения с использованием различных импульсных токов для изменения в лечебных целях функционального состояния мышц и нервов.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Импульсные токи вызывают двигательное возбуждение и сокращение мышц, рефлекторно усиливается крово- и лимфообращение, стимулируются обменно-трофические процессы, улучшается тонус мышц, проводимость по нервным волокнам, улучшается секреторная и моторная функция органов.

Показания:

1. Парезы и параличи, вследствие заболеваний и травм ЦНС и ПНС;
2. Вторичная гипо- или атрофия мышц, вследствие длительной иммобилизации после перелома;
3. Сколиоз;
4. Стимуляция мышц;
5. Стимуляция диафрагмы и мышц передней брюшной стенки для улучшения дыхания;
6. Нарушения двигательной и замыкательной функции желудка, кишечника, желчевыводящих путей, мочевого пузыря, матки.

Противопоказания:

1. Нарушения ритма;

2. АГ;
3. Наклонность к кровотечению и кровоточивость;
4. Варикозная болезнь;
5. Острые воспалительные заболевания;
6. Переломы костей до их консолидации.

Электросон

Электросон – метод электротерапии, при котором используются импульсные токи прямоугольной формы, с частотой от 10 до 100 Гц.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Механизм действия электросна складывается из прямого и рефлекторного влияния на кору головного мозга и подкорковые образования.
В лечебном действии выделяют две фазы: торможения и растормаживания.
Фаза торможения характеризуется дремотным состоянием, замедлением пульса и дыхания, снижением АД. Фаза растормаживания проявляется в появлении бодрости, свежести, повышении работоспособности, хорошего настроения.
Основное действие электросна:

- противострессовое;
- седативное;
- стимулирующее;
- обезболивающее;
- сосудорасширяющее;
- повышает психоэмоциональное настроение.

Показания:

1. АГ I и II степени;
2. Неврозы;
3. ВСД;
4. Вибрационная болезнь;
5. ЧМТ и ее последствия;
6. Фантомные боли;
7. Бронхиальная астма;
8. ЯБЖ и ДК;
9. Экзема;
10. Энурез;
11. Токсикоз беременности.

Противопоказания:

1. Индивидуальная непереносимость тока;
2. Острые боли;
3. Воспалительные заболевания глаз;
4. Высокая степень близорукости;
5. Отслойка сетчатки;
6. Экзема;
7. Истерия;
8. Эпилепсия;
9. Наличие металлических предметов в тканях мозга.

Дарсонвализация

Дарсонвализация – метод электролечения, основанный на использовании переменного импульсного тока высокой частоты, высокого напряжения и малой силы тока.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

При воздействии на тело человека через электрод происходит раздражение кожных рецепторов, вначале сужение, затем расширение мелких сосудов. Нормализуется тонус мышц и тонус сосудов, при этом пониженный тонус вен повышается, а повышенный тонус артерий понижается. Улучшается капиллярное кровообращение, стимулируется тканевой обмен и улучшается трофическая функция.

Дарсонвализация повышает работоспособность мышц, стимулирует образование костной мозоли при переломах, при воздействии на раны – стимулирует рост грануляционной ткани, ускоряет эпителизацию и регенерацию.При глаукоме – повышается острота зрения и снижается внутриглазное давление. За счет снятия спазма сосудов глаз.При воздействии на евстахиеву трубу – улучшается слух, снижается шум в ушах.

Показания:

1. Сердечно-сосудистые заболевания (варикозное расширение вен, облитерирующий атеросклероз, стенокардия);
2. Заболевания периферической нервной системы (невралгии, остеохондроз);
3. Заболевания центральной нервной системы (неврастения, ночное недержание мочи, мигрень);
4. Хирургические заболевания (геморрой, трофические язвы, последствия ожогов и отморожений, вялозаживающие раны);
5. Стоматологические заболевания (пародонтоз, периодонтит, стоматит);
6. Кожные заболевания (зудящие дерматозы, себорея, угревая сыпь);
7. Воспалительные заболевания мочеполовой системы.

Противопоказания:

1. Злокачественные новообразования;
2. Кровотечение и наклонность к нему;
3. Активный tbs;
4. Расстройства кожной чувствительности;
5. Индивидуальная непереносимость тока.

Диадинамотерапия ДДТ (токи Бернара)

Диадинамотерапия – метод электротерапии с использованием постоянных импульсных токов полусинусоидальной формы с частотой 50 и 100 ГЦ и их различных комбинации.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Раздражение ритмичными импульсными токами приводит к формированию доминантного очага возбуждения в коре мозга, который подавляет болевую доминанту.Диадинамические токи оказывают болеутоляющее действие, активизируют крово- и лимфообращение, улучшают трофику тканей, стимулируют обменные процессы. Наиболее выраженное обезболивающее действие оказывает «волновой ток».

Показания:

1. Острый болевой синдром при поражении периферического отдела нервной системы (остеохондроз, невралгия, плексит);

2. Заболевания опорно-двигательного аппарата (периартриты, миозиты, артрозы, ушибы, тугоподвижность суставов);
3. Заболевания органов пищеварения (гастриты, ЯБЖ, колиты, дискинезии выводящих путей, панкреатит, демпинг-синдром);
4. Заболевания органов дыхания (затяжная пневмония, бронхиальная астма);
5. Хронические заболевания мочеполовой системы (воспаления придатков, энурез, импотенция, простатит);
6. Начальные стадии АГ;
7. Мигрень;
8. Отек Квинке;
9. Заболевания ЛОР-органов (ларингит, отит, синусит, ринит, парез голосовых связок);
10. Пародонтоз;
11. Келлоидные рубцы;
12. Зудящие дерматозы.

Противопоказания:
1. Индивидуальная непереносимость тока;
2. Острые воспалительные заболевания;
3. Высокое АД;
4. Наличие нефиксированных костных отломков при переломах;
5. Острые внутрисуставные повреждения;
6. Генерализованная экзема;
7. Тромбофлебит;
8. МКБ и ЖКБ.

Амплипульстерапия

Амплипульстерапия – метод электролечения, заключающийся в воздействии на организм переменными синусоидальными модулированными токами малой силы.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Различают несколько разновидностей синусоидальных моделированных токов (СМТ), обозначаемых как «род работы», для модуляции синусоидального тока используется ток низкой частоты.
I род работы оказывает выраженное раздражающее влияние, поэтому его применяют для электростимуляции.
II род работы также используется для электростимуляции.
III род работы оказывает слабое раздражающее действие и его применяют для снятия болевого синдрома.
IV род работы оказывает выраженное обезболивающее действие.

Обезболивающий эффект способствует улучшению кровоснабжения, уменьшению венозного застоя, ишемии, отечности тканей.

Показания:
1. Травмы и заболевания периферической нервной системы с болевым синдромом;
2. Заболевания нервной системы, сопровождающиеся параличами и парезами;
3. АГ I и II степени;
4. ИБС;

5. Заболевания органов пищеварения (хронический гастрит с секреторной недостаточностью, ЯБЖ и ДК в фазе обострения и неполной ремиссии, рефлюкс – эзофагит, дискинезии желчевыводящих путей в отсутствии камней);
6. Нарушение жирового обмена;
7. Сахарный диабет;
8. Заболевания органов дыхания (хронические пневмония и бронхит, бронхиальная астма легкой и средней степени тяжести);
9. Ревматоидный артрит;
10. Артрозы;
11. Заболевания мочеполовой системы (воспалительные заболевания женских половых органов, импотенция, хронический простатит, цистит, МКБ, энурез у детей);
12. Воспалительные и дистрофические заболевания глаз.

Противопоказания:
Те же, что и у ДДТ.

УВЧ-терапия

УВЧ - терапия – метод электролечения, основанный на воздействии на организм больного ультравысокочастотного электромагнитного поля.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Тепловой и осцилляторный(колебательный) эффект УВЧ оказывает противовоспалительное действие, улучшает крово- и лимфообращение, снимает отек, активизирует функции соединительной ткани, ограничивает воспалительный очаг плотной соединительной капсулой, оказывает антиспастическое действие на гладкую мускулатуру, ускоряет регенерацию нервной ткани, способствует обезболиванию, понижает давление.

Показания:
1. Воспалительные заболевания матки и ее придатков;
2. Воспалительные заболевания ЛОР-органов;
3. Травматические повреждения и заболевания нервной системы (невралгии, плекситы, фантомные боли, вибрационная болезнь, полиомиелит);
4. Сосудистые заболевания (облитерирующий эндартериит, тромбофлебиты);
5. Заболевания хирургического профиля (трофические язвы, пролежни, длительно незаживающие раны, отморожения);
6. Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, бронхиты, пневмонии);
7. Воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата;
8. Ревматоидный артрит;
9. Климактерический и постклимактерический синдром;
10. Бесплодие, импотенция.

Противопоказания:
1. Лихорадочные состояния;
2. Системные заболевания крови;
3. Осумкованные гнойные процессы;
4. Спаечная болезнь;
5. Беременность с 3-го месяца;
6. Гипотония;
7. Наличие кардиостимулятора;

8. Наличие металлоконструкций в зоне воздействия.

Микроволновая терапия

Микроволновая терапия – метод электролечения, основанный на воздействии на больного электромагнитных колебаний. В лечебной практике используют микроволны дециметрового (ДМВ) и сантиметрового (СМВ) диапазона.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

В основе местных изменений лежит тепловой эффект и физико-химические изменения в тканях. Под влиянием микроволновой терапии происходит расширение кровеносных сосудов, усиливается кровоток, уменьшается спазм гладкой мускулатуры, нормализуются процессы торможения и возбуждения нервной системы. Микроволновая терапия оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, обезболивающее действие, улучшается сократительная функция миокарда, активизируются обменные процессы.

Показания:

1. Воспалительные и посттравматические заболевания суставов (артроз, артрит, бурсит, остеохондроз, спондилез, растяжения, ушибы, миозиты);
2. Заболевания ЛОР-органов и полости рта;
3. Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма);
4. Заболевания органов пищеварения (ЯБЖ);
5. Заболевания хирургического профиля (фурункулы, гидроадениты, маститы, послеоперационные инфильтраты, трофические язвы).

Противопоказания:

1. Беременность;
2. Металлические включения в зоне воздействия;
3. Выраженная сердечно-сосудистая недостаточность;
4. Эпилепсия;
5. Осложненная язвенная болезнь.

Магнитотерапия

Магнитотерапия – метод физиотерапии, при котором на организм человека воздействуют постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем.

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Везде где есть электрический ток, существует магнитное поле.Действие магнитного поля приводит к нормализации функций организма (пониженная – повышается, повышенная – понижается).

Постоянное магнитное поле замедляет процессы, обладает седативным, сосудорасширяющим и иммуномодулирующим действием.

Переменное и импульсное магнитное поле действует возбуждающе, усиливает обмен веществ, обладает противовоспалительным, противоотёчным, гипокоагулирующим и обезболивающим действием.

Показания:

Постоянное магнитное поле:

1. Вибрационная болезнь;
2. Заболевания и травмы периферической нервной системы;
3. Воспалительные заболевания внутренних органов;
4. Заболевания и травмы ОДА (переломы костей, артрозы, артриты, посттравматические отёки);
5. Заболевания хирургического профиля (трофические язвы, вялозаживающие раны).

Переменное и импульсное магнитное поле:

1. Последствия закрытых травм головного мозга;
2. ИБС, АГ I и II степени;
3. Заболевания и травмы ОДА (переломы костей, артрозы, артриты, остеомиелиты, повреждения околосуставных тканей);
4. Риниты, ларингиты;
5. Парадонтоз;
6. Склеродермия;
7. Зудящие дерматозы.

Противопоказания:

1. Системные заболевания крови;
2. Гипоталамический синдром;
3. Гипотония;
4. Ранний постинфарктный период;
5. Выраженный тиреотоксикоз;
6. Наличие кардиостимулятора;
7. Острый психоз;
8. ОНМК.

Техника безопасности при проведении электролечения

Проведение физиопроцедур связано с повышенной опасностью для больных, а иногда и для персонала физиотерапевтических отделений и кабинетов.Медицинская сестра должна быть хорошо знакома с основными ситуациями, требующими неотложной помощи, возможными причинами их возникновения и последствиями.К числу таких случаев можно отнести электротравму, ожоги, анафилактический шок, тяжелые бальнеореакции вплоть до критических обострений основного заболевания.

Правила техники безопасности

1. К работе в кабинете физиотерапии допускаются медсестры прошедшие и сдавшие зачет по технике безопасности при работе с электрооборудованием.
2. К работе с приборами приступают после изучения паспорта или инструкции.
3. Перед началом работы медсестра должна проверить исправность всех физиотерапевтических аппаратов и заземляющих проводов.
4. Недопустимо пользоваться приборами при нарушении целостности изоляции шнура питания и неисправности самого прибора.
5. Розетка, куда подключается вилка шнура питания, должна соответствовать техническим требованиям и быть исправной.
6. В кабинете должен быть металлический контур заземления, к которому присоединяется вся аппаратура.
7. Работать только в состоянии заземления.

8. Запрещается использовать в качестве заземления батарею отопительной системы, трубы водопровода и канализации.

9. При работе не допускаются влажные руки.

10. Во время проведенияфизиопроцедур нельзя трогать больного, если необходимо поправить электрод, процедуру следует прервать.

11. Не допускается ремонт, замена предохранителя или других деталей при включенном в сеть приборе.

12. Не допускается наличие других проводов.

13. Во время проведения процедур медсестра не должна отлучаться из кабинета!

14. Для предупреждения анафилактического шока, необходимо опросить больного о том, как он переносит те или иные лекарства, особенно антибиотики.

15. После работы аппарат отключить, вынуть вилку из розетки, прибор накрыть, электроды обработать.

В целях охраны здоровья медицинского персонала физиотерапевтических кабинетов, работающих во вредных условиях труда, законодательством предусмотрены определенные льготы: сокращенный рабочий день, дополнительный отпуск, повышение должностного оклада, бесплатная выдача молока и др. Весь медицинский персонал проходит медицинские осмотры при поступлении на работу, а затем ежегодно.

Вопросы для контроля:

1. Что такое постоянный электрический ток?
2. Какая основная характеристика переменного тока?
3. В чем заключается специфическое действие постоянного тока на организм человека?
4. Что такое электрофорез?
5. Можно ли любое лекарственное вещество использовать для лекарственного электрофореза?
6. Как называется отрицательно заряженный электрод?
7. Какой ток используется для УВЧ?
8. Какое основное лечебное действие у диадинамических токов?
9. Какой частоты ток используется для модуляции при амплипульстерапии?
10. Какие виды магнитного поля вы знаете?

Светолечение



План лекции

1. Понятие света. Источники света. Солнечный спектр.
2. Понятие светолечения.
3. Инфракрасное излучение. Физиологическое и лечебное действие на организм человека. Показания и противопоказания.
4. Видимое излечение.Физиологическое и лечебное действие на организм человека. Показания и противопоказания.
5. Ультрафиолетовое излечение. Физиологическое и лечебное действие на организм человека. Показания и противопоказания.
6. Лазеротерапия. Физиологическое и лечебное действие на организм человека. Показания и противопоказания.

Понятие света. Источники света

Светом принято называть электромагнитное излучение с длиной волны от 440 до 700 нм.

Длина волны - это расстояние между двумя соседними гребнями.Свет распространяется импульсами или квантами обладает и свойствами частиц (корпускулярная теория света по Ньютону), и свойствами волн (волновая теория света по Гюйгенсу).

Квант – это минимальная порция электромагнитного излучения.Источники света бывают естественные (Солнце, Полярные сияния, светлячки, молнии и проч.) и искусственные. Искусственные источники света — технические устройства различной конструкции и различными способами преобразования энергии, основным назначением которых является получение светового излучения (как видимого, так и с различной длиной волны, например, инфракрасного). В источниках света используется в основном электроэнергия, но так же иногда применяется химическая энергия и другие способы генерации света (например, триболюминесценция, радиолюминесценция, биолюминесценция и др.).

Солнечный спектр

Электромагнитное излучение делится на спектры.Солнечный спектр на 10% состоит из ультрафиолетовых лучей, 40%- лучей видимого спектра и 50%-инфракрасных лучей.

- инфракрасное излучение 760 – 10000 Нм;
- видимое излучение 400 – 760 Нм;
- ультрафиолетовое излучение 180 - 400 Нм.

Энергия света находится в обратно пропорциональной зависимости от длины волны.Биологическое действие оказывает только поглощенная энергия.

- инфракрасные лучи проникают до 2 – 3 см;
- видимое излучение до 1см;
- УФО на 0,5 – 1 мм.

Светолечение (фототерапия) – применение с лечебными и профилактическими целями электромагнитных колебаний оптического диапазона, состоящих из инфракрасного, видимого и ультрафиолетового излучения.

Инфракрасное излучение (тепловое)

Физиологическое и лечебное действие на организм человека

Инфракрасное излучениевызывает прогревание всей толщи кожи и части подкожных тканей.Местная гипертермия вызывает и общую реакцию организма. Возбуждаются терморецепторы кожи, импульсы поступают в ЦНС, в результате рефлекторно расширяются сосуды, увеличивается объем циркулируемой крови, на коже образуется ***инфракрасная эритема***, она имеет пятнистый характер, не имеет четких границ, через 30 – 60 минут исчезает.
Тепловые лучи обладают противовоспалительным действием, снижают мышечный тонус, уменьшают спазм мышц.

Показания:

1. Подострые и хронические воспалительные заболевания негнойного характера в различных тканях;
2. Вялозаживающие раны и язвы;
3. Пролежни, ожоги, отморожения;
4. Контрактуры и спайки;
5. Травмы суставов связочно-мышечного аппарата;
6. Заболевания периферической нервной системы;
7. Спастические парезы и параличи.

Противопоказания:

1. Злокачественные и доброкачественные новообразования;
2. Острые гнойные процессы;
3. Наклонность к кровотечению;
4. Беременность;
5. АГ Ш степени;
6. Фотоофтальмия (фотоофтальмия – острое поражение (ожог) конъюнктивы и роговицы глаза ультрафиолетовым излучением).

Видимое излучение

Видимое излучение (видимый свет) - участок общего электромагнитного спектра, состоящий из 7 цветов (красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий, фиолетовый), обладает способностью проникать в кожу на глубину до 1 см, однако действует, главным образом, через зрительный анализатор - сетчатку глаза, влияет через ЦНС на процессы обмена, усиливая поглощение кислорода и выделение углекислоты.

Под влиянием красного цвета психические процессы протекают быстрее, настроение становится более бодрым.Синий цвет действует угнетающе.Голубой цвет действует успокаивающе при психическом возбуждении.

Хромотерапия – применение видимого излучения с лечебно-профилактическими целями.

В физиотерапии инфракрасное и видимое излучение применяются одновременно.

Биотронтерапия – это фототерапия полихроматическим поляризованным светом.

Показания:

1. Переутомление;
2. Неврозы;
3. Расстройства сна;
4. Желтуха новорожденных.

Противопоказания:

1. Те же, что и при инфракрасном излучении.

Ультрафиолетовое излучение

Ультрафиолетовое излучение – это спектр электромагнитных колебаний в диапазоне от 180 до 400 Нм. Ультрафиолетовое излучение - несет наиболее высокую энергию.

По биологическому действию на организм и в зависимости от длины волны УФ-спектр делят на три зоны:

А – длинноволновое излучение ДУФ 400-320 Нм

В - средневолновое излучение СУФ 320 - 280 Нм

С - коротковолновое излучение КУФ 280 - 180 Нм

Наибольшую проникающую способность имеет ДУФ – излучение.СУФ обладают наиболее активным и разнообразным биологическим действием.

КУФ превосходят другие виды излучений в энергетическом отношении.Наиболее чувствительна к ультрафиолетовым лучам кожа поверхности туловища, наименее - кожа конечностей. Чувствительность к ультрафиолетовым лучам повышена у детей, особенно в раннем возрасте.

Физиологическое и лечебное действие УФО излучения

При воздействии УФО в организме человекапроисходитрефлекторное усиление секреторной активности органов пищеварения и функционального состояния почек и улучшение обмена веществ, прежде всего минерального и азотного.

Основной лечебный эффект УФО:

- пигментообразующий;
- иммуностимулирующий;
- витаминообразующий;
- противовоспалительный;
- бактерицидный и микоцидный ;
- рефлекторное улучшение кровообращения.

Показания для общего облучения:

1. Закаливание;
2. D-гиповитаминоз;
3. Нарушения обмена веществ;
4. Предрасположенность к гнойничковым заболеваниям;
5. Нейродермит;
6. Псориаз;
7. Бронхиальная астма;
8. Облучение крови КУФ-лучами при гнойных воспалительных заболеваниях;
9. С профилактическими и косметическими целями.

Показания для местного облучения:

1. Хронические воспалительные заболевания внутренних органов (особенно органов дыхания);
2. Заболевания опорно-двигательного аппарата;
3. Ожоги, отморожения;
4. Кожные болезни (псориаз, экзема, витилиго, себорея и др.);
5. Острые и подострые воспалительные заболевания кожи, носоглотки, миндалин и внутреннего уха, раны и пролежни;

Противопоказания:

1. Острые гнойно-воспалительные процессы;
2. Заболевания печени и почек с выраженным нарушением их функций;
3. Заболевания щитовидной железы;
4. Системная красная волчанка;
5. Заболевания крови;
6. Повышенная чувствительность к УФ-лучам.

УФ эритема - это четко очерченная зона, имеющая границы насыщенного красного цвета, которая появляется через определенное время от 8 до 24 часов.
Эритема зависит от возраста, от локализации. Особенно чувствительны кожа лица, живота и спины. Слабо чувствительна кожа на конечностях. Кожа ладоней и стоп имеет наименьшую чувствительность.

Снижение чувствительности к УФО наблюдается при инфекционных заболеваниях, при рожистом воспалении, опухолях головного мозга, после наркоза, алкогольной интоксикации, у детей с гипотрофией, при применении некоторых лекарственных препаратов (препараты кальция, инсулин, натрия тиосульфат).

Повышенная чувствительность у УФО наблюдается при бронхиальной астме, аллергических заболеваниях, при применении некоторых лекарственных препаратов (пенициллин, тетрациклин, йод, сульфаниламид, стрептоцид, после переливания крови, плазмофореза). Чувствительность кожи к УФО повышается во время беременности и менструации.

Биодоза – это минимальная интенсивность облучения, способная вызвать образование эритемы.

Для определения биодозы используется биодозиметр Горбачева БД -2.
Он представляет собой металлическую пластинку с шестью прямоугольными отверстиями, площадью 27 х 7 мм каждое. Они закрываются подвижной заслонкой. Такую пластинку вшивают в клеенку и фиксируют на теле больного при помощи тесемок. При определении биодозы медсестра накладывает биодозиметр на область, предназначенную для облучения, не подлежащие облучению участки тела, закрывают простыней. Больной надевает светозащитные очки. Включить лампу, прогреть в течение 10 минут. Установить расстояние от лампы до тела 50 см. Отодвигая задвижку с первого отверстия, облучают кожу по секундомеру в течение 30 секунд, затем открывают 2-е окошко и тоже облучают в течение 30 секунд и так все.

Через 6-8-24 часа облучения смотрят, находят наиболее слабые, но наиболее четко очерченные покраснения. Оно и определяет наименьшую продолжительность облучения для получения биодозы.
Например: получилось 5 полосок из шести, последняя из них облучалась минуту, следовательно биодоза = 1 минута.

Правила эритемотерапии:

1. Повторять эритему на 1-ю область можно при умеренной гиперемии от предыдущей через 1-2 суток.
2. При повторной эритеме время облучения увеличивается на 40 – 50 % по отношению к предыдущей.
3. Больше 3 -4 раз на одно и тоже место эритема не делается, т.к. при выраженной эритеме происходит изменение белковых молекул, вплоть до некроза.
4. Облучение не должно быть больше 600-800 см² в один день и не более одной процедуры
5. При местном облучении можно проводить очаг поражения и внеочаговую область. Когда нет возможности облучать очаг поражения воздействуют на симметричные участки.
6. Облучение рефлекторных зон. При воздействии на очаги поражения внутренних органов (бронхиальная астма, пневмония) облучение полями. Фракционное облучение.

Лазеротерапия



Лазеротерапия – это использование с лечебно-профилактической целью низкоэнергетического лазерного излучения.
Лазерное излучение – это электромагнитное излучение оптического диапазона, не имеющее аналога в природе.

Физиологическое и лечебное действие лазерного излучения

Лазерное излучение обладает выраженным противовоспалительным эффектом, улучшает крово и лимфообращение, нормализует нарушенную микроциркуляцию, активизирует метаболические процессы в очаге воспаления, уменьшает отек тканей, предотвращает развитие ацидоза и гипоксии, влияя на микробный фактор.
Лазерное излучение, увеличивая энергетический потенциал клетки, способствует повышению устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов, в том числе к ионизирующей радиации.

Показания:

1. Заболевания сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения I и II ФК, сосудистые заболевания нижних конечностей);
2. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма);
3. Хирургические заболевания (трофические язвы, длительно незаживающие раны, трещины заднего прохода, проктит, парапроктит, диабетическая ангиопатия, тромбофлебиты, варикозное расширение вен);
4. Ожоги, остеомиелиты, переломы, остеоартроз, артрит, пяточная шпора;
5. Кожные заболевания (экзема, токсидермия, красный плоский лишай, герпес, фурункулез, келоидные рубцы);
6. Стоматологические заболевания (парадонтоз, гингивит, стоматит);
7. Заболевания внутренних органов;
8. Заболевания нервной системы (нейропатия лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, ДЦП, рассеянный склероз, остеохондроз);
9. Гинекологические заболевания (эрозия шейки матки, дисфункциональные маточные кровотечения, маститы, трещины сосков молочных желез);
10. Заболевания ЛОР-органов воспалительного характера.

Противопоказания:

1. Острые воспалительные заболевания;
2. Индивидуальная непереносимость фактора;
3. Общие противопоказания к физиолечению.

Одним из вариантов лазеротерапии является лазерное облучение крови, которое в настоящее время нашло весьма широкое применение. Лазерная гемотерапия вызывает дезинтоксикационный, противовоспалительный, иммунокорригирующий, тромболитический, метаболический и трофико-регенераторный эффекты, повышает резистентность и функциональную активность различных систем организма, нормализует микроциркуляцию, кислотно-основной баланс, улучшает утилизацию кислорода в тканях, стимулирует общий жизненный тонус.Сочетание лазерного излучения с воздействием магнитного поля называют магнитолазерной терапией.

Вопросы для контроля:

1. Какими свойствами обладает свет?
2. Какова зависимость энергии света от длины волны?
3. Что такое светотерапия?
4. На какую глубину проникает инфракрасное излучение?
5. Перечислите признаки инфракрасной эритемы?
6. Как называется лечение видимым спектром излучения?
7. На какую глубину проникает ультрафиолетовое излучение?
8. Перечислите признаки ультрафиолетовой эритемы?
9. Что такое биодоза?
10. Перечислите лечебное действие лазеротерапии?

Ультразвуковая терапия.



План лекции

1. Понятие ультразвука.Схема получения ультразвука.
2. Физические характеристики ультразвука.
3. Ультразвуковая терапия. Физиологическое и лечебное действие ультразвука на организм. Показания и противопоказания;

Ультразвуковая терапия

Ультразвук – это высокочастотные механические колебания частиц твердой, жидкой или газообразной среды, неслышимые человеческим ухом.

Для получения ультразвуковых колебаний в физиотерапевтических аппаратах используется обратный пьезоэлектрический эффект, т.е. физическое явление, которое может развиваться в некоторых кристаллах (кварц, титан бария и др.).
При воздействии на такие кристаллы (пьезоэлементы) переменным током высокой частоты происходит последовательное сжатие и расширение, что лежит в основе развития колебаний, соответствующих частоте подавляемого тока.

Физические характеристики ультразвука

1. Частота – число полных колебаний частиц среды в единицу времени; измеряется в килогерцах. В физио 880; 2640 кГц.
2. Сила – интенсивность ультразвука, под которой понимают энергию, проходящую за 1 секунду через S = 1 см²; измеряют в Вт/см². В физиотерапии дозировка от 0,05 до 1,0 – 1,2 Вт/см².
3. Амплитуда смещения – амплитуда ультразвуковой волны, которая указывает на максимальное отклонение частиц среды от положения равновесия. Чем больше, тем значительнее изменения в тканях.
4. Скважность – отношение периода следования импульсов к длительности импульса. Чем выше скважность, тем ниже нагрузка на организм больного.

Действие ультразвука

Глубина проникновения зависит от частоты и длины волны. Чем больше частота, тем меньше глубина проникновения:
1см – 1600-2600 кГц
4-5 см – 800 – 900 кГц
Ультразвук отражается от границ разнородных сред.Воздух поглощает ультразвук, не отражаясь, поэтому ультразвуковой излучатель должен прикасаться к коже всей своей поверхностью. Скорость распространения ультразвука различна.Чем больше акустическая плотность, тем меньше поглощение(при отеке ткани – коэффициент поглощения уменьшается, при инфильтрации - коэффициент поглощения увеличивается).

Ультразвуковая терапия – это применение с лечебно- профилактической целью механических колебаний ультразвуковой частоты.
В физиотерапии используется ультразвук от 800 до 3000 кГц.

Физиологическое и лечебное действие ультразвука на организм

Механический фактор. За счет чередования сжатия и разряжения проявляется вибрационный «микромассаж».
– повышается проницаемость клеточных мембран;

– усиливается процесс диффузии и осмоса;
– изменяется кислотно-щелочное равновесие.

Тепловой фактор. Переход механической энергии в тепловую и интенсификация биохимических процессов, эндогенное тепло распространяется неравномерно, больше в плотных тканях.

– расширение кровеносных и лимфатических сосудов;
– изменение микроциркуляции;
– активизация тканевых обменных процессов;
– противовоспалительное действие;
– рассасывающее действие.

Физико-химический фактор. Ультразвук своеобразный катализатор.

– повышается активность ферментов;
– повышается интенсивность окислительно-восстановительных процессов;
– увеличивается митотическая активность клеток;
– в тканях образуются биологически активные вещества (гистамин, гепарин и др.).

Ультрафонофорез — метод «введения» некоторых лекарственных веществ с помощью ультразвука через неповрежденную кожу. При этом отмечается сочетанное действие ультразвука и лекарственного вещества. Метод основан на свойстве ультразвука изменять проницаемость кожных покровов, в связи, с чем лекарства, нанесенные на кожу, всасываются более активно (повышение абсорбционных свойств кожи). Лекарственные препараты применяют в виде мазей или растворов в соответствующих концентрациях.

Форетичностьлекарственного вещества - сочетаемость с конкретным физическим фактором. Известно, что далеко не все активные вещества способны выдержать физическое воздействие. Например, витамин С – аскорбиновая кислота - великолепно вводится электрическим током, но под действием ультразвука разрушается, т.е. нет смысла использовать ее в препаратах, применяемых с ультразвуком.

Показания:

1. Последствия заболеваний и травм периферической нервной системы (остеохондроз, нейропатии, невралгии, рассеянный склероз);
2. Заболевания и последствия травм суставов, мышц, сухожилий и связочно-сумочного аппарата;
3. Хронические неспецифические заболевания бронхов и легких (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, профессиональные заболевания легких, неактивная форма туберкулеза);
4. Заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, ЯБЖ и ДК, хронический холецистит, дискинезия кишечника, хронический гепатит);
5. Заболевания кожи;
6. Заболевания ЛОР-органов;
7. Хронические заболевания женских половых органов;
8. Стоматологические заболевания;
9. Заболевания хирургического профиля (постинъекционные инфильтраты, мастит, гидроаденит, келоидные рубцы).

Противопоказания:

1. АГ Ш степени;
2. Артериальная гипотония;

3. ИБС с частыми приступами;
4. Демпинг-синдром;
5. Осложненная ЯБЖ;
6. Острые и хронические гнойные процессы;
7. Выраженные эндокринные расстройства;
8. Остеопороз;
9. Тромбофлебит.

Вопросы для контроля:

1. Объясните сущность прямого и обратного пьезоэлектрического эффекта?
2. Какой вид энергии является основным при воздействии ультразвука?
3. Как называется введение лекарственного вещества с помощью ультразвука?
4. Что используется в качестве контактной среды при ультразвуковой терапии?

Ингаляционная терапия



План лекции

1. Понятие аэрозоля. Классификация аэрозолей. Пути введения аэрозолей.
2. Аэрозольтерапия. Физиологическое и лечебное действие аэрозолей.
3. Преимущества ингаляционной терапии.
4. Лекарственные препараты, применяемые для аэрозольтерапии.
5. Показания и противопоказания.
6. Аэроионотерапия. Галотерапия. Аэрофитотерапия.

Ингаляционная терапия

Аэрозоль – это дисперсная система, состоящая из множества мелких жидких частиц лекарственного вещества *(дисперсная фаза),* взвешенных в однородной среде - газе, смеси газов, воздухе *(дисперсионная среда).* Диспергирование лекарственного вещества увеличивает общий объем лекарственной взвеси, поверхность ее контакта с пораженными участками тканей, что существенно ускоряет массоперенос препаратов.

Классификация аэрозолей

Аэрозоли различают по степени дисперсности частиц, заряду, температуре и виду дисперсной фазы.По величине взвешенных жидких частиц лекарственного вещества выделяют:

- высокодисперсные (0,5-5 мкм);
- среднедисперсные (5-25 мкм);
- низкодисперсные (25-100 мкм);
- мелкокапельные (100-250 мкм);
- крупнокапельные(250-400 мкм).

Таблица 1 –Уровни проникновение взвешенных жидких частиц

Диапазон размеров частиц в микронах	**Отделы дыхательных путей, в которых задерживается большая часть частиц указанного диапазона**
10-100 мкм	Рот и зев
1-30 мкм	Нос
10-30 мкм	Трахея
1-10 мкм	Бронхи, бронхиолы
0,5-5 мкм	Альвеолы

Высокодисперсные аэрозоли свободно вдыхаются и оседают преимущественно на стенках альвеол и бронхиол.Среднедисперсные оседают в крупных бронхах и трахее.Низкодисперсные очень неустойчивы и быстро соединяются между собой.Мелкокапельные почти полностью оседают в носу и полости рта.Эта особенность аэрозолей учитывается при лечении патологии дыхательных путей различной локализации.

Для увеличения устойчивости аэрозолей разработан метод их подзарядки электрическим зарядом. Такие аэрозоли называют электроаэрозолями. При этом мелкие частицы электроаэрозолей имеют преимущественно отрицательный заряд, а крупные - положительный.Отрицательный электрический заряд аэроиона оказывает наибольшее лечебное воздействие, т.к. он проникает до уровня альвеол.

По температуре аэрозоли делят на:

- холодные (25-28°С и ниже);
- теплые (28-35°С);
- индифферентные (35-40°С);
- горячие (40°С и выше).

Пути введения аэрозолей

Внутрилегочное (интрапульмональное) – воздействие на слизистую дыхательных путей при заболеваниях глотки, гортани, бронхов и легких.

Транспульмональное – системное воздействие на весь организм после всасывания лекарственного вещества с поверхности слизистой дыхательных путей.

Внелегочное (экстрапульмональное) – воздействие на поверхность кожи при ранах, ожогах, грибковых поражениях.

Паралегочное(парапульмональное) – воздействие на воздух, предметы, насекомых для проведения дезинфекции и дезинсекции.

Аэрозольтерапия- метод введения в организм различных лекарственных веществ в виде аэрозолей.

Физиологическое и лечебное действие аэрозолей

Действие на организм аэрозоля определяется применяемым лекарственным средством. Аэрозоли оказывают местное и общее действие на организм. В результате воздействия

аэрозолей улучшается проходимость бронхоальвеолярного дерева, возрастает газообмен и ЖЁЛ, а также скорость и объем поступления лекарственного препарата в кровь.

Преимущества ингаляционной терапии:

– возможность непосредственного и быстрого воздействия на зону воспаления в слизистых оболочках;

– значительно более дешевый способ добиться быстрого смягчения симптомов заболевания и последующего выздоровления;

– ингалируемое вещество практически не всасывается в кровь и не оказывает побочных действий на другие органы и системы, как это бывает при приеме таблеток или инъекциях;

– возможность использования высоких доз препарата с получением быстрого положительного эффекта;

– возможность применения детям, пожилым людям и ослабленным больным;

– процедуры не требуют глубокого дыхания и точной координации движений.

Применение лекарственных препаратов зависит от того, какие заболевания необходимо лечить. Небулайзер позволяет вводить высокие дозы лекарственных веществ в чистом виде, без примесей, такие как бронходилятаторы, антибиотики, антисептики, стероиды, муколитики, фитосборы и минеральные воды.

Лекарственные препараты, применяемые для аэрозольтерапии

Выделяют следующие виды ингаляций: порошковые, паровые, тепловлажные, влажные, масляные, воздушные и ультразвуковые.

Ингаляции порошков (инсуфляции) применяют преимущественно при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. При использовании специальных распылителей (спитхаллеров) инсуфляции применяют при острых и хронических бронхитах. Для них используют тонко измельченный гомогенный порошок лекарственного вещества. Для инсуфляций применяют вакцины, сыворотки, сухие порошки интерферона, этазола, сульфадимезина, противотуберкулезных средств.

Паровые ингаляции – простейший вид ингаляций, легко осуществляемый в домашних условиях. Кроме аэрозолей лекарства действующим фактором при них является водяной пар, захватывающий лекарственные вещества. Для этих ингаляций используются легко испаряющиеся лекарства (ментол, тимол, эвкалиптовое и анисовое масло и др.). Паровые ингаляции показаны при острых и хронических воспалительных заболеваниях носа, среднего уха, трахеи и бронхов, пневмониях, гриппе, профессиональных заболеваниях верхних дыхательных путей и др.

Тепловлажные ингаляции один из наиболее распространенных видов ингаляций, для проведения которых используют нагретые до 38-42 °С аэрозоли лекарственных веществ, обладающих муколитическим и бронхолитическим действием. Такие ингаляции показаны при подострых и хронических заболеваниях носовой полости, придаточных пазух носа, среднего уха, горла, острых и хронических заболеваниях трахеи и бронхов, абсцессе легкого, пневмосклерозе, бронхиальной астме, пневмонии, гриппе и острых респираторных заболеваниях, профессиональных заболеваниях органов дыхания и др.

Влажные (увлажняющие) ингаляции назначают больным, которым противопоказаны паровые и тепловлажные ингаляции. Для этого вида ингаляций, проводимых без подогрева раствора, используются анестетики, гормоны, антибиотики, ферменты, бронхолитики, минеральные воды, растворы натрия хлорида и др. Влажные ингаляции назначают при вялотекущих и рецидивирующих воспалительных заболеваниях глотки, гортани, трахеи и крупных бронхов.

Масляные ингаляции – введение подогретых аэрозолей различных масел, которые обладают трофическим, респираторно-регенеративным и бронхопротективным действием. Их применяют при остром воспалении, выраженной атрофии слизистых

дыхательных путей. С профилактической целью масляные ингаляции применяют на производствах, где в воздухе имеются частицы ртути, свинца, соединения хлора, пары цинка, фосфор, фтор и его соединения, аммиак, сероводород, окись углерода, бензол и др. Вместе с тем они противопоказаны для рабочих тех производств, где в воздухе содержится много сухой пыли (мучная, табачная, цементная, асбестовая и др.).

Ультразвуковые ингаляции использование с лечебно-профилактическими целями аэрозолей, получаемых с помощью ультразвуковых колебаний. Ультразвуковые аэрозоли отличаются узким спектром частиц, высокой плотностью и большой устойчивостью, глубоким проникновением в дыхательные пути. Для распыления ультразвуком могут применяться самые различные лекарственные вещества (кроме вязких и неустойчивых к действию ультразвука). Ультразвуковые ингаляции показаны при абсцессе легкого, пневмосклерозе, пневмонии, профессиональных заболеваниях легких.

Показания:

1. Заболевания органов дыхания;
2. Острые и хронические заболевания среднего уха и околоносовых пазух;
3. Грипп и ОРЗ;
4. Острые и хронические заболевания полости рта.

Противопоказания:

1. Спонтанный пневмоторакс;
2. Буллезная форма эмфиземы;
3. Легочно-сердечная недостаточность III степени;
4. Заболевания внутреннего уха;
5. Вестибулярные расстройства;
6. Атрофический ринит;
7. Индивидуальная непереносимость лекарственного вещества.

Аэроионотерапия - лечение ионизованным воздухом.

Различают естественную и искусственную аэроионотерапию. Естественная аэроионотерапия состоит в длительном пребывании (часами и днями) в местах с чистым ионизованным воздухом (в горах, среди зелени, вблизи водопадов, бурных рек, гейзеров, морских прибоев и пр.). При этом повышается работоспособность, улучшается течение некоторых заболеваний, уменьшается кислородная недостаточность организма. Т. о., пребывание в природных условиях с повышенной ионизацией воздуха имеет профилактическое и лечебное значение.

Искусственная аэроионотерапия осуществляется при помощи аэроионизаторов (генераторов аэроионов), которые производят аэроионы обоих знаков, но одни ионы нейтрализуются электрическим фильтром и к пациенту поступают практически аэроионы одного знака, чаще отрицательные.

Отрицательные аэроионы изменяют функциональное состояние ЦНС, улучшают общее самочувствие, повышают умственную и физическую работоспособность, повышают устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды.

Положительные аэроионы вызывают в организме противоположные сдвиги.

Показания:

1. Острые и хронические заболевания дыхательных путей (бронхит, ринит, ларингит, бронхиальная астма, неактивный tbs, профессиональные заболевания органов дыхания);
2. Астенические симптомы соматического и травматического генеза;
3. ВСД, мигрень;

4. АГ;
5. Неврастения;
6. Расстройства сна;
7. Ожоги, раны, трофические язвы;
8. Стоматит, пародонтоз.

Противопоказания:

1. Тяжелые формы заболеваний органов дыхания;
2. Выраженный атеросклероз коронарных и мозговых артерий;
3. Беременность;
4. Резкое истощение организма;
5. Депрессивные состояния;
6. Повышенная чувствительность к ионизированному воздуху.

Галотерапия – применение с лечебными целями аэрозоля поваренной соли.
Аэрозоли хлорида натрия стимулируют активность ресничек мерцательного эпителия, снижают продукцию слизи, способствуют лучшей ее эвакуации.
Во время процедуры в галокамере больные находятся в удобных креслах, одежда свободная, вдох и выдох свободные.
Аэрофитотерапия – применение с лечебными целями воздуха, насыщенного ароматическими веществами растений, обладающими антибактериальным, противовоспалительным, анальгетическим, седативным, спазмолитическим, десенсибилизирующим действием. Для процедуры чаще всего используют эфирные масла.

Вопросы для контроля:

5. Что представляет собой аэрозоль?
6. Какие бывают аэрозоли по величине частиц?
7. Какие аэрозоли проникают до уровня альвеол?
8. Какие по заряду электроаэрозоли оказывают наиболее благоприятное действие на организм человека?
9. Перечислите виды ингаляций?

Водолечение



План лекции

1. Понятие гидротерапии.
2. Понятие бальнеотерапии.
3. Общие и местные водные процедуры. Механизм действия на организм человека.
4. Показания и противопоказания.
5. Внутреннее применение минеральных вод.
6. Талассотерапия.

Водолечение делится на два вида лечения и профилактики:
Гидротерапия – это использование пресной воды в лечебных и профилактических целях.

1. Обливания (общие, частичные);
2. Обтирания (общие, частичные);
3. Укутывания (общие влажное укутывание, частичное укутывание, сухие укутывания);
4. Души;
5. Ванны;
6. Кишечное промывание;
7. Бани.

Бальнеотерапия – это использование минеральных вод в лечебных и профилактических целях.

- общие и местные ванны;
- вытяжение позвоночника в воде;
- купание и плавание в бассейне;
- питье минеральных вод;
- промывание желудка;
- дуоденальный дренаж;
- орошения кишечника;
- капельные клизмы;

– ингаляции.

Водные процедуры делят на общие и местные.
К **общим** относят процедуры, при которых вода оказывает равномерное раздражающее действие на всю поверхность тела (общие ванны, циркулярный душ, влажные укутывания).
К **местным** процедурам относят такие, при которых действию воды подвергаются ограниченные области тела (ножные, ручные ванны, восходящий душ и др.).

Основное свойство воды – высокая теплоемкость и низкая теплопроводность.Продолжительность водной процедуры зависит от температуры воды: чем больше разница между температурой воды и температурой кожи, тем меньше продолжительность воздействия.

Обливания (общее и частичное).
Механизм действия на организм:
Обливание улучшает кровоснабжение кожи, мышц и внутренних органов, делает обменные процессы более интенсивными, относится к закаливающим процедурам, которые помогают в адаптации к низким температурам и включают защитные силы организма.

Обтирание (общее и частичное).
Механизм действия на организм:
Обтирание повышает сопротивляемость кожи инфекциям. В то же время улучшается кровообращение, что положительным образом влияет на работу внутренних органов, нервной системы, а также поднимает тонус. Регулярные обтирания помогают коже дольше оставаться молодой и эластичной, а также представляют собой хорошее закаливающее средство.
Обтирание - наиболее мягкая водная процедура, ее можно проводить не только здоровым, но и слабым людям**.**

Укутывание (общее влажное укутывание, частные укутывания, сухие укутывания).
Механизм действия на организм:
Общее влажное укутывание оказывает возбуждающее и жаропонижающее действие, за счет повышения теплообразования наступает потогонный эффект. Местные укутывания носят названия компрессов. Сухое укутывание оказывает успокаивающее и потогонное действие и назначается тогда, когда больной не переносит холодной и мокрой простыни.

Души

Душ - водолечебная процедура, при которой воду применяют в виде струи различного вида под давлением.
По виду струи:
– пылевой;
– дождевой;
– игольчатый;
– веерный;
– циркулярный;
– струевой (душ Шарко);
– шотландский (по возрастающей интенсивности воздействия);
– восходящий (промежностный).
По температуре:

– холодные – ниже 18°;
– прохладные – 20-30°;
– индифферентные 34-36°;
– теплые – 37-39°;
– горячие – выше 40°;
– переменной температуры от 15 до 45°.

По степени давления:

– души низкого давления 0,3-1 атм. (пылевой, дождевой, игольчатый);
– среднего давления до 2 атм. (циркулярный);
– высокого давления 2-4 атм. (струевой, веерный, шотландский).

Механизм действия душей на организм:

Эффект применения лечебных душей зависит от:

– силы давления воды;
– температуры воды;
– продолжительности процедуры.

Воздействие на кожу падающей воды служит водным рефлекторным массажем для всего тела. На него в свою очередь «отвечает» центральная, вегетативная, нервная и гормональная системы. Во время этой процедуры, за счет образования аэроионов в облаке водной пыли, легко дышать.

Показания:

1. Закаливание;
2. НЦД;
3. Начальная стадия АГ;
4. Переутомление;
5. Остеохондроз;
6. Невроз;
7. Бессонница;
8. Запор.

Подводный душ-массаж

Подводный душ-массаж – это водная процедура, при которой тело, погруженное в ванну, массируют струей воды под давлением.

Показания:

1. Последствия и заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата;
2. Патология периферической нервной системы;
3. Мышечная дистрофия;
4. Нарушения жирового обмена;
5. Патологический климакс.

Противопоказания:

1. АГ Ш степени;
2. ИБС с приступами стенокардии;
3. Нарушения сердечного ритма;
4. Острый тромбофлебит.

Кишечное промывание

Кишечное промывание – очищение кишечника от патологического содержимого.

Показания:

1. Хронические колиты;
2. Хронические запоры;
3. Заболевания печени и желчевыводящих путей;
4. Заболевания обмена веществ (подагра, ожирение, сахарный диабет).

Противопоказания:

1. Все формы колитов в стадии обострения;
2. Спаечная болезнь;
3. Выпадение прямой кишки;
4. Геморрой в стадии обострения;
5. Паховая грыжа;
6. Беременность;
7. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Ванны

Ванны по продолжительности:

- кратковременные – до 5 минут;
- средней продолжительности – 10 – 30 минут;
- длительные – свыше 30 минут.

Ванны по объему воздействия:

- общие, полные ванны (когда в воду погружается все тело);
- поясничные или полуванны (когда в воду погружается нижняя половина тела);
- местные, частичные, камерные (для погружения конечностей) – ванны по Гауффе.

Ванны по температуре:

- холодные – 20° и ниже (1- 5 мин);
- прохладные – 21-33° (1 - 5 мин);
- индифферентные – 34 – 36° (до нескольких часов);
- теплые – 37-39° (10 - 20 мин);
- горячие – 40° и выше (1 - 5 мин).

Ванны по составу:

- пресные:
  - контрастные;
  - хвойные;
  - соляные;
  - щелочные;
  - шалфейные;
  - горчичные.
- газовые:
  - жемчужные;
  - кислородные;
  - углекислые;
  - «сухие» углекислые;
  - азотные;
  - радоновые.
- минеральные:

- хлоридные натриевые;
- йодобромные;
- сероводородные.
- комбинированные.

Механизм действия на организм
Основным действующим фактором при принятии ванны является состав ванны, ее температура и продолжительность.

Показания:

1. Прохладные и контрастные пресные ванны - для профилактики заболеваний и закаливания организма;
2. Хвойные ванны – при функциональных заболеваниях нервной системы;
3. Соляные ванны при полиартритах, невритах, АГ, при рахите;
4. Щелочные ванны – при кожных заболеваниях;
5. Шалфейные ванны – при заболеваниях нервной системы, опорно-двигательного аппарата, хронических заболеваниях женских половых органов, нейродермите, чешуйчатом лишае;
6. Горчичные ванны – при хронической пневмонии и бронхите, ОРЗ, бронхиальной астме, неврозах;
7. Жемчужные ванны – при АГ, НЦД, ДЦП, истерии, астеническом синдроме, психозе, общем переутомлении;
8. Кислородные ванны – при НЦД, АГ, ИБС, неосложненном инфаркте миокарда, последствиях ОНМК, вибрационной болезни, диабетической ангиопатии, неврозе.
9. Углекислые ванны – при заболеваниях ССС, органов дыхания, в фазе ремиссии, неврозах и последствиях ЧМТ, длительно незаживающих ранах и язвах, ожирении, сахарном диабете, гипотиреозе легкой степени;
10. «Сухие» углекислые ванны – при ИБС, неосложненном инфаркте миокарда, АГ, тромбофлебите, хронической пневмонии и бронхите, бронхиальной астме, сахарном диабете;
11. Азотные ванны – при АГ, ВСД, неврастении, ревматоидном артрите, неврологических проявлениях остеохондроза, нейродистрофические заболевания кожи;
12. Радоновые ванны – при заболеваниях внутренних органов, заболеваниях и травмах нервной системы, патологии опорно-двигательного аппарата, заболеваниях женской и мужской половой сферы, эндокринная патология, хронические заболевания кожи;
13. Хлоридно – натриевые ванны – при заболеваниях ССС, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, заболеваниях и травмах нервной системы, хронические воспалительные заболевания половых органов, заболевания кожи;
14. Йодобромные ванны – при тиреотоксикозах легкой степени, климактерическом синдроме;
15. Сероводородные ванны – при заболеваниях ССС, хронических заболеваниях суставов и мышц ревматического характера, хронические воспалительные заболевания половых органов, невритах и радикулитах, заболеваниях кожи.

Противопоказания:

1. Общие противопоказания к водным процедурам;
2. Непереносимость ванн или чувство дискомфорта во время процедуры;
3. Со стороны ССС – аневризма, сердечная астма, АГ III степени;
4. Со стороны дыхательной системы – бронхоэктатическая болезнь, специфические заболевания бронхолегочной системы;

5. Радоновые ванны противопоказаны при беременности, лейкопении, лучевой болезни, профессиональные контакты с ионизирующим излучением, гипотиреоз, тяжелые формы неврозов, непереносимость радоновой воды;

6. Йодобромные ванны противопоказаны при тиреотоксикозе, гипофизарной форме ожирения, подагре, беременности;

7. Сероводородные ванны противопоказаны при декомпенсированных заболеваниях сердца, эндо и миокардитах, АГ с нарушениями коронарного и мозгового кровообращения, заболевания печени и почек, беременность с V месяца, острые воспалительные заболевания в суставах.

Подводное вытяжение позвоночника

Подводное вытяжение позвоночника – это метод сочетанного воздействия на организм ванны и вытяжения позвоночника в воде. В основе лежит растяжение (тракция) позвоночника в разных направлениях с помощью специальных приемов и приспособлений.

Подводное вытяжение можно проводить в пресных, минеральных и ароматических ваннах.

Показания:

1. Дискогенный радикулит в подострой стадии;
2. Деформирующий спондилоартроз;
3. Начальные проявления болезни Бехтерева.

Противопоказания:

1. Острая стадия заболевания;
2. Нарушение спинального кровообращения;
3. Рубцово-спаечный эпидурит;
4. Сопутствующие заболевания органов брюшной полости (ЯБЖ, МКБ, ЖКБ, нефроптоз, спаечная болезнь).

Баня

Баня – это лечебно-гигиеническая процедура, основанная на использовании горячего воздуха в сочетании с различными водолечебными воздействиями.

Виды бань:

– паровые бани;
– суховоздушные бани.

Паровые бани применяются с профилактической целью, суховоздушные бани (сауны) с лечебной целью.

Внутренне применение минеральных вод

Внутренне применение минеральных вод: питье, промывание желудка, дуоденальный дренаж, орошение кишечника, капельные клизмы, ингаляции.

В зависимости от общей минерализации питьевые минеральные воды подразделяются на:

– столовые;
– лечебно-столовые;
– лечебные.

По составу минеральные воды подразделяются на:

– гидрокарбонатные;
– гидрокарбонатно-сульфатные;
– гидрокарбонатно-хлоридные;
– гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридные;
– сульфатные;
– сульфатно-хлоридные.

Физиологическое и лечебное действие

При приеме минеральной воды внутрь она оказывает раздражающее действие на рецепторы слизистой оболочки желудка и ДПК, стимулирует секрецию и вызывает пилоритическое действие, т.е. способствует выработке и выделению большего количества желудочного сока. При поступлении минеральной воды в ДПК, сначала желудочное содержимое ощелачивается, затем кислотность желудочного сока возвращается к исходному уровню, а еще через некоторое время снижается, это проявление дуоденального действия. В зависимости от состояния желудочной секреции больного используют разный временной режим принятия минеральной воды, в зависимости от того какой эффект необходимо получить – пилоритический или дуоденальный.

Температура минеральной воды назначается исходя из состояния секреторной и моторной функции ЖКТ. Холодная вода усиливает перистальтику, может привести к спазму и появлению болей.

При повышенной секреции желудочного сока, ЯБЖ, пилороспазмах, спастических запорах назначают воду 40-50°С.При пониженной секреции, атонических запорах назначают воду 30-40°С.

Разовая доза для питья 3,3 мл на 1 кг веса тела. Суточная доза 500-1000 мл.Большее количество воды могут применять при урологических и обменных заболеваниях. Меньшее количество воды назначают пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Талассотерапия - это лечение купанием в морской воде. Разновидностью может быть купание в бассейнах, реках и озёрах.

Физиологическое и лечебное действие

– термический фактор – влияние охлаждением;
– механический фактор – гидростатическое давление воды и волн;
– химический фактор – воздействие растворенных в воде солей и фитонцидов морских водорослей.

Вопросы для контроля:

1. Что такое гидротерапия?
2. Назовите основное свойство воды?
3. Какие водные процедуры относятся к общим водным процедурам?
4. Перечислите основные факторы воздействия душа?
5. Перечислите основные факторы воздействия ванн?
6. В чем заключается пилоритическое действие при приеме минеральной воды внутрь?
7. Как необходимо принимать минеральную воду при пониженной секреции желудочного сока?
8. Скажите, как принимать минеральную воду при повышенной секреции желудочного сока?
9. Что такое талассотерапия?

10. Перечислите водные процедуры, которые можно использовать для закаливания?

Теплолечение



План лекции

1. Классификация теплоносителей.
2. Грязелечение. Физиологическое и лечебное действие. Показания и противопоказания.
3. Глинолечение. Псаммотерапия.
4. Лечение парафином и озокеритом. Физиологическое и лечебное действие. Показания и противопоказания.

Классификация теплоносителей

– грязи;
– глина;
– песок;
– парафин;
– озокерит.

Грязелечение

Лечебные грязи (пелоиды) – природная однородная тонкодисперсная пластичная масса, образовавшаяся под влиянием геохимических, климатических, биологических и других естественных процессов и применяемая в нагретом состоянии для лечения.
Виды грязей:

Торфяные грязи – органогенные болотные отложения, образовавшиеся в результате частичного бактериального разложения простейших растений в условиях обильного

увлажнения без доступа кислорода. Торфяные грязи содержат смолистые веществ, глинозем, соли железа, хлорид натрия, сероводород, органические вещества.Цвет торфа бурый с различными оттенками, при высыхании крошится.

Сапропелевые грязи (гниющий ил) – илы пресных водоемов с высоким содержанием органических веществ и воды, образовавшиеся в результате многократной переработки водных растений и простейших животных. Сапропелевые грязи богаты углеводородами, сложными эфирами, органическими кислотами, спиртами и смолами, а также микробами – продуцентами антибиотиков. Цвет – зеленовато-коричневый, зеленовато-розовый или черный.

Иловые грязи – илы соленых водоемов с запахом сероводорода. Иловые грязи богаты ионами натрия, хлора, кальция, серы, железа, йода. Это черная масса мазеподобной консистенции, бархатистая на ощупь. На воздухе черная окраска грязи переходит в серую.

Физиологическое и лечебное действие

Тепловое действие. Грязь перед нанесением на кожу предварительно подогревают.
Механическое действие обусловлено давлением грязевой массы и трением между телом и частицами грязи.
Химическое действие зависит от действия химических веществ, содержащихся в грязи.
Лечебное действие грязей:

- нормализуют динамику процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга;
- стимулируют иммунные процессы;
- уменьшают степень сенсибилизации организма;
- противовоспалительный эффект;
- рассасывающий;
- трофико-регенераторный;
- улучшаю гормональный обмен;
- умеренное болеутоляющее и седативное действие.

Грязелечение это высоконагрузочная процедура, при передозировке или недоучете противопоказаний может вызвать обострение основного заболевания и негативные проявления со стороны ССС.

Показания:

1. Заболевания опорно-двигательного аппарата;
2. Последствия ранений и травм спинного мозга;
3. Хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости;
4. Хронические воспалительные заболевания половых органов;
5. Невриты.

Противопоказания:

1. Острые воспалительные процессы;
2. Злокачественные новообразования;
3. Туберкулез;
4. Заболевания сердечно-сосудистой системы;
5. Нефрит;
6. Беременность.

Глинолечение

Глина состоит из частиц кварца, слюды, оксидов кремния, алюминия, железа, меди, соединений калия, магния, марганца. Также в ней множество микро- и макроэлементов и минеральных солей.

Виды глины:
Белая глина помогает при угревой сыпи, очищает кожу, стимулирует обмен веществ и кровообращение в коже, способствует укреплению волос.
Голубая глина - прекрасное противовоспалительное средство, которое к тому же обладает очищающими свойствами, активизирует кровообращение и усиливает обмен веществ в тканях тела. Она смягчает и тонизирует кожу, оказывает отбеливающее действие, разглаживает морщины.
Зеленая глина содержит большое количество оксидов меди и железа, поэтому придает бодрость, а также стабилизирует работу сердечно-сосудистой системы.
Желтая глина - отличный сорбент, к тому же оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие.
Красная глина содержит примеси железа и хорошо помогает при анемии, малокровии, астеничных состояниях, усиливает кроветворение. Также она способна снимать аллергические реакции.
Серая глина обладает увлажняющими и тонизирующими свойствами и лучше всего подходит для обезвоженной сухой и стареющей кожи.

Псаммотерапия

Процедура лечения песком (псаммотерапия) может быть местной или общей.

Местная псаммотерапия - это погружение в теплый песок части тела (например, руки или ноги), а общая псаммотерапия - это полное погружение тела в песок (кроме головы).

В псаммотерапии чаще всего используется песок, нагретый до 50–60 градусов Цельсия. Эта температура оптимальна для активации большинства биохимических реакций. Постепенное и равномерное нагревание тела способствует усилению обменных процессов в организме, стимулирует крово- и лимфообращение, улучшает кровоснабжение тканей и органов, что, в свою очередь, оказывает болеутоляющее и противоотечное действие.

Лечение парафином

Парафин – это искусственно полученная смесь высокомолекулярных углеводородов.

Физиологическое и лечебное действие

Температура плавления парафина 45-52°С. Парафин обладает малой теплопроводностью и большой теплоемкостью, поэтому он сравнительно долго отдает тепло. Наряду с главным тепловым действием парафин оказывает незначительное механическое действие, оказывая давление на кожу, усиливающееся по мере остывания и затвердевания парафина.

Лечебное действие парафина:
1. Рассасывающее;
2. Болеутоляющее;

3. Антиспастическое;
4. Улучшает крово- и лимфообращение;
5. Повышает тканевой обмен.

Лечение озокеритом

Озокерит (горный воск), является естественной породой нефтяного происхождения, добывается в нефтеносных районах. Он представляет собой плотную воскообразную массу, состоящую из церезина, парафина, минеральных масел и смол, термотолерантной озокеритовой палочки. Для лечебных целей используют «медицинский озокерит», из которого удалены вода, щелочи и кислоты.

Физиологическое и лечебное действие

Температура плавления озокерита 52-55°С. Озокерит отличается от грязей своей способностью медленно и более длительно отдавать тепло организму. Химическое действие обусловлено за счет содержащихся в озокерите химических веществ.
Лечебное действие:

1. Рассасывающее;
2. Противовоспалительное;
3. Усиление крово и лимфообращения;
4. Устранение застойных явлений.

Показания:

1. Хронические воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата;
2. Хронические воспалительные заболевания органов дыхания;
3. ЯБЖ и ДК вне обострения;
4. Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения;
5. Последствия заболеваний и травм ЦНС и ПНС;
6. ДЦП;
7. Хронические воспалительные заболевания половой сферы;
8. Кожные заболевания;
9. Косметологическая практика.

Противопоказания:

1. Заболевания, не подлежащие лечению теплом.

Пакетная теплотерапия – это использование с лечебно-профилактическими целями искусственных теплоносителей в виде пакетов.
Пакетные теплоносители можно использовать многократно. Их теплоёмкость и теплоудерживающая способность выше, чем у парафина и озокерита.

Криотерапия – совокупность физических методов лечения, основанных на применении низких температур для охлаждения тканей, органов или всего организма.

Физиологическое и лечебное действие:

1. Обезболивающее;
2. Противовоспалительное;
3. Противоотечное;
4. Улучшение кровотока;
5. Ликвидация мышечного спазма.

Показания:

1. Заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
2. Ожоги;
3. Пролежни;
4. Заболевания и травмы нервной системы;
5. Фантомные боли;
6. Парезы и параличи;
7. Трофические язвы и раны;
8. Острый панкреатит.

Противопоказания:

1. Заболевания периферических сосудов;
2. Серповидно-клеточная анемия;
3. Непереносимость холода;
4. Детям до 5 лет.

Вопросы для контроля:

1. Перечислите основные теплоносители?
2. Какие грязи образуются без доступа кислорода?
3. Какие грязи образуются в соленых водоемах?
4. Перечислите физиологическое действие грязей?
5. Что такое псаммотерапия?
6. Назовите температуру плавления озокерита?
7. Перечислите физиологическое действие озокерита?
8. При каких заболеваниях противопоказано теплолечение?

Тема 1.4. Санаторно-курортное лечение



План лекции

1. Понятие о санаторно-курортном деле.

2. Виды учреждений санаторного типа.
3. Понятие и цели санаторно-курортного лечения.
4. Периоды санаторно-курортного лечения.
5. Санаторные режимы.
6. Обзор курортов России.
7. Климатотерапия.

Санаторно-курортное дело

Санаторно-курортное дело- совокупность всех видов научно-практической деятельности по организации и осуществлению профилактики заболеваний, лечению и реабилитации больных на основе использования природных лечебных ресурсов, изучения их свойств и механизма действия, комплекс мероприятий по организации, строительству, управлению курортами, обеспечению лечения и культурно-бытового обслуживания граждан, эксплуатации и охране природных лечебных ресурсов и санитарной охране курортов.

Виды учреждений санаторного типа

Курорт – это особо охраняемая природная территория, в пределах которой имеются естественные или выведенные на поверхность искусственным путем минеральные воды, запасы лечебных грязей, целебный климат, водоемы с удобными пляжами, благоприятный ландшафт, а также необходимые учреждения и сооружения. К ним относятся санатории, дома отдыха, курортные поликлиники, галереи минеральных вод, водо и грязелечебницы, солярии, аэрарии, бассейны для лечебного плавания и другие объекты инфраструктуры. Обязательным условием нормального функционирования курорта является наличие специально обученного медицинского и обслуживающего персонала.

Все курорты в зависимости от ведущего природного лечебного фактора делятся на три основных группы:

1. Климатические – основа лечения различные климатические факторы;
2. Бальнеологические – основа лечения наружное и внутренне применение природных минеральных вод;
3. Грязевые – основа лечения применение различных типов грязей;
4. Смешанные курорты – основа лечения сочетание нескольких природных лечебных факторов (бальнеогрязевые, бальнеоклиматические, климатогрязевые и др.).

Санаторий – ведущее лечебно-профилактическое учреждение на курорте. Каждый санаторий имеет определенный медицинский профиль в зависимости от природных лечебных факторов курорта.

– однопрофильные санатории – для лечения больных с однородными заболеваниями;

– многопрофильные санатории – для лечения с двумя и более заболеваниями;

В зависимости от возрастного состава:

– санатории для взрослых;
– санатории детей и подростков;
– санатории для родителей с детьми;
– санатории для беременных.

Наряду с санаториями, находящимися на курортах, существует сеть **местных санаториев**, организуемых непосредственно неподалеку от крупных городов. Эти санатории предназначены для больных, которым поездка на курорт по медицинским

показаниям вредна, а также для более тяжелых больных, в том числе после пребывания в стационаре. Сегодня они активно используются для реабилитации больных.

К учреждениям санаторного типа относятся **санатории-профилактории**, организуемые при крупных промышленных и сельскохозяйственных предприятиях, учебных заведениях, а также специализированные санаторные лагеря круглогодичного действия для детей.

Дом отдыха является профилактическим учреждением, предназначенным для организованного отдыха лиц, не нуждающихся в специальном медицинском уходе, постоянном врачебном наблюдении и лечении.

Турбазы рассчитаны на отдых практически здоровых людей в период очередного отпуска. Основными оздоровительными средствами в доме отдыха и на турбазах являются природные физические факторы, используемые для закаливания организма, занятия физической культурой и спортом, ближний и дальний туризм.

Понятие и цели санаторно-курортного лечения

Санаторно - курортное лечение – это медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курортах, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях.

Основной целью санаторного лечения является восстановление и компенсация нарушенных функций на основе нормализации и повышения собственных защитно - приспособительных механизмов организма.

Сроки лечения в санаториях и на курортах в большинстве случаев составляют 24-26 суток. Для некоторых категорий больных до 45 -48 суток (заболевания и травмы спинного мозга).

Периоды санаторно-курортного лечения

Важным компонентом лечения в санатории является рационально организованный режим. Курс санаторно - курортного лечения условно делят на три периода.

Первый (3-5 дней) – период адаптации больного, приспособление к новым условиям среды, новой обстановке, акклиматизация. В это время проводится необходимое дополнительное обследование, назначается комплексное лечение.

Основной период (16-20 дней), в течение которого проводят оздоровительные мероприятия в полном объеме.

Заключительный период (2-3 дня) – оцениваются результаты лечения и определяются рекомендации по дальнейшему врачебному наблюдению или лечению.

Санаторные режимы

Все лечебно-оздоровительные мероприятия в санаториях проводятся комплексно по трем режимам.

Режим первый – щадящий (слабого воздействия). При его реализации интенсивность процедур и нагрузку лечебной физкультуры в наибольшей степени ограничены. Щадящий режим назначают пациентам в период адаптации, а также пациентам, нуждающимся в постоянном врачебном наблюдении.

Режим второй – тонизирующий (умеренное воздействие). Предназначен для повышения тонуса, тренированности и закаливания организма. Назначается больным в фазе ремиссии хронического заболевания после их удовлетворительной адаптации к курорту.

Режим третий – тренирующий (сильного воздействия), предназначен для интенсивной тренировки и активного закаливания организма. Он назначается при стойкой компенсации и стабильной ремиссии, при хорошей и полной адаптации к курортным условиям.

Обзор курортов России

Таблица 2 - Бальнеологические курорты

Курортный фактор	**Курорт**
Углекислые воды	Дарасун, Кисловодск, Пятигорск, Железноводск
Сульфидные воды	Ангара, Ейск, Любень-Великий, Сочи, Сухуми
Радоновые воды	Белокуриха, Пятигорск, Усть-Кут
Азотные кремовые	Горячинск, Талая
Хлоридные, сульфатные, гидрокарбонатные	О. Шира, Белокуриха, Красноярское Загорье, Ангара, Усолье
Йодобромные воды	Ейск, Нальчик
Мышьяковистые воды	Горная Тисса

Грязевые курорты
Анапа, Ейск, Липецк, Пятигорск, Саки, Талая, Усолье, Усть-Кут, Феодосия, озеро Шира.

Таблица 3 - Климатические курорты

Климат	**Курорт**
Приморский климат	Прибалтика, побережье Черного моря, побережье Каспийского моря. Побережье Азовского моря, Дальний Восток.
Горный климат	Аршан, Иссык-Куль, Чимган
Климат равнин	Горьковское море, Кодры
Климат пустынь	Байрам –Али, Фирюза

Климатокумысолечебные курорты
Боровое, Лебяжье, Николаевская, Троицкий кумысолечебный район, Чимган, Юматово.
Кумыс - кисломолочный напиток из кобыльего молока, приготовляемый путем сбраживания его молочно-кислыми бактериями и молочными дрожжами при температуре 26-28°С.

Климатогрязевые курорты
Анапа, Бердянск, Жданов, Паланга, Якты-Куль.

Климатобальнеогрязевые курорты
Джалал-Абат, Евпатория, Ейск, Ленинградская курортная зона, Феодосия.

Курорты с природными уникальными факторами
Нафталан (нафталан – лечебная нефть, не содержащая бензина и его легких фракций).
Янгантау (горячие газы, содержащие повышенное количество двуокиси углерода).

Климатотерапия – использование особенностей различных видов климата.
Виды климатотерапии:
Аэротерапия – использование воздействия открытого свежего воздуха.
Гелиотерапия – использование лучистой энергии солнца.

Талассотерапия – лечение купанием в морской воде.
Спелеотерапия – использование микроклимата кастровых пещер и соляных копей.

Вопросы для контроля:

1. Перечислите учреждения санаторного типа?
2. Чем отличается курорт от санатория?
3. Перечислите периоды санаторного лечения?
4. Какие санаторные режимы вы знаете?
5. Как называются курорты на котором основным лечебным фактором является минеральная вода?
6. Что такое гелеотерапия?

Тема 1.5.Обучение пациента и его окружение вопросам организация рационального питания, обеспечения безопасной среды, применения физической культуры



План лекции:

1. Нормативные правовые акты;
2.Организация рационального питания;
3. Безопасная среда;
4. Физическая культура;
5. Медицинская документация;

Нормативные правовые акты

Нормативные документы, регламентирующие организационные основы питания в лечебно-профилактических учреждениях

Организационные основы питания в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) регламентируются, главным образом, приказами МЗ РФ № 330 от 5 августа 2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» и № 540 МЗ СССР от 23.04.85 г. «Об улучшении организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях».

В приложении № 4 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 330 от 05.08.2003 г. указано, что организация лечебного питания в ЛПУ

является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в ЛПУ вводится *новая номенклатура диет* (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов (приложение 3).

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты №№ 1-15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем (табл. 21.1).

Наряду с основной стандартной диетой и ее вариантами в ЛПУ в соответствии с их профилем используются:

– хирургические диеты (диета при язвенном кровотечении, диета при стенозе желудка) и др.;

– разгрузочные диеты (чайная, сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др.);

– специальные рационы (диета калиевая, магниевая, зондовая, диеты при инфаркте миокарда, рационы для разгрузочно-диетической терапии, вегетарианская диета и др.).

Индивидуализация химического состава и калорийности стандартных диет осуществляется путем:

– подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания;

– увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло);

– контроля продуктовых домашних передач для больных, находящихся на лечении в ЛПУ;

– использования в лечебном и энтеральном питании биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждом ЛПУ устанавливается в соответствии с его профилем и утверждается на *Совете по лечебному питанию.* Во всех ЛПУ устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на Совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в ЛПУ (приложение 4). При формировании стандартных диет для детей и взрослых, получающих санаторно-курортное лечение, используют более дорогие сорта продуктов с учетом суточных норм питания в санаториях и санаториях-профилакториях (приложение 5). При отсутствии на пищеблоке полного набора продуктов, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим при сохранении химического состава и энергетической ценности используемых лечебных рационов (приложение 6,7).

Контроль правильности проводимой диетотерапии должен осуществляться путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общ *ее руководство диетпитанием в ЛПУ* осуществляет главный врач, а в его отсутствие – заместитель по лечебной части.

Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог. В тех случаях, когда должность врача-диетолога в ЛПУ отсутствует, ответственным за эту работу является медицинская сестра диетическая.

В подчинении врача-диетолога находятся медицинские сестры диетические и все работники пищеблока, обеспечивающие лечебное питание в ЛПУ.

На пищеблоке ЛПУ контроль за соблюдением технологии приготовления и выходом готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, старший повар), контроль за качеством готовых диетических блюд – врач-диетолог, медицинская сестра диетическая, дежурный врач, разрешающий выдачу готовой пищи в отделения.

Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания ЛПУ, систематически (не менее 1 раза в квартал) заслушиваются и решаются на заседаниях Совета по лечебному питанию.

Приказом № 330 регламентируется деятельность врача-диетолога, медицинской сестры диетической, Совета по лечебному питанию в ЛПУ, организация лечебного питания в ЛПУ, должностные обязанности лиц, участвующих в обеспечении лечебного питания, а также организация энтерального питания в ЛПУ, что является принципиально новым положением.

Следует отметить, что по сравнению с приказом № 540, в приказе № 330 отмечается необходимость наличия сертификата по специальности «диетология» для врача, занимающего должность врача-диетолога. Важной представляется замена традиционных номерных лечебных диет на новые, по нашему мнению, несколько упрощённые.

Особый интерес представляет приложение № 5 к приказу МЗ РФ № 330 от 05.08.2003 г., которое посвящено *организации энтерального питания в ЛПУ.* В нём даётся определение энтерального питания, указываются специалисты, участвующие в организации и проведении энтерального питания, показания и противопоказания к его назначению, основные методы его проведения. Описаны методы для определения белковых и энергетических потребностей, указаны критерии выбора состава смесей для энтерального питания.

В ЛПУ организацию энтерального питания осуществляют врачи анестезиологи-реаниматологи, гастроэнтерологи, терапевты, хирурги, объединенные в *бригаду нутритивной поддержки* , прошедшие специальную подготовку по энтеральному питанию.

Члены бригады нутритивной поддержки: проводят занятия по вопросам энтерального питания с врачами лечебно-профилактического учреждения; осуществляют консультативную помощь врачам других специальностей и анализ клинической и экономической эффективности энтерального питания больных.

Приобретение питательных смесей для энтерального питания осуществляется в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 15.08.96 г. № 115-ФЗ «О бюджетной классификации Российской Федерации» по коду 110310 экономической классификации, относя их к прочим лечебным расходам (Собрание законодательства Российской Федерации от 19 августа 1996 г. № 34, ст. 4030).

Указывается, что при назначении энтерального питания, а также при выборе состава питательных смесей и определении дозировки необходим контроль за степенью нарушений статуса питания. Утверждаются параметры его оценки, внесенные в «Карту наблюдения больного, получающего энтеральное питание» (вкладыш в медицинскую карту стационарного больного, учетная форма № 003/У).

Контроль за эффективностью энтерального питания осуществляется лечащим врачом совместно с членом бригады нутритивной поддержки с помощью мониторинга ряда показателей состояния больного.

Организация рационального питания

Рациональное питание – сбалансированный рацион, составленный с учетом пола, возраста, состояния здоровья, образа жизни, характера труда и профессиональной деятельности человека, климатических условий его проживания. Правильно составленный рацион повышает способность организма к сопротивлению негативным факторам воздействия окружающей среды, способствует сохранению здоровья, активного долголетия, сопротивлению утомляемости и высокой работоспособности. Каковы основные принципы рационального питания? Что необходимо для организации рационального питания?

Питание – основной источник энергии для человека. С пищей человек получает незаменимые макро- и микроэлементы, витамины и кислоты, не синтезируемые организмом. Пища необходима организму для поддержания процессов жизнедеятельности, роста и развития. От характера и режима питания зависит течение многих процессов в организме человека. Правильное восполнение белков, жиров, углеводов, витаминов способствует замедлению процессов старения, повышает сопротивляемость организма неинфекционным заболеваниям и способность самовосстанавливаться. Организму также нужны микронутриенты, биологически активные соединения, способствующие выработке ферментов, нормализующих метаболизм.

Не более 10% населения придерживается норм рационального питания. Рекомендации по рациональным нормам употребления пищевых продуктов представляют собой усредненные количества питательных веществ, необходимых человеку. Соблюдение норм рационального питания способствует укреплению здоровья, профилактике заболеваний, состояний, обусловленных избытком или недостатком нутриентов. Баланс питательных веществ в пище способствует нормальному течению физиологических и биохимических процессов в организме человека.

Разработать статические нормы в условиях постоянно изменяющегося ритма жизни, окружающей среды практически невозможно. Последние нормы рационального питания изложены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ №593 от 2.08.2010 г. Рациональное питание человека согласно указанным нормам должно включать:

- Обогащенные микронутриентами хлебобулочные и макаронные изделия;
- Овощи, картофель, бахчевые;
- Мясо, рыба, рыбопродукты, птица;
- Молоко, молочные продукты (кефир, творог, масло, сметана, сыр);
- Сахар;
- Яйца;
- Растительные масла;
- Соль.

Не все продукты из перечисленного ряда являются полезными. Для получения максимальной пользы и соблюдения рационального питания следует отдавать предпочтение продуктам с низким содержанием жиров, исключить полуфабрикаты, а также продукты, подверженные различным видам термической и химической обработки (копчености, консервы, колбасы). Следует отдавать предпочтение свежим продуктам, избегая продуктов длительного хранения.

Данный список также не содержит количественных норм продуктов, так как эти параметры определятся индивидуальными факторами человека.

Рациональное питание – это особый подход к организации питания и его режима, являющийся частью здорового образа жизни человека. Рациональное питание способствует нормализации процессов пищеварения, усвоению полезных веществ,

естественной секреции продуктов жизнедеятельности организма, избавлению от лишних килограммов, а, следовательно, соблюдение основ рационального питания способствует сопротивляемости организма развитию заболеваний, предпосылками к которым являются нарушение обменных процессов, избыточные вес, нерегулярность питания, низкое качество продуктов, энергетический дисбаланс.

Основные принципы рационального питания:

- Энергетический баланс – соответствие поступающей с пищей энергии количеству затрачиваемой организмом энергии в процессе жизнедеятельности. Основным источником энергии для организма является потребляемая пища. Организм расходует энергию на поддержание температуры тела, функционирование внутренних органов, течение обменных процессов, мышечную деятельность. При недостаточном поступлении энергии с пищей организм переключается на внутренние источники питания – жировую клетчатку, мышечные ткани, что при длительном дефиците энергии неизбежно приведет к истощению организма. При постоянном избытке питательных веществ организм запасает жировую клетчатку в качестве альтернативных источников питания;
- Баланс питательных веществ, необходимых организму для нормальной жизнедеятельности. Согласно основам рационального питания оптимальным соотношением белков, жиров и углеводов является 1:1:4 для взрослого населения при низкой интенсивности труда и 1:1:5 при высокой интенсивности труда. Энергетическая ценность рациона взрослого человека, проживающего в умеренном климате и не вовлеченного в тяжелый труд, должна распределяться в последовательности 13% белковой пищи, 33% жиросодержащих продуктов, а также 54% углеводов;
- Соблюдение режима питания – один из основных принципов рационального питания. Режим питания охватывает время приема пищи, ее количество, интервалы между приемами пищи. Рациональное питание предполагает четырехразовое питание, что способствует достаточному насыщению организма и подавлению чувства голода, отсутствие перекусов между основными приемами пищи, определенные интервалы между завтраком и обедом, обедом и ужином. Это способствует выработке условно-рефлекторных реакций, подготавливающих организм к приему пищи.

Для правильной организации рационального питания необходимо учесть все индивидуальные факторы, также определяющие возможности человека (социальный статус, материальное положение, рабочий график).

Правильная организация рационального питания является одним из ведущих принципов, среди которых выделяют длительность приема пищи, которая должна приблизительно приравниваться к 30 минутам, правильное распределение энергетической ценности рациона в течение дня. В основе рационального питания лежит принцип 25:50:25, определяющий калорийность рациона на завтрак, обед и ужин. Утром следует отдать предпочтение медленным углеводам и белкам, в обед организм должен получить максимальную часть питательных веществ, в то время как ужин должен состоять из низкокалорийных продуктов.

Принципы рационального питания предполагают потребление сбалансированного рациона ежедневно в зависимости от потребностей организма с учетом индивидуальных факторов. При соблюдении рационального питания меню должно включать:

- Зерновые;
- Цельнозерновой хлеб;
- Нежирные сорта мяса, яйца;
- Кисломолочные продукты с низким содержанием жиров;
- Свежие фрукты и овощи.

Также при рациональном питании меню должно исключать такие виды термической и химической обработки, как обжарка, копчение, консервация, так как этим продуктам рациональное питание предлагает «здоровые» альтернативы.

Гигиенические принципы организации лечебного питания

Актуальность. Большая часть пациентов (до 91%), поступающих в стационары, имеют существенные нарушения пищевого статуса (внутренний фактор формирования болезни), проявляющиеся у 20% как истощение и недоедание, у 50% - нарушениями липидного обмена, до 90% -имеют признаки гипо- и авитаминоза. Более чем у 50% обнаруживаются изменения иммунного статуса. Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, устойчивость организма к физическим и химическим агентам окружающей среды (внешний фактор формирования болезни), увеличивают риск развития осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, и, в конечном счете, ухудшают показатели летальности.

Лечебное питание является обязательным элементом комплексной терапии пациентов и важным элементом вторичной профилактики. В основу диетотерапии положена концепция сбалансированного питания. Питание больного человека строится на основе данных о физиологических потребностях в пищевых веществах и энергии здорового человека. В пропорции пищевых веществ вносятся коррективы, соответствующие особенностям патогенеза, клинического течения, стадии болезни и метаболических нарушений. Сочетание диетотерапии с фармакологической, с одной стороны, повышает эффективность лечения, а с другой - смягчает или предупреждает побочные действия лекарственных препаратов, которые при этих условиях дают нужный терапевтический эффект при меньших дозах. Считается, что под влиянием адекватной диеты происходит реадаптация ферментных систем.

Номенклатура диет

· Стандартные диеты — это диеты с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов и обогащенные витаминными и минеральными комплексами. Стандартные диеты отличаются содержанием основных пищевых веществ и энергетической ценностью, среднесуточным набором продуктов, используемых в качестве основных лечебных рационов, а также применяемыми технологиями приготовления пищи.

· Специальные диеты назначаются конкретной клинико-статистической группе больных, состояние которой требует исключения из лечебного рациона отдельных пищевых продуктов, формируются на базе стандартных диет в соответствии с нозологической формой заболевания, фазой болезни. Белковая коррекция пищевого рациона проводится смесями белковыми композитными сухими.

· Индивидуальные диеты - назначаются конкретному больному, состояние которого требует исключения из пищевого рациона отдельных продуктов питания. Если же у него наблюдается снижение индекса массы тела ниже нормативных показателей, то диета формируется индивидуально в соответствии с нозологической формой заболевания, фазой болезни, необходимостью дополнительного питания.

Виды лечебного питания.В то же время при организации лечебного питания непосредственно в медицинском учреждении используются различные виды лечебного питания (диетическое, энтеральное и парентеральное), которые отличаются друг от друга наличием медицинских показаний к применению, организационными технологиями, организацией производственного процесса и техникой выполнения.

Диетическое питание организуется и проводится врачом-диетологом. Технология выполнения связана с назначением больному определенной диеты в соответствии с утвержденной номенклатурой диет. Организация работы пищеблока, формирование пищевых лечебных рационов (диет) для различных клинико-статистических групп

больных на основании стандартных диет и разработанных на их основе специальных и индивидуальных диет с использованием при приготовлении блюд пищевых продуктов, в том числе продуктов диетических, специализированных (смесей белковых композитных сухих) и детского питания, является основой формирования системы лечебного питания в медицинском учреждении. Белковая коррекция готовых диетических блюд проводится в соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ № 330 и ГОСТ Р 53861-2010.

Энтеральное питание организуется и проводится бригадой нутритивной поддержки. При ее отсутствии эта задача ложится на врачей, как правило, реаниматологов, имеющих специализацию по проведению нутритивной поддержки, и на медицинских сестер отделений, прошедших подготовку по применению энтеральных смесей (равно как и других специалистов, участвующих в процессе организации энтерального питания). Технология организации и проведения энтерального питания регламентирована в приложении № 5 инструкции по организации энтерального питания в лечебно-профилактических учреждениях (утв. приказом Минздрава России от 5.08.2003 № 330) (с изменениями от 26 апреля 2006 г.). Для проведения энтерального питания используются энтеральные смеси, которые полностью заменяют один или несколько приемов пищи, используются только по медицинским показаниям при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний.

Выписка энтеральных смесей с пищевого склада проводится на основании Формы № 22-МЗ «Сведения на индивидуальное и дополнительное питание» после предварительного расчета потребности больного в основных ингредиентах, заполнения Карты наблюдения больного, получающего энтеральное питание (вкладыш в медицинскую карту стационарного больного, учетная форма № 003/У).

Парентеральное питание организуется и проводится бригадой нутритивной поддержки, врачами-реаниматологами, как правило, в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии. Смеси для парентерального питания являются лекарственными препаратами и относятся к медикаментозной терапии. При проведении полного парентерального питания больной должен быть снят с питания. Сведения об этом должны быть занесены в историю болезни пациента.

Энтеральное и парентеральное питание относятся к искусственным видам питания, которые используются только по медицинским показаниям при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний и представлены в ряде справочных пособий и рекомендаций по проведению нутритивной поддержки в интенсивной терапии и реанимации. Данные разделы не входят в компетенцию работы врача-диетолога, они расширяют возможности введения в организм больного питательных веществ с помощью альтернативных методов (через сосудистое русло) или специально созданных искусственных сбалансированных питательных смесей, поступление которых в организм человека возможно без фазы желудочного пищеварения.

Безопасная среда;
Физическая культура;

Движение – это признак полноценной жизни и деятельности человека в любом возрасте, оно необходимо для развития и роста организма.

В молодом и зрелом возрасте физические упражнения укрепляют опорно-двигательный аппарат, оказывают благотворное влияние на вегетативные функции организма. Лицам пожилого возраста помогают сохранить подвижность суставов и гибкость

позвоночника. Ведь по определению ВОЗ под здоровьем понимается такое состояние человека, когда он не испытывает никакого дискомфорта. Естественно, что тех, кто пренебрегает физкультурными занятиями, здоровыми назвать неправомерно, но их к тому же в полной мере нельзя отнести и к культурным людям.

Каким вы представляете себе истинно культурного человека?

Который много знает, читает, хорошо знает свое дело, владеет иностранным языком, кто умеет вести себя в обществе, уступит место. Но почему осуждает мы неряху и в то же время спокойно относимся к юноше или девушке в 17-20 лет, у которых нездоровая кожа, сутулая спина, вялые мышцы. А это ведь яркое свидетельство бескультурья, небрежного отношения к себе.

Приказ МЗ № 1672 от 29.12.85 г «О задачах органов и учреждений здравоохранения по широкому использованию физкультуры и спорта для укрепления и сохранения здоровья населения, профилактики заболеваний» и приказ МО РФ от 01.12.1999г. *«Об организации процесса физического воспитания в образовательных учреждениях профессионального образования»* свидетельствуют о том, что нельзя освобождать обучаемых в учебных учреждениях от занятий физической культурой. Очень большой % людей освобождается не обоснованно от физкультуры, особенно школьники и студенты. Для занятий физической культурой обучаемые по состоянию здоровья делятся на три физкультурные группы: основную, подготовительную и специальную медицинскую.

Движение — важнейший атрибут жизни; нет более физиологичного метода стимуляции различных систем организма человека, чем мышечная деятельность.

Какое влияние на функциональную деятельность органов и систем движения?

Согласно исследованиям И.А. Аршавского без необходимого объема двигательной активности человек не может успешно пройти все фазы формирования (созревания), не может реализовать в своей жизни все, что заложено в нем природой, не может быть здоровым и счастливым.

Человеческий организм создан для физической активности.

Физическая активность – это совокупность различных моделей поведения; она определяется как «движение тела при помощи мускульной силы, сопровождающееся расходом энергии», и измеряется степенью превышения расхода энергии над основным обменом веществ. Регулярная физическая активность увеличивает физическую работоспособность или тренированность, которые определяются как «способность осуществлять физические действия от умеренных до энергичных, не испытывая при этом усталости, и возможность поддержания такой способности на протяжении жизни». Физическая тренированность является объективным показателем регулярной физической активности.

Поощрение физической активности в основном в свободное от работы время, а не на работе, является частью профилактических мероприятий, которые должны проводиться первичным звеном здравоохранения.

Низкая физическая активность или сидячий образ жизни является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, включающих ишемическую болезнь сердца (ИБС), инсульт, повышенное артериальное давление, инсулиннезависимый сахарный диабет, остеопороз. У физически нетренированных людей риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 2 раза выше, чем у физически активных. Степень риска для малоподвижных людей сравнима с относительным риском 3-х наиболее известных факторов, способствующих развитию ССЗ: артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии. Физические упражнения

необходимы для развития и нормального функционирования организма в течение всей жизни. Влияние двигательной активности на лиц любого возраста многообразно.

Наиболее важные преимущества занятий физкультурой таковы:

1.

Улучшается физическая работоспособность, отсутствует одышка, не чувствуется усталость.

2.

Совершенствование выносливости. Любая нагрузка выполняется с меньшими затратами энергии, после нагрузки организм восстанавливается быстрее.

3.

Укрепляется сердечно-сосудистая система, сердце работает экономно, сокращения его становятся мощными и редкими. Тренированная брадикардия. Нетренированное сердце работает не за счет силы, а за счет частоты. Малейшая нагрузка – тромбоз, инфаркт. Атеросклеротические бляшки у детей 5-7 лет. Нетренированное сердце не имеет помощников – мышечных насосов. Они помогают перекачивать кровь с периферии. Большое значение имеет капиллярная система. Возраст человека определяется состоянием капиллярной системы. Их нужно поддерживать с помощью обычной утренней гимнастики. У человека 1 сердце большое и 639 маленьких сердец – мышц. Они сокращаются и помогают большому сердцу. С тренировкой – аэробные упражнения творят чудеса – сердце укрепляется, кровяное давление снижается, падает и сопротивление сосудов, что помогает предотвратить гипертензию.

В организм, находящимся в состоянии покоя, циркулирует всего 55-75% крови, остальная же её часть находится в так называемых «депо» - селезенке, печени, коже. Во время гимнастики часть крови из «депо» поступает в общий кровопоток, и это улучшает питание тела.

Нетренированное сердце каждым своим ударом выталкивает из артерии 40-50% крови, а тренированное – в 2 раза больше. Оно крупнее, сильнее, выносливее. Нормализуется АД. Снижается риск ССЗ.

4.

Повышается эффективность работы дыхательной системы. Физические нагрузки увеличивают жизненную емкость легких с 3-5 литров у нетренированных до 7 и более у спортсменов. А чем больше потребляется с вдыхаемым воздухом кислорода, тем выше физическая работоспособность человека, лучше состояние его здоровья. Кроме того, повышается аэрация легких, что является хорошей профилактикой легочных заболеваний. Но мы используем малую часть дыхательной поверхности, следовательно, в организм поступает меньше кислорода, в крови уменьшается количество кислорода и гемоглобина, страдают основные функции мозга (память, внимание), центры переработки информации. Дети – невротики, быстро устают, плохо спят.

Объем легочной вентиляции у человека в состоянии покоя равен 6-7 л воздуха за 1 минуту. Во время физических упражнений 80-100 литров, у тренированных спортсменов 130-150 литров в минуту.

5.

В процессе физической деятельности развивается опорно-двигательный аппарат. 80% веса тела – опорно-двигательный аппарат - мышцы, кости. Возрастает масса и сила

мышечных волокон, развиваются основные физиологические свойства мышечного волокна: возбудимость, сократимость и эластичность. Эти свойства обеспечивают совершенствование таких физических качеств человека, как сила, быстрота, выносливость, а также улучшают координацию движений, что позволяет мышцам работать более экономично.

6.

Развиваясь, мускулатура, укрепляет и костно-связочный аппарат. Увеличивается прочность связок, сухожилий и хрящей. Уменьшается потеря костной массы и таким образом защищается от остеопароза.

7.

Физическая активность благотворно влияет на психическую деятельность человека, способствует повышению тонуса, появлению бодрости и жизнерадостности, улучшений умственной деятельности и творческих возможностей. Человек лучше работает, крепче запоминает, оригинальнее мыслит. Тренировка ведет к ограничению чрезмерной возбудимости нервной системы, что отражается на всесторонней деятельности, человека (движения точны, четки и уверенны).

8.

Мышечная активность оказывает большое влияние на вегетативную нервную систему, управляющую деятельностью всех органов. Симпатический отдел нервной системы тесно связан с надпочечниками, выделяющими активные вещества: адреналин, нор адреналин и стероидные гормоны. Они регулируют все жизненно важные процессы и обеспечивают приспособляемость организма к условиям внешней среды. Без этого жизнь человека была бы невозможна.

9.

В процессе регулярных физических занятий тренируется защитная функция организма, повышается сопротивляемость к неблагоприятным воздействиям внешней среды, будь то переохлаждение, нервно-психическое перенапряжение или боль, уменьшается и исчезает метеозависимость. У физических тренированных людей усиливается иммунитет.

10.

Физические упражнения улучшают обмен веществ в результате положительного влияния на железы внутренней секреции, выделяющие жизненно необходимые гормоны (гипофиз, надпочечники, поджелудочная железа). Профилактика ожирения.

11.

Сокращение числа типичных заболеваний пожилого возраста (болезни мышц, суставов, связок: ревматизм, артрит и др.).

12.

Снижается уровень глюкозы в крови, таким образом, уменьшается риск развития инсулиннозависимого сахарного диабета.

13.

Улучшается функционирование мозга благодаря усиленному снабжению его кислородом.

14.

Стимулируется производство мужского полового гормона.

15.

Продление активной жизни.

16.

Самое дешёвое, доступное и верное средство профилактики (физкультурное лекарство).

Физические нагрузки вызывают ряд эффектов, ведущих к совершенствованию следующих адаптационно-регуляторных механизмов:

- ***экономизирующий*** (урежение сокращений при увеличении ударного объема сердца,

замедление дыхания, снижение основного обмена, уменьшение энергетической стоимости мышечной работы);

- ***антигипоксический*** (улучшение кровоснабжения тканей, больший диапазон легочной вентиляции, увеличение числа митохондрий и др.);
- ***антистрессовый*** эффект;
- ***генорегуляторный*** (активация синтеза многих белков и др.);
- ***психоэнергетизирующий*** (рост умственной работоспособности, преобладание положительных эмоций и др.).

Таким образом, благотворно влияя на функциональную деятельность органов и систем человека, движение составляет основу нашего здоровья, сохраняет и укрепляет его. А между тем школьники, да и среди обучающихся есть такие, которые правдами и неправдами стремятся получить медицинские справки для освобождения от занятий физкультурой. Их при этом поддерживают родители, а зачастую и врачи. «Я не хочу, чтоб он был спортсменом» (ребенок учится в английской школе). А забывают, что развитие должно быть гармоничным, так как он потеряет в интеллекте, страдают функции мозга без двигательной активности. При сидячем образе жизни нет ни одного органа, ни одной системы, чтобы не страдали. В первую очередь страдает самый заинтересованный аппарат – опорно-двигательный – атрофия мышц.

Дети – скрипачи – когда смотришь на них, то можно увидеть, что правая и левая половины от разных людей. Правая работает, а левая нет. Это не только косметический дефект. Сутулость приводит к изменению дыхания. Уменьшается ЖЕЛ, страдает обмен веществ, а значит все остальные системы. Так с детства вырабатывается одно из вреднейших привычек – оградить себя от каждого лишнего движения. «Максимум комфорта, минимум движений!» – это лозунг людей, наивно полагающих, что они оберегают своей здоровье.

Итак, вы приняли решение заниматься физическими упражнениями, и, это значит уже победа, ибо «сознание своей болезни и готовность лечится, по выражению М. Сервантеса, - уже начало исцеления».

Самые доступные две формы оздоровительного процесса с помощью двигательной активности:

ежедневная утренняя физическая зарядка.

Документация по организации лечебного питания.

Все документы по организации лечебного питания могут быть условно разделены на три группы:

1. Документация, предназначенная для выписки продуктов питания и учета, ассигнований, отпускаемых на них.
2. Документы, отражающие контроль за состоянием здоровья сотрудников пищеблока.
3. Документация по организации диетической службы (производственная документация).

Документация первой группы. Документация, предназначенная для выписки продуктов питания и учета, ассигнований, отпускаемых на них.

Основные формы отчетности, которые составляются для обеспечения питанием больных, поступающих в стационар, относятся к документам первой группы.

1. *картотека диетических блюд*. Без картотеки нельзя правильно составить семидневное меню, меню-раскладку, т. е. документы, в которых дана информация об

удовлетворении физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний. Картотека имеет особое значение в правильной организации лечебного питания. При ее наличии можно рассчитать, что реально получает больной в течение дня, планировать работу пищеблока, облегчить проведение организационных мероприятий, подсчитать расход продуктов и ассигнований, отпускаемых на них.

2. *Семидневное сводное меню.* На основе картотеки составляется семидневное сводное меню. Используя в работе семидневное меню, удается планировать объем закупок продуктов, организовывать работу персонала пищеблока, вырабатывать стандарты в приготовлении различных блюд.

Рекомендуется иметь два меню — осенне-летнее и зимне-весеннее, так как в зависимости от времени года ассортимент продуктов изменяется, помимо этого, у некоторых продуктов после проведения холодной обработки (очистки) отличается процент отходов. Конечно, разрешается иметь и одно семидневное сводное меню, но тогда необходимо по сезонам вносить в него коррекции.

Перед составлением семидневного меню необходимо разработать номенклатуру диет и утвердить на Совете по лечебному питанию стандартные и специальные диеты.

Количество диет и их набор должны быть индивидуальными для каждого учреждения и адаптированы к его профилю. При составлении меню очень важно учитывать качественное разнообразие блюд в течение дня и недели в целом. Желательно, чтобы одно блюдо в его модификациях максимально использовалось для различных диет.

Основное внимание при составлении меню уделяют химическому составу рационов, их энергетической ценности, правильному использованию натуральных продуктовых норм, расходу ассигнований, отпускаемых на питание, возможности замены продуктов в соответствии с таблицами замены по белку и жиру. При составлении меню также учитываются национальные особенности путем включения соответствующих блюд.

3. Карточка-раскладка. На каждое блюдо, изготовленное на пищеблоке, должна быть составлена карточка-раскладка в двух экземплярах (форма № 1-85), один из которых хранится в бухгалтерии, а второй — у медицинской сестры диетической.

В каждой карточке - раскладке приводятся данные: наименование блюда, перечень диет, для которых это блюдо рекомендуется использовать; перечень продуктов, необходимых для приготовления этого блюда; нормы закладки (брутто); масса нетто; химический состав блюда и энергетическая ценность блюда по нетто с учетом потерь при термической обработке готового блюда; ориентировочная стоимость его; технология приготовления блюда.

Учетно-отчетная документация:

· *Сведения о наличии больных, состоящих на питании*, подаются в виде формы № 22 в соответствии с приказом № 330 от 05.08.2003. Эта форма является основой при планировании и распределении больных по диетам и по блюдам.

· *Меню-раскладка (форма № 44-МЗ, приказ № 330 от 05.08.2003)* - основной юридический документ, на основании которого выписываются продукты питания со склада на пищеблок для приготовления блюд и расходуются ассигнования на питание. Последнюю цифру в меню-раскладку вносит работник бухгалтерии, который подсчитывает общее количество всех продуктов, необходимое для приготовления всех блюд для выписки их со склада.

· *Требование на выдачу продуктов* (форма № 45-МЗ, приказ № 330 от 05.08.2003 - составляется в двух экземплярах. Один экземпляр остается после выдачи продуктов у кладовщика, по второму экземпляру заведующий производством (шеф-повар) получает у кладовщика продукты для приготовления пищи на следующий день. Продукты хранятся

в кладовой суточного запаса. За них полную материальную ответственность несет заведующий производством (шеф-повар). На следующий день он раздает продукты поварам в соответствии с приготовляемыми ими блюдами. Второй экземпляр сдается в счетную часть для расчетов, в дальнейшем хранится у заведующего производством.

· *Требование на получение буфетных продуктов* (чая, хлеба, масла, сахара и т. д.) выписывается отдельно по той же форме № 45- МЗ. Буфетные продукты со склада поступают непосредственно в отделения, минуя пищеблок.

· *«Сведения по движению больных* подготавливается м/с диетической при изменении количества больных по сравнению с данными меню-раскладки (или меню-требования) более чем на три человека. В соответствии с этим документом она составляет по форме № 434-мех (при увеличении числа больных) *«Требование на склад*» на получение дополнительных продуктов из расчета по основному варианту стандартной диеты. Если количество больных уменьшается по сравнению с предыдущим днем, то продукты, не использованные на приготовление пищи, сдаются на склад по той же форме с указанием *«Возврат»* (кроме продуктов, уже заложенных в котел при приготовлении завтрака).

· Форма № 23-МЗ «*Раздаточная ведомость на отпуск отделениям рационов питания»* (прием пищи: завтрак, обед, ужин и т. д.). Этот документ служит основанием для выдачи готовых блюд в отделения больницы.

· *Меню* рекомендуется вывешивать у входа в столовую, для того чтобы больные могли ознакомиться с ним. Ответственные за организацию лечебного питания в больнице должны информировать больных о замене тех или иных блюд. При отсутствии необходимых продуктов эту замену нужно проводить с учетом их пищевой ценности.

· *Накопительная ведомость* отражает реальный расход всех продуктов за прошедший месяц. Бухгалтер должен подготовить ее к 10-му числу следующего месяца и передать врачу-диетологу или ответственному за организацию лечебного питания для анализа выполнения натуральных продуктовых норм. К 15-му числу врач- диетолог или ответственный за организацию лечебного питания обязан информировать о состоянии выполнения продуктовых норм главного врача и при наличии недостатков принять меры к их устранению.

Документация второй группы - документы, отражающие контроль за состоянием здоровья сотрудников пищеблока:

· *«Личная медицинская книжка работника пищеблока»* (форма № 1-лп, приказом № 330 от 05.08.2003) на каждого работника пищеблока

· *«Журнал учета медицинских исследований»*. Этот журнал ведет медицинская сестра диетическая, которая обязана следить за своевременностью проведения медицинских исследований всеми сотрудниками пищеблока.

· *Журнал «Здоровье»* (форма № 2-лп, приказом № 330 от 05.08.2003). Последний ведется ежедневно медицинской сестрой диетической.

Документация третьей группы - документация по организации диетической службы (производственная документация):

· Табель учета рабочего времени сотрудников.

· Графики работы персонала на месяц вперед.

· Книга (или папка) приказов и распоряжений, где должны тщательно храниться в соответствующем порядке указания вышестоящих органов здравоохранения и руководства по организации лечебного питания.

· Журнал инструктажа по технике безопасности.

· Журнал оценки готовых блюд (бракеражный).

· Журнал бракеража продуктов и продовольственного сырья, поступающего на пищеблок.

· Журнал С-витаминизации пищи.

· Папка химических анализов готовых блюд.

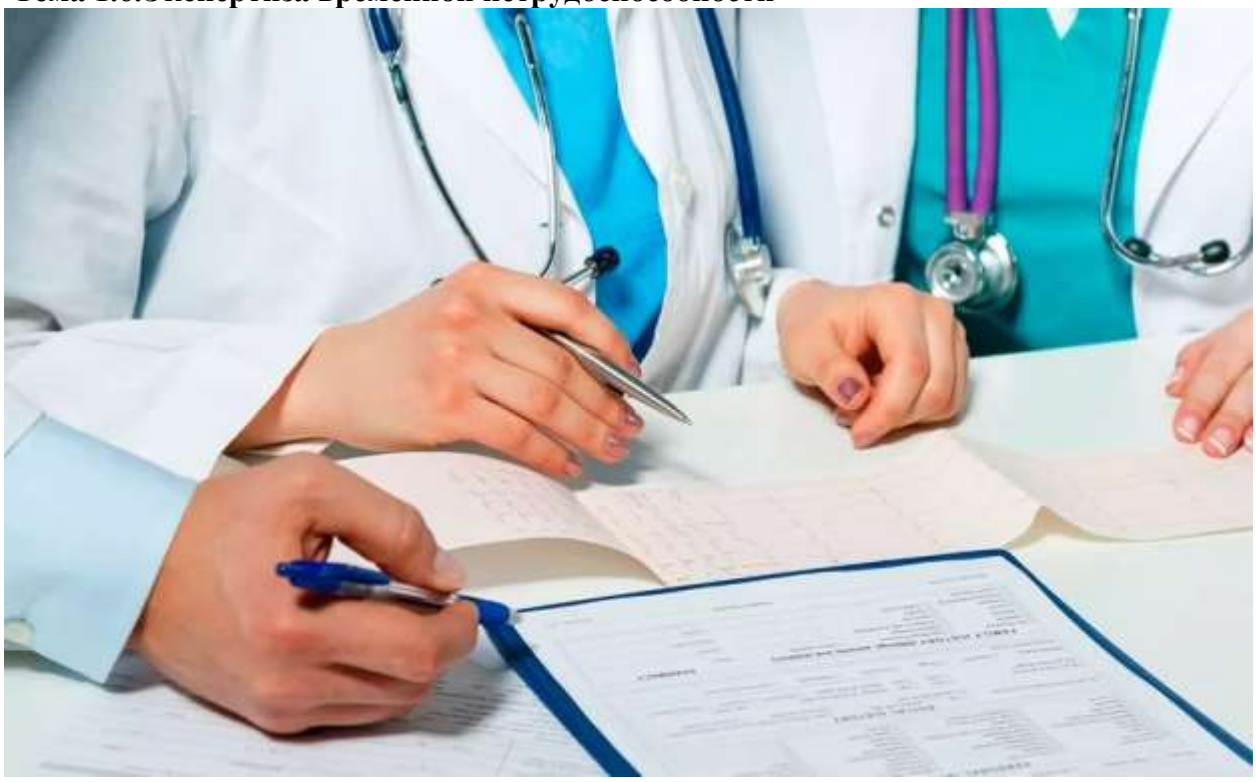
· Журнал скоропортящихся продуктов.
· Книга складского учета, форма № М-17 (приказ МЗ СССР № 530 от 5.05.1983).
· Журнал административных обходов.
· Санитарный журнал.

Документы, рассмотренные ранее, являются обязательными для исполнения и на уровне субъекта Федерации. Однако при планировании организации системы лечебного питания в регионе органами управления здравоохранения могут быть изданы локальные акты, основным критерием для которых является возможность расширения действующих на территории РФ нормативных документов.

В лечебно-профилактических учреждениях система организации лечебно-профилактического питания должна быть основана на требованиях, предъявляемых на федеральном уровне и на уровне субъекта Федерации.

Совет по лечебному питанию. Для организации эффективного и качественного лечебного питания, являющегося частью комплексной терапии больного, необходимо организовать в учреждении Совет по лечебному питанию. Несмотря на то что он является совещательным органом, его основными задачами является контроль за качеством лечебного питания и внедрение новых технологий лечебного питания. Совет по лечебному питанию не только утверждает номенклатуру диет, специализированных продуктов диетического питания (смесей белковых композитных сухих), смесей для энтерального питания, биологически активных добавок, подлежащих внедрению в данном учреждении, но и проводит внутриведомственную экспертизу полноценности и эффективности лечебного питания. Также Совет осуществляет контроль за эффективностью внедрения новых технологий лечебного питания.

Тема 1.6.Экспертиза временной нетрудоспособности



Экспертиза временной нетрудоспособности

План лекции

1. Медицинская экспертиза.

2. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.
3. Листок нетрудоспособности.
4. Нарушение лечебного режима.
5. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу.
6. Справка о временной нетрудоспособности учащихся (Форма 095/у).
7. Ответственность за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности.
8. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Медицинская экспертиза

Медицинская экспертиза (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ст.58) - исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.
В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

– экспертиза временной нетрудоспособности;
– медико-социальная экспертиза;
– военно-врачебная экспертиза;
– судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
– экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
– экспертиза качества медицинской помощи.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан проводится в связи с:

– заболеваниями;
– травмами;
– отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности;
– долечиванием в санаторно-курортных организациях;
– при необходимости ухода за больным членом семьи;
– в связи с карантином;
– на время протезирования в стационарных условиях;
– в связи с беременностью и родами,
– при усыновлении ребенка;
– в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность;
– необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
– принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность

Листок нетрудоспособности (больничный лист), **справка установленной формы** - документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и подтверждающие временное освобождение от работы (учебы).

Порядок выдачи листка нетрудоспособности:
Листки нетрудоспособности выдаются лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность.

1. Выдача листка нетрудоспособности производится после экспертизы временной нетрудоспособности, которая проводится на приеме лечащего врача в условиях медицинского центра или на дому;

2. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком **до пятнадцати календарных дней** включительно, а в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, - фельдшером либо зубным врачом, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок до десяти календарных дней включительно;

3. Листок нетрудоспособности выдается в день приема лечащим врачом.

4. Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы;

5. Листок нетрудоспособности выдается и закрывается, как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую медицинскую организацию листок нетрудоспособности может быть продлен и закрыт медицинской организацией, в которой продолжалось наблюдение гражданина;

6. Срок освобождения от работы определяет лечащий врач. Дата, по которую пациент освобожден от работы (указана в листке нетрудоспособности), является датой обязательной явки к лечащему врачу.

7. Пациент, освобожденный от работы, обязан соблюдать лечебный режим. В случае несоблюдения режима – в листке нетрудоспособности делается отметка о нарушении режима.

Нарушение лечебного режима

1. Неявка без уважительной причины на медицинский осмотр;
2. Самостоятельная явка на прием в медицинское учреждение, если пациенту назначен постельный режим;
3. Выход нетрудоспособного пациента на работу;
4. Управление транспортным средством;
5. Выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача;
6. Алкогольное опьянение.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

1. Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь.

2. Организациянаправляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма.

3. При этом в направлении на МСЭ указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

4. Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения вправе направлять на МСЭ гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций.

5. Организации несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на МСЭ.

6. В случае если организации отказали гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

7. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой, рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

Справка о временной нетрудоспособности учащихся (Форма 095/у)

Медицинская справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине, и причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение выдается при заболевании.

Данная форма дает право освобождения от занятий на период заболевания, единовременно на период до 10 календарных дней с дальнейшим продлением на срок не более 14 дней, с учетом утвержденных Минздравом РФ ориентировочных сроков временной нетрудоспособности.

Ответственность за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности

За нарушение установленного порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности медицинские организации, а также медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

Специальному учету и анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности, или заболеваемость работающих контингентов. Этот учет осуществляется по листкам нетрудоспособности, сбор и формирование статистической информации о временной нетрудоспособности осуществляется посредством «Талона амбулаторного пациента».

Наиболее широко используется система *последующего учета*, при которой листок нетрудоспособности по окончании заболевания сдается администрации предприятия, а затем этот документ переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета (ф.16-ВН – «Отчет о причинах временной нетрудоспособности»).Таким образом, основным учетным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является листок нетрудоспособности.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности принято рассчитывать следующие показатели.

1. Число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год:

$$\frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \cdot 100$$

2. Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год:

$$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \cdot 100$$

3. Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности:

$$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}$$

4. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

$$\frac{\text{Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу данного заболевания}}{\text{Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний}} \cdot 100\%$$

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения. Кроме социально-гигиенического, она имеет и большое социально-экономическое значение.Основной задачей анализа является разработка мероприятий по снижению заболеваемости.

Вопросы для контроля:

1. Дайте определение медицинской экспертизе?
2. Какие виды медицинских экспертизвы знаете?
3. В каких случаях проводится экспертиза временной нетрудоспособности граждан?
4. Что относится к документам, удостоверяющим временную нетрудоспособность?
5. Перечислите нарушения лечебного режима?
6. На какой срок освобождаются от занятий учащиеся при заболеваниях?
7. Перечислите показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности?

Тема 1.7 Освидетельствование стойкой утраты трудоспособности в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ)

План лекции

1. Порядок организации деятельности учреждений медико-социальной экспертизы.
2. Документы, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы.
3. Причины инвалидности.
4. Группы инвалидности.
5. Сроки инвалидности.
6. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности.
7. Перечень предоставляемых на МСЭ документов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности.
8. Медицинское освидетельствование.

Порядок организации деятельности учреждений медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза - отдельный вид медицинской экспертизы, который осуществляется с целью определения потребностей человека или лица в мерах социальной защиты и реабилитации при помощи оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма.

Основные положения, регламентирующие проведение медико-социальной экспертизы, изложены в Федеральном Законе от 24.11.95 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (последние изменения внесены Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 213-ФЗ).

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2005 года Федеральным законом от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ).

Иерархия МСЭ представляет собой трехуровневую вертикаль:

- I уровень - Бюро МСЭ городов и районов;
- II уровень - Главные бюро МСЭ субъектов Федерации;
- III уровень - Федеральное бюро МСЭ.

Задачи МСЭ:

1. Установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты.
2. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов.
3. Изучение уровня и причин инвалидности населения.
4. Участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов.
5. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности.
6. Определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

На МСЭ могут направлять:

1. Лечебно-профилактические учреждения;
2. Органы социальной защиты населения;
3. Органы пенсионного обеспечения.

При направлении на медико-социальную экспертизу лечебно-профилактическими учреждениями заполняется «Направление на медико-социальную экспертизу, выданное организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

гражданину» (учетная форма № 088/У-06, утверждена приказом Министерства здравоохранения и социальной политики РФ № 77 от 31.01.2007).

Если на медико-социальную экспертизу направляют органы социальной защиты или органы пенсионного обеспечения, заполняется «Направление на медико-социальную экспертизу, выданное органом, осуществляющим пенсионное обеспечение гражданина, либо органом социальной защиты населения» (утверждена приказом Министерства здравоохранения и социальной политики РФ № 874 от 25.12.2006).

Документы, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы

1. Заявление гражданина о проведении медико-социальной экспертизы (лица, представляющего его интересы) для установления инвалидности, или заявление, подписанное лечащим врачом и председателем врачебной комиссии (заместителем главного врача организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь гражданину).
2. Медицинская карта стационарного больного.
3. Медицинская карта амбулаторного больного представляется гражданином на медико-социальную экспертизу в случае необходимости.
4. Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.
5. Медицинская карта ребенка, представляется при проведении медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 18 лет.
6. Направление на медико-социальную экспертизу, выданное организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь гражданину.
7. Направление на медико-социальную экспертизу, выданное органом, осуществляющим пенсионное обеспечение гражданина, либо органом социальной защиты населения.
8. Производственная характеристика, для работающих граждан.
9. Педагогическая характеристика, для посещающихдошкольные и школьные образовательные учреждения.

В случае отказа лечебно-профилактическим учреждением, органами социальной защиты или пенсионного обеспечения в направлении на медико-социальную экспертизу, гражданину выдается справка, позволяющая ему самому либо его законному представителю обратиться в бюро МСЭ самостоятельно.

Если гражданин не может прибыть в бюро МСЭ по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому. Решение об этом может принять бюро МСЭ заочно или на основании заключения лечебно-профилактического учреждения, где проводилось лечение.Проведение медико-социальной экспертизы является бесплатным для всех категорий граждан.

Причины инвалидности

– общее заболевание;
– трудовое увечье;
– профессиональное заболевание;
– инвалидность с детства;
– инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны;
– военная травма или заболевание, полученные в период военной службы;
– инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска;
– иные причины, установленные законодательством РФ.

Группы инвалидности

Группа инвалидности устанавливается медико-социальной экспертной комиссией.При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется в соответствии с классификациями и критериями, степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.Категория “ребенок-инвалид” устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Первая группа инвалидности

Критерием для определения первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или аномалиями, приводящее к хотя бы одному из следующих нарушений:

- невозможность обслуживать себя без помощи других;
- невозможность передвигаться без помощи других;
- невозможность ориентироваться без помощи других;
- невозможность общаться;
- невозможность контролировать свое поведение.

Вторая группа инвалидности

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или аномалиями, приводящее к хотя бы одному из следующих критериев:

- необходимость его социальной защиты:
- возможность обслуживать себя с помощью других лиц или вспомогательных приспособлений;
- возможность передвигаться с помощью других лиц или вспомогательных приспособлений;
- возможность ориентироваться с помощью других лиц или вспомогательных приспособлений;
- возможность общаться с помощью других лиц или вспомогательных приспособлений;
- возможность частично или полностью контролировать свое поведение.

Третья группа инвалидности

Критерием для определения третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или аномалиями, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности или хотя бы одному из следующих критериев:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
- способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния;
- способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
- способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;
- способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств;

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Сроки инвалидности

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро его заявления о проведении МСЭ.

Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ (переосвидетельствования).

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Время наступления инвалидности зависит от периода жизни человека. Инвалидность может наступить в период детства, трудовой деятельности, по окончании профессиональной деятельности, при исполнении воинского долга и т.д.

Определение степени утраты профессиональной трудоспособности

Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. N 789 с изменениями, внесенными 10 ноября 2011 г, были утверждены правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве.

Согласно статье 227 Трудового Кодекса РФ любые несчастные случаи, которые произошли с работником предприятия или организации, подлежат расследованию учету. Расследоваться должны несчастные случаи, если данные события произошли:

– в процессе выполнения трудовых обязанностей;

– если получена травма по пути на работу или с работы;

– в течение рабочего дня на самой организации, где работает человек или в ином месте работы;

– в течение рабочего дня около предприятия или же в другом месте;

– любые действия, которые совершаются в интересах предприятия, хотя и без поручения руководства;

– вследствие дорожно-транспортной аварии, которая произошла с водителями или работниками по пути на работы или с работы;

– в процессе поездки на работу автотранспортом работодателя;

– во время командировки или к месту ее выполнения;

– любые другие правомерные действия, которые обусловлены трудовыми отношениями с работодателем.

Степень потери трудоспособности в связи с трудовым увечьем определяется в процентах на момент освидетельствования.

Вследствие полной утрата профессиональной трудоспособности, когда человек не может выполнять никакие виды профессиональной деятельности, причем даже в специально созданных для него условиях, степень потери трудоспособности составляет 100%.

В том случае, когда пострадавший способен выполнять какую-либо работу, только лишь в специально созданных условиях, тогда ему присваивают степень трудоспособности в размере 90%.

В том случае, когда человек, который потерпел трудовое увечье, вполне может продолжать свою трудовую деятельность, с выраженным снижением квалификации или же с меньшим объемом работы, тогда устанавливается степень трудоспособности в размере 40-60%.

Когда человек, который получил травму, способен выполнять работу по своей основной профессии, но для этого ему нужны специальные трудовые условия и при этом заработная плата у него уменьшается, или же его новая трудовая деятельность связана с большим, чем прежде напряжением, тогда степень трудоспособности устанавливается в размере 10—30%.

Перечень предоставляемых на МСЭ документов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности

1. Заявление гражданина (или его законного представителя);
2. Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность;
3. Направление из лечебного учреждения (Форма № 088/у-06) или определение суда;
4. Медицинские документы (амбулаторная карта, выписки из стационаров, R-снимки и т.д.);
5. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н 1, или Акт о профессиональном заболевании при первичном обращении на МСЭ;
6. Копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров для работающих (оригинал трудовой книжки для неработающих);
7. Документы об образовании;
8. Заключение Органа государственной экспертизы условий труда о характере и об условиях труда пострадавшего при первичном обращении на МСЭ;
9. Заключение врачебной комиссии ЛПУ о нуждаемости в медицинской реабилитации;
10. Программа реабилитации пострадавшего (ПРП) с отметками об её выполнении при повторном освидетельствовании;

Медицинское освидетельствование (ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ст.65)

Медицинское освидетельствование лица– это совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Видами медицинского освидетельствования являются:

– освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

– психиатрическое освидетельствование;

– освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

– освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

Вопросы для контроля:

1. Что такое медико-социальная экспертиза?
2. Перечислите задачи МСЭ?
3. Какие организации могут направлять на МСЭ?
4. Какие документы, необходимы для проведения медико-социальной экспертизы?
5. Перечислите причины инвалидности?
6. Критерии для определения первой группы инвалидности?
7. Критерии для установления второй группы инвалидности?
8. Критерии для определения третьей группы инвалидности?
9. Сроки определения инвалидности?
10. Назовите виды медицинского освидетельствования?

Раздел 2. Осуществление медико-социальной реабилитации пациентов с различной патологией

Тема 2.1.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов с заболеваниями внутренних органов и систем



РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДАМИ ЛФК И МАССАЖА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Вопросы для изучения:

1. Клинико-физиологическое обоснование применения ЛФК при заболеваниях органов дыхания.
2. ЛФК при заболеваниях органов дыхания.
3. Массаж при заболеваниях органов дыхания.

1. Клинико-физиологическое обоснование применения ЛФК при заболеваниях органов дыхания

Мышечная деятельность – главный фактор, изменяющий функционирование органов в нормальных условиях. Каждое движение вызывает изменения химизма мышц, рефлекторно и гуморально возбуждает функцию дыхания.

В патологических условиях физическими упражнениями можно воздействовать на функцию дыхания:

- произвольно регулировать глубину и частоту дыхания;
- выполнять задержки дыхания и форсирование его;
- удлинять или укорачивать фазы вдоха и выдоха;
- уменьшать и устранять гипоксимию;
- улучшать приспособительные реакции;
- нормализовать нарушенные функции;
- увеличивать дыхательную поверхность легких за счет включения в работу дополнительных альвеол;
- увеличивать утилизацию кислорода тканями;

- улучшать дренажную функцию, удаляя из бронхов и альвеол патологическое содержимое (слизь, гной, продукты распада ткани).

Занятие лечебной гимнастикой усиливают лимфо- и кровообращение в легких, способствуют более быстрому и полному рассасыванию инфильтратов и экссудата в легких и в плевральной полости, предупреждают образование в ней спаек и других легочных осложнений, укрепляют дыхательную мускулатуру, увеличивают экскурсию грудной клетки и диафрагмы.

Для заболеваний органов дыхания характерны симптомы:

- одышка;
- удушье;
- выделение мокроты;
- кровохаркание;
- боли в грудной клетке.

Цель ЛФК: укрепить дыхательную мускулатуру, увеличить экскурсию грудной клетки и диафрагмы, способствовать растяжению плевральных спаек и очищению дыхательных путей от патологического секрета.

К специальным дыхательным упражнениям относятся: упражнения на изменение ритма и глубины дыхания, упражнения с удлиненным или укороченным вдохом или выдохом, упражнения на создание сопротивления на вдохе или выдохе, включение пауз на вдохе или выдохе (предупреждение гипокапнии – она может вызвать спазм бронхов), упражнения для увеличения вентиляции отдельных частей легких, упражнения в формировании полного дыхания в покое и при движениях.

Противопоказанием к назначению лечебной гимнастики является:

- острая стадия болезни (высокая температура тела, астматическиий приступ и др.) Лечебная гимнастика применяется при снижении температуры тела до субфебрильной или нормальной, улучшении общего состояния и в стадии ремиссии при хронических заболеваниях.
- дыхательная недостаточность 3 степени.
- абсцесс легкого до прорыва или осумкования.
- кровохаркание или угроза его развития.
- большое количество эксудата в плевральной полости.
- новообразования.

Занятия ЛФК при заболеваниях органов дыхания назначаются после установления нормальной или стойкой субфебрильной температуры и при наличии данных, указывающих на обратное развитие воспаления при отсутствии выраженных явлений сердечно-сосудистой недостаточности.

При заболеваниях органов дыхания используются режимы двигательной активности: полупостельный и свободный.

Средства ЛФК в данных режимах применяются со строгой индивидуализацией, с применением схем лечебной гимнастики без нарушений опорно-двигательного аппарата.

После окончания лечения в условиях стационара занятия ЛФК с психофизической тренировкой следует продолжать до полного восстановления здоровья и трудоспособности.

2. ЛФК при заболеваниях органов дыхания

ЛФК при плевритах. Лечебная физкультура показана при сухих, экссудативных плевритах. Задачи: способствовать ликвидации воспалительного процесса, рассасыванию эксудата, предупреждению образования плевральныхтспаек и восстановлению нарушенной функции.

При сухом плеврите назначают ЛФК после снижения температуры тела и ослабления болей. Применяют общеукрепляющие и дыхательные упражнения в и.п. сидя и стоя. Вначале амплитуда движений неполная, включают облегчённые движения, упражнения повторяют 4-6 раз, движения проводят в среднем темпе. Применяют: повороты,

сгибания, разгибания туловища, наклоны в сторону с движениями рук или одной руки в сторону, вверх, назад, дыхательные упражнения и т.д.

При экссудативных плевритах начинают с простых гимнастических упражнений в и.п. лёжа, затем сидя и стоя. По мере улучшения общего состояния, снижения температуры тела до нормы, узамедления СОЭ, включают активные дыхательные упражнения с целью растянуть образовавшиеся спайки, улучшить общий обмен веществ, повысить общий тонус организма. Занятия продолжаются 15-20 мин. К концу лечения в занятия включают общеукрепляющие и дыхательные упражнения, волейбол, лыжи, греблю.

ЛФК при пневмонии. Задачи: укрепление общего состояния, улучшение лимфо-кровообращения, предупреждение образования плевральных спаек, укрепление сердечной мышцы, постепенно приспосабливая её к физическим нагрузкам.

Занятия ЛГ начинают со 2-3 дня после установления нормальной температуры тела. В и.п. лёжа 2-3 раза в день выполняют дыхательные упражнения с простейшими движениями конечностей. Движения туловища ограничивают изменением положения тела в постели, затем включают медленные повороты и наклоны туловища. При улучшении общего состояния больного в комплекс упражнений включают более сложные упражнения, усложняют и и.п. Продолжительность занятий до 15 мин.

ЛФК при эмфиземе лёгких. При эмфиземе лёгких ЛФК является средством укрепления общего состояния больного, увеличения подвижности рёбер, диафрагмы, позвоночника.

При выполнении упражнений, особенно дыхательных, следует научить больных правильному дыханию, удлинению выдоха. Упражнения с задержкой дыхания, связанные с напряжением (поднятие тяжестей, упражнения на тренажёрах), противопоказаны.

ЛФК при бронхиальной астме. Задачи: общее укрепление и закаливание организма, обучение больного глубокому, ритмичному дыханию, особенно тренируя выдох. Дыхательные упражнения проводят так, чтобы больной научился вдыхать носом и выдыхать ртом, при этом губы должны быть сомкнуты так, как при задувании свечи. Целесообразно произносить ряд букв, звуков (пение). Упражнения проводят под счёт, постепенно удлиняя фазу выдоха. В комплекс включают простые гимнастические упражнения для конечностей и туловища, чередуя с дыхательными. Нагрузку и число упражнений увеличивают постепенно. Продолжительность занятия 10-15 мин.

ЛФК при бронхоэктазии.

При бронхоэкстазии лечебную физическую культуру назначают как общетонизирующую процедуру с целью улучшить дыхание, подвижность грудной клетки. Основная задача заключается в том, чтобы с помощью специальных дыхательных упражнений добиться повышенного отхождения больших количеств гнойной мокроты. Большое значение придается чередованию исходных положений (лежа на спине, на боку, на животе и т.д.), т.е. использованию позиционного дренажа с учетом локализации бронхоэктазов.

Применяются простые гимнастические упражнения для рук, ног и туловища. Обращается внимание на дыхательные упражнения. Упражнения применяются в медленном и среднем темпе, спокойные, без задержки дыхания. Рекомендуются прогулки.

ЛФК при туберкулезе легких. Лечебная физическая культура проводится при многих клинических формах туберкулеза легких вне обострений воспалительного процесса. Наиболее показана она при ограниченных процессах, склонных к рассасыванию (инфильтраты в фазе уплотнения и рассасывания или без значительного обсеменения, очаговые формы и нераспространенный фиброзно-кавернозный туберкулез). Применение физических упражнений способствует более быстрой дезинтоксикации организма, увеличивает жизненную емкость легких и уменьшает

гипоксию. Предложено три схемы упражнений - для больных слабой, средней и сильной группы. Дозировка упражнений зависит от реакции организма. Больным, относящимся к слабой группе предписывается щадящий режим, им не задают упражнений, требующих значительных мышечных усилий, темп движений медленный. Разрешаются утренняя гигиеническая гимнастика, дозированные прогулки с периодами пассивного отдыха на свежем воздухе.

Больным, относящимся к средней группе, помимо перечисленных выше средств лечебной физической культуры не отличается от таковой для средней группы, но общая физическая нагрузка увеличивается, предписывается тренирующий режим, разрешаются спортивные игры, теннис до 30 минут, волейбол, баскетбол, плавание.

Занятия лечебной физической культуры при туберкулезе легких чрезвычайно важно сочетать с санаторно-курортным лечением в специлизированных учреждениях.

Противопоказана лечебная физическая культура в фазе вспышки туберкулезного процесса (повышение температуры, интоксикация, кровохарканье, кашель), в стадии нарастания патологических явлений и при осложнениях плевритами.

3. Массаж при заболеваниях органов дыхания.

Цель массажа: раннее начало и непрерывность реабилитации, комплексность и ее индивидуальность.

Задачи массажа:

1. Улучшение общего состояния больного в результате ускорения крово- и лимфообращения в органах дыхательной системы.
2. Ускорение (улучшение), облегчение реабилитации больных.

Показания к массажу*:*

Хроническая пневмония.

После перенесенной острой пневмонии, плеврита.

Дыхательная недостаточность.

Эмфизема легких.

Бронхиальная астма (в межприступный период).

Пневмосклероз.

Противопоказания:

Новообразование органов дыхательной системы.

Кровотечения.

Ранения грудной клетки.

Туберкулез легких.

Острые лихорадочные состояния.

Легочно-сердечная недостаточность III степени.

Бронхоэктатические больные.

Гнойничковые воспаления на коже грудной клетки.

Массаж после плеврита и пневмонии

Методика массажа:

1. Массаж ПВЗ С4-С3, D9-D3, L5-1
2. Массаж спины: внимание уделяют окололопаточной области. Массаж выполняют в щадящем режиме.
3. Массаж передней поверхности грудной клетки. При массаже межрёберных промежутков выполнять приёмы энергично, с надавливанием.
4. Дыхательные упражнения.

Первые сеансы 1-5-10 мин, затем 12-20 мин. Курс 10-15 процедур ежедневно или через день.

Вопросы для повторения:

1. Как в патологических условиях физическими упражнениями можно воздействовать на функцию дыхания?

2. Какие нарушения функций органов дыхания наблюдаются при заболеваниях органов дыхания?

3. Перечислите задачи ЛФК и массажа при заболеваниях органов дыхания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДАМИ ЛФК И МАССАЖА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Вопросы для изучения:

1. Клинико-физиологическое обоснование применения ЛФК при заболеваниях органов пищеварения.
2. ЛФК при заболеваниях органов пищеварения.
3. Массаж при заболеваниях органов пищеварения.

1. Клинико-физиологическое обоснование применения ЛФК при заболеваний органов пищеварения

Основные причины возникновения и развития заболеваний желудка, кишечника, печени и желчевыводящих путей — функциональные нарушения центральной нервной системы, нарушение режима питания, курение, злоупотребление алкоголем, интоксикации вредными веществами (свинец, ртуть и т. п.), наследственность, инфекции, слабость мышц живота.

Симптомами заболеваний органов пищеварения являются:

— чувство тяжести в эпигастральной области;
— понижение или сильное повышение аппетита;
— отрыжка, икота, изжога;
— склонность к поносам;
— слабость, вялость;
— снижение трудоспособности;
— раздражительность;
— подавленное настроение;
— головная боль.

Лечебная физкультура оказывает существенное влияние на восстановление нарушенных функций пищеварительного аппарата. Брюшное дыхание положительно влияет на секреторную, всасывательную и выделительную функции кишечника, а также функции печени, желчного пузыря, что нормализует выделения желчи. Интенсивные физические упражнения снижают секрецию пищеварительных желез, уменьшают выделение хлористоводородной кислоты и желчи, замедляют процесс пищеварения вследствие недостаточного кровоснабжения органов брюшной полости и тормозного влияния большой физической нагрузки на блуждающий нерв, осуществляющий иннервацию пищеварительного аппарата, активность которого через 1,5-2 часа после еды ослабляется. Поэтому занятия физическими упражнениями следует проводить не ранее, чем через 1,5- 2 часа после еды.

Основные задачи лечебной физкультуры:

1) оказывать общеукрепляющее влияние на больного, улучшать его нервно-психическое и эмоциональное состояние;
2) оказывать положительное влияние на нервно-гуморальную регуляцию пищеварения;
3) активизировать кровоснабжение органов брюшной полости и малого таза;
4) укреплять мышцы брюшного пресса и тазового дна;
5) обучать полному дыханию за счет усиления участия диафрагмы в фазах вдоха и выдоха;
6) способствовать устранению различных осложнений.

ЛФК при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривается как проявление заболевания всего организма, а не только как местное поражение его. Одна из основных причин язвенной болезни - нарушение деятельности высших отделов центральной нервной системы, регулирующих работу органов пищеварения. Поэтому при выборе упражнений для страдающих этой болезнью основное внимание уделяется движениям, оказывающим воздействие на весь организм. В остром периоде заболевания физические упражнения не применяются. Не следует применять упражнений с большим статическим напряжением мышц живота, выполнение которых связано с повышением внутрибрюшного давления. При проведении упражнений надо стараться пользоваться так называемым брюшным дыханием, когда брюшная стенка во время вдоха выпячивается, а во время выдоха втягивается. При брюшном дыхании периодически то увеличивается, то уменьшается давление брюшного пресса на желудок, кишечник и печень, благодаря чему уменьшается застой крови и лимфы и создаются более благоприятные условия для работы органов брюшной полости.

ЛФК при опущении желудка

Нормальное напряжение мышц передней стенки живота способствует сохранению правильного положения органов брюшной полости. Если напряжение этих мышц ослабевает, то желудок и кишечник могут смещаться вниз. Это создает неблагоприятные условия для работы органов брюшной полости, ведет к ощущению полноты и давления в подложечной области, вызывает приступы болей при подъеме тяжестей (боли исчезают в положении больного лежа). Энтероптоз часто ведет к запору.

Лечебная физическая культура является наиболее эффективным средством лечения энтероптоза. Необходимо иметь в виду, что при опущении внутренних органов нельзя выполнять упражнения с большим напряжением. Не следует назначать упражнения в беге, прыжках и вообще движения, вызывающие сотрясение органов брюшной полости. При слабости брюшных стенок упражнения для мышц живота следует выполнять преимущественно лежа.

Некоторым больным врач советует на время занятий надевать специальный бандаж. Однако по мере укрепления мышц туловища через несколько месяцев занятий надо прекратить пользование бандажом, добиваясь замены его естественным «мышечным корсетом». Для образования такого «корсета» необходимо систематически 2-3 раза в день делать специальные упражнения для мышц живота, часто меняя при этом исходные положения.

В дополнение к гимнастике рекомендуются прогулки, ближний туризм и особенно плавание.

ЛФК при геморрое

Геморроем называется расширение вен нижнего отдела прямой кишки. Причина заболевания - застой крови в брюшной полости в результате сидячего образа жизни, хронического запора, чрезмерной тучности. Иногда набухшие венозные узлы выпадают при малейшем натуживании и могут ущемляться. Некоторые больные испытывают затруднения при ходьбе. При лечении геморроя полезны упражнения, ускоряющие кровообращение и способствующие отвлечению крови из области малого таза. Такое действие оказывают упражнения нижних конечностей с большим размахом движения, дыхательные упражнения, увеличивающие объем движений диафрагмы, и выполнение упражнений на носках.

Желательно преимущественно использовать исходные положения с сомкнутыми ногами. Особенно полезно делать движения лежа на спине и стоя на четвереньках потому, что такие упражнения способствуют оттоку венозной крови от геморроидальных узлов и улучшают кровообращение в тазовой и брюшной областях.

Полезно проделывать специальные упражнения для сфинктера (кольцевой мышцы) прямой кишки: втягивание заднего прохода (по 8-10 раз 3-4 раза в день). Во время гимнастики не рекомендуется длительно стоять на ногах, не следует делать упражнения,

связанные с натуживанием и большими усилиями. Необходимо часто менять исходное положение.

Чтобы улучшить кровообращение в прямой кишке и малом тазу, полезно ходить, высоко поднимая колени и перекрещивая ноги, т. е. ставя одну ногу перед другой.

ЛФК при гипоацидных и гиперацидных гастритах

В комплекс упражнений при гипацидном гастрите включают общеукрепляющие упражнения для конечностей и туловища, а также для мышц живота, ходьбу с высоким подниманием бедер, упражнения для увеличения подвижности позвоночника. Больной может заниматься плаванием, греблей, кататься на коньках и ходить на лыжах, участвовать в экскурсиях.

Физические упражнения следует начинать после питья минеральной воды, что способствует повышению кислотности.

При гиперацидном гастрите комплекс упражнений состоит из общеукрепляющих упражнений. Нагрузку повышают более осторожно, так как больные легко утомляются. Больным показаны терренкур, ближний туризм, отдых на воздухе.

ЛФК при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Задачи ЛФК у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - общее укрепление организма, нормализация деятельности центральной нервной системы и течения трофических процессов, борьба с осложнениями (запоры, застойные явления в органах брюшной полости).

ЛФК в остром периоде болезни не показана, при улучшении же состояния больного проводят ряд простых дыхательных упражнений в постели. Постепенно включают упражнения для мелких суставов конечностей, а затем упражнения в исходном положении сидя и стоя. Больного обучают полному дыханию, сочетая с выполнением упражнений. Упражнения для мышц живота не показаны.

ЛФК при запорах

Привычные запоры часто возникают в результате понижения общего тонуса организма и сидячего образа жизни. Лечение включает общий и пищевой режим и ЛФК, причем последней принадлежит большая роль в лечении.

Комплекс упражнений включает общеукрепляющие упражнения и упражнения для мышц живота. Для укрепления брюшного пресса проводят упражнения ногами и туловищем в исходном положении лежа на спине, животе, на боку, сидя, стоя и др. Для улучшения перистальтики кишечника полезны прыжки, ходьба на лыжах, т. е. упражнения, вызывающие сотрясение кишечника.

ЛФК при птозе (опущении) органов брюшной полости

Причиной птоза органов брюшной полости являются общее ослабление организма, дряблость мышц брюшной стенки, понижение тонуса центральной нервной системы и т. д. Занятия ЛФК играют при птозе важную роль. Комплекс упражнений включает общеукрепляющие упражнения и ряд упражнений для мышц живота, при этом следует избегать сильного повышения внутрибрюшного давления, т. е. нельзя делать упражнений, вызывающих натуживание и задержку дыхания. Применяют различные исходные положения, все же лучше проводить упражнения в исходном положении лежа на спине или же со слегка приподнятым ножным концом кровати; при этом смещенные органы занимают нормальное положение, повышение же давления в брюшной полости фиксирует их в этом положении. Необходимо применить упражнения для укрепления мышц тазового дна, для восстановления правильной осанки.

ЛФК при геморрое

Применяют для улучшения моторной функции кишечника и венозного кровообращения в органах брюшной полости и таза.

Применяют упражнения для нижних конечностей в исходном положении (и. п.) лежа на спине, на животе, стоя на четвереньках, в коленно-локтевом положении, включая и упражнения в диафрагмальном дыхании. Начинают с б-8 упражнений, увеличивая их

число через 2-3 нед до 14- 16, и повторяя их до 10-12 раз.

В исходном положении лежа на спине - сводят и разводят колени, поднимают скрещенные ноги, таз, втягивая при этом задний проход. Применяют диафрагмальное дыхание и другие упражнения. В исходном положении стоя - сводят и скрещивают ноги, втягивая задний проход, ходят со скрещенными ногами и др.

3. Массаж при заболеваниях органов пищеварения.

Задачи массажа: усилить или ослабить тонус внутренних органов (в зависимости от методики), усиливая или ослабляя в них кроволимфоток.

Показания:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (без склонности к кровотечениям).

Хронический гастрит.

Хронические заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей.

Хронические колиты. Энтероколиты.

Противопоказания:

Все заболевания, связанные с угрозой кровотечения.

Заболевания в острой стадии.

Туберкулёз органов пищеварения.

Беременность.

Послеродовый период.

Массаж при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

И.п. пациента - сидя.

1. Массаж спины, паравертебральных зон Д 9-5, С 7-3, межлопаточной области, внутреннего края угла левой лопатки, V-IX межрёберных промежутков, рёберных дуг.

И.п. пациента - лёжа на спине.

2. Массаж передней поверхности грудной клетки: грудины, над- и подключичных зон слева.

3. Массаж живота, сотрясение живота.

4. Сдавливание и растяжение грудной клетки.

Дыхательные упражнения.

Длительность массажа 15 мин., курс 12 процедур через день.

Массаж при хроническом гастрите

И.п. пациента - лёжа на животе.

1. Массаж спины, паравертебральных зон Д 9-5, С 4-3, угла левой лопатки.

И.п. пациента - лёжа на спине.

2. Массаж передней части грудной клетки. Массаж межрёберных промежутков в III-VI рёбер слева, грудины, рёберных дуг (направление движений к позвоночнику).

3. Массаж области солнечного спелетения.

4. Косвенный массаж желудка в области левого подреберья.

5. Массаж живота, сотрясение и встряхивание живота.

Вопросы для повторения:

1. Какие действия на органы пищеварения оказывают физические упражнения?
2. Каковы особенности методики лечебной физкультуры при заболеваниях органов пищеварения?
3. Перечислите задачи массажа, показания и противопоказания к массажу при заболеваниях органов пищеварения.

Физическая реабилитация при расстройствах обмена веществ

Названные расстройства развиваются при нарушении функции желез внутренней секреции, нервной системы, неправильном питании, интоксикации организма и

вследствие других причин. Существенное место в патогенезе расстройства обмена веществ занимает также и повреждение ферментативной системы организма. Активная физическая деятельность, регулярные занятия физической культурой и спортом играют важную роль в поддержании нормального обмена веществ. Лечебное влияние физических упражнений при нарушении обмена веществ осуществляется в основном по механизму трофического действия. Физические упражнения оказывают общетонизирующее влияние на организм и нормализующее воздействие на нервную и эндокринную регуляцию всех трофических процессов, способствуют восстановлению нормальных моторно-висцеральных рефлексов, что приводит к нормализации нарушенной функции.

Физические упражнения, тонизируя ЦНС, повышают и активность желез внутренней секреции, активность ферментативных систем организма. Специально подбирая физические упражнения, можно воздействовать преимущественно на жировой, углеводный или белковый обмен. Так, длительно выполняемые упражнения «на выносливость» увеличивают энерготраты организма за счет сгорания углеводов и жиров; силовые упражнения влияют на белковый обмен и способствуют восстановлению структур тканей, в частности при дистрофиях, вызванных нарушением питания и адинамией. Специфическое лечебное действие физических упражнений может проявляться и по механизму формирования компенсаций. Например, при сахарном диабете снижается синтез гликогена в печени, под влиянием же мышечной деятельности увеличивается образование гликогена в мышцах и снижается содержание сахара в крови.

Физическая реабилитация при ожирении

Ожирение — группа болезней и патологических состояний, характеризующиеся избыточным отложением жира в подкожной жировой клетчатке и других тканях и органах, обусловленное метаболическими нарушениями, и сопровождающиеся изменениями функционального состояния различных органов и систем. По данным ВОЗ, в мире страдают ожирением 25—30% взрослых и 12—20% детей. Болезни ожирения занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности.

Классификация и степени различных видов ожирения. В настоящее время наиболее распространена классификация по Д.Я. Шурыгину, учитывающая полиэтиологичность ожирения:

1. формы первичного ожирения:

а) алиментарно-конституциональная;

б) нейроэндокринные: гипоталамо-гипофизарная; адипозо-генитальная дистрофия (у детей и подростков);

2. формы вторичного (симптоматического) ожирения: церебральная, эндокринная.

По характеру течения ожирение делится на **прогрессирующее, медленно прогрессирующее, стойкое** и **регрессирующее.** Выделяют также 4 степени ожирения: I степень — превышение должной массы до 29%, II степень — 30—49%, Ш степень — 50—100%, IV степень — выше 100% массы тела.

Этиология и патогенез. Многочисленные этиологические факторы можно разделить на **экзогенные** (переедание, снижение двигательной активности) и **эндогенные** (генетические, органические поражения ЦНС, гипоталамо-гипофизарной области). В настоящее время установлено, что регуляция отложения и мобилизации жира в жировых депо осуществляется сложным нейрогуморальным (гормональным) механизмом, в котором принимают участие кора головного мозга, подкорковые образования, симпатическая и парасимпатическая нервные системы и железы внутренней секреции. На жировой обмен оказывают выраженное влияние стрессовые факторы (психическая травма) и интоксикация ЦНС.

Регуляция поступления пищи осуществляется пищевым центром, локализованным в гипоталамусе. Поражения гипоталамуса воспалительного и травматического характера

приводят к повышению возбудимости пищевого центра, повышенному аппетиту и развитию ожирения. В патогенезе ожирения определенная роль принадлежит и гипофизу. Говоря о развитии ожирения, нельзя недооценивать значение гормональных факторов, поскольку процессы мобилизации отложения жира тесным образом связаны с функциональной активностью большинства желез внутренней секреции. Сниженная двигательная активность естественно ведет к снижению энерготрат и неокислившиеся жиры в большинстве случаев откладываются в жировых депо, что ведет к тучности.

Ожирение является серьезным заболеванием, нуждающимся в специальном лечении, оно может существенно влиять на все важнейшие органы и системы, являясь фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, атеросклероз, гипертоническая болезнь), например, сердечной недостаточности. Кроме того, существует зависимость между степенью ожирения и выраженностью дыхательной недостаточности. Высокое стояние диафрагмы у лиц с ожирением уменьшает ее экскурсию и способствует развитию воспалительных процессов (бронхит, пневмония, ринит, трахеит) в бронхолегочной системе. Выявляются заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический колит). Печень у таких больных обычно увеличена вследствие жировой инфильтрации и застоя. Из-за ожирения возрастает статическая нагрузка на опорно-двигательный аппарат (суставы нижних конечностей, позвоночник), возникают артрозы коленных и тазобедренных суставов, плоскостопие, грыжи межпозвоночного диска (остеохондроз). Развивается диабет, возникают нарушения менструального цикла, аменорея, бесплодие, подагра. Ожирение может лежать в основе функциональных нарушений деятельности нервной системы (ослабление памяти, головокружения, головные боли, сонливость днем и бессонница ночью). Возможно возникновение депрессивного состояния: жалобы на плохое самочувствие, переменчивость в настроении, вялость, сонливость, одышка, боли в области сердца, отеки и т.п.

При лечении и реабилитации больных с ожирением применяется комплекс методов, важнейшими среди которых являются физические упражнения и диета, направленный на выполнение следующих задач:

1. улучшение и нормализацию обмена веществ, в частности, жирового обмена;
2. уменьшение избыточной массы тела;
3. восстановление адаптации организма к физическим нагрузкам;
4. нормализация функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, страдающих при ожирении;
5. улучшение и нормализация двигательной сферы больного;
6. повышение неспецифической сопротивляемости.

Важное место в лечении и реабилитации при ожирении занимает рациональное питание с ограничением жиров и углеводов. Количество жира в суточном рационе снижают до 0,7— 0,8 г/кг, при этом должны присутствовать растительные жиры (1,3—1,4 г/кг), резко ограничивают количество углеводов — до 2,5—2,7 г/кг (суточная норма 5,2—5,6 г/кг), прежде всего за счет исключения сахара, хлеба, кондитерских изделий, сладких напитков и др. Количество белков в пище остается нормальным — 1,3—1,4 г/кг или немного выше, что предупреждает потери тканевого белка, повышает энерготраты за счет усвоения белков, создает чувство сытости. В рационе питания кроме того нужно предусмотреть:

1. ограничение в суточном приеме свободной жидкости до 1— 1,2 л, что усиливает распад жира как источника «внутренней» воды;

2. ограничение количества поваренной соли до 5-8 г в день. Пищу готовят почти без соли, добавляя ее во время еды, исключают соленые продукты;

3. исключение алкогольных напитков, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии;

4. исключение возбуждающих аппетит блюд и продуктов: пряностей, крепких бульонов и соусов;

5. режим 5—6 разового (дробного) питания с добавлением к рациону между основными приемами пищи овощей и фруктов;

6. употребление в питании продуктов (чернослив, курага, свекла), способствующих нормальному опорожнению кишечника, с этой целью хороши самомассаж живота, ползание на четвереньках.

Необходимым условием успешного лечения, а тем более восстановления больных ожирением является правильный режим двигательной активности. Метод ЛФК является патогенетически обоснованным, а потому важным и неотъемлемым элементом комплексной реабилитации больных ожирением. При выборе физических упражнений, определении скорости и интенсивности их выполнения следует учитывать, что упражнения на выносливость (длительные умеренные нагрузки) способствуют расходу большого количества углеводов, выходу из депо нейтральных жиров, их расщеплению и преобразованию. ЛФК назначается во всех доступных формах, подбор их должен соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям больных, обеспечивая повышенные энерготраты. Целесообразно использование физической нагрузки средней интенсивности, способствующей усиленному расходу углеводов и активизации энергетического обеспечения за счет расщепления жиров.

Занятия лечебной физкультурой проводятся в виде макроциклов, которые подразделяются на два периода: вводный, или подготовительный, и основной. Во вводном (подготовительном) периоде основная задача — преодолеть сниженную адаптацию к физической нагрузке, восстановить обычно отстающие от возрастных нормативов двигательные навыки и физическую работоспособность, добиться желания активно и систематически заниматься физкультурой. С этой целью применяются следующие формы ЛФК: лечебная гимнастика (с вовлечением крупных мышечных групп), дозированная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями, самомассаж. Основной период предназначен для решения всех остальных задач лечения и восстановления. Помимо ЛГ, УГГ больным рекомендуют дозированную ходьбу и бег, прогулки, спортивные игры, активное использование тренажеров. В последующем физические упражнения направлены на то, чтобы поддержать достигнутые результаты реабилитации; применяются бег, гребля, плавание, велосипед, зимой — ходьба на лыжах. Одним из важных факторов профилактики и лечения ожирения является правильное дыхание: чтобы жиры освободили заключенную в них энергию, они должны подвергнуться окислению.

Занятия должны быть длительными (45—60 мин и более), движения выполняются с большой амплитудой, в работу вовлекаются крупные мышечные группы, используются махи, круговые движения в крупных суставах, упражнения для туловища (наклоны, повороты, вращения), упражнения с предметами. Большой удельный вес в занятиях лиц с избыточным весом должны занимать циклические упражнения, в частности ходьба и бег.

При этом необходимо учитывать следующее.

1. Занятия ходьбой и бегом могут быть рекомендованы больным с III степенью ожирения очень осторожно, так как излишняя статическая нагрузка может привести к нарушениям в опорно-двигательном аппарате, в этом случае больным можно рекомендовать занятия на гребном и велотренажере, плавание.

2. Допуск к занятиям, особенно бегом, осуществляет врач при удовлетворительном функциональном состоянии занимающихся, в процессе занятий необходим систематический медико-педагогический контроль.

Дозированная ходьба: очень медленная — от 60 до 70 шагов/мин (от 2 до 3 км/ч) при ожирении III степени; медленная — от 70 до 90 шагов/мин (от 2 до 3 км/ч) при ожирении III степени; средняя — от 90 до 120 шагов/мин (от 4 до 5,6 км/ч) при ожирении II—I степени; быстрая — от 120 до 140 шагов/мин (от 5,6 до 6,4 км/ч) при ожирении И—

I степени; очень быстрая — более 140 шагов/мин. Ее применяют для лиц с хорошей физической тренированностью. Особое внимание нужно обратить на дыхание: дышать следует глубоко и ритмично, выдох должен быть продолжительнее вдоха (2—3—4 шага — вдох, на 3—4— 5 шагов — выдох). Первые недели тренировок в ходьбе необходим кратковременный отдых 2—3 мин для выполнения дыхательных упражнений.

Бег «трусцой», бег дозированный. Беговое занятие строится следующим образом: перед бегом проводится разминка (10—12 мин), затем бег «трусцой» 5—6 мин плюс ходьба (2—3 мин); затем отдых (2—3 мин) — и так 2—3 раза за все занятие. Постепенно интенсивность бега увеличивается, а продолжительность уменьшается до 1—2 мин, количество серий доводится до 5—6, а пауза между ними увеличивается. После 2—3 недель (или более) тренировок переходят к более длительному бегу умеренной интенсивности до 20—30 мин с 1— 2 интервалами отдыха.

Примерная схема занятий ФР:

1. Больные с ожирением III степени и удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы 3 раза в неделю занимаются ЛГ, по одному разу — дозированной ходьбой и спортивными играми.
2. Больные с ожирением II—I степени с сопутствующими заболеваниями, но с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы: 2 раза в неделю — ЛГ, 2 раза — дозированная ходьба (ДХ), по одному разу дозированный бег (ДБ) и спортивные игры (СИ).
3. Больные с ожирением II—I степени без сопутствующих заболеваний: 2 раза — ЛГ, 1 раз — ДХ, 2 раза — ДБ, 1 раз - СИ.

Плавание, как и гребля, также оказывает положительный эффект при ожирении, поскольку занятия этими видами спорта приводят к значительным энерготратам. Занятия греблей и плаванием можно организовать на санаторном и поликлинических этапах. В случае необходимости используются гребные тренажеры. Занятие плаванием состоит из 3 частей: вводной (10— 15 мин) — занятие в зале («сухое» плавание); основной (30— 35 мин) — плавание умеренной интенсивности различными способами с паузами для отдыха и дыхательных упражнений (5— 7 мин) и заключительной (5—7 мин) — упражнения у бортика для восстановления функций кровообращения и дыхания.

Занятия на тренажерах. В комплексном лечении ожирения занятия на тренажерах занимают существенное место. При этом следует учитывать, что систематические физические упражнения, выполняемые на тренажерах (с чередованием каждые 3— 5 мин работы и отдыха) в течение 60—90 мин занятий, благоприятно влияют на клинические показатели и наиболее эффективно воздействуют на липидный обмен. При этом ЧСС под нагрузкой не должна превышать 65—75% от индивидуального максимального пульса.

В процессе занятий обязательны система контроля за состоянием здоровья и самоконтроль. С этой целью измеряют ЧСС и АД, оцениваются показатели самочувствия и проводят функциональные пробы (проба Мартине, велоэргометрический тест, дыхательные пробы Штанге, Генчи и др.).

При эндокринных и церебральных формах ожирения нагрузка умереннее, длительность занятий — 20—30 мин, используются упражнения для средних мышечных групп и дыхательные упражнения (диафрагмальное дыхание). Упражнения на выносливость назначаются позже и довольно осторожно, силовые упражнения не рекомендуются. Используется также массаж, водные процедуры, другие физиопроцедуры по показаниям.

При ожирении показан самомассаж, он наиболее эффективен в местах наибольшего отложения жировой ткани (самомассаж или массаж живота, ягодичных мышц, бедер и др.). Приемы самомассажа проводят в такой последовательности: поглаживание, разминание, потряхивание, растирание, движения, ударные приемы. Заканчивается массаж поглаживанием.

Физическая реабилитация при подагре и сахарном диабете

Подагра — одно из наиболее часто встречающихся нарушений белкового обмена. Это общее заболевание организма, характеризующееся отложением мочекислых солей в сухожилиях, слизистых сумках, хрящах, преимущественно в области суставов. Возникновению подагры способствует избыточное питание мясными продуктами, особенно копченостями, регулярное потребление алкоголя, ухудшение выделительной способности почек в сочетании с малоподвижным образом жизни, а также наследственное предрасположение.

При подагре нарушается обмен белков и увеличивается содержание мочевой кислоты в организме с последующим отложением ее солей в соединительной и мышечной тканях, это вызывает реактивное воспаление в суставах (при этом происходит местное повышение температуры, опухание, покраснение в области сустава и сильные боли). Постепенно суставы деформируются, нарушается их подвижность, боли несколько уменьшаются, но становятся стойкими. Подагра чаще поражает мелкие суставы кистей и стоп, порой позвоночника. Обострение подагры связано с характером питания и временем года. Хроническое течение подагры постепенно приводит к дефор-мации, дисфункции суставных концов костей кистей и стоп. Контрактуры и анкилозы при подагре относительно редки. Мочекислый диатез может проявляться в виде склеротических поражений ряда органов — сосудов, сердца и почек.

Лечение и реабилитация больных подагрой носит комплексный характер и включает в себя: рациональное питание с ограничением потребления животных белков и продуктов, богатых пуринами, регулярные занятия ЛФК, массаж, физиотерапевтические процедуры. Физические упражнения в комплексном лечении способствуют активизации и нормализации обмена веществ, усилению диуреза, выведению мочевой кислоты из организма, стимуляции кровообращения **в** пораженных суставах, они предупреждают ограничение подвижности в них, восстанавливают объем движений в суставах, способствуют урегулированию деятельности ЦНС и эндокринной системы.

В острый период болезни и во время приступов болей ЛФК не показана, назначаясь в подострый период, после стихания болей, снижения температуры и улучшения самочувствия. Задачи ЛФК:

1. повысить объем двигательной активности и восстановить работоспособность больного;
2. улучшить функцию опорно-двигательного аппарата в целом и восстановить объем движения в пораженных суставах;
3. воздействовать на нарушенный обмен веществ и нормализовать его;
4. повысить функцию органов дыхания, укрепить дыхательную мускулатуру, увеличить подвижность грудной клетки и диафрагмы;
5. улучшить функцию сердечно-сосудистой системы, усилить сократительную функцию миокарда.

В методике ЛГ широко применяют пассивные движения **в** пораженных суставах, динамические упражнения для непораженных суставов, сочетая при этом напряжение и расслабление мышечных групп, а также дыхательные упражнения. Позже добавляются активные упражнения для пораженных суставов в облегченных условиях, применяются также упражнения с предметами, механотерапия. Упражнениям должен предшествовать массаж и физиопроцедуры. Рекомендуются также ходьба, физические упражнения в воде и занятия на тренажерах.

Сахарный диабет — заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, характеризуется серьезным нарушением обмена углеводов с **гипергликемией** (повышение содержания сахара в крови) и **глюкозурией** — появление сахара в моче (сахарное мочеизнурение). Затруднения в использовании глюкозы тканями приводят к нарушению функций ЦНС, ССС, печени, мышечной ткани и, как следствие, к снижению работоспособности. Нарушение жирового обмена ведет к ускоренному окислению жиров до образования кетоновых тел, избыток

их в крови оказывает токсическое действие на ЦНС. При диабете нарушается и синтез белка, снижается уровень энергетического обмена. Нарушения энергетического обмена у больных сахарным диабетом тесно связаны с уменьшением объема мышечной деятельности. Развитию сахарного диабета способствуют нарушения центральной нервной регуляции, инфекционные заболевания, расстройства питания, чрезмерное употребление углеводов.

Вследствие гипергликемии ткани организма обезвоживаются, больные испытывают постоянное чувство жажды, употребляя много жидкости и выделяя много мочи. Поэтому сахарный диабет иначе называют **сахарным мочеизнурением.** Характерен для таких больных повышенный аппетит. В связи с усиленным сгоранием белков и жиров больные худеют, мышечная сила их падает, отмечается снижение тургора кожных покровов, сухость кожи и слизистых оболочек. Основными методами лечения сахарного диабета являются соответствующее питание с ограничением углеводов и инсулинотерапия. В комплексе лечебных мероприятий важное место отводится средствам ЛФК. Под воздействием дозированной физической нагрузки у больных уменьшается гипергликемия и глюкозурия, усиливается действие инсулина. Вместе с тем установлено, что значительные нагрузки вызывают резкое повышение содержание сахара в крови. При физической нагрузке благодаря усилению окислительно-ферментативных процессов повышается утилизация глюкозы работающими мышцами, а под влиянием тренировок увеличивается синтез гликогена в мышцах и печени. Возникающая при физической нагрузке гипогликемия приводит к повышению секреции соматотропного гормона, который стабилизирует углеводный обмен и стимулирует распад жира. Физическая тренировка позволяет больному преодолевать мышечную слабость, повышает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам. Физические упражнения оказывают положительное воздействие на нервную систему, нарушения в работе которой имеют большое значение в патогенезе сахарного диабета. Тренировки благоприятно действуют на ССС, являясь эффективным средством профилактики атеросклероза, заболевания, сопутствующего сахарному диабету.

При упражнениях скоростного характера или выполняемых непродолжительное время в мышцах преобладают анаэробные процессы, которые ведут к ацидозу и очень незначительно влияют на уровень глюкозы в крови. Упражнения же, выполняемые с вовлечением крупных мышечных групп в медленном и среднем темпе и со значительным количеством повторений, вызывают в мышцах усиление окислительных процессов, благодаря чему не только расходуется гликоген, но и потребляется глюкоза из крови. Подобная форма мышечной деятельности более приемлема для больных сахарным диабетом, так как усиленное потребление глюкозы мышцами и ее сгорание ведет к уменьшению гипергликемии. Надо также учитывать, что при физических упражнениях, выполняемых с выраженным мышечным усилием, расходование гликогена значительно больше, чем при свободных упражнениях. Успех в реабилитации больных сахарным диабетом зависит от комплекса используемых средств, среди которых доминируют различные формы ЛФК в сочетании с физиотерапевтическими методами (бальнеотерапия, электропроцедуры и др.) и массажем.

Задачи физической реабилитации:

1. способствовать снижению гипергликемии, а у инсулинозависимых больных содействовать его действию;
2. улучшить функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
3. повысить физическую работоспособность;
4. нормализовать психоэмоциональный тонус больных.

Показания к назначению средств физической реабилитации: компенсированность процесса у больных сахарным диабетом легкой и средней тяжести; отсутствие резких колебаний гликемии в процессе физической нагрузки (велоэргометрии); физиологическая реакция на физическую нагрузку.

Противопоказания: сахарный диабет декомпенсированного и тяжелого течения, низкий уровень физической работоспособности, резкие колебания гликемии во время велоэргометрической нагрузки, недостаточность кровообращения II Б степени и выше, ишемическая болезнь сердца (III—IV функциональные классы), гипертоническая болезнь II Б, III степени с выраженными изменениями во внутренних органах, с кризами.

В условиях стационара занятия ЛГ строятся по обычной принятой методике с постепенно повышающейся нагрузкой. Общая продолжительность занятия зависит от тяжести течения заболевания: при легкой форме — 30—40 мин, при средней — 20—30 и при тяжелой форме — до 10—15 мин.

При легкой форме движения выполняются во всех мышечных группах с большей амплитудой, темп медленный и средний, упражнения различны по сложности в координационном отношении. Широко даются упражнения с предметами и на снарядах. Плотность занятия довольно высокая — до 60—70%. Больным рекомендуются ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах, игры, все под строгим врачебным контролем. **При средней степени** заболевания больные выполняют упражнения средней и умеренной интенсивности, нагрузка повышается постепенно, темп — чаще медленный, амплитуда выраженная, но не максимальная, плотность — ниже средней (30—40%). Возможно использование дозированной ходьбы или лечебного плавания. **При тяжелой степени** болезни проводятся занятия в постельном режиме с небольшой нагрузкой. Упражнения для мелких и средних мышечных групп широко сочетаются с дыхательными. Занятия не должны утомлять больного, необходимо строго следить за дозировкой физической нагрузки. Плотность занятия невелика, темп выполнения упражнений медленный. Помимо ЛГ, хорошо использовать массаж, УГГ, закаливающие процедуры.

Организация комплексной реабилитации гематологического больного

гемобластоз реабилитация физиотерапевтический

Гемобластозы - это опухолевые заболевания, которые поражают кроветворную систему вместе с лимфатическими тканями.

В медицинской науке гемабластозы подразделяются на системные и региональные заболевания. К системным относятся все виды лейкозов, а к региональным - лимфомы. При лейкозах первичной областью поражения является костный мозг, а при лимфомах костный мозг является вторичной областью поражения, а метастазы при лимфомах являются обширными.

Лейкозы характеризуются наличием опухолевых клеток в крови, отсюда и название заболевания - лейкемия. Источником лейкемии (любого ее вида) является злокачественный клон, рожденный из незрелых клеток костного мозга.

Лимфомы - это группа болезней, которые поражают лимфатические ткани и характеризуются увеличением лимфоузлов в области шеи, подмышечных впадин и паховой области, и болями во внутренних органов. Происходит это из-за большого накопления в этих местах опухолевых лимфоцитов.

Главная роль в возникновении гемабластозов отдается наследственности. Но и важными предпосылками к заболеванию являются факторы внешней окружающей среды, например, ионизирующая радиация, химические канцерогены, и прочие.

Симптомы

Все гемобластозы подразделяются на две группы, в зависимости от течения развития заболевания. Бывают острые гемобластозы и хронические. Острые формы обычно протекают меньше года. Хронические гемобластозы могут существовать длительный промежуток времени, вплоть до десяти лет. При всей схожести, острый гемобластоз не может трансформироваться в хронический, и наоборот, хронический никогда не принимает острую форму.

Симптоматика гемобластозов может совершенно разнообразной, и зависит она от формы развития болезни. При гемобластозах увеличиваются лимфатические узлы, появляются болевые ощущения в разных (пораженных) внутренних органах, состояние слабости, быстрая утомляемость, тошнота и частая рвота, похудение (быстрое или медленное), бледность кожных покровов, иногда зудящая кожная сыпь в виде красных пятен.

Диагностика

Главным методом диагностирования гемабластозов является методика морфологических исследований. Первое, что назначается врачом - анализ мазков из перефирической крови пациента, затем, биопсия костного мозга или пункция грудины.

Очень важно при диагностировании гемабластозов тщательное изучение истории болезни того или иного пациента. Проводится сбор анамнеза и подробный опрос самого пациента и его родственников. Делается это с целью оценки общего состояния больного и выявления признаков заболевания. Особое внимание уделяется, при постановке диагноза, общему образу жизнедеятельности пациента и истории перенесенных им заболеваний. В случае, если в истории болезни были заболевания сложных форм, обязательно выясняется ход лечения этих болезней.

Далее исследуется кровь пациента (общий, биохимический анализ) на количественное наличие в ней лейкоцитов, тромбоцитов и эритроцитов и других биохимических веществ, на гемоглобиновую концентрацию в эритроцитах и уровень СОЭ.

Профилактика

Профилактических методов гемобластозов в медицине на сегодняшний день не существует. Очень важно вовремя выявлять заболевание и начать его лечить, тогда процентный уровень шанса на жизнь достигает самой высокой отметки.

Лечение

Лечение гемабластозов напрямую зависит от природы заболевания и его патогенеза. Для одних видов гемобластозов с большим успехом применяется химиотерапия, для других исключительно необходима трансплантация костного мозга.

Кроме того, любой метод и программа лечения того или иного гемобластоза будет зависеть от индивидуальных особенностей организма пациента, его истории болезни и характера течения заболевания.

Организация комплексной реабилитации

Реабилитация в общепринятом понятии означает совокупность медицинских, социально - экономических мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья заболевшего и его эффективный и ранний возврат к обычным условиям жизни [Панков Д.Д., 1996; Смычек В.Б., 2000]. Комплексная реабилитация гематологического больного - это система мероприятий, направленных на достижение максимальной физической, психической, социально-экономической и профессиональной полноценности, на которую они будут способны в рамках существующего заболевания. Основной задачей современной медицины является не только достижение физического благополучия пациента после завершения лечения, но и возвращение ему утраченного качества жизни. Ребенку, пережившему все, что связано с диагнозом и лечением данного заболевания, следует помочь развить в себе умение приспосабливаться к существующим условиям жизни, а семья должна получать всемерную поддержку в своем стремлении справиться с болезнью своего ребенка и вернуть ему здоровье. По определению Всемирной организации здравоохранения "здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов"

Именно в детском возрасте раннее начало программы восстановления здоровья обеспечивает достижение высокого реабилитационного потенциала. Все медицинские,

психологические и социальные проблемы детей, перенесших онкогематологическое заболевание, сфокусированы в понятии "качество жизни", которое в педиатрической гематологии все чаще рассматривается как более существенный критерий для оценки эффективности лечения, чем традиционная общая и безрецидивная выживаемость .

Анализ определения, целей и содержания диспансерного наблюдения показывает, что общим для диспансеризации и реабилитации является проведение лечебных и социально-профилактических мероприятий для скорейшего восстановления здоровья и трудоспособности переболевшего. При этом следует заметить, что мероприятия по восстановлению здоровья и трудоспособности все в большей и большей степени становятся прерогативой реабилитации. Причем дальнейшее совершенствование диспансеризации предусматривает все более активное развитие реабилитации. Таким образом, решение задач по восстановлению здоровья и трудоспособности постепенно переходит к реабилитации и приобретает самостоятельное значение. Завершается реабилитация тогда, когда достигнуто восстановление адаптированности, закончился процесс реадаптации.

Процесс реабилитации детей с болезнями системы крови для осуществления комплексности должен проводится с первого дня заболевания ребенка с учетом специфики текущего периода. Реабилитация включает 3 этапа.

Первый этап клинический. Проводится в специализированных реабилитационных отделениях (стационарах). Задачами первого этапа являются выявление сопутствующих заболеваний и осложнений, комплексная медицинская и психо-социальная реабилитация, профилактика осложнений специфической терапии, (в перерывах ПХТ, предусмотренных программой лечения), поддерживающая химиотерапия. На этом этапе обеспечивается не только подтверждение клинического выздоровления (ремиссии), но и восстановление функции пораженных систем, подготовка больного ребенка к следующему этапу реабилитации. Ведущие задачи клинического этапа складываются из уменьшения или ликвидации ведущих морфологических изменений в пораженных органах и системах; компенсации, а затем и ликвидации возникающей недостаточности функционирования органов и систем.

На этом этапе реабилитации помимо частных задач, обусловленных особенностями патологии и ответной реакции организма, решаются и такие, весьма важные для достижения конечной цели реабилитации задачи, как нормализация эмоционального тонуса ребенка, воспитание веры в успешное выздоровление, предупреждение возможных нарушений роста и развития ребенка в связи с заболеванием и ограничением двигательной активности, повышение неспецифической сопротивляемости детского организма, предупреждение двигательных расстройств. Эти задачи требуют комплексного использования средств патогенетической и симптоматической терапии. Для их решения используются следующие виды реабилитационных мероприятий:

- дифференцированная медикаментозная терапия в зависимости от выявленных нарушений: постоянная, поддерживающая и курсовая;
- физические методы (кислородные коктейли, групповая и индивидуальная ЛФК, занятия на тренажерах;
- физиотерапевтические методы (ингаляции, массаж, акупунктура, бальнеологические методы: бассейн, веерный и циркулярный душ, (жемчужные, хвойные, родоновые и др. ванны);
- психологические методы (игра, эстетическая и музыкально - художественная терапия, лечебная хореография и педагогика, психотерапия, социально - психологический тренинг, релакс-терапия).

На данном этапе психолого-педагогическая реабилитация является важнейшим компонентом комплексной реабилитации. Психологический статус детей с болезнями крови и характеризуется многочисленными страхами, высоким уровнем тревожности,

чувством вины, нередко повышенной агрессией и аутоагрессией, элементами посттравматического синдрома. Кроме того, у них нарушены коммуникативные функции в связи с дефицитом общения со здоровыми сверстниками, имеет место определенная педагогическая запущенность, девиантность поведения. У 11,9 % детей школьный возраст отстает от паспортного, но и у тех, кто формально не отстал от своих сверстников в учебе, обнаруживается дефицит знаний, умений и навыков. Кроме того, семьи с детьми-инвалидами обладают целым рядом психологических особенностей, негативно влияющих на психологический статус больного ребенка и его здоровых братьев и сестер. Большинству родителей свойственно специфическое отношение к ребенку с онкогематологическим заболеванием, опирающееся на опасения за его здоровье, и обусловленная этим заниженная оценка его возможностей, щадящие, а в действительности инфантилизирующие, требования к ребенку. При этом все усилия родителей сосредотачиваются на сохранении здоровья ребенка в ущерб развитию личности. Все эти факторы являются причиной отставания в развитии или искаженного развития тех или иных высших психических функций (произвольное внимание, память, речевая и связанные с ней функции, координация движений и мелкая моторика) и негативно влияет на формирование произвольного поведения в целом и как следствие личности ребенка. Основные направления работы психолога: работа индивидуально с детьми (наблюдение, тестирование, развивающие и коррекционные занятия); работа с педагогами и воспитателями (консультирование по проблемам межличностных отношений детей и взрослых, по вопросам формирования детского коллектива, детско-взрослой общности); работа с детьми в группах; работа с родителями (беседы о личностных особенностях детей, консультирование по семейным проблемам, коррекция детско-родительских отношений). Основу программы психолого-педагогической реабилитации составляет работа детей с природными и искусственными материалами, а также занятия в театральной, художественной, музыкальной и экологической мастерских. Здесь решается комплекс задач: психологическая коррекция и психотерапия, эстетическое воспитание, первичная профессионализация и профориентация.

Первый этап реабилитации заканчивается при восстановлении функции пораженных органов и систем или при достаточной компенсации утраченных в результате болезни функций на фоне клинико-гематологической ремиссии.

Второй этап реабилитации - санаторный. Осуществляется в профильных санаториях. Его задачами является медикаментозная, физическая и психическая реабилитация, а именно полная ликвидация клинической симптоматики и морфофункциональных нарушений или формирование нестойкой компенсации дефицитных функций при обострении хронических патологических процессов, а так же адаптация к условиям и нагрузкам амбулаторного режима. Во время проведения санаторного этапа реабилитации происходит восстановление функционального состояния систем пациентов путем включения механизмов компенсации, повышение толерантности к физическим нагрузкам, восстановление психологического статуса пациента, восстановление способности к обучению/трудоспособности, возможность частичного или полного отказа от медикаментозного лечения.

Третий этап реабилитации - амбулаторный (адаптационный). Проводится в амбулаторно - поликлинических учреждениях по месту жительства. Его основными задачами являются психопрофилактика, выявление отдаленных последствий терапии и сопутствующих заболеваний, медикаментозная, психологическая, физическая реабилитация, социально - правовая реабилитация: обучение, профориентация, семейное консультирование Адаптационный (амбулаторный) этап реабилитации предполагает предотвращение функциональных нарушений вторичного генеза, создание предпосылок для приспособления ребенка к социально - бытовой сфере, выявление и развитие биологических и психологических способностей (к обучению, трудовой деятельности). Данный этап - полная реадаптация и ресоциализация к предшествовавшим заболеванию

нагрузкам и условиям или стойкая компенсация дефицитных функций, адаптация к измененным условиям жизни. Социально-правовой аспект амбулаторного этапа наиболее широкий и включает социально - медицинскую, социально - психологическую, социально - педагогическую, социально - средовую и социально - бытовую формы реабилитации. Их целью является воссоздание утраченных и нарушенных общественных связей и отношений пациента или формирование новых (вынужденных), устранение социальных ограничений, вызванных патологией. Этот аспект является подчиненным по отношению к предыдущим видам реабилитации, дополняется рядом специфических форм и средств (включая систематический патронаж). Степень снижения зависимости реабилитируемого ребенка в удовлетворении своих жизненных потребностей от членов семьи и социального окружения является конечным критерием эффективности всей реабилитационной программы в целом.

Задачи реабилитации могут успешно решаться при соблюдении ряда принципиальных положений. Основу успеха реабилитационных мероприятий предопределяют, в первую очередь, раннее начало, комплексность, непрерывность, индивидуальный подход и преемственность специалистов (одного или разных учреждений) в проведении реабилитации [Вальчук Э.А., Ильинский А.Н., 2000]. Необходим систематический контроль проведения реабилитационных мероприятий для оценки эффективности реабилитации и своевременной коррекции реабилитационно - восстановительной программы. Кроме того, обязательным условием, обеспечивающим эффективность реабилитационных мероприятий, является активное, осознанное участие пациента и членов его семьи.

Медицинская реабилитация при заболеваниях соединительной ткани

Системные заболевания соединительной ткани – это аутоиммунные расстройства, при которых одновременно поражаются многие органы и ткани. Соединительная ткань – главная «опора» нашего организма: ее элементы обнаруживаются в коже, костях, хрящах, стенках сосудов, строме органов и даже крови. Иногда по неизвестным причинам организм начинает воспринимать собственную соединительную ткань как чужеродную и упорно ее атакует – в этом случае развивается аутоиммунное заболевание. Ревматические болезни — это группа заболеваний, протекающих преимущественно с системным или локальным поражением соединительной ткани.

• болезни с преобладающим поражением суставов (ревматоидный артрит, остеоартроз, б-нь Бехтерева и др.);

• васкулиты (б-нь Шенлейн-Геноха, узелковый периартериит и др.);

• диффузные болезни соединительной ткани (СКВ, СД и др.);

• истинный ревматизм.

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное заболевание неясной этиологии, для которого характерно поражение периферических синовиальных суставов и периартикулярных тканей, сопровождающееся аутоиммунными нарушениями и способное приводить к деструкции суставного хряща и кости, возникновению деформаций и системным воспалительным изменениям. Ревматоидный артрит представляет серьезную медико-социальную проблему в связи с:

• большой распространенностью в популяции;

• прогрессирующим течением;

• высокой частотой поражения лиц трудоспособного возраста;

• рано возникающим снижением функциональных способностей;

• потерей профессиональных и социальных навыков;

• значительной инвалидизацией.

Медицинская реабилитация проводится в соответствии с клиническим течением болезни и его особенностями, характером изменений в суставах, возрастом больного, степенью его готовности к методам реабилитации – поэтапно.

Основные направления медицинской реабилитации больных ревматоидным артритом:

• медикаментозная терапия;
• немедикаментозные методы лечения;
• хирургическое лечение;
• ортопедическая помощь.

Госпитальный этап реабилитации

Основные задачи госпитального этапа:

• улучшение общего состояния больного;
• сохранение функции здоровых суставов;
• улучшение функционального состояния пораженных суставов;
• борьба с мышечной атрофией и формированием контрактур;
• обучение больного самообслуживанию.

Основные методы госпитального этапа:

• медикаментозное лечение;
• лечебное питание;
• кинезотерапия;
• физиотерапия;
• психотерапия.

Медикаментозное лечение

Медикаментозная иммуносупрессия представляет собой основу лечения ревматоидного артрита и включает:

• базисные противовоспалительные препараты;
• цитостатики (метотрексат, арава, и др.)
• биологические препараты – протеины, разработанные методом генной инженерии с использованием человеческого гена (кинерет, ремикад, ритуксан)
• антималярийные препараты (делагил и др.)
• сульфаниламиды (сульфасалазин)
• пеницилламин (купренил)
• глюкокортикостероиды;
• нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Лечебное питание

Лечебное питание должно способствовать уменьшению воспалительных явлений и гиперэргии, укреплению соединительнотканных структур, корригированию обменных нарушений. Диетотерапия должна строиться с учетом фазы заболевания (активная или неактивная), поражения внутренних органов, в частности состояния органов пищеварения, возможных осложнений (амилоидоз, недостаточность кровообращения и др.). Из-за возможного сенсибилизирующего влияния углеводов целесообразно уменьшать их содержание в диете в активной фазе заболевания (до 250—300 г) преимущественно за счет легкоусвояемых углеводов (сахар, мед, варенье и др.), особенно при использовании глюкокортикоидных стероидов. Поскольку белки также способствуют гиперэргическим реакциям, их употребление в период обострения (экссудативная стадия) также необходимо несколько ограничивать (до 70—80 г). Однако на фоне лечения глюкокортикоидными стероидами, особенно при приеме их внутрь в значительных дозах, в связи с катаболическим их действием белки целесообразно включать в диету в достаточном или даже повышенном количестве (110—130 г), за исключением случаев развития почечной недостаточности на почве амилоидоза. Употребление повышенного количества белка показано также и в неактивную фазу заболевания при явлениях мышечной атрофии. Разрешается употребление физиологической нормы жира (70—90 г). В активной фазе рекомендуется ограничить употребление соли, увеличить содержание в диете солей калия. В связи с этим пища должна готовиться без соли с выдачей ее на руки до 3—5 г в сутки. Исключаются

продукты, богатые солью (соленья, маринады, сельдь, морская рыба и др.). Обогащению диеты калием способствует включение в нее значительного количества овощей, фруктов и ягод. Снижение содержания соли и увеличение содержания в диете солей калия особенно показано при применении глюкокортикоидов, которые способствуют задержке натрия в организме и выведению калия с мочой. Увеличение введения в организм кальция особенно показано при остеопорозе, развитию которого способствует длительное применение глюкокортикоидных гормонов. В связи с этим показано обогащение диеты кальцием (сыр, творог и др.).

Важно обогащать диету витаминами, особенно аскорбиновой кислотой, биофлавоноидами, ниацином. Для этого необходимо включать в пищу продукты, богатые этими витаминами (черная смородина, шиповник, крыжовник, сладкий перец, апельсины, мандарины, лимоны, яблоки, зеленый чай, бобовые, гречневая крупа, мясо, рыба, рисовые и пшеничные отруби). Аскорбиновая кислота усиливает синтез глюкокортикоидных гормонов, уменьшает проницаемость сосудов, участвует в образовании основного вещества соединительной ткани и повышает антигиалуронидазную активность. Биофлавоноиды уплотняют и уменьшают проницаемость стенки сосудов, в частности капилляров. Ниацин улучшает капиллярный кровоток и стимулирует секреторную функцию желудка, которая имеет тенденцию к снижению при ревматоидном артрите.

В период обострения заболевания в связи с наличием воспалительнодистрофических изменений в слизистой желудка, которым в ряде случаев сопутствуют и диспепсические нарушения, особенно при применении глюкокортикоидов, салицилатов, индометацина (метиндола), показано умеренное механическое щажение желудка (использование пищи в протертом виде, отваренной в воде или на пару). Указанные выше препараты стимулируют секрецию желудка, что может усиливать диспепсические нарушения (изжогу и др.) вплоть до развития эрозий и язв в желудке и двенадцатиперстной кишке. При использовании этих препаратов необходимо химическое щажение пищевого канала. С этой целью показано исключить мясные бульоны, рыбные и овощные навары, соления, маринады, острые приправы, специи, копчености, газированные напитки, квас. Пищу следует употреблять 4—5 раз в день.

В период выраженного обострения целесообразно использовать в качестве базисной диету № 10а с последующим переходом на диету № 10, которую можно применять с самого начала лечения при слабо выраженном обострении заболевания.

Благоприятное влияние на течение заболевания оказывает периодическое назначение вне обострения заболевания фруктово-овощных дней (каждые 7—10 дней). Они способствуют разгрузке обмена веществ, обогащению организма витаминами, солями калия и некоторыми ферментами. При осложнениях необходимо вносить в диету коррективы в соответствии с характером патологического процесса.

Кинезотерапия I период – обострение процесса (постельный режим)

• уход за больным;

• лечение положением – с помощью вспомогательных реабилитационных средств придается физиологичное положение пораженным конечностям, которое следует менять в течение дня несколько раз, с целью профилактики патологической деформации;

• для здоровых суставов небольшое количество простых упражнений и движения по самообслуживанию;

• дыхательные упражнения.

II период – подострый (палатный режим)

Лечебная физкультура (ЛФК) – основной метод кинезотерапии в этом периоде и включает:

• активные упражнения – для здоровых суставов;

• пассивные, пассивно-активные и активные упражнения – для пораженных суставов;

• режим ЛФК – щадящий (небольшая амплитуда, медленный темп, 5-10-15 минут, несколько раз в день, с постепенным увеличением нагрузки)

• дыхательную гимнастику;

• лечение положением.

III период – свободный режим (занятия проводятся в кабинете ЛФК)

• индивидуальный или малогрупповой метод;

• общеразвивающие упражнения;

• упражнения на растяжение (физиологически обоснованы);

• дыхательные упражнения;

• упражнения с отягощением;

• игровые занятия;

• механотерапия (тренажеры маятникового типа и др.).

Массаж – присоединяют при затухании воспалительного процесса как самостоятельную процедуру или в комплексе с ЛФК.

• начинают с воздействия на рефлексогенные зоны: шейно-воротниковую при поражении верхних конечностей, пояснично-крестцовую – нижних;

• массируют мышцы окружающие пораженный сустав;

• используют приемы поглаживания, легкого неинтенсивного растирания и разминания;

• грубые, ударные приемы исключаются;

• продолжительность 10-15 минут, курс 10-15 процедур.

Важно обучить пациента приемам самомассажа!

Физиотерапия

Основные задачи физиотерапии: уменьшить воспаление и боль в суставах, замедлить прогрессирование процесса, профилактировать развитие деформаций, улучшить качество жизни пациентов.

Методы общего воздействия:

• нейроэндокринная иммуномодуляция ЭМП УВЧ и СВЧ;

• лазеротерапия (НИЛИ);

• УФО на проекцию надпочечников и др.

Воздействие на суставы:

• криотерапия;

• электрофорез;

• ультразвук;

• импульсные токи и др.

Психотерапия:

• методы саморегуляции (БОС-терапия);

• поведенческие подходы (формирование умения справляться с болезнью);

• методы релаксации;

• групповая и семейная психотерапия.

Диспансерно-поликлинический этап

Все больные должны быть взяты на диспансерный учет независимо от возраста и трудовых возможностей, хроническое течение болезни обязывает обратить максимальное внимание на поликлинический этап лечения!

В условиях диспансерного наблюдения больные должны проходить минимальное, но наиболее информативное клинико-лабораторное и инструментальное исследование. Комплекс исследования при осмотре больного, помимо общей описательной характеристики опорно-двигательного аппарата и других важнейших систем, должен включать и количественные объективные критерии, позволяющие оценить функциональные возможности суставов (углометрия, простые функциональные пробы и

др.). Больные с классическим течением ревматоидного артрита должны осматриваться 4 раза в год. Необходим мультидисциплинарный подход (участие ревматолога, кардиолога, ортопеда, психолога, социальных работников и других специалистов). Больные с висцеритами осматриваются ревматологом по индивидуальному графику в зависимости от остроты течения, не менее 4 - 6 раз в год, если пациенты получают базисную терапию, осмотр необходим 1 раз в 1 – 2 недели. Ежегодно проводится рентгенография суставов независимо от того, имеются клинические признаки прогрессирования процесса или нет. Должны быть организованы школы РА для больных. Определяются показания для хирургического лечения. Должен осуществляться санаторно-курортный отбор.

Хирургическое лечение

• в I стадии заболевания (синовиит) выполняется синовэктомия;

• во II стадии РА (продуктивно-деструктивный панартрит) обьем оперативного вмешательства зависит от фазы патологического процесса, на ряду с синовэктомией выполняется артролизис и хейлэктомия;

• в III фазе (деструктивно-склеротическая) выполняются реконструктивновосстановительные операции на суставах и сухожильно-мышечном аппарате, которые направлены на устранение деформаций и восстановление их функции (эндопротезирование или артропластика).

Санаторно-курортная реабилитация

Показания:

• суставная форма ревматоидного артрита в фазе ремиссии при минимальной или умеренной степени активности;

• суставно-висцеральная форма артрита в фазе ремиссии или с минимальной активностью;

• состояние после операции на суставах;

• функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата (ФН ОДА) I-II степени.

Противопоказания:

• суставная и суставно-висцеральная формы ревматоидного артрита в острой фазе или при обострении процесса, умеренная или высокая степень активности;

• артрит с явлениями амилоидоза внутренних органов;

• больные, получающие в настоящее время гормональную терапию;

• общие противопоказания, исключающие направление больного на курорт.

Пациентам с ревматоидным артритом показаны местные санатории, бальнеологические курорты (Пятигорск, Белокуриха, Сочи), грязевые курорты (Франтишкови Лазне).

Программа санаторной реабилитации:

• медикаментозное лечение;

• лечебное питание;

• климатотерапия;

• бальнеотерапия;

• грязелечение;

• кинезотерапия;

• физиолечение;

• психотерапия.

Климатолечение

• аэротерапия (воздушные ванны, круглосуточная аэротерапия);

• гелиотерапия (при температуре воздуха 21 - 24°С),

• талассотерапия (морские купания).

Бальнеотерапия

• сероводородные ванны улучшают периферическое кровообращение, поэтому несколько стимулируются процессы восстановления хрящевой ткани за счет улучшения питания синовиальной оболочки сустава;

• радоновые ванны считаются одними из самых эффективных для больных ревматоидным артритом, в местах, где нет природных источников радона, такие ванны готовят искусственно;

• солевые ванны – местное раздражение провоцирует разрастание новых сосудов, увеличивается приток крови к пораженным суставам, стимулируются репаративные процессы.

Грязелечение

При фиброзных изменениях в суставах хороший лечебный эффект дают грязевые аппликации на сегментарно-рефлекторные зоны (шейно-воротниковая, пояснично-крестцовая), «высокие перчатки», «носки» – при поражении мелких суставов, на проекцию пораженного сустава – при моно- и олигоартрите.

Кинезотерапия

Используются все методы кинезотерапии: ЛФК, механотерапия, массаж, трудотерапия. Физиотерапию назначают с целью уменьшения болей, воспалительных изменений, улучшения репаративных процессов, предупреждения контрактур и атрофии мышц. Для воздействия на общую иммунологическую реактивность путѐм гипосенсибилизации, улучшения функции нервной, гипофиз-адреналовой и других систем организма, стимуляции обменных процессов, иммунобиологических свойств организма, а также для санации очагов хронической инфекции в носоглотке, желчных, мочевыводящих путях и др.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически обусловленный системный процесс, который характеризуется поражением основного вещества и волокон соединительной ткани, приводит к нарушению формообразования различных органов и систем организма, имеет прогредиентное течение, определяет особенности ассоциированной патологии.

Фенотипические признаки дисплазии

• астенический тип конституции;
• деформации грудной клетки;
• деформации позвоночника;
• гипермобильность суставов;
• долихостеномиелия;
• арахнодактилия;
• плоскостопие;
• патология кожи;
• патология зубочелюстной системы;
• гипотония, гипотрофия мышц;
• нарушение рефракции;
• варикозное расширение вен;
• пролапсы клапанов сердца;
• висцероптоз;
• синдром вегетативной дистонии;
• малые аномалии развития.

Реабилитация пациентов с ДСТ

• Немедикаментозная терапия (адекватный режим, диетотерапия, кинезотерапия, физиолечение, психотерапия, санаторно-курортные факторы, ортопедическая коррекция, профессиональная ориентация);

• медикаментозная симптоматическая терапия (лечение болевого синдрома, улучшение венозного кровотока, прием бета-блокаторов, адаптогенов, седативных препаратов, гепатопротекторов и др.);

• патогенетическая терапия (стимуляция коллагенообразования, коррекция нарушений синтеза и катаболизма гликозоаминогликанов, стабилизация минерального и витаминного обменов, улучшение биоэнергетического состояния организма);

• хирургическое лечение (хирургическая коррекция деформаций грудной клетки, венэктомия, удаление хрусталика, пластическая хирургия и др.).

Обязательным этапом ведения лиц с ДСТ после всестороннего обследования и установления диагноза является грамотная беседа врача с пациентом перед началом реабилитационных мероприятий:

• что такое дисплазия соединительной ткани

• какова роль генетических и средовых факторов в ее происхождении

• к каким изменениям в организме она может привести

• какого образа жизни следует придерживаться

• как быстро наступает эффект от проводимой терапии и как длительно она должна проводиться

• каковы возможности хирургической и терапевтической коррекции

• в чем опасность занятий профессиональным спортом и танцами

• каковы ограничения в профессиональной деятельности

• следует провести консультацию по вопросу брака и семьи, пригодности к службе в армии.

Образ жизни и режим дня

При отсутствии значительных функциональных нарушений ведущих органов и систем пациентам с ДСТ показан общий режим с правильным чередованием труда (учебы) и отдыха, исключение составляют пациенты с несовершенным остеогенезом, которым с целью профилактики возникновения переломов нужно вести щадящий образ жизни (носить корсеты, использовать костыли, избегать травматизации). В связи с нарушением репаративной способности ДНК противопоказано пребывание в условиях жаркого климата, зонах повышенной радиации. Желательно исключить стрессорные воздействия. Метеозависимым пациентам в неблагоприятные дни необходимо избегать профессиональных и психоэмоциональных перегрузок, не допускать переохлаждения верхних и нижних конечностей, в холодный сезон постоянно носить перчатки, теплые носки. Женщинам, особенно при работе стоя, показано использование компрессионного трикотажа (антиварикозные колготки 50–70 дэн) и др.

Профессиональная ориентация

Следует избегать специальностей, связанных с большими физическими и эмоциональными нагрузками, вибрацией, контактами с химическими веществами и воздействием рентгеновских лучей. Всем пациентам с ДСТ не рекомендуется заниматься профессиональным спортом и танцами, так как чрезмерные нагрузки на функционально неполноценную соединительную ткань приведут к чрезвычайно быстрому наступлению ее декомпенсации.

Патогенетическая медикаментозная терапия

• стимуляция коллагенообразования (солкосерил, L-лизин, L-пролин, стекловидное тело и др.);

• хондропротекторы (артра, терафлекс и др.);

• стабилизация минерального обмена (вит. D, препараты кальция, магния и др.);

• коррекция биоэнергетического состояния организма (элькар, милдронат и др.);

• нормализация процессов перекисного окисления (вит. С, А, Е, мексидол и др.);

• коррекция уровня свободных аминокислот в сыворотке крови (аминокислотные препараты, БАДы, содержащие необходимые аминокислоты, а также витамины и микроэлементы, участвующие в их метаболизме – метионин, глицин, глутаминовая кислота и др.).

Диетотерапия

• рекомендуется пища, содержащая достаточное количество белка (мясо, рыба, соевые продукты, орехи и др.);

• продукты питания должны быть обогащены, витаминами (группа В – нормализует белковый обмен, витамины С и Е необходимы для осуществления нормального синтеза коллагена и обладают антиоксидантной активностью);

• диета должна обеспечивать организм макро- и микроэлементами (магний калий, кальций, фосфор, селен и др., которые участвуют в процессе минерализации костной ткани, синтезе и созревании коллагена);

• включать продукты богатые полиненасыщенными жирными кислотами оказывающими тормозящий эффект на секрецию соматотропного гормона (соевое, хлопковое масло, семена подсолнечника, сало и др.).

Кинезотерапия

Лечебная физкультура – показана всем пациентам с ДСТ

• комплекс упражнений направлен на укрепление мышечно-связочного аппарата;

• рекомендуется аэробная тренировка сердечно-сосудистой системы: дозированная ходьба пешком, на лыжах, путешествия, туризм, бег трусцой, езда на велосипеде;

• упражнения не должны способствовать повышению нагрузки на связочносуставной аппарат и увеличению подвижности суставов и позвоночника;

• большинству пациентов противопоказаны висы и вытяжения позвоночника;

• обязательно включение в комплекс ЛФК дыхательной гимнастики.

Механотерапия – занятия на тренажерах (велотренинг).

• тренировка кардиореспираторной системы в режиме малых и средних нагрузок, педалирование 60 оборотов в минуту, в течение 15 минут, на индивидуально подобранной ЧСС, рассчитанной по формуле Аулика: ЧСС тр. = ЧСС покоя + 1/2 (ЧСС мах. – ЧСС покоя)

• входит в авторскую программу реабилитации пациентов с ДСТ разработанную профессором Дубилей Г.С. для диспансерно-поликлинического этапа.

Массаж – снимает болезненный спазм мышц, улучшает кровоснабжение, передачу нервных импульсов, трофику мышц туловища и суставов.

Физиотерапия

Выбор методов физиотерапии осуществляют в зависимости от основных клинических проявлений. В последнее время широкое распространение получил метод точечного воздействия лучом гелий-неонового лазера, оказывающий биостимулирующее, анальгезирующее и седативное действие (процедуры выполняют ежедневно или с промежутком в один-два дня, три курса лечения (15–20 сеансов) с интервалом в один месяц.

Основная цель психотерапии — выработка системы адекватных установок и закрепление новой линии поведения в семье больного. Лабильность нервных процессов, присущие пациентам с патологией соединительной ткани, чувство тревоги и склонность к аффективным состояниям требуют обязательной психологической коррекции, т.к. невротическое поведение, мнительность немало влияют на отношение пациентов к лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортный этап реабилитации имеет широкие возможности использования немедикаментозных средств воздействия: природных и преформированных физических факторов, кинезотерапии, психотерапии и др.

Выбор реабилитационных средств зависит от клинических проявлений и выраженности диспластического процесса, должен быть дифференцированным и комплексным.

Ортопедическая коррекция

• ортопедическая обувь;

• супинаторы;
• наколенники, способные уменьшать разболтанность коленного сустава и травматизацию хряща при ходьбе;
• эластичные бинты;
• корсеты

Реабилитация при болезнях костно-мышечной системы

Болезни и травмы костно-мышечной системы в целом представляют большую социальную проблему в силу не только их частоты, но и длительности временной нетрудоспособности и тяжести инвалидности. Большинство больных, признаваемых при первичном освидетельствовании во МСЭ инвалидами, являются полностью нетрудоспособными (инвалидами I и II группы) и остаются инвалидами в течение всей жизни. У больных с некоторыми видами пороков развития костно-мышечной системы трудовая деятельность вообще исключается. Повреждения и заболевания опорно двигательной системы, являющиеся причиной инвалидизации.

Инвалидность (временная или постоянная), вызванная травмами и заболеваниями ОДС, составляет около 20% от общего числа инвалидов. Группы причин, связанные с поражением опорно-двигательного аппарата,

вызывающие инвалидность:

Травматические повреждения костно-мышечной, нервной системы и суставного аппарата.

Заболевания различной этиологии.

Врожденные дефекты.

Травмы, как причины первичной инвалидности, стоят на 3 месте в общей структуре

причин инвалидности (6-7 случаев на 10 000 человек).

Заболевания, вызывающие инвалидность, занимают 4-9 места среди причин инвалидности (2-2.5 случая на 10 000 человек).

Классификационная схема поражений костно-мышечной системы (Косинская Н.

С., Рохлин Д. Г., 1961):

Травматические повреждения и их последствия

Дегенеративно-дистрофические поражения

Воспалительные заболевания

Нейродистрофические заболевания

Поражения типа фиброзной остеодистрофии и родственные ей заболевания

Опухолевидные образования и доброкачественные опухоли

Группа злокачественных опухолей

Ретикулоэндотелиозы и невоспалительные гранулемы

Нарушение развития костно-мышечной системы

Исходя из этой схемы, на первых трех местах стоят травматические повреждения,

дегенеративно-дистрофические, воспалительные заболевания, нейродистрофические

заболевания встречаются значительно реже. Инвалидность при остальных поражениях

составляет от 0,4 до 2% от общего кол-ва инвалидов с поражением ОДС.

Эти поражения ОДС вызывают патологические состояния, приводящие непосредственно инвалидности.

Основные группы патологических состояний, вызывающих инвалидность:

Дефекты и деформации верхней конечности.

Дефекты и деформации нижней конечности.

Дефекты челюсти и твердого неба.

Деформация грудной клетки (последствия оперативного вмешательства).

Реабилитационный процесс инвалидов с заболеваниями и травмами ОДС.

Частота и тяжесть инвалидности при поражениях костно-мышечной системы объясняются тем, что реабилитация больных является сложной и еще полностью не разрешенной задачей.

Задачи медицинского аспекта реабилитации:

- профилактика инвалидности: качественная и своевременная ортопедо-травматологическая помощь и последующая реабилитация.
- компенсация последствий поражения ОДС
- профилактика утяжеления инвалидности

Мероприятия медицинского аспекта реабилитации:

1Этиопатогенетическое лечение.

2 Хирургическое лечение.

Следует отметить, что в некоторых случаях создаваемое путем восстановительного хирургического лечения новое анатомо-функциональное состояние может сопровождаться восстановлением одной и ухудшением другой функции, обусловливающей инвалидность (возникновение анкилоза (неподвижность сустава) после резекции коленного сустава).

Наиболее разработанной системой реабилитации является система восстановления после эндопротезирования крупных суставов.

Стационарный этап:

Предоперационная подготовка.

Задачи:

формирование настроя на активное участие в реабилитационных мероприятиях

ознакомление с программой реабилитации и правилами поведения в раннем послеоперационном периоде

обучение упражнениям раннего послеоперационного периода (дыхательной гимнастики)

Средства реабилитации:

психотерапия

лечебная гимнастика

Ранний послеоперационный период.

Задачи:

профилактика застойной пневмонии, тромбозов, пролежней, контрактур, мышечной атрофии и.т.д.

стимуляция процессов регенерации тканей

купирование болей

тренировка ортостатической устойчивости (подготовка к вставанию)

выработка компенсаций: обучение ходьбе с протезом, навыки работы левой рукой

Средства реабилитации:

лечебная гимнастика

дыхательные упражнения

массаж

отдельные методы физиотерапии (магнитотерапия, электростимуляция мышц)

механотерапия

технические средства реабилитации

Профилактика тромбофлебитов:

Возвышенное положение ноги после операции.

Ранняя двигательная активизация

Адекватный водный рацион

Исключение длительных статических нагрузок

Изометрические упражнения на мышцы голени

Динамические упражнения в голеностопном суставе и нижней конечности.

Бинтование конечностей или применение компрессионных чулок (с максимальным

давлением в области лодыжек)

Прерывистая пневмокомпрессия ног

Профилактика застойной (гипостатической) пневмонии:

Избегание переохлаждения пациента

Кислородотерапия (сразу после операции) и обеспечение проходимости дыхательных

путей

Проведение санации ротовой полости

Придание положения Фаулера и изменение положения каждые 2 часа

Проведение вибрационного массажа

Предупреждение метеоризма и запоров

Проведение дыхательной гимнастики с усилием на выдохе и вдохом через нос.

Профилактика пролежней.

Приказ от 17 апреля 2002 г. N 123 об утверждении отраслевого стандарта "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОЛЕЖНИ"

Профилактика контрактур.

Контрактуры - ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности. Чаще всего развивается контрактура голеностопных суставов (конская стопа) под действием силы тяжести и тяжести одеяла. Контрактуры являются предрасполагающим фактором к развитию анкилозов.

Пример: сжатая в кулак кисть больного со временем принимает вид птичьей лапы.

Придание физиологичного положения конечности с помощью валиков, ортезов, шин.

Проведение мероприятий, направленных на ликвидацию болевого синдрома, отека, ишемии тканей. Раннее обеспечение движений в суставах пораженной конечности.

Проведение идеомоторных, динамических (пассивных и активных) упражнений лечебной гимнастики.

Профилактика мышечной атрофии.

Поведения комплекса изометрических упражнений (без изменения И.П. и изменением И.П.) и динамических

Рациональные сроки ограничения двигательной активности и двигательная активизация.

Двигательная активизация.

Большинство травм и заболеваний ОДС связано с длительным постельным режимом. Вследствие этого у пациента нарушается ортостатическая устойчивость и требуется по возможности ранняя, постепенная двигательная активизация.

1 этап: гимнастика в постели: идеомоторные упражнения - изометрические упражнения –

динамические упражнения (сохраняется двигательный динамический стереотип).

2 этап: присаживание в постели, вставание с постели, лечебная гимнастика (И.П. зависят

от режима двигательной активности)

3 этап: тренировка ходьбы.

Правила:

- шаги должны быть одинаковой длинны – равномерное распределение осевой нагрузки

- следует соблюдать равномерный ритм ходьбы и вертикальное положение туловища –

профилактика осевой ассиметричной нагрузки

- при опоре на стопу сперва на пол ставиться пятка – профилактика чрезмерной физической нагрузки и неустойчивости. Трость и костыль находиться со здоровой стороны и ставиться на пол одновременно с ногой – эффективная разгрузка пораженной ноги

- при ходьбе по ступенькам вверх: здоровая нога- опора на трость – больная нога – трость

– разгрузка пораженной конечности

- при ходьбе по ступенькам вниз: трость- больная нога- опора на трость - здоровая нога –

обоснование то же.

Санаторный этап.

Задачи позднего послеоперационного периода:

1 Увеличение амплитуды движений в суставах.

2 Профилактика контрактур

3 Совершенствование двигательного стереотипа ходьбы

Средства реабилитации:

1 Лечебная гимнастика.

2 Массаж.

3 Гидрокинезотерапия

4 Физиотерапия

5 Механотерапия и спортивные тренажеры

6 Технические средства реабилитации – профилактика наклонов, приседаний и ассиметричной нагрузки

Задачи восстановительного периода:

1 Тренировка мышц к длительной статической и динамической нагрузки

2 Формирование правильной осанки

3 Восстановление координации движений и бытовых стереотипов движения

Средства реабилитации:

1 Лечебная гимнастика

2 Занятия на тренажерах

3 Физиотерапия

4 Элементы спортивных игр

5 Трудотерапия

Амбулаторный этап

Задачи:

1 Восстановление трудоспособности.

2 Профилактика осложнений

На данном этапе наиболее актуальна профессиональная реабилитация.

В заключении: перечисленные реабилитационные мероприятия направлены на профилактику инвалидности. В случае, когда исходом лечебного процесса является

инвалидизация пациента объем, и характер реабилитационных мероприятий определяется ИРП.

Тема 2.2.

Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в травматологии и ортопедии, хирургии, онкологии

Реабилитация в травматологии и ортопедии

Реабилитация — общественно необходимое функциональное и социально-трудовое восстановление больных и инвалидов (детей и взрослых), осуществляемое комплексным проведением государственных, общественных, медицинских, психологических, педагогических, профессиональных, юридических и других мероприятий.

Реабилитация предусматривает два основных момента:

а) возвращение пострадавшего к труду

б) создание оптимальных условий для активного участия его в жизни общества.

Реабилитация нетрудоспособных является социальной проблемой, решение которой входит в компетенцию медицины.

Основные принципы реабилитации следующие.

1. Возможно раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны органически вливаться в лечебные мероприятия, дополнять их.
2. Непрерывность реабилитации, что является основой ее эффективности.
3. Комплексный характер реабилитационных мероприятий. В реабилитации инвалида должны участвовать не только медицинские работники, но и другие специалисты: социолог, психолог, представители органов социального обеспечения и профсоюза, юристы и т. д. Руководство врача реабилитационными мероприятиями обязательно.
4. Индивидуальность системы реабилитационных мероприятий. Учитывается течение процесса заболевания, характер людей в различных условиях их жизни и работы, отсюда строго индивидуальные реабилитационные программы для каждого больного или инвалида.
5. Осуществление реабилитации в коллективе больных (инвалидов). Это обусловлено тем, что цель реабилитации возвращение пострадавшего в коллектив.
6. Возвращение инвалида к активному, общественно полезному труду.

Круг лиц, которых можно и нужно подвергнуть мерам реабилитации, определяют приблизительно. Следует различать инвалидность врожденную и приобретенную.

Можно выделить определенные разделы, входящие в содержание реабилитации.

1. Функциональное восстановление: а) полное восстановление; б) компенсация при ограниченном или отсутствующем восстановлении.
2. Приспособление к повседневной жизни.
3. Приобщение к трудовому процессу.
4. Диспансерный контроль реабилитированных.

Цель реабилитации состоит в следующем: адаптация на прежнем рабочем месте; реадаптация — работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии — работа с пониженной физической нагрузкой в соответствии с приобретенной новой квалификацией, близкой к прежней специальности. При невозможности реализации изложенных выше пунктов — соответствующая переквалификация на том же предприятии, в случае неудачи или очевидной невозможности восстановления — переквалификация в реабилитационном центре с последующим подысканием работы по новой специальности. В настоящее время различают три основных вида реабилитации, которые осуществляются с помощью реабилитационных центров.

Медицинская реабилитация

Медицинская реабилитация включает лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного. В этот период также осуществляется

психологическая подготовка пострадавшего к необходимой адаптации, реадаптации или переквалификации. Медицинская реабилитация начинается с момента обращения больного к врачу, поэтому психологическая подготовка пострадавшего находится в компетенции врача.

Социальная или бытовая реабилитация

Это один из важнейших видов реабилитации. Социальная или бытовая реабилитация ставит основной целью развитие у пострадавшего навыков к самообслуживанию. Главная задача врача-реабшштатора в этой группе больных состоит в том, чтобы обучить инвалида пользоваться самыми простыми, преимущественно бытовыми, приспособлениями. Большое значение здесь имеет индивидуальный подход к больному и творческий вымысел реабилитаторов в изготовлении различных приспособлений, упрощающий самообслуживание инвалида (рис. 72).

Профессиональная реабилитация

Профессиональная, или производственная, реабилитация основной целью ставит подготовку инвалида к трудовой деятельности. Время, прошедшее от медицинской реабилитации до профессиональной, должно быть минимальным. Для инвалида имеет значение не только то, что ему скажут о ходе и прогнозе его заболевания, но также и тон, каким ему будут об этом говорить. В противном случае больной сам себе дает ответы на поставленные им вопросы, которые в большинстве случаев не соответствуют реальной действительности и поэтому часто не способствуют благоприятному исходу лечения. Чем дольше длится восстановительное лечение, тем больше возможностей для психической реакции со стороны инвалида. Он начинает думать, что уже не нужен на производстве, контакты с товарищами по производству теряются, да и состав работников на производстве за это время нередко меняется.

Технический процесс трудотерапии

Главное в обучении трудовым навыкам —. терпеливое объяснение больным техники трудовых процессов. Лучше подбирать работу, незнакомую для больного, объем которой не должен быть утомителен (через каждый час следует устраивать 20-минутный перерыв). Если по мнению инструктора больной не может продолжать работу, лучше его на этот день освободить. Для трудового процесса следует составить график на каждый день с таким расчетом, чтобы ежедневно выполнялся запланированный объем.

Отделения трудотерапии должны поддерживать тесную связь с каким-либо производством, которое примет часть больных после трудотерапии на постоянную работу.

Выбор метода трудотерапии обусловливается характером травмы, деформацией пострадавшей конечности и т. д.

Трудотерапия является основой бытовой реабилитации, когда больной обучается навыкам принятия пищи, бритья, одевания и т. д. Особо важное значение указанные навыки социальной реабилитации приобретают у умственно отсталых детей, поэтому в отделениях трудотерапии реабилитационного центра для них должна быть выделена специально оборудованная комната со стендами (рис. 73), на которых вы * гавлены различные предметы обихода. Дети должны быть обучены пользованию различными видами запоров, ванной, душем и т. д., что крайне необходимо для выработки основных навыков самообслуживания.

Таким образом, **основными задачами трудотерапии являются.**

1.Восстановление физических функций: а) увеличение подвижности суставов, укрепление мышц, восстановление координации движений, увеличение и поддержание способности к освоению рабочих навыков; б) обучение каждодневным видам деятельности (прием пищи, одевание и т. д.); в) обучение домашней работе (уход за детьми, домом, приготовление пищи и т. д.); г) обучение обращению с протезами, особенно верхних конечностей.

2.Изготовление в отделении трудотерапии упрощенных приспособлений, позволяющих больному заниматься каждодневными видами деятельности.

3.Определение степени профессиональной трудоспособности с целью установления вида работы, который подходит в данном случае.

Физическая реабилитация в лечении травматологических больных

имеет чрезвычайно важное значение. Два противоположных метода лечения – покой и движение – не должны исключать друг друга. Правильное сочетание покоя и движений в рамках лечебного двигательного режима позволяет ускорить сроки клинического и функционального выздоровления, обеспечивают наиболее быстрое и всестороннее возобновление работоспособности, предотвращают инвалидизации больных.

В травматологии весь курс ЛФК разделяют на 3 периода:

I. Иммобилизационный.

II. Постиммобилизацийний.

III. Восстановительный.

Основные задачи физической реабилитации (ФР):

1. Возобновление нарушенного равновесия основных функций ЦНС.
2. Повышение общего жизненного тонуса больного, улучшения его настроения, устранения «психогенного тормоза».
3. Улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и выделительной систем.
4. Ликвидация застойных явлений в органах грудной клетки (профилактика гипостатической пневмонии), брюшной полости, области малого таза.
5. Активное предупреждение развития местных нарушений (профилактика гипотрофии мъъязив, важкорухливисть суставов, контрактур, спаек, и так далее).
6. Улучшение трофических процессов в тканях: стимуляция общего и местного крово- и лимфообращению, улучшение обменных процессов, стимуляция регенерации тканей (образование в местах повреждений качественно полноценной костной, рубцовой но др. тканей).
7. Возобновление нарушенных функций опорно-двигательного аппарата.

Общие принципы ФР в травматологии:

1. Раннее (своевременный) начало – с первых дней поступления больного в стационар (амбулаторного лечения ли) с целью ликвидации или уменьшения проявлений общей реакции организма на травму, предупреждение явлений гиподинамии.
2. Непрерывность в течение всего курса лечения (то есть, чтобы ФР была не эпизодом или дополнением, а невидъъемной частью комплексного лечения).
3. Сочетание лечения физическими упражнениями с иммобилизацией – то есть иммобилизация не является препятствием к применению лечебной гимнастики.
4. Постепенное повышение нагрузки.
5. Комплексность – использования рядом с физическими упражнениями массажа, механотерапии, бальнеотерапии, трудотерапии и так далее

Противопоказание к назначению ЛФК у больных травматологического профиля:

1. Общее тяжелое состояние больного, обусловленное кровопотерей, шоком, инфекцией, психологической травмой, сопровождающими заболеваниями.
2. Стойкий и выраженный болезненный синдром (нестерпимые боли).
3. Повышение температуры тела свыше 37,5 о С.
4. Опасность кровотечения или возобновления кровотечения в звъъязку с движениями.
5. Наличие посторонних тел вблизи больших сосудов, нервов и других жизненно важных органов.

I. Период иммобилизации

- отвечает костному срастанию видломкив, что наступает в среднем через 30—90 дней после травмы. Окончание стадии консолидации определяется клинически (отсутствие симптома упругой деформации) и рентгенологически, что служит показанием к прекращению иммобилизации,
- ЛФК назначается на 2-3 сутки (при отсутствии противопоказаний);
- при проведении лечебной гимнастики необходимо исключить появление или усиление боли, поскольку боль вызывает рефлекторное напряжение мъязив, что усложняет выполнение упражнений!
- при подборе упражнений стоит учитывать возможность облегчения их выполнения (использование скользящих плоскостей, роликовых тележек, и тому подобное), локализацию повреждения, простоту или сложность движений, степень активности.

Средства ЛФК, которые используются в иммобилизационном периоде:

1. Дыхательные упражнения – статические и динамические.

2. Загальзмицнюючи упражнения, которые охватывают все мъязови группы.

3. В меру адаптации больного к нагрузке добавляются упражнения на координацию, равновесие (для профилактики вестибулярных нарушений).

4. Специальные упражнения:

– улучшению трофики и мобильности в поврежденной конечности);

— упражнения для свободных от иммобилизации суставов (способствуют стимуляции репаративних процессов в зоне повреждения, профилактике ригидности суставов).

— идеомоторные движения — предупреждают нарушение координационных взаимоотношений мъязив-антагонистов и другие рефлекторные изменения, в частности мъязовий гипертонус, который является первой стадией развития контрактур;

— изометрические напряжения мъязив — способствуют профилактике мъязових атрофий, снижению силы и выносливости мъязив, лучшей компрессии видломкив кости, возобновлению мъязового чувства и других показателей нервово-мъязового аппарата. Они используются в виде ритмичных (выполнение напруг в ритме 30—50 в 1 хв.) и длительных (в течение от 3-х до 7 сек.) напруг, а также (при травмах нижних конечностей) – в виде статического содержания сначала здоровой, а затем поврежденной конечности. При выполнении данных упражнений не рекомендуется задерживать дыхание.

— упражнения, направленные на возобновление функции поврежденной конечности, – имитация ходьбы, увлечения пальцами стопы разных мелких предметов, и ин.;

— упражнения для стимуляции периферического кровообращения – опускание конечности со следующим предоставлением возвышенного положения;

— упражнения с дозированным сопротивлением – (с помощью инструктора) в попытке отведения-приведения поврежденной конечности.

Формы ЛФК:

— Утренняя гигиеническая гимнастика;

— Лечебная гимнастика (1-2 раза на день);

— Самостоятельные занятия больного за указанием врача (2-3 раза на день).

В иммобилизационном периоде также назначают:

— Массаж — при диафизарных переломах у больных с гипсовой повъязкой назначают с 2-й недели. Начинают со здоровой конечности, а затем влияют на сегменты поврежденной конечности, свободные от иммобилизации, начиная влияние выше места травмы. У больных, которые находятся на скелетной вытяжке, массаж здоровой конечности и позаосередковий на поврежденной начинают с 2-3-го дня. Применяют все приемы массажа и особенно — благоприятные расслаблению мъязив на пораженной стороне. Противопоказание к массажу: гнойные процессы, тромбофлебит.

— Овладение самыми простыми навыками самообслуживания.

— Трудотерапия – при повреждении верхней конечности: плетение, въязання, пришивание пуговиц и так далее

II. Постиммобилизацийний период

— начинается после снятия гипсовой повъязки или вытяжка. У больных образовалась первичная костная мозоль, но в большинстве случаев снижены сила и выносливость мъязив, ограниченная амплитуда движения в суставах иммобилизованих конечностей.

В этом периоде к задачам ЛФК добавляются:

— последующая нормализация трофики в области травмы для окончательного формирования костного мозоля;

— ликвидация атрофии мъязив и достижение нормального объема движений в суставах;

— ликвидация временных компенсаций;

— подготовка к вставанию (после длительного постельного режима);

— учеба навыкам передвижения на костылях и подготовка к опороздатности здоровой конечности (при поражении нижних конечностей), — возобновление двигательных навыков и осанки.

Средства ЛФК, используемые в постиммобилизацийному периоде:

1. Дыхательные упражнения.

2. Загальзмицнювальни + упражнения на равновесие.

3. Специальные упражнения – для пораженной конечности применяют активные гимнастические упражнения в облегченных исходных положениях (лежа, сидя), с использованием роликовых тележек, которые дежурят с упражнениями на расслабление мъязив с повышенным тонусом. Для возобновления силы мъязив используют упражнения с сопротивлением, с предметами (эспандерами, гантелями и тому подобное), у гимнастической стенки, на тренажерах. Физическую нагрузку увеличивают за счет увеличения количеству упражнений и их дозирования.

4. Массаж – назначают при слабости мъязив, их гипертонусе и проводят начиная выше места травмы. Приемы массажа дежурят с элементарными гимнастическими упражнениями.

5. Гимнастика в воде – в медленном темпе (вода облегчает выполнение упражнений).

6. Трудотерапия – изготовление конвертов, несложных предметов, лепки, из пластилина, скатывания бинтов и др.

III. Восстановительный период

— У больных возможны остаточные явления в виде ограничения амплитуды движений в суставах, снижения силы и выносливости мъязив поврежденной конечности, формирования контрактур.

Задачи ЛФК:

1. Возобновление полной амплитуды движения в суставах.

2. Последующее укрепление мъязив.

3. Возобновление работоспособности (бытовой и профессиональной).

Средства ЛФК:

Общеразвивающие гимнастические упражнения (выполняют с большей нагрузкой), дополняют их дозированной ходьбой, плаванием, физическими упражнениями в воде в быстром темпе (вода – оказывает сопротивление), массажем, механотерапией, трудовыми операциями профессиональной направленности.

При контрактурах эффективное сочетание массажа, тепловых и др. физиопроцедур, коррекции положением (спец. повъязки, заключения).

Реабилитация пациентов в хирургии и онкологии.

Реабилитация пациентов в хирургии

Успех лечения хирургических больных зависит не только от техники выполнения самой операции, но и от предоперационной подготовки больного, протекание послеоперационного периода.

Послеоперационный период делится на: ранний послеоперационный, который продолжается до снятия швов (7—10 дней после операции); поздний — до выписки больного из стационара (от 7—10-го дня до 15—20-го дня); отдаленный — до восстановления трудоспособности больного (от 15—20-го дня до 25— 30-го дня после операции).

Кроме того, в стационаре существуют двигательные режимы: строго постельный, постельный, палатный и свободный.

1 Ранний послеоперационный период. фактором профилактики возможных

Осложнений и быстрейшей ликвидации последствий перенесенной операции является

Задачами ЛГ в раннем послеоперационном периоде являются: профилактика осложнений (застойная пневмония, ателектаз, атония кишечника, тромбозы, эмболии и т. д.); улучшение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы; улучшение психоэмоционального состояния больного; профилактика спаечного процесса; формирование эластичного, подвижного

Противопоказания:

Тяжелое состояние больного; перитонит; острая сердечно-сосудистая недостаточность.

При отсутствии противопоказаний гимнастика назначается с первых часов после операции. В зависимости от вида оперативного вмешательства и состояния больного в 1—2-е сутки соблюдается строгий постельный режим.

В занятие включаются дыхательные упражнения статического и динамического характера, с последующим безболезненным откашливанием, упражнения для дистальных отделов конечностей; массаж грудной клетки по 3—5 мин (приемы поглаживания, растирание, легкая вибрация). Проводится 3—4 раза в день по 5—7 минут индивидуально.

Постельный режим соблюдается в 1—6-е сутки в зависимости от возраста, вида оперативного вмешательства и состояния больного (I—3-и сутки после аппендэктомии, 1—4-е сутки после грыжесечения, 1—5-е сутки после операций на желудке, 1— 6-е сутки после холецистэктомии и операций на кишечнике).

Л Г выполняется в исходных положениях лежа, полусидя и

сидя. Применяются упражнения для всех суставов и мышечных групп,статические и динамические дыхательные упражнения; облегченные упражнения для мышц брюшного пресса; упражнения на диафрагмальное дыхание; повороты туловища в сторону; упражнения в ритмичном сокращении и расслаблении мышц промежности (профилактика застойных явлений в области малого таза). Наличие дренажной трубки после полостной операции не является противопоказанием для проведения занятий (надо только следить, чтобы она не выпала).

После грыжесечения уменьшают нагрузку на брюшную стенку в течение 7—

10 дней, а при ущемленных грыжах — в течение 2—3 недель. Для предупреждения рецидива грыжи рекомендуют также носить поддерживающую повязку, которую надевают и снимают лежа.

2.Поздний послеоперационный период.

Задачами Л Г в позднем послеоперационном периоде являются: улучшение Жизненно важных функций организма (кровообращения, дыхания, пищеварения); стимуляция процессов регенерации в области вмешательства (образование эластичного,

подвижного рубца, профилактика спаечного процесса); укрепление мышц брюшного пресса (профилактика послеопе- рационных грыж); адаптация всех систем организма к возрастающей физической нагрузке; профилактика нарушений осанки.

Палатный режим соблюдается в разные сроки, в зависимости от вида операции: 2—5-е сутки после аппендэктомии, 5— 10-е сутки — после операции на желудке, 5—8-е сутки — после грыжесечения, 6—12-е сутки — после холецистэктомии и операций на кишечнике. В занятиях используются движения, адекватные для всех суставов и мышечных групп, дыхательные упражнения статического и динамического характера, упражнения для мышц туловища. Исходные положения лежа, сидя, стоя. Длительность занятий — 12—15 мин, 2—3 раза в день индивидуальным или малогрупповым методом.

Свободный режим назначается на 6—12-е сутки в зависимости от состояния: 6—8-е сутки — после аппендэктомии; 11— 12-е сутки — после операций на желудке, грыжесечении; 12—14- е сутки — после операций на кишечнике и у ослабленных больных. Занятия проводятся в зале малогрупповым или групповым методом в течение 15—20 мин. Используются динамические и статические упражнения для всех групп мышц, суставов, конечностей, туловища, без и с гимнастическими снарядами, у гимнастической стенки; малоподвижные игры, дозированная ходьба. При атонии кишечника применяется массаж живота (не затрагивают область операционного рубца).

3 Отдаленный послеоперационный период

В отдаленном послеоперационном периоде (через 3—4 недели после операции Задачами ЛГ являются тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной систем к Возрастающим нагрузкам и восстановление трудоспособности больного. После выписки из стационара больной должен продолжать занятия в поликлинике или санатории. В занятиях используются общетонизирующие упражнения, упражнения на укрепление Мышц брюшного пресса (профилактика послеоперационных грыж), дозированная ходьба, терренкур, ближний туризм, элементы спортивных игр, ходьба на лыжах.

Массаж

при хирургических вмешательствах в предоперационный период проводится по методике, принятой при консервативном лечении того заболевания, по поводу которого планируется операция. Особое значение массаж имеет в послеоперационном периоде, помогая предупредить послеоперационные осложнения, в частности пневмонию у лиц пожилого возраста и ослабленных больных, стимулируя регенеративные процессы, и в комплексе с другими средствами реабилитации сокращает сроки выздоровления больных. После лапоротомии (операция на брюшной полости) осуществляют воздействие на Паравертебральные зоны спиномозговые сегментов. Применяется поверхностное плоскостное поглаживание концами пальцев и ладонью; нежные циркуляторные растирания концами пальцев и опорной частью кисти; надавливание подушечками пальцев, сдвигание и вибрация малой амплитуды и в медленном темпе; растирание концами пальцев области крестца, гребней повздошных костей, реберных дуг.

Массаж широких и трапециевидных мышц спины и больших грудных мышц заключается в поверхностном плоскостном и граблеобразном поглаживании, растирании концами пальцев, разминании, сдвигании, надавливании, потряхивании, нежном похлопывании.

Массаж живота проводят, фиксируя одной рукой операционный шов через повязку: нежные поглаживания ладонной поверхностью пальцев вокруг операционной раны и в направлении к подмышечным и паховым лимфатическим узлам, поверхностное поглаживание косых мышц, надавливание, пощипывание, щипцеобразное разминание. После торакальных операций осуществляется воздействие напаравертебральные зоны спинномозговых сегментов С7—С5: поверхностное поглаживание концами пальцев и ладонью, граблеобразное растирание опорной частью кисти, нежное штрихование,

надавливание, вибрация малой амплитуды и в медленном темпе. Растирание концами пальцев области гребней повздошных костей, реберных дуг.

Массаж живота: плоскостное поверхностное спиралевидное поглаживание вокруг пупка, мышц брюшного пресса в направлении к подмышечным и паховым лимфатическим узлам, продольное и поперечное разминание, пощипывание, надавливание, сдвигание, стабильная вибрация

Массаж грудной клетки проводят, фиксируя одной рукой операционный шов (через повязку): нежные поглаживания ладонной поверхностью пальцев и растирание подушечками пальцев вокруг операционной раны, плоскостное поглаживание в направлении к подмышечным, надключичным подключичным лимфатическим узлам, растирание и поглаживание межреберных промежутков, области грудины, плечевых сосудов, разминание больших грудных, трапециевидных и широчайших мышц спины.

Массаж нижних и верхних конечностей: поглаживание, растирание суставов, прерывистое разминание, потряхивание мышц, встряхивание нижних конечностей.

Время процедуры массажа в раннем послеоперационном периоде 10—20 мин, ежедневно 1—2 раза, курс 6—8 процедур.

Физиотерапия

при хирургических вмешательствах чаще применяется при осложнениях. При инфильтратах (уплотнение ткани), флегмоне (гнойное воспаление) в области послеоперационного шва применяют УВЧ на область шва через повязку, облучение лампой соллюкс; УФО области раны и окружающей кожи по 3—4 биодозы во время перевязок. При образовании спаек в брюшной полости после операции для обезболивания и рассасывания, а также для тонизации кишечной мускулатуры, усиления перистальтики кишечника и укрепления мышц брюшной стенки применяют следующие виды физиотерапевтических процедур: индуктотермию, сантиметровые волны (СМВ), диадинамотерапию (ДДТ) на область солнечного сплетения, грязевые, парафиновые или озокеритовые аппликации на область живота.

Реабилитация онкологических пациентов.

— целая система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на адаптацию к новым условиям функционирования и жизнедеятельности организма, возникших в результате заболевания и лечения злокачественной опухоли.

Возможность реабилитации конкретного больного рассматривают индивидуально с учётом комплекса прогностических факторов: локализации и стадии опухоли, её морфологического строения, характера проведённого лечения, степени анатомо-функциональных нарушений, а также общебиологических и социальных характеристик — возраста, пола, профессии, положения в обществе, семье и т.д. Все вероятные варианты клинического течения злокачественного заболевания можно объединить в 3 большие группы.

• Группа с так называемым благоприятным прогнозом включает в себя пациентов с I—II стадией опухоли, которые имеют реальный шанс стойкого излечения, причём эта закономерность прослеживается для большинства локализаций опухолей — лёгкое, желудок, шейка матки, молочная железа, гортань и т.д. При опухолях, которые соответствуют символам T1—2H0M0, 5-летняя выживаемость в этой группе больных достигает 60—90%. У большинства пациентов при этом возможно проведение функционально щадящего и органосохраняющего лечения с применением методик хирургической парциальной резекции поражённого органа с сохранением его функциональной части, нередко с одномоментной реконструкцией, например лобэктомии при раке лёгкого, резекции желудка, сфинктеросохраняющей резекции прямой кишки и т.д. К органосохраняющим и функционально щадящим методам у таких

пациентов относят и консервативные противоопухолевые воздействия: лучевую терапию, например при раке голосовых связок, или химиолучевую терапию при лимфогранулематозе и др.

• Прогноз заболевания приобретает более серьёзный характер у пациентов с III стадией опухоли. Возможность проведения функционально щадящего лечения при подобной распространённости процесса весьма ограничена. Чаще для адекватного удаления опухоли и лимфатических узлов требуется выполнение инвалидизирующей операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией, следствием чего является выраженный анатомо-функциональный дефект, например гастрэктомии, пневмонэктомии, мастэктомии. В ряде случаев это приводит к полной потере функции органа и сопровождается выраженной инвалидизацией, например ларингэктомия с трахеостомией, ампутация конечности, резекция пищевода с эзофаго- и гастростомой, обструктивная резекция толстой кишки с колостомой.

• И, наконец, группа неблагоприятного прогноза с прогрессированием опухолевого процесса после неэффективного лечения II— III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задача лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования основного заболевания путём применения лучевой и химиотерапии, а также коррекции возникших нарушений функции органов, например трахеостомия при стенозе гортани и трахеи, гастростомия при опухолевой дисфагии и т.д., а также купирование хронического болевого синдрома

В соответствии с групповым прогнозом определяют цель реабилитации.

Цели восстановительного лечения онкологических больных:

1) восстановительная - предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности;

Примером может служить больная после радикальной мастэктомии, у которой имеется тугоподвижность плечевого сустава на стороне операции;

2) поддерживающая - связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Эта форма направлена на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе и касается больных с III стадией заболевания

3) паллиативная - при прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений (пролежни, контрактуры, мучительные боли, психические расстройства).

Реабилитация после химиотерапии предполагает восстановление после курсового проведенного химиотерапевтического лечения (5-6-10 циклов) в течение определенного времени. В это понятие вкладывают, как правило, устранение соматических и эстетических побочных эффектов химиотерапии, включая тошноту, рвоту, облысение. Реконструктивно-пластический компонент реабилитации онкологических больных включает в себя комплекс методов реконструктивно-пластической хирургии, позволяющих в кратчайшие сроки и с максимальной эффективностью восстановить функцию и внешний вид органа.

К реконструктивно-пластической реабилитации относятся так же: метод имплантации искусственных материалов и ортопедическая реабилитация, применяемая в тех случаях, когда есть противопоказания к проведениюреконструктивно-пластического лечения. Социально-трудовой компонент реабилитации заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и заместительной лекарственной терапии для восстановления функции оперированного органа, обучению или переквалификации для получения новой профессии. Этот компонент проводится совместно со ВТЭ и органами социальной защиты.

Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации.

1 Подготовительный.

На этом этапе основное внимание следует уделять психике больного. Под воздействием стрессовой ситуации у пациента, возникают психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром.

Психологически в беседах врача необходимо больного информировать об успехах лечения онкозаболеваний. По показаниям применяются седативные препараты. Этот этап непосредственно связан со специальной медиканентозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

2 Лечебный.

Он включает в себя операцию по удалению опухоли. Это также может быть курс лучевой или химиотерапии.

3 Ранний восстановительный.

Проводится в естесственные биологические сроки до 2-3 недель. Целесообразно применять методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ-установки. В конце этапа необходимо начинать специальную ЛФК, в т. ч. на тренажерах.

4 Поздний восстановительный.

Этап является непосредотвенным продолжением предыдущего. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Параллельно начинают проведение специальной противоопухолевой химио- или лучевой терапии. В связи этим реабилитационные мероприятия планируются с учетом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес. 3а это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая коррегирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

5 Социальный.

На этом этапе первостепенное значение приобретает психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

Очень важное значение играет врачебно-трудовая экспертиза. Основными задачами ВТЭ является установление степени утраты трудоспособности онкологического больного, причин и времени наступления инвалидности, определении для инвалидов условий и видов труда, а также мероприятия по восстановлению их трудоспособности (профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование, обеспечение средствами передвижения). В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и за состоянием трудоспособности проводится периодические освидетельствования.

Таким образом, реабилитация онкологических больных при функционально щадящем и комплексном лечении многоэтапный процесс, восстановительный по сути и содержащий несколько важнейших компонентов - реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер.

Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни.

Тема 2.3. Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов с болезнями нервной системы

ЛФК и массаж при поражениях центральной и периферической нервной системы

Любое движение происходит при передаче импульсов из коры головного мозга к передним рогам спинного мозга, в то же время доказано, что для нормальной функции головного мозга необходим постоянный приток импульсов с периферии: кожи, мышц, суставов. При заболеваниям травмах ЦНС проведение нервных импульсов затрудняется,

из-за нарушения иннервации мышц возникают парезы (ослабление произвольных движений) и параличи (отсутствие произвольных движений).

При поражении клеток передних рогов спинного мозга и их волокон развивается вялый периферический) паралич или парез, сопровождающийся парезом или параличом, гипотонией или атонией мышц и гипорефлексией или полным отсутствием сухожильных, периостальных и кожных рефлексов. Часто снижается чувствительность и нарушается трофика, которая может привести атрофии мышц.

При травмах и заболеваниях головного мозга или спинного мозга тормозное влияние коры головного мозга на спинальные мотонейроны снижается, и их функции активизируются. В результате возникает центральный спастический паралич: повышение тонуса мышц,гиперрефлексия, появление патологических рефлексов, причем на руке повышен тонус преимущественно сгибателей пронаторов, а на ноге - преимущественно разгибателей. Больной принимает позу Вернике- Манна: плечо приведено к туловищу, кисть и предплечье согнуты, кисть повернута ладонью вниз, нога разогнута в коленном и тазобедренном суставах, стопа согнута.

Общими при всех повреждениях и заболеваниях нервной системы являются ограничение амплитуды движений, снижение мышечного тонуса, вегетотрофические расстройства и др.

Физические упражнения: 1) вызывают приток импульсов в кору головного мозга; которая регулирует все функции организма; 2) активизируя мотонейроны спинного мозга, увеличивают биопотенциал мышц и восстанавливают их функции.

Специальные упражнения условно делят на следующие группы:

- ❖ упражнения, увеличивающие объем движения в суставе и силу мышц;
- ❖ упражнения, направленные на восстановление и улучшение координации движений);
- ❖ антиспастические упражнения;
- ❖ идеомоторные упражнения (посыл мысленного импульса в тренируемую группу мышц);
- ❖ группа упражнений, направленных на восстановление или формирование двигательных навыков (стояние, ходьба, манипуляции с простыми бытовыми объектами - одеждой, посудой и пр.);
- ❖ пассивные упражнения и упражнения на растягивание соединительнотканных образований, лечение положением и др.

Ушиб головного мозга по своей тяжести, симптомам и клиническим проявлениям дает картину тяжелого сотрясения мозга с глубоким повреждением. К наиболее частым осложнениям ушиба головного мозга относятся парезы и параличи конечностей, расстройства слуха, зрения, обоняния, вкуса, речи и интеллекта (травматическое слабоумие).

Дыхательную гимнастику, преимущественно статического типа и упражнения для мелких и средних мышечных групп назначают после прекращения тошноты и рвоты, активную лечебную гимнастику - за несколько дней перед тем, как пострадавшему будет разрешено сесть.

При парезах и параличах назначают пассивную лечебную гимнастику, несмотря на тяжелое состояние больного, еще в отделении реанимации или интенсивной терапии.

Противопоказания к применению ЛФК в неврологии:

1) обострение ишемической болезни мозга;
2) повторный инсульт;
3) тромбоз сосудов;
4) гипертонический криз;
5) резко выраженный болевой синдром;

6) острый энцефалит, миелит;

7) неврит;

8) повторная травма головного и спинного мозга;

9) обострение сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов;

10) острые интеркуррентные заболевания.

Заболевания и травмы головного мозга

При травмах и заболеваниях головного мозга тормозное влияние коры головного мозга спинальные мотонейроны снижается и их функции активизируются. В результате возникает центральный спастический паралич. При попытке выполнять активные движения возможны синкинезии - непроизвольные содружественные сокращения других мышечных групп.

Инсульты различают: геморрагический и ишемический. Последствие инсультов: в первые дни тонус паретичных мышц понижается, а через несколько дней возникают спастическиекие парезы и параличи, которые приводят к образованию контрактур.

Травмы головного мозга

Различают сотрясения, ушибы и ранения головного мозга. При всех травмах повышается внутричерепное давление, нарушается циркуляция крови и ликвора, отмечаются дистрофические изменения нервных клеток. Сотрясение головного мозга сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. Вегетативными нарушениями (колебания артериального давления, повышенная потливость и др.), адинамией, нарушением сна, отмечаются равномерная гипотония мышц конечностей, равномерная гипорефлексия. При ушибах и ранениях в связи с размозжением и сдавливанием участков мозга к вышеперечисленным симптомам присоединяются двигательные, чувствительные, речевые и другие расстройства.

Задачи ЛФК и массажа

Стимуляция нейронов в очаге поражения; снижение патологического тонуса и увеличение мышечной силы; профилактика контрактур и пролежней; улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем; повышение эмоционального тонуса; восстановление утраченных двигательных функций; развитие компенсаторных навыков самообслуживания и ходьбы.

Особенности ЛФК

При травмах головного мозга сроки назначения лечебной гимнастики сугубо индивидуальны (при инсульте начало занятий - 2-3-й день при легкой и средней степени тяжести, при тяжелой форме - после восстановления сознания). При всех видах повреждения головного мозга исключают упражнения для головы, так как они могут вызвать тошноту, рвоту, головокружение и т.д.

Лечение положением - конечностям придают правильное положение, используя мешочек с песком, валики в подмышечную область и др. Движения начинают с мышц здоровой стороны' (от проксимальных отделов переходят к дистальным), а затем включают пассивные движения паретичной конечностью, производя их одновременно со здоровой стороной или попеременно, применяя упражнения на расслабление парализованных мышц. ИП лежа на спине, животе, на боку. Темп медленный, обязательны паузы для дыхания, упражнения на расслабление мышц. Особое внимание уделяют сгибанию и наружной ротации плеча, разгибанию и супинации предплечья, разгибанию кисти и пальцев, противопоставлению и отведению большого пальца руки, сгибанию и ротации бедра, сгибанию голени при разогнутом бедре, тыльному сгибанию и пронации стоп. При выполнении дыхательных упражнений не допускать гипервентиляции (можно спровоцировать эпилептические припадки): во время выдоха производят вибрирующие сдавления грудной клетки, вначале с минимальным усилием. Когда больному разрешают сидеть, выполняют и пассивные движения для пояса верхних конечностей (поднимание и опускание надплечий, поднимание, опускание, отведение и

приведение лопаток). При появлении произвольных движений активные упражнения выполняют с чьей-нибудь помощью. Позднее больного обучают ходьбе с костылями, по лестнице, добавляют упражнения для туловища (небольшие наклоны, сгибание, разгибание, повороты), вестибулярную гимнастику (глазодвигательные упражнения в сочетании с и наклонами головы, задания на ориентировку в определении скорости, размеров и направления движущихся предметов), а также упражнения для воспитания двигательных навыков самообслуживания (мелкие движения для пальцев с использованием теннисных мячей, лепки, и др.).

Заболевания и травмы спинного мозга

Повреждения спинного мозга чаще возникают при переломах позвоночника.При поражении двигательных рогов спинного мозга (травмы, полиомиелит) и их волокон часто развивается периферический (вялый) паралич или парез. Больные длительное время находятся на постельном режиме. В зависимости от локализации поражений нарушения двигательной функции различны: при локализации в шейном отделе - возникают спастические тетрапарезы и параличи; в нижне шейном и верхнегрудном - вялый парез (паралич) рук и спастический парез (паралич) ног; в грудном отделе - спастические параличи (парезы) ног; в нижнегрудном и поясничном - вялый паре (паралич) ног.

Задачи ЛФК и массажа

Активизация сердечно-сосудистой и дыхательной системы; улучшение проведения двигательных и чувствительных импульсов; укрепление паретичных и растяжение сокращенных мыщц при контрактурах); предупреждение атрофии мышц; укрепление мышечного корсета; развитие компенсаторных двигательных навыков.

Особенности ЛФК

ЛГ включает общеразвивающие, дыхательные, коррегирующие упражнения, на сопротивление, рефлекторные и идеомоторные упражнения. Показаны упражнения в воде. При тетрапарезе применяют дыхательные упражнения, идеомоторные и пассивные движения в верхних и нижних конечностях; после операций на позвоночнике - лечение положением, дыхательные и пассивные упражнения.

Тяжелые повреждения шейного отдела спинного мозга.

На раннем этапе периодически поворачивают больного на спину, на бок, на живот. При ограничении движений в суставах рук их то приводят к туловищу, то отводят, руки периодически сгибают и разгибают в локтевых суставах, лучезапястные суставы и пальцы фиксируют бинтом к фанерной лонгете в выпрямленном состоянии. Стопы пациента укладывают в ящик так, чтобы они опирались о его стенку под углом 90 градусов. При повышении тонуса сгибателей голени коленные суставы фиксируют к кровати в положении разгибания. Для перевода больного в вертикальное положение длительно и постепенно тренируют ортостатические реакции. Пациента укладываю на вращающийся стол, туловище, таз, ноги фиксируют ремнями. Медленно изменяют наклон стола под контролем врача. В дальнейшем начинают присаживание больного с постели, не опуская ног. Затем поочередно спускают одну и другую ногу, сажают с опущенными ногами, с опорой на подушку; выполняют упражнения для мышц плечевого пояса и головы.

Позднее больного пересаживают в коляску, и время пребывания в ней постепенно увеличивают. Одновременно больного обучают простейшим действиям паретичными руками с использованием различных предметов и приспособлений. Постепенно режим движений расширяют. В корсете и ортопедических аппаратах больного поднимают на

ноги, поддерживая его. Позднее обучают ходьбе в аппаратах, а затем с помощью специальных ходунков и костылей.

Массаж

Начинают с грудной клетки, используя все приемы, однако растирание и вибрацию производят нежно. Затем поглаживают и растирают спину (для улучшения трофики нижних конечностей массируют поясничную область, а верхних - шейно-грудную) и массируют конечности. Особенности: при вялых параличах, в отличие от массажа спастических мышц, широко применяют приемы разминания, вибрации и поколачивания; если появляются боли от глубокого массажа, то переходят на вибрационный массаж подушечками пальцев.

Продолжительность процедуры - 10-20 минут. Курс лечения - 10-12 процедур в подострый период травмы.

Примерный перечень упражнений при спастических парезах нижних конечностей

1 .Отведение и приведение ноги в тазобедренном суставе в положении лежа на спине при

подвешенной на полотенце ноге или по гладкой поверхности, уменьшающей трение.

2. Сгибание и разгибание ноги в тазобедренном суставе в ИП лежа на боку при подвешенной ноге.

3. Сгибание и разгибание ноги в коленном суставе в ИП лежа на боку при фиксированном руками инструктора бедре; сгибание и разгибание ноги в голеностопном суставе при фиксированной инструктором голени, нога полусогнута в коленном суставе.

Заболевания и травмы периферической нервной системы

К периферической нервной системе относят нервные корешки, спинномозговые узлы, нервы и их сплетения. При травмах часто поражаются поверхностно расположенные периферические нервы. Может быть сотрясение, ушиб или перерыв нерва, полный или частичный.

При повреждении периферической нервной системы возникают двигательные нарушения (парезы; параличи), расстройство чувствительности (гипестезия или гиперестезия), вазомоторные трофические расстройства (цианоз кожи, расстройство потоотделения, депигментация кожи и доклиническая картина зависит от того, какой участок нерва вовлечен в воспалительный или травматический процесс. При поражении основного ствола нерва утрачиваются все его функции.

Неврит - заболевание периферического нерва травматической или инфекционно-воспалительной этиологии. В зоне иннервации нерва нарушается кровообращение, что препятствует удалению продуктов воспаления и проникновению в очаг лекарств, отмечаются двигательные и чувствительные нарушения. Полиневриты могут быть следствием интоксикации (алкогольной), авитаминоза, инфекций, нарушения обмена веществ (диабет) и проявляются вялыми параличами конечностей и нарушением в них чувствительности.

Радикулит - воспаление нервных корешков. Плексит - воспаление нервного сплетения.

Задачи ЛФК при повреждениях периферической нервной системы: улучшение кровообращения; стимуляция регенерации нерва; укрепление паретичных мышц и связочного аппарата; устранение контрактур и тугоподвижности суставов; стимуляция заместительных движений.

Радикулит

Это самое распространенное заболевание периферической нервной системы. Радикулиты могут быть первичными (простудного или инфекционно-токсического характера) и вторичным (вследствие дегенеративных изменений в позвоночном столбе). Чаще всего радикулит является следствием (остеохондроза позвоночника).Это дегенеративные изменения межпозвоночных диск которые возникают в результате ряда

неблагоприятных факторов и вследствие повреждений под влиянием одномоментных травм или повторных микротравм; характеризуются снижением высоты диска и его уплотнением, выпячиванием фиброзного кольца, появлением в нем трещин, сквозь которые выдавливается измененное пульпозное ядро, реактивным уплотнением передней и задней продольных связок. Чрезмерное утолщение задней продольной связки может значительно уменьшить просвет позвоночного канала. В процесс прогрессивно вовлекается весь сегмент: тела смежных позвонков, межпозвоночные суставы и связочный аппарат. Главными синдромами остеохондроза могут быть статические, неврологические, вегетососудистые, висцеральные и синдром нестабильности позвонков. Часто поражаются межпозвоночные диски нижнего отдела позвоночного столба и возникает пояснично-крестцовый радикулит. Это связано со значительной подвижностью и нагруженностью IV и V поясничных позвонков. При сдавливании спинномозговых нервных корешков грыжей диска появляются тупые и острые боли в пояснично-крестцовой области (чаще на одной стороне), иррадиирущие в ягодицу, заднюю поверхность бедра, наружную поверхность, которые часто сопровождаются мышечным спазмом и гиперестезией кожи.

Задачи ЛФК и массажа

Улучшение крово- и лимфообращения на поврежденном участке, стимуляция регенерации и прохождения нервных импульсов, противовоспалительное, рассасывающее и обезболивающие действия, укрепление мышечного корсета, увеличение просвета между позвонками, скорейшее восстановление функции позвоночника.

Особенности ЛФК

Нельзя применять ЛГ при радикулитах, обусловленных грыжей межпозвоночного диска признаками сдавления спинного мозга, повышенной температуре тела, повышенной СОЭ. Назначают ЛФК при стихании острых явлений и уменьшении болей.

При пояснично-крестцовых радикулитах в стационаре упражнения проводят в ИП – лежа на спине (под колени подкладывают валик), на животе (под живот - подушку), на четвереньках.

Перед занятием рекомендуют на несколько минут лечь на наклонную плоскость с упором в подмышечной области для вытяжения позвоночного столба, возможно вытяжение в бассейне. Используют упражнения в сгибании и разгибании туловища, наклонах в стороны, маховые упражнения для ног из облегченных ИП, дыхательные упражнения, ходьбу, лежа. Исключают резкие наклоны, прыжки, повороты туловища. Каждое упражнение повторяют 5-7 раз в медленном темпе, с малой амплитудой движений. Дома можно выполнять упражнения сидя и стоя. Полезно плавание. В остром периоде противопоказаны; гипертермические ванны и сауна.

При шейно-грудном радикулите ЛГ назначают в ИП сидя и стоя. Применяют облегченные упражнения для плечевых суставов, маховые, с гимнастической палкой и др.

При остеохондрозе для снятия рефлекторно повышенного тонуса мышц применяют упражнения на расслабление с элементами аутогенной тренировки, после снятия болей - для укрепления мышечного корсета - активные движения для туловища.

Массаж

При пояснично-крестцовом радикулите сначала массируют ногу на здоровой стороне, а затем на стороне поражения (все приемы). Если боли значительные, применяют только поглаживание. Для снятия гипертонуса поясничных мышц применяют их поглаживание, вибрацию, затем растирание, разминание с поглаживанием широких мышц спины. Затем проводят массаж нервных стволов и болевых точек. Продолжительность процедуры - 10-15 минут. Курс - 15-20 процедур.

При шейно-грудном радикулите массируют руки, верхне-грудной отдел спины, заднюю поверхность шеи, а при болях в груди - массируют грудь. При гипертонусе мышц применяют мягкое поглаживание и растирание.

При остеохондрозе вначале проводят массаж спины, используя поглаживание, неглубокое разминание. Затем массируют позвоночный столб, применяя растирание фалангами четырех пальцев, основанием ладони, разминание фалангами первых пальцев, щипцеобразное, ординарное и двойное кольцевое разминание широких мышц спины. Особенно тщательно растирают, разминают биологически активные точки. Продолжительность массажа - 10-15 минут. Курс - 15-20 процедур.

Неврит лицевого нерва

Лицевой нерв - смешанный, содержит двигательные, чувствительные и парасимпатические волокна. Он выходит из черепа у шиловидного отростка на 1-1,5 см книзу от наружного слухового прохода. Причины поражения нерва: переохлаждение, воспаление среднего уха и др. На стороне поражения возникает паралич мимической мускулатуры: кожа лба не собирается, в складки, угол рта опущен, глаз не закрывается, носогубная складка сглажена. Лицо ассиметрично (мышцы здоровой стороной оттягивают паретичные мышцы в свою сторону); больной не может нахмурить брови, надуть щеки, оскалить зубы, затруднены речь, отмечаются диффузные боли, слезо- и слюно отделение.

Задачи ЛФК и массажа

Улучшение крово- и лимфообращения в области лица, шеи и воротниковой области, вое становление функции мимических мышц, предотвращение возникновения контрактур и содружественных движений (непроизвольное оттягивание угла рта при попытке закрыть глаз на той стороне и др.).

Особенности ЛФК

1. В остром периоде (до начала активного восстановления нарушенных функций).

Лечение положением: спать на здоровом боку, 3-4 раза в день сидеть, склонив голову на здоровую сторону, фиксируя ее кистью и опираясь на стол. Кисть располагают на лице следующим образом: основание ладони у нижнего края нижней челюсти, большой палец - за ушной раковиной, указательный и средний пальцы направлены в сторону виска, а безымянный и мизинец боковой стенке носа. Упражнения для мимических мышц в основном здоровой стороной (дозированное напряжение и расслабление), а также для мышц пораженной стороны с сохраненной функцией. Тренируют мышцы до тех пор, пока они «не устанут», то есть пока амплитуда движений уменьшится на 50%. Упражнения на улучшение артикуляции: произношение звуков (п, б, в, ф). Все упражнения выполняют перед зеркалом 4-5 раз с паузами для отдыха, добиваться симметричных движений.

2. *В.восстановительном периоде* (от начала восстановлении функции мышц) в основном тренируют паретичные мышцы, фиксируя здоровую половину мышц ладонью, применяя специальные упражнения: закрывание обоих глаз; попеременное максимальное обнажение верхнего нижнего ряда зубов; воспроизведение свиста; надувание щек; опускание верхней губы на нижнюю, наморщивание лба; нахмуривание бровей; втягивание щеки при закрытом рте + тейпинг.

Массаж

Массаж шейно-воротниковой зоны с акцентом на грудино-ключично-сосцевидные мышцы на стороне поражения, массаж лица, начиная с лобной области. Все приемы на стороне поражения выполняются нежно. Длительность процедуры массажа - 5-15 минут. Курс - 2-3 недели. Целесообразен вибрационный массаж.

Тема 2.4.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в офтальмологии и оториноларингологии

Реабилитация в оториноларингологии

Реабилитация является важным этапом в лечении пациентов, страдающих от заболеваний ЛОР-органов. Существенный рост этих опасных заболеваний связан, в первую очередь, с воздействием на организм различных инфекций, с плохой экологией, сильной загазованностью воздуха, ослабленностью иммунитета и никотиновой зависимостью.

Пик ЛОР-заболеваний приходится на осенне-зимний период. Эти заболевания являются одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Сегодня заболевания ЛОР-органов лечатся не только при помощи традиционных медикаментов, огромное распространение получили так называемые немедикаментозные методы борьбы с этими опасными болезнями. Такие методы способствуют активизации естественных защитных механизмов организма и позволяют свести к минимуму медикаментозную нагрузку на организм.

1.Опасность заболеваний ЛОР-органов

Самыми распространенными заболеваниями ЛОР органов являются:

· ринит;
· гайморит;
· синусит;
· тонзиллит;
· ларингит;
· фарингит и др.

Эффективность лечения ЛОР-заболеваний зависит от своевременного обращения к врачу. Следует немедленно обратиться к отоларингологу при наличии следующих симптомов:

· постоянные головные боли;
· увеличение подчелюстных лимфоузлов;
· боли в ухе или горле;
· затрудненное дыхание;
· постоянный кашель;
· ухудшение слуха или обоняния.

Запущенные заболевания ЛОР-органов могут перейти в хроническую форму и вызвать серьезные осложнения.

2. Синуситы

Синуситы - воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух с возможным вовлечение глубжележащих тканей. Основная функция околоносовых пазух - защитная.

Способствующие факторы: нарушение местных защитных механизмов: нарушение воздухообмена в пазухе, нарушение функции мерцательного эпителия, нарушение нормальной секреторной активности пазухи; острые и аллергические риниты, искривление носовой перегородки, наличие аденоидных вегетаций.

Этиология: респираторные вирусы с присоединением вторичной бактериальной флоры.

Путь проникновения - риногенный через естественные соустья, возможен также гематогенный путь проникновения инфекции; одонтогенный гайморит (причинные верхние малые и большие коренные зубы); травматические синуситы - кровоизлияния в пазуху или реактивный отек и на этом фоне развивается воспалительная реакция.

Клиника зависит от локализации - моносинусит: гайморит, этмоидит и др; сочетанное поражение - полисинуситы: гаймороэтмоидит, фронтоэтмоидит; гемисинусит - правосторонний или левосторонний (поражение всех пазух с одной стороны); пансинусит. В зависимости от формы различают: острый синусит и хронический.

Стадии острого синусита:

1. Катаральная - выраженный отек слизистой оболочки, но большого количества экссудата в пазухе нет.
2. Гнойная - в пазухе воспалительный экссудат.
3. Некротическая, геморрагическая, язвенная формы.
Стадии хронического синусита:
1. Катаральная
2. Гнойно-некротическая
3. Пристеночно-гиперпластическая
4. Полипозная форма.

Типичные симптомы: возникают на 4-6 сутки от начала ОРЗ, выраженные головные боли (может быть односторонние); появление чувства тяжести, распирания в проекции пораженной пазухи; выраженная заложенность носа может быть односторонняя, изменяется характер выделений из носа: становятся густыми, слизисто-гнойного характера, их неравномерность-то их нет, то обильное количество.

Страдает общее состояние: вторая волна температуры, интоксикация. По мере прогрессирования - усиливается болевой синдром. Боль усиливается при натуживании, сморкании, наклоне головы вперед.

Сфеноидит - одна из форм синусита при поражении клиновидной пазухи, чаще сочетается с поражением других пазух. По слизистой задней стенки глотки стекает патологическое содержимое из клиновидной пазухи.

Сфеноидальный болевой синдром - боль в центре головы, постоянные, мучительные, иррадиирует в лобную и затылочную области. При осмотре гиперемия и отечность задней стенки глотки.

Хронические синуситы: неправильное лечение острых синуситов, нарушение дыхательной функции носа, одонтогенный гайморит - первично хроническая форма. Встречается примерному 7% всего населения.

Этиология: сапрофитная микрофлора.

Клиническая картина обострения - в стадии обострения как при остром синуите. Вне обострения: периодическая заложенность носа, выделения (скудные), периодические головные боли, интоксикация - быстрая утомляемость.

Лечение: при обострении как при остром синусите, но антибиотикотерапии предшествует пункция и определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Дренирование: катетеризация с длительным и частым промыванием. Вне обострения: физиотерапия, общеукрепляющая терапия. Оперативное лечение показано: при гнойно-воспалительных осложнениях, нет эффекта от консервативного лечения (радикальная операция); корригирующие операции - для восстановления нормального носового дыхания (конхотомия, сентим-операции, аденоидэктомия)

Осложнения синуситов

Местные гнойно-воспалительные процессы:

Риногенные внутриорбитальные осложнения

Внутричерепные

Остеомиелит лобной кости или верхней челюсти.

Внутриглазничные осложнения: контактный путь проникновения - наличие общих тонких костных стенок с глазницей. Гематогенный путь (по передней и задней этмоидальной артерии и вене).

Клиническая картина:

1. Общие симптомы: общевоспалительный, интоксикационный

2. Риногенные симптомы (фурункул носа, абсцесс нососвой перегородки, признаки гнойного синуита).

3. Орбитальные признаки:

· Реактивный отек - часто у детей при патологии мягких тканей носа, гайморите, эмоидите и др. Первоначальный, негнойный процесс. Безболезненный, мягкий отек.

· Остеопериостит глазничной стенки - боль в области глазницы усиливается при надавливании на глазничное яблоко, при движении глазных яблок, инъекция склер и др.

· Субпериостальный абсцесс - все что характерно для остеопериостита в сочетании с смещением глазных яблок кверху (если верхнечелюстная пазуха), книзу (если фронтит), латерально - при этмоидите. Гнойник выбухающий в полость орбиты.

· Ретробульбарный абсцесс - сильная боль, выраженный экзофтальм, ограничение подвижности глазных яблок.

3. Острый ларингит

Диффузное воспаление слизистой гортани. Вызывают вирусы (РСВ), микроорганизмы (неспецифические, специфические).

Морфологически бывает: острым, катаральным (слизистым), флегмонозным (подслизистым), язвенно-некротическим (поверхностный изъязвляется) специфическим, дифтеритическим, геморрагическим, хронический

Клиника:

В Начальной стадии.

Симптомы: кашель- болезненный, сухой, надсадный; дисфония (охриплость или отсутствие звучного голоса); неприятные ощущения в области гортани (сухость, першение, ощущение инородного тела). Признаки интоксикации. Признаки сопутствующего инфекционного поражения.

Продолжительность этой стадии 1-2 суток.

В Стадию разгара.

Симптомы: Признаки первой стадии, с появлением слизистой, вязкой, трудно откашливающейся мокроты. Далее мокрота гнойно-слизистая, количество её увеличивается, она становится жиже, и легче откашливается. Продолжительность 7-9 суток.

В Стадию разрешения. Симптомы: уменьшается кашель, снижается количество мокроты, восстанавливается голосовая функция.

Продолжительность до 2 недель.

4. Методы реабилитации пациентов с заболеваниями ЛОР-органов

синусит ларингит реабилитация

Для восстановления здоровья после заболеваний ЛОР-органов применяют комплексный подход. В программу реабилитации включают следующие процедуры:

· грязелечение;

· спелеотерапию;

· аппаратную и респираторную физиотерапию;

· массаж;

· рефлексотерапию;

· психотерапевтические процедуры и т.д.

В реабилитации больных с заболеваниями ЛОР-органов хорошо зарекомендовала себя спелеотерапия. Спелеотерапевтические процедуры проводят в условиях микроклимата соляных шахт. Основным лечебным фактором этой терапии является воздействие аэродисперсной среды, насыщенной сухим, обогащенным хлоридом натрия воздухом. Этот метод стал применяться в середине 80-х гг. прошлого века и сегодня активно используется для профилактики, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями ЛОР-органов.

Однако существует ряд противопоказаний, при которых спелеотерапия запрещена. Такие как:

· ОРВИ или грипп с высокой температурой и интоксикацией;

· кровохарканье;

· острые заболевания почек;

· перенесенный абсцесс легкого;

· новообразования;

· перенесенный туберкулез и т.д.

Наряду со спелеотерапией активно применяют различные грязевые аппликации. Они оказывают рассасывающее, противовоспалительное и антисептическое действие на организм. Среди физиотерапевтических методов большое распространение получили:

· электрофорез;
· УФО;
· лазеротерапия;
· магнитотерапия;
· различного рода ингаляции.

Одной из основных целей реабилитации пациентов с заболеваниями ЛОР-органов является предотвращение осложнений и развития хронической формы болезни.

Реабилитация пациентов в офтальмологии

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого;
- среднее нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

К сожалению, в наше время органы зрения подвержены очень активному воздействию, это происходит из-за отрицательных факторов окружающей среды, активного использования различной бытовой техники и компьютеризации общества. Именно поэтому, для XI века актуальна тема профилактики заболеваний органов зрения и современных методов лечения данных заболеваний.

2. Заболевание глазных органов.

Изучением заболеваний глаз занимается наука офтальмология.

Существует множество заболеваний, при которых происходит поражение органа зрения. При некоторых из них патология возникает первично в самом глазу, при других заболеваниях вовлечение в процесс органа зрения происходит как осложнение уже существующих заболеваний.

К первым относят врождённые аномалии органа зрения, опухоли, повреждения органа зрения, а также инфекционные и неинфекционные заболевания глаз у детей и взрослых.

Также поражение глаз происходит при таких общих заболеваниях как сахарный диабет, базедова болезнь, гипертоническая болезнь и других.

Инфекционные болезни глаз: трахома, туберкулёз, сифилис и др.

Паразитарные болезни глаз: демодекоз глаз, онхоцеркоз, офтальмомиаз (см. Миазы), телязиоз, цистицеркоз и др.

- Виды глазных заболеваний:

Катаракта- офтальмологическое заболевание, связанное с помутнением хрусталика глаза и вызывающее различные степени расстройства зрения.

В ряде случаев болезнь может развиться под влиянием внешних факторов, например под воздействием излучения, либо в результате некоторых заболеваний, в частности сахарного диабета. В большинстве своем катаракта — это естественный результат старения. Физически помутнение хрусталика обусловлено денатурацией белка, входящего в состав этого органа.

Катаракта - частичное или полное помутнение вещества или капсулы хрусталика, приводящее к снижению остроты зрения вплоть до полной его утраты. Старческая катаракта превышает более 90% всех случаев:

- 52—62 года — 5% людей
- 75—85 лет — 46% имеют значительное снижение остроты зрения
- У 92% можно обнаружить начальные стадии катаракты.

Глаукома- большая группа глазных заболеваний, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления с последующим развитием типичных дефектов поля зрения, снижением зрения и атрофией зрительного нерва.

Различают две основные формы глаукомы: открытоугольная и закрытоугольная. Кроме того, существуют врожденная глаукома, ювенильная, различные формы вторичной глаукомы, в том числе связанные с аномалиями развития глаза.

Миопия (Близорукость)- это дефект (аномалия рефракции) зрения, при котором изображение формируется не на сетчатке глаза, а перед ней. Наиболее распространённая причина — увеличенное (относительно нормального) в длину глазное яблоко, вследствие чего сетчатка располагается за фокальной плоскостью. Более редкий вариант - когда преломляющая система глаза фокусирует лучи сильнее, чем надо (и, как следствие, они опять-таки сходятся не на сетчатке, а перед ней). В любом из вариантов, при рассматривании удаленных предметов, на сетчатке возникает нечеткое, размытое изображение.

Человек хорошо видит вблизи, но
плохо видит вдаль и поэтому может пользоваться очками
или контактными линзами с отрицательными значениями оптической силы.

Отслоение сетчатки- процесс отделения сетчатой оболочки глаза от сосудистой оболочки. В здоровом глазу они тесно соприкасаются.

Отслойка сетчатки нередко приводит к значительному снижению зрения. Чаще всего она возникает при травмах и близорукости, а также при диабетической ретинопатии, внутриглазных опухолях, дистрофиях сетчатой оболочки и т. д.

Ретинопатия- невоспалительное поражение сетчатой оболочки глазного яблока. Основной причиной являются сосудистые нарушения, которые приводят к расстройству

кровоснабжения сетчатки. Ретинопатия часто проявляется как осложнение гипертонической болезни, сахарного диабета и других системных заболеваний.

Прогрессирование ретинопатии приводит к ухудшению или потере зрения.

Ретинобластома- злокачественная опухоль сетчатки глаза. Злокачественная опухоль — это опухоль, свойства которой чаще всего (в отличие от свойств доброкачественной опухоли) делают её крайне опасной для жизни организма, что и дало основание называть её «злокачественной». Злокачественная опухоль состоит из злокачественных клеток. Часто любую злокачественную опухоль неправильно называют раком (который является лишь частным случаем злокачественной опухоли).

Дальтонизм , цветовая слепота — наследственная, реже приобретённая особенность зрения человека и приматов, выражающаяся в неспособности различать один или несколько цветов. Названа в честь Джона Дальтона, который впервые описал один из видов цветовой слепоты на основании собственных ощущений в 1794 году.

Демодекоз- болезнь из группы акариазов, вызываемая паразитированием условно-патогенного клеща — железницы угревой (Demodex folliculorum и Demodex brevis). Клещ размерами 0,2-0,5 мм обитает в протоках сальных и мейбомиевых желез, в устьях волосяных фолликулов человека и млекопитающих.

Ожог глаза- поражение глазного яблока или тканей вокруг глаза различных степеней тяжести.

Бленнорея- острое гнойное воспаление слизистой оболочки (конъюнктивы) глаз, наиболее часто вызывается гонококком (гонобленнорея). Возникает чаще у новорожденных, которые заражаются во время родов от больной гонореей матери. Может привести к слепоте.

Кератит- воспаление роговицы глаза, проявляющееся преимущественно её помутнением, изъязвлением, болью и покраснением глаза. Может иметь травматическое или инфекционное (грипп, туберкулёз и др.) происхождение. Наблюдаются слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, уменьшение прозрачности и блеска роговицы с последующим её изъязвлением и развитием тяжелых осложнений. Возможный исход кератита — бельмо, снижение зрения.

Иридоциклит- воспаление радужной оболочки и цилиарного тела глазного яблока. В общей популяции распространённость составляет до 0,05%. Предрасполагающим к развитию иридоциклита заболеванием является ревматизм. У лиц с ревматизмом распространённость иридоциклита составляет 40%. Чаще всего наблюдается в 20-40 лет.

Косоглазие (страбизм или гетеротропия) — любое аномальное нарушение параллельности зрительных осей обоих глаз. Положение глаз, характеризующееся не перекрещиванием зрительных осей обоих глаз на фиксируемом предмете. Объективный симптом — несимметричное положение роговиц в отношении углов и краёв век.

Кератоконус- дегенеративное не воспалительное заболевание глаза, при котором роговица истончается и принимает коническую форму. Кератоконус может привести к серьёзному ухудшению зрения. Чаще всего пациенты предъявляют жалобы на светобоязнь, двоение, размазывание изображения. Заболевание является наиболее распространённой формой дистрофии роговицы. Кератоконус поражает примерно одного человека из тысячи, независимо от национальности и места проживания. Диагноз обычно ставится в юности, а наиболее тяжёлой стадии течение болезни достигает к двадцати или тридцати годам.

До сих пор кератоконус остаётся малоисследованным заболеванием, неясны причины его возникновения, также не представляется возможным и прогнозировать ход болезни после постановки диагноза. При развитии кератоконуса на обоих глазах человек может потерять способность управлять автомобилем и даже читать тексты, напечатанные шрифтом традиционного размера. Практически никогда кератоконус не приводит к полной слепоте, а в большинстве случаев зрение можно значительно улучшить при помощи контактных линз. Если заболевание прогрессирует до более

тяжёлой стадии, может потребоваться хирургическая операция. Оставаясь загадкой для врачей, кератоконус уже не является для пациентов проблемой настолько серьёзной, какой был до разработки методов терапии, контактной коррекции и появления микрохирургии.

Деструкция стекловидного тела- помутнение волокон стекловидного тела глаза, наблюдаемые человеком в виде нитей, «мотков шерсти», точечных, зернистых, порошковидных, узелковых или игольчатых включений, которые плавают вслед за движением глаз то в одну, то в другую сторону. Данное явление называют «плавающими помутнениями» , «летающими мушками» , «гусеницами», и даже «бактериями». Также известна как «мушки, паутинки, точки, чёрточки, пыль в глазах» со слов обывателей. При постановке диагноза врачами-офтальмологами в существенном числе случаев обозначается как ДСТ.

Кератомаляция- заболевание глаз, результирующее в сухости роговицы. Одной из главных причин его возникновения является недостаток витамина А.

Выпадение глазного яблока- выход глазного яблока за пределы костной орбиты. У некоторых экзотических пород кошек, а также у персов к этому имеется генетическая предрасположенность. Другой причиной обычно бывает травматизация головы. В любом случае эта патология требует срочного хирургического вмешательства. Симптомы: пролапс, ущемление глазного яблока веками, отек конъюнктивы. Лечение: экстренное хирургическое вмешательство. В противном случае наступают необратимые некротические поражения конъюнктивы и роговицы. Своевременное оперативное вмешательство позволяет сохранить полноценно функционирующий глаз в 90 % случаев.

Астигматизм- дефект зрения, связанный с нарушением формы хрусталика, роговицы или глаза в результате чего человек теряет способность к чёткому видению. Оптическими линзами сферической формы дефект компенсируется не полностью. Если астигматизм не лечить, он может привести к косоглазию и резкому падению зрения. Без коррекции астигматизм может вызвать головные боли и резь в глазах. Поэтому очень важно регулярно посещать врача-офтальмолога.

Является одной из разновидностей аметропий.

При астигматизме нарушение равномерной кривизны роговой оболочки глаза и/или хрусталика приводит к искажению зрения. Световые лучи не сходятся в одной точке на сетчатке, как это происходит в нормальном глазу, в результате на сетчатке формируется изображение точки в виде размытого эллипса, отрезка или «восьмерки». В некоторых случаях изображение вертикальных линий может казаться нечётким, в других горизонтальные или диагональные линии выявятся вне зоны фокусировки. Астигматизм часто развивается в раннем возрасте (обычно вместе с дальнозоркостью или близорукостью) и обычно сформировывается уже после первых лет жизни.

Симптомами астигматизма является понижение зрения, иногда видение предметов искривленными, их раздвоение, быстрое утомление глаз при работе, головная боль. При одном из способов окончательное подтверждение получают после расширения зрачков раствором атропина и проведения скиаскопии (теневой пробы).

Метод диагностики астигматизма изобрёл французский офтальмолог Эмиль Жаваль.

- Сложный дальнозоркий А. — Compound hyperopic astigmatism
- Сложный миопический (близорукий) А. — Compound myopic astigmatism
- Смешанный астигматизм — Mixed astigmatism

Конъюнктивит- воспаление слизистой оболочки глаза (конъюнктивы), вызванное, чаще всего, аллергической реакцией или инфекцией (вирусной, реже бактериальной).

Различают аденовирусный (фарингоконъюнктивальная лихорадка), энтеровирусный, герпетический, бактериальный, хламидийный, аллергический, острый и

хронический конъюнктивит. У взрослых 85 % случаев конъюнктивита вызваны аденовирусами и лишь 15 % — бактериями; у детей бактериальный и аденовирусный конъюнктивиты встречаются с одинаковой частотой.

Вывих хрусталика- полное (вывих) или частичное (подвывих) смещение хрусталика с места обычного положения.

- Профилактика заболеваний органов зрения.

Каждого современного человека волнует проблема сохранения зрения. Ведь сегодня практически любая работа сопровождается нагрузкой на глаза. Профилактика нарушения зрения или его восстановления насчитывает десятки и сотни способов. Некоторые из них требуют постоянной траты времени, другие слишком дорогостоящи. Но есть и более доступные методы. И на первом месте в их списке, по мнению специалистов, должна стоять витаминная диета.

Безусловно, самым важным витамином для зрения является витамин А. Он участвует в процессе восприятия света, а при его отсутствии глаз теряет способность приспосабливаться к слабому освещению и хуже воспринимает синий и желтый цвета.

Для того чтобы обеспечить свой организм витамином А, нужно включить в свой рацион морковь, томаты, листовые овощи, рыбий жир.

Второе место занимают витамины группы В – тиамин, рибофламин и пиридоксин. Они также поступают в организм в основном с растительной пищей – ими богаты орехи, зерновые, большинство фруктов, печень, почки и рыба различных сортов.

Профилактика нарушения зрения не может обойтись без витамина С или всем известной «аскорбинке». Именно его дефицитом объясняются большинство случаев старческого снижения зрения. Витамин С содержится в плодах шиповника, цитрусовых, луке, помидорах, шпинате и яблоках.

Профилактика нарушения зрения помимо употребления витаминов предполагает и прием микроэлементов.

Калий – контролирует состояние кровеносных сосудов глаз, обеспечивая снабжение их кислородом. Это вещество в изобилии присутствует в меде и яблочном уксусе, а также в растительном масле.

Существует множество различных методик для профилактики заболеваний, следует применять их все в комплексе и не забывать, что наши глаза подвергаются ежедневно колоссальной нагрузке.

Современным **методом реабилитации** органов зрения в наше время уделяется большое внимание. Однако, эти методы разработаны еще не до конца и способны развиваться в дальнейшем более ускоренными темпами. Основные факты, которые легли в основу данного реферата подтверждают, что под реабилитацией подразумевается не только возможность физического восстановления зрения до возможных пределов, но и социальное развитие людей, обладающих такими особенностями. Очень важно не только развить эту область медицины до высшего уровня, но и донести до людей, что многие проблемы зрения возникают не вследствие врожденной патологии, а из-за неправильного образа жизни, небережливого отношения к своему организму. Стоит отметить, что в медицине методы реабилитации лиц с нарушениями органов зрения развиты лучше, чем их социальная реабилитация. Общество должно ставить себе цель добиться в этой области наивысших результатов, так как это важно не только социуму в целом, но и каждому отдельному человеку. Проблема заболеваний органов зрения должна быть более освещена для масс.

Анализ структуры потребностей инвалидов по зрению в различных видах реабилитации (медицинской, психологической, социальной) позволяет прогнозировать тенденции нуждаемости инвалидов, имеющих

нарушения зрения, в тех или иных формах и методах реабилитации и может служить основой для корректировки и составления индивидуальных реабилитационных программ. В качестве основных критериев при выборе тех или иных форм реабилитационной работы выступили: популярность и общеизвестность реабилитационных мероприятий, уверенность в достижении положительного эффекта реабилитации; строгое соблюдение предписаний врачебного персонала и выполнение назначенных процедур; апелляция к предыдущему опыту (при положительном результате проведения лечебно-реабилитационных мероприятий ранее); стремление к поиску новых, более эффективных способов реабилитации (при отсутствии медицинских противопоказаний).

Комплексная экспериментально-психологическая оценка современных методов медико-психологической реабилитации показала перспективность применения наиболее эффективных комплексов восстановления психического здоровья слепых и слабовидящих людей, сочетающих в себе мероприятия преимущественно психологической направленности в зависимости от степени выраженности имеющихся нарушений, укрепляющих и лечебно-оздоровительных мероприятий медицинской реабилитации и методов социальной реабилитации. Доказана эффективность применения собственно психологических методов воздействия, включающих психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое просвещение, консультативную работу, методы психотерапии. Остальные направления выступали в качестве второстепенных, дополняя основной курс реабилитации.

Организация специализированной медико-психологической помощи инвалидам по зрению, с учетом характера и структуры психологических нарушений и психических расстройств, требует преобладания в структуре реабилитации психокоррекционных, психопрофилактических и психотерапевтических методов и должна включать в себя центр медико-психологической (медико-социальной) реабилитации на санаторном и последующих этапах реабилитации с обязательным введением должностей психологов, врачей-психотерапевтов, работников социальной сферы. Специалисты, задействованные в проведении реабилитационных мероприятий, должны быть обучены и подготовлены к работе в реабилитационном учреждении для инвалидов по зрению, владеть едиными принципами диагностики, простыми и надежными методами психопрофилактики и психокоррекции, оценкой их эффективности, обеспечивать преемственность необходимых реабилитационных мероприятий.

Современные методики реабилитации органов зрения.

В настоящее время разработано огромное разнообразие различных методик, способных улучшить, а в некоторых случаях практически восстановить, зрение. Конечно, самым лучшим методом является профилактика, тогда кризисные ситуации возможно преодолеть. Однако, в наше мы начинаем обращать внимание на проблемы здоровья уже тогда, когда «немедицинскими» способами уже не поможешь, именно поэтому, медицина в этой отрасли получила широкая развития. Несмотря на это, стоит отметить, что не все методики так действенны, как их представляют медики.

Для восстановления работы органов зрения применяются следующие методики:

1. Чрезкожная электростимуляция – электрический ток воздействуют напрямую на глазное яблоко. Этот метод усиливает кровоток в сосудах мышцы, регулирующей работу хрусталика и сетчатки. Очень показан метод при миопии для предупреждения дистрофии сетчатки.

2. Инфракрасный лазер. Применяется низкоинтенсивный лазер, безопасный для зрения, не нагревающий ткани. Благотворно влияет на клеточные оболочки, улучшая трофику глаз, нормализуя кровообращение в сосудах глаз и снимая воспаление. Лазер

попадает в глаз через зрачок на цилиарную мышцу. Повышает остроту зрения, укрепляет мышцу глаза.

3. Цветоимпульсная стимуляция – световые импульсы воздействуют на рецепторы сетчатки и роговицу глаза. Воздействие красными и оранжевыми цветами улучшают зрение, повышают чувствительность цветовых рецепторов. Зеленый цвет уменьшает внутриглазное давление, способствует регенерации биоритма зрительного анализатора, улучшает движение крови и лимфы. Синий цвет расслабляет, улучшает сон.

Способ реабилитации предметного зрения у слепых.

Изобретение относится к медицине и может использоваться для реабилитации предметного зрения у слепых и слабовидящих при условии анатомической сохранности и прозрачного переднего отдела зрительного анализатора. Задачей данного изобретения является создание нехирургического немедикаментозного способа реабилитации предметного зрения у слепых, обеспечивающего распознавание предметных образов за счет увеличения энергетики информационного зрительного сигнала пациента до величины, превышающей порог включения центральных отделов коры головного мозга, и активизации ранее блокированных отделов коры головного мозга с целью снижения порога включения центральных отделов коры головного мозга для эффективной переработки информации, поступающей от входа зрительного анализатора. Способ заключается в том, что предварительно определяют анатомическую целостность и прозрачность оптического отдела зрительного анализатора, проводят диагностику прохождения зрительного сигнала у пациента на отдельных участках и всем протяжении зрительного анализатора с целью определения их целостности, а затем осуществляют электростимуляцию зрительного анализатора и энергетические воздействия на соответствующие участки периферического и центрального отделов зрительного анализатора с помощью магнитного поля и электромагнитного излучения различных диапазонов длин волн, обеспечивающие синтезирование коррелированных резервных возможностей анализаторов коры головного мозга, при этом указанные воздействия осуществляют до момента восприятия и распознавания пациентом первого зрительного образа, при этом в качестве электромагнитного излучения используют излучение СВЧ, радио-, видимого и инфракрасного диапазонов, а также излучение жизненно важных фрагментов солнечного спектра. Особенностью способа также является то, что параметры энергетических воздействий варьируют в процессе воздействий, дополнительно осуществляют развитие резервных способностей центрального отдела зрительного анализатора пациента путем развития интеллектуальных функций и организации их взаимодействия и тренинга, а также проводят обучение пациента распознаванию предметных образов по их форме, цвету, виду путем передачи информации об объекте через сочетанные анализаторы коры головного мозга. Дополнительно осуществляют биоэнергетическое воздействие на периферические и центральные отделы зрительного анализатора и отделы коры головного мозга, отвечающие за интеллектуальные способности.

Изобретение относится к медицине и может использоваться для реабилитации предметного зрения у слепых и слабовидящих при условии анатомической сохранности и прозрачности переднего отдела зрительного анализатора.

До настоящего времени не известны методы лечения, которые позволили бы у людей с отсутствием предметного зрения добиться его восстановления без хирургически сложных операций. Известные методы улучшения зрения направлены на лечение конкретного заболевания органа зрения путем стимуляции определенного отдела зрительного анализатора и предназначены для лиц, имеющих предметное зрение с остротой зрения не ниже 0,05 0,1. Эти методы стимулирующего воздействия на зрительный анализатор при пониженном и остаточном зрении направлены на его периферический отдел. Цель такого воздействия - активизировать метаболические

процессы в сетчатке и периферическом отделе зрительного нерва. Воздействие такого рода активизирует процессы сосудистого баланса и непосредственно клеточного обмена.

Известен положительный эффект стимулирующего воздействия на зрительный анализатор у лиц с частичной атрофией зрительного нерва методом электростимуляции. Для этого пациенту под оболочки зрительного нерва имплантируют электроды, с помощью которых к нему подводят импульсы напряжения. После нескольких сеансов электростимуляции электроды извлекают. В результате воздействия электростимуляции осуществляется активизация сохранной части нервных волокон .

Данный способ эффективен для лиц с остротой зрения не менее 0,1. Причем этот метод улучшает зрение за счет стимуляции деятельности отдельных сохранных волокон нерва и не дает результатов в случае отсутствия предметного зрения.

Задачей данного изобретения является создание нехирургического и немедикаментного способа реабилитации предметного зрения у слепых, обеспечивающего распознавание предметных образов за счет увеличения энергетики информационного зрительного сигнала пациента до величины, превышающей порог включения центральных отделов коры головного мозга, и активизации ранее блокированных отделов коры головного мозга с целью снижения порога включения центральных отделов коры головного мозга для эффективной переработки информации, поступающей от входа зрительного анализатора.

Поставленная задача решается тем, что в способе реабилитации предметного зрения у слепых предварительно определяют анатомическую целостность оптического отдела зрительного анализатора, после чего проводят электростимуляцию зрительного анализатора, согласно изобретению, дополнительно проводят диагностику состояния зрительного сигнала у пациента на отдельных участках и всем протяжении зрительного анализатора, с целью определения их целостности, и дополнительно осуществляют комплексные энергетические воздействия на соответствующие участки периферического и центрального отдела зрительного анализатора с помощью магнитного поля и электромагнитного излучения различных диапазонов длин волн, обеспечивающие синтезирование коррелированных резервных возможностей анализаторов коры головного мозга для реабилитации предметного зрения. В качестве электромагнитного излучения используют излучение СВЧ, радио-, видимого и инфракрасного диапазонов, а также периодическое излучение жизненноважных фрагментов солнечного спектра, причем указанные энергетические воздействия осуществляют до момента восприятия пациентом первого зрительного образа, а их параметры варьируют в процессе воздействий.

Дополнительно осуществляют развитие резервных способностей центрального отдела зрительного анализатора пациента совместно с развитием его сенсорных и интеллектуальных функций путем организации их взаимодействия и тренинга, проводят обучение пациента распознаванию предметных образов по их форме, цвету, виду путем передачи информации об объекте через сочетание анализатора коры головного мозга. Кроме того, осуществляют биоэнергетическое воздействие на периферический и центральный отделы зрительного анализатора и отделы коры головного мозга, отвечающие за интеллектуальные способности.

Заявляемый способ основан на представлении авторами функционирования зрительной системы как пороговой, в которой периферические отделы коры головного мозга должны осуществлять прием, формирование и усиление зрительного информационного сигнала до величины, превращающей порог кодового включения центральных отделов коры головного мозга, что обеспечивает восприятие и распознавание зрительных образов. В случаях, когда уровни

зрительного информационного сигнала лежат ниже "порога зрения" или когда он вообще отсутствует, имеют место состояние слабовидения и слепота.

Энергетические воздействия на соответствующие участки периферического и центрального отделов зрительного анализатора с помощью электростимуляции, электромагнитного излучения, магнитного поля, лазерного излучения и периодического излучения жизненно важных фрагментов солнечного спектра до момента восприятия и распознания пациентом первого зрительного образа позволяют реабилитировать предметное зрение как за счет увеличения энергетики информационного зрительного сигнала до величины, превращающей порог включения центральных отделов коры головного мозга, так и за счет активизации ранее блокированных центральных отделов коры головного мозга, приводящей к снижению порога включения центральных отделов коры головного мозга.

Варьирование параметров энергетических воздействий в процессе реабилитации позволяют подобрать индивидуально для каждого пациента наиболее эффективную частоту и амплитуду того или иного энергетического воздействия в условиях естественного выбора.

Для активизации ранее блокированных центральных отделов коры головного мозга проводится также дополнительный комплекс мер.

Развитие резервных способностей центрального отдела зрительного анализатора пациента совместно с энергетическими воздействиями позволяет повысить остроту зрения.

Коррелированное развитие различных сенсорных и интеллектуальных функций путем организации их взаимодействия и тренинга обеспечивает дальнейшее повышение различительных способностей предметного зрения.

Обучение пациента распознаванию предметных образов проводят по их форме, цвету, виду, а также через сочетанные анализаторы коры головного мозга, что позволяет активизировать и закреплять энергетические посылы всего зрительного аппарата.

Биоэнергетические воздействия на периферический и центральный отделы зрительного анализатора и интеллектуальные способности коры головного мозга позволяют форсировать обучение предметному зрению и закреплять достигнутый эффект.

Предлагаемый способ реабилитации предметного зрения у слепых основан на использовании физических, нейрофизиологических и психофизических методов воздействия на зрительный анализатор и применим только для слепых с анатомической сохранностью и прозрачностью переднего отдела зрительного анализатора.

Данный метод может быть рекомендован для реабилитации зрения у слепых различной природы, у лиц с пониженной остротой зрения и у слабовидящих со светоощущением.

Способ восстановления предметного зрения у слепых заключается в следующем.

Предварительно осуществляют диагностику состояния прохождения зрительного сигнала у пациента от входа до выхода традиционными методами с целью определения анатомической сохранности и прозрачности переднего отдела зрительного анализатора, а также целостности периферического и центрального отделов зрительного анализатора на предмет физиологического прохождения зрительного сигнала через центральные отделы зрительного анализатора.

Диагностику начинают с исследования зрительных функций: остроты зрения, поля зрения, цветозрения, контрастностной чувствительности и др. Эти исследования проводят по компьютерной программе, разработанной авторами. Гидродинамику исследуют методом тонографии.

Состояние прозрачности тканей глазного яблока исследуют методами биомикроскопии на щелевой лампе, электроофтальмоскопии, эхографии на ультразвуковом приборе. Проходимость светового сигнала по зрительному анализатору до его центральных отделов исследуют электрофизиологическими методами с помощью электроретинографии (ЭРГ), зрительных вызванных потенциалов (ЗВП), энцефалографии и окулографии.

Результаты диагностики на каждом участке зрительного анализатора фиксируют путем составления карты прохождения сигнала от входа зрительного анализатора до его выхода по всем указанным параметрам.

По результатам диагностики выявляют дефектные участки зрительного анализатора и устанавливают диагноз, в соответствии с которым разрабатывают персонифицированную методику медицинской реабилитации, заключающуюся в проведении сеансов энергетических воздействий на все звенья периферического и центрального отдела зрительного анализатора: на сетчатку, зрительный нерв, его периферический и центральный отделы и мозговые центры зрительного анализатора.

Для этой цели используют электростимуляцию, воздействия магнитного поля, электромагнитного и лазерного излучений, а также периодические воздействия излучением жизненно важных фрагментов солнечного спектра.

Поскольку характеристики состояния зрительного анализатора у каждого пациента различны, режимы энергетических воздействий необходимо подбирать индивидуально. Для этого в процессе воздействия электрическим сигналом периодически изменяют величину его напряжения и период воздействия, при облучении электромагнитным полем или лазерным излучением изменяют частоту и амплитуду напряжения, а при излучении жизненно важных фрагментов солнечного спектра изменяют частоту и длительность световых вспышек, т. е. осуществляют варьирование параметров соответствующего энергетического воздействия для обеспечения оптимальных условий этих воздействий для каждого конкретного пациента.

Электростимуляцию осуществляют с помощью приборов типа "Фосфен" путем воздействия на глазное яблоко через кожу посредством электродов.

Для воздействия электромагнитным излучением можно использовать электромагнитный стимулятор типа "АВИМП".

Стимуляцию лазерным излучением осуществляют с помощью приборов типа "Макдэл-00-00-08", "Лазерные очки" и "Спекл", формирующих рассеянное и сфокусированное излучение и снабженных специальным аппаратно-программным комплексом варьирования резонансной частоты света и его интенсивности.

Облучение глаза жизненно важными фрагментами солнечного спектра проводится на приборе типа "Биоритм", представляющем собой источник белого света с набором различных цветовых фильтров. Методика облучения состоит в том, что на глаза пациента надеваются очки с плотно прилегающим к лицу шлемом, в которых происходит засвет глаза вспышками различной частоты и длительности, определяемыми для каждого пациента индивидуально, например, частоту переключения световых вспышек выбирают пропорциональной частоте пульса пациента.

После каждого энергетического воздействия и интегрально за период воздействия проводят измерение отклика на это энергетическое воздействие с помощью методов электрофизиологии, в соответствии с динамикой которого уточняется методика индивидуальной реабилитации.

Количество сеансов тех или иных энергетических воздействий также подбирается индивидуально и с учетом техники безопасности при работе с каждым видом излучения. Критерием оценки результатов в процессе реабилитации является восприятие первого зрительного образа у слепых, расширение поля зрения

и повышение остроты зрения у слабовидящих и улучшение электрофизиологических показателей.

После каждого энергетического воздействия ведут тренинговые программы, что повышает эффективность реабилитации в процессе динамического состояния органов зрения как за счет каждого отдельного вида тренинга, так и за счет накопления.

Развитие резервных способностей глаза осуществляется методами тренировок на компьютере с помощью разработанных авторами программ, а также тренировок зрения с использованием разработанных авторами квазиоптических очков. На компьютере пациент обучается распознаванию предметных образов по их форме, цвету, виду.

Развитие резервных способностей центральных отделов зрительного анализатора осуществляется путем тренинга по распознаванию образов и знаков на компьютере в сочетании с письменным их воспроизведением, коррелирующим со звуковым, цветовым и др. взаимодействием.

Включение дополнительных органов чувств (анализаторов) осуществляется последовательно в соответствии с адекватными распределениями резонансных частот, как показано, например, в таблице соответствия звуковых, вкусовых, осязательных и обонятельных восприятий образов с частотой энергетического воздействия.

Такого рода комплексное воздействие с учетом различных органов чувств усиливает входящий сигнал воздействия, что создает условия, близкие к оптимальным по эффективности его восприятия.

Для дальнейшей стимуляции воздействуют психологическими методами посредством биоэнергетических посылов в соответствующую чакру .

Обучение пациента через сочетанные анализаторы обеспечивает активизацию механизмов зрительного восприятия за счет активизации тех отделов мозга, которые были у пациента ранее блокированы, т. е. заторможены, путем создания мотивированного поведения.

Зрительное восприятие организуется за счет следующих моментов: подачей "команд" на то, чтобы пациент смотрел, и созданием заинтересованности пациента путем демонстрации зрительного образа, представляющего для него интерес, например, нотных знаков для музыканта, что дополнительно позволяет подключить резервные способности коры головного мозга пациента.

Указанные воздействия проводят до улучшения характеристик пациента, т. е. до тех пор, пока происходит их стабилизация, затем делают перерыв и через 20-25 недель снова проводят диагностику. Как показывают статистические данные характеристики за этот период несколько снижаются (на 5-7), затем цикл воздействий повторяют, в результате чего характеристики стабилизируются. Проверку целесообразно проводить 1 2 раза в год.

В России создана научно обоснованная система медико-социальной реабилитации слепых и инвалидов по зрению, включающая комплекс медицинских, психологических, социологических, педагогических, профессионально-трудовых мероприятий, поэтапное и взаимосвязанное применение которых всемерно способствует восстановлению здоровья, трудоспособности, других видов жизнедеятельности и социальной интеграции незрячих.

В комплексе реабилитационных мер главную роль играет восстановительное лечение. Благодаря достижениям отечественной офтальмологии, особенно офтальмохирургии и лазерной офтальмологии, многим тысячам слепых возвращено зрение.

Большое значение имеет также элементарная реабилитация слепых - развитие мобильности, сенсорного восприятия, овладение навыками ориентировки в пространстве, самообслуживания, домоводства, обучение письму и чтению по точечной азбуке Брайля (дающей возможность из комбинации 6 выпуклых точек создать

63 знака, достаточных для обозначения букв алфавита, цифр, знаков препинания, а также математических и нотных знаков), овладение средствами тифлотехники (typhlos - слепой) - совокупности приспособлений, приборов и систем, компенсирующих частичную или полную потерю зрения.

Реабилитации значительно способствуют психологическая коррекция инвалида, преодоление психологического комплекса неполноценности. Для осуществления элементарной реабилитации созданы специальные школы, а также организована соответствующая служба при правлениях и на предприятиях обществ слепых.

Необходимое для социально-трудовой реабилитации профессиональное обучение или переобучение слепых и слабовидящих осуществляется в специальных техникумах, профессионально-технических училищах, где они приобретают доступные им профессии, а также непосредственно на предприятиях обществ слепых.

Незрячие дети проходят курс элементарной реабилитации в специальных школах-интернатах, где они получают общее среднее образование. Обучение и воспитание в этих школах строятся с учетом своеобразия развития детей при разных формах нарушения зрения. Существуют раздельные школы для слепых и слабовидящих детей. Обучение в школах ведется по типовым и специальным программам, основанным на принципах тифлопедагогики. В школах-интернатах осуществляется и трудовая подготовка, имеющая политехническую направленность. Выпускники школ-интернатов работают на предприятиях обществ слепых либо на государственных предприятиях. Многие из них продолжают обучение в высших или средних специальных учебных заведениях и по окончании работают в различных отраслях народного хозяйства.

Эффективная разносторонняя реабилитация инвалидов со зрительными нарушениями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и равных прав для получения общего и специального образования, разностороннего развития, активного участия в современном производстве и общественной жизни.

4.Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения.

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров – осязательных, слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания т.п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т.п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию «тепличных» условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации – локаторы лазерные, световые и др.)

- для самообслуживания – тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, для ухода за ребенком и др.)

- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы «говорящая книга», специальные компьютерные устройства и др.)

- для трудовой деятельности – тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышение культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация – вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.)

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных – верхней и нижней – ступеней, края платформы и др.)

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих, в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в РФ Всероссийское общество слепых, где осуществляется самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции.
В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. воляют емц использовать, дифферинцировать, различать транспортные средства и устройства (светр в современном произЗаключение

Основные сферы жизнедеятельности человека - труд и быт. Здоровый человек приспосабливается к среде. Для инвалидов же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам инвалидов. Им надо помочь адаптироваться в среде: чтобы они свободно могли дотянуться до станка и выполнять на нем производственные операции; могли бы сами, без посторонней помощи выехать из дому, посетить магазины, аптеки, кинотеатры, преодолев при этом и подъемы, и спуски, и переходы, и лестницы, и пороги, и многие другие препятствия. Чтобы инвалид смог все это преодолеть, нужно сделать среду его обитания максимально для него доступной, т.е. приспособить

среду к возможностям инвалида, чтобы он чувствовал себя на равных со здоровыми людьми и на работе, и дома, и в общественных местах. Это и называется социальной помощью инвалидам, людям престарелого возраста - всем тем, кто страдает от физических и психических ограничений.

Социальная реабилитация личности - это сложный процесс ее взаимодействия с социальной средой, в результате которого формируются качества человека, как подлинного субъекта общественных отношений.

Тема 2.5.Медицинская реабилитация пациентов при инфекционных и паразитарных болезнях

Реабилитация пациентов при инфекционных заболеваниях

Инфекционный процесс — комплекс патологических и защитно -компенсаторно-приспособительных реакций различных уровней организации взаимосвязанных морфологических, метаболических, исполнительных и регуляторных (особенно иммунной) физиологических систем, лежащих в основе тех или иных инфекционных болезней.

Инфекционные болезни (от лат. infectio — заражение) — группа болезней, вызываемых патогенными микроорганизмами, характеризующаяся заразительностью, наличием инкубационного периода, реакциями инфицированного организма на возбудитель и, как правило, циклическим течением и формированием постинфекционного иммунитета.

Инфекционное заболевание — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное внедрением и размножением в нем болезнетворных организмов.

– Особенности возбудителей инфекционных заболеваний:

– способность передаваться от больному к здоровому и быстро распространяться;

– наличие скрытого периода размножения;

– сложность обнаружения во внешней среде; трудность и длительность процесса диагностики заболеваний;

– способность некоторых возбудителей длительное время сохраняться в продуктах питания, воде, почве, на различных предметах, одежде и организме определенных видов животных. По распространенности инфекционные болезни (вместе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями) устойчиво входят в группу наиболее часто возникающих в мире заболеваний различного онтогенеза и занимают среди них лидирующее положение. Продолжает расти заболеваемость туберкулезом, гриппом, острыми и хроническими респираторными, кишечными и кожными заболеваниями. В любом периоде инфекционных болезней могут развиваться различные как специфические, так и неспецифические осложнения (присоединение к основному заболеванию разных специфических и/или неспецифических процессов и реакций).

Отличие инфекционных болезней от других заболеваний:

– их вызывают болезнетворные микроорганизмы;

– видимые лишь с помощью микроскопа;

– передаются от зараженного организма здоровому;

– каждая заразная болезнь вызывается определенным микробом — возбудителем.

ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

В патогенезе развития инфекционного процесса ведущую роль играют характер и интенсивность взаимодействия возбудителей инфекций и иммунная система макроорганизма. Известно, что при снижении иммунитета (клеточного, гуморального, специфического, неспецифического) усиливается патогенное действие микробов на

организм человека. Важную роль играют характер, выраженность и длительность воспаления, лихорадки, гипоксии, расстройств метаболизма, функции как исполнительных систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, детоксицирующей), так и регулятор-ных систем (иммунной, эндокринной, нервной).В условиях ослабления защитно-компенсаторно-приспособительныхреакций и механизмов усиливается повреждающее действие микроорганизмов (их экзо- и эндотоксинов) на метаболизм, структуру и функции различных уровней организации макроорганизма.

На фоне ослабления способности макроорганизма локализовывать инфекцию происходит ее генерализация, приводящая к выраженными нарастающим не только местным, но и общим расстройствам различных тканей, органов и систем.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В России принята Международная классификация болезней. В 1-й класс классификации включены инфекционные и паразитарные болезни, которые подразделены на группы по смешанному принципу .Вместе с тем в России сделаны некоторые отступления от Международной классификации болезней. Так, грипп и другие острые респираторные заболевания отнесены к группе 1-го класса — инфекционные болезни (в Международной классификации — к болезням органов дыхания). Группа инфекционных заболеваний

Инфекции, входящие в группу кишечные инфекции:

Брюшной тиф, паратиф А и Б, дизентерия, холера, пищевые токсикоинфекции и др.

Инфекции дыхательных путей,:

Грипп, корь, дифтерия, скарлатина, натуральная оспа, ангина, туберкулез

Кровяные инфекции:

Сыпной и возвратный тиф, малярия, чума, туляремия, клещевой энцефалит, синдром приобретенного иммунодефицита

Зоонозные инфекции:

Бешенство

Контактно-бытовые инфекции

Инфекционные кожно-венерологические заболевания, передающиеся половым путем (си-

филис, гонорея, хламидиоз и др.)

Для клинических целей большое значение имеет разработка классификаций, в которых учитывают патогенез, форму и вариант течения

болезни, тяжесть состояния, наличие осложнений, исходы.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Главные принципы организации медицинской помощи заключаются в раннем обнаружении инфекционных больных, их изоляции (прежде всего своевременной госпитализации), ранней диагностике, рациональном лечении и диспансерном обслуживании переболевших.

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание больных по своему содержанию, значению и объему — исключительно важное звено. Основные задачи его — выявление заболевших, уточнение диагноза, лечение больных, проведение противоэпидемиологических мероприятий.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В лечении инфекционного процесса выделяют этиотропный, патогенетический саногенетический и симптоматический принципы (Черешнев В.А., Давыдов В.В.).

Этиотропная терапия направлена на ослабление жизнедеятельности

и даже повреждение инфекционного возбудителя, а также на создание благоприятных для жизни микроорганизма условий. Этого достигают назначением таких групп лекарственных препаратов, как:

– противовирусные;

– антибактериальные;

– противогрибковые;

– антипротозойные.

Патогенетическая терапия призвана блокировать основное, ведущие и второстепенные звенья патогенеза инфекционного процесса. Для этого назначают средства следующего действия:

– детоксицирующего;

– противовоспалительного;

– иммунотерапевтического;

– иммунокорригирующего;

– восстанавливающего нарушенные основные гомеостатические

Параметры Саногенетическая терапия направлена на активацию защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов, в том ускорение процессов репаративной регенерации.

Симптоматическая терапия призвана облегчить общее состояние больного, уменьшить или устранить у него различные симптомы инфекционного процесса, в том числе субъективно негативные ощущения.

Для этого, в частности, проводят мероприятия и назначают средства, ослабляющие или ликвидирующие головную боль и другие ее виды, страх, нарушение сна, аппетита, общую слабость и др.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Нефармакологическим методам лечения придают большое значение в лечении инфекционных болезней. Они включают диетическое питание, ЛФК, физические методы, различные виды массажа, санаторно-курорт-ное лечение. Использование этих методов в зависимости от особенностей и динамики клинической картины позволяет существенно повысить эффективность лечения заболевания.

Диетическое питание инфекционных больных необходимо строить на основе общих принципов лечебного питания таких больных с учетом клинического течения заболевания и индивидуальных особенностей пациентов.

Лечебное питание должно быть:

– физиологически направленным;

– нозологически дифференцированным;

– патогенетически обоснованным;

– клинически показанным и динамичным;

– индивидуально конкретизированным;

– оптимально полноценным и щадящим, так как восполняет потери организма в процессе болезни, способствует выздоровлению;

– дробным.

При назначении диетотерапии необходимо также учитывать сопут-ствующую патологию, индивидуальную непереносимость отдельных продуктов, характер этиотропной и патогенетической терапии, возможное влияние лекарственных препаратов на пищеварительную систему. Взрослый лихорадящий больной теряет за сутки в среднем 2500–3000 ккал. Энергетические затраты организма резко возрастают при

повышении температуры на каждый градус, а также на период возбуждения больных. Вводимая пища должна компенсировать эти затраты, что необходимо учитывать при расчете калорийность суточного питания.Белки необходимы для поддержания регенеративных, иммунологических и других анаболических процессов, их применяют из расчета1 г/кг массы тела больного. В период реконвалесценции суточное количество потребляемого белка увеличивается до 1,5–2 г/кг массы тела.В суточный рацион больного углеводы должны включать из расчета

5 г/кг массы тела (300–400 г), что по калорийности покрывает половину всех энергетических затрат. В целях компенсации потерь жидкости и солей больным следует давать натуральные соки, воду с соками, настой шиповника, морсы, минеральные щелочные воды.

Назначение диеты при острых инфекционных заболеваниях преследует такие цели, как:

– усиление выделения из организма токсинов;

– укрепление общего состояния больного;

– ускорение процессов в тканях.

Фитотерапию проводят на всех этапах лечебного процесса. Большое значение она имеет в периоды реконвалесценции и реабилитации. Используют как готовые лекарственные средства, так и фитопрепараты домашнего приготовления.

Основные задачи лечения — устранение изменений в системах и органах, ускорение сроков восстановления нарушенных функций организма, стимуляция защитных сил.

Фитопрепараты, обладая широким спектром действия, использую тпри разных инфекционных заболеваниях. Физические упражнения (ЛФК) и двигательный режим. В клинике инфекционных болезней средства ЛФК рассматривают как метод активной функциональной терапии. Активное участие больного в лечебном процессе способствует восстановлению функции отдельных систем или развитию функциональной адаптации больного. ЛФК служит методом немедикаментозной поддерживающей терапии,что крайне важно в периоды реконвалесценции и ремиссии. Физические упражнения (нагрузки) показаны только в период выздоровления. Особенно существенно трофическое влияние физических упражнений, активирующее пластические (в том числе репаративно-регенераторные)и окислительно-восстановительные процессы, которые способствуют усиленному образованию и отложению гликогена в мышцах, печени

(при истощении). Крайне существенны также нормализация гомеостаза и активизация общей иммунологической реактивности организма.Под воздействием физических упражнений постепенно восстанавливается адаптация организма к мышечным нагрузкам и формируется равновесие его со средой. Применение физических упражнений решает задачи ликвидации

остаточных нарушений после перенесенной болезни и восстановления равновесия организма со средой. Для лечения больного в период выздоровления не так важно инфекционное начало, как характер и степень поражения органов и систем. При всех инфекционных заболеваниях страдает, как правило, сердечно-сосудистая система, поэтому занятия должны строить в основном по принципу методики при ее заболеваниях. Если поражение больше касается органов дыхания или пищеварительного тракта, то методика занятий должна быть обоснована соответствующими клинико-физиологическими показаниями. При выборе методик ЛФК необходимо учитывать возраст больных, пол, этиологию, патогенез, особенности течения и исходов болезни,

сопутствующих заболеваний, а также толерантности больных к возрастающей физической нагрузке. ЛФК обязательно должны применять уже в начальном периоде выздоровления, при улучшении общего состояния больного и снижении

температуры тела (до нормальной), а в некоторых случаях — до субфебрильной. В этот период физические упражнения оказывают тонизирующее действие, обеспечивая

постепенную активизацию функций всех органов и систем, а также профилактику возможных осложнений со стороны легких (пневмония, плеврит, бронхит), периферических сосудов

(тромбофлебит) и др .При постельном режиме вначале физические упражнения выполняют в исходном положении лежа на спине и боку. В занятия включают легкие по запоминанию и выполнению упражнения для всех суставов

конечностей и мышц туловища. Выполнение движений в крупных су-

ставах конечностей вначале облегчается укорочением рычага и уменьшением объема. Некоторые упражнения для них можно выполнять в облегченных условиях (подведя скользящую плоскость под конечность).Широко используют дыхательные упражнения (статического и динамического характера). По мере улучшения состояния больного добавляют исходные положения сидя, увеличивают дозировку нагрузки за счет увеличения числа повторений, темпа, вовлечения в работу более крупных групп мышц и усложнения упражнений .При подготовке к переводу на палатный режим особое внимание следует обращать на упражнения для мышц нижних конечностей. При палатном режиме методика ЛФК зависит от того, какие органы больше всего пострадали в процессе заболевания. В этот период осуществляется адаптация больных к постепенно возрастающим физическим нагрузкам. Упражнения выполняют в исходном положении лежа, сидя и стоя, с полной амплитудой движений и вовлечением в работу большинства мышечных групп. Применяют упражнения с гимнастическими предметами, на мячах, у гимнастической стенки . Важно в процессе занятий концентрировать внимание на полном дыхании и сочетании дыхания с движениями. Кроме ЛГ применяют утреннюю гигиеническую гимнастику и дозированную ходьбу.

При свободном режиме (подготовка больного к выписке) с помощью физических упражнений совершенствуется взаимо согласованность в деятельности всех органов и систем и расширяется адаптация организма к разнообразным нагрузкам. Используют пешие прогулки, элементы

спортивных игр, ходьбу на лыжах, велосипед.

Противопоказания к назначению физических нагрузок носят временный характер.

Физиотерапия. Физические методы применяют для уменьшения интоксикации (противовирусные методы), проявлений воспаления (противовоспалительные методы) и коррекции иммунной дисфункции

(иммуностимулирующие методы). Например, при эпидемическом паротите физические факторы применяют следующим образом (табл. 7.2).

Массаж позволяет снять или уменьшить болезненный мышечныйспазм, укрепить мышцы, улучшить кровообращение и тем самым улучшить трофику тканей. Применяют массаж классический (лечебный),с лечебными мазями, пневмомассаж, точечный и др.При выполнении массажа в инфекционном стационаре предъявляют определенные требования к соблюдению санитарно-эпидемического

режима и профилактике внутрибольничных инфекций. С этой целью для больных с неконтагиозными инфекциями и свободным двигательным режимом устанавливают строгий порядок проведения массажных процедур в физиотерапевтических кабинетах, определяют время для больных из разных отделений, время на санитарную обработку места и отдых специалиста.

Больным с высококонтагиозными инфекционными заболеваниями массаж проводят в боксах или изолированных палатах. В этом случае массажист должен соблюдать профилактические меры в зависимости от характера инфекции. Если больным с различными инфекционными заболеваниями массаж проводит один специалист, то после каждой процедуры он должен выполнять тщательную санитарную обработку рук в соответствии с действующими приказами и методическими разработками по соблюдению санитарно-эпидемического режима и мерличной профилактики при конкретных инфекционных болезнях (Циркунов В.М. и др.).

Общие показания к проведению массажа при острых инфекционных заболеваниях:

– удовлетворительное состояние больного;

– завершение острой фазы (периода) болезни;

– периоды ранней и поздней реконвалесценции;

– отсутствие признаков обострения и рецидива болезни, а также обострения сопутствующих заболеваний;

– согласие больного на процедуру.

Общие показания к назначению массажа при хронических инфекционных заболеваниях:

– завершения фазы обострения болезни;

– удовлетворительное состояние больного;

– отсутствие субфебрильной температуры тела, признаков декомпенсации основного и сопутствующего заболевания.

Противопоказания. В одних случаях противопоказаниями служат самостоятельно возникшие болезни, в других — сопутствующая патология, в-третьих — осложнения, связанные с первой, второй или сочетанной причиной.

– При инфекционном поражении пищеварительной системы.

■ При гастритах, колитах. План массажа: воздействие на паравертебральные и рефлексогенные зоны спины, шеи и живота; области желудка, мышц брюшного пресса. Положение больного — лежа на животе, затем на спине со слегка согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах. Методика: массаж паравертебральных зон спинномозговых сегментов ThIX–ThV и CIV–CIII. Продолжительность массажа — 10–15 мин. Курс лечения — 12–15 процедур, через день.

■ При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

План массажа: воздействие на рефлексогенные зоны спины, грудной клетки и шейные симпатические узлы; массаж области желудка. Положение больного — сидя, лежа на животе и спине.

Методика: массаж паравертебральных зон спинномозговых сегментов ThIX–ThV, CVII–CIII. Продолжительность массажа — 15 мин. Курс лечения — 12 процедур, через день.

■ Хронический гепатит, хронический холецистит (бескаменный), дискинезия желчевыводящих путей. План массажа: воздействие на паравертебральные сегменты и рефлексогенные зоны грудной клетки, массаж области солнечного сплетения, живота, печени и желчного пузыря. Положение больного — лежа на животе, спине

Методика: массаж паравертебральных зон спинномозговых сегментов CIII–CIV и ThVI–ThX. Продолжительность массажа — 12–15 мин. Курс лечения — 12 процедур, через день.

– При заболеваниях органов дыхания.

Показания к назначению массажа при болезнях органов дыхания:преимущественно пневмония, хронические заболевания легких (эмфизема, пневмосклероз, бронхиальная астма).

План массажа: воздействие на паравертебральные и рефлексогенные зоны грудной клетки, косвенный массаж диафрагмы, легких, области сердца в сочетании с упражнениями дыхательными и направленными на релаксацию мышц грудной клетки. Положение больного — лежа на животе, спине, боку (при одностороннем поражении — на здоровом).

Методика: массаж паравертебральных зон LV–LI, ThIX–ThIII, CIV–CIII.

Продолжительность массажа — 12–18 мин. Курс лечения — 12 процедур,

через день.

– При заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

План массажа: воздействие на паравертебральные зоны спинномозговых сегментов LI–ThV–ThII, CVII–CIV; массаж мышц спины и шеи.

Продолжительность массажа — 20–25 мин. Курс лечения — 12–15 процедур, через день.

– При поражениях нервной системы.

Существуют инфекционные болезни, для которых поражение в виде полиневрита в одних случаях специфично, в других — служит осложнением. План массажа: назначают в подостром периоде заболевания, используют приемы поглаживания, растирания, разминания и вибрации.

Первые процедуры проводят в виде общего классического (лечебного) массажа, а затем избирательно массируют мышцы и нервные стволы конечностей.

Психотерапия. Для больного уже сам факт установления диагноза инфекционного заболевания (например, брюшного тифа) может вызвать отрицательную эмоциональную реакцию. Можно представить, какую реакцию вызывает заражение особо опасной инфекционной болезнью (холера) или вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Наличие у пациента определенной патологии, особенно инфекционной, имеет моральную окраску. Разглашение этой тайны способно привести к ущербности личности, а тем самым к неуверенности, замкнутости ,изолированности. Здесь имеется широкое поле для психотерапевтического воздействия в виде правильно построенного диалога, что требует больших затрат времени, выдержки врача, массажиста, инструктора-методиста ЛФК. При подозрении на инфекционное заболевание пациента изолируют от общества, и это накладывает большую ответственность как на врача, так и на весь медицинский персонал в целом .Специалисты в своей практике используют различные методы психотерапии: гипнотерапию, рациональную разъяснительную и групповую эмоционально-стрессовую психотерапию, эмоционально-стрессовую эстетопсихотерапию. Кроме того, применяют аутогенную тренировку, индивидуальную аналитическую (раскрывающую) терапию, арт-, книго-, музыко-, дельт, финотерапию

Возможности психотерапевтического воздействия в комбинации с лечебной физкультурой, физиотерапией на фоне разгрузочно-диетического лечения обусловливают многообразие вариантов реабилитационного процесса.

Санаторно-курортное лечение противопоказано в остром периоде заболевания, при обострении хронического процесса и наличии общих противопоказаний.

Реабилитация больных вирусными гепатитами

I. Ранняя реабилитация начинается в стационаре и направлена на восстановление обменно-энергетических процессов.

- Режим.
- Диета № 5 + витаминизация пищи.
- Витаминотерапия.
- Антиоксиданты (рибоксин, глютаминовая кислота, панангин, т.д.).
- Физиотерпия (тюбажи, хвойные и жемчужные ванны).
- ЛФК.
- Психотерапия.
- Санация очагов хронических инфекций (лечение кариеса, синуситов, хрон.тонзиллитов и т.д.).

II. Реабилитация на амбулаторном этапе.

Соблюдение условий выписки из стационара

Диспансеризация всех больных острыми и хроническими гепатитами в КИЗ и гепатологических центрах.

Трудоустройство.

Освобождение от профилактических прививок

Противопоказан прием гепатотоксичных препаратов.

III. Особенности диспансерного наблюдения при ХВГ.

С “Д” учета больные не снимаются.

В течение 1-го года наблюдения обследование проводится 1 раз в 3 месяца, затем 1 раз в 6 месяцев.

Вирусологическое обследование проводится 1 раз в 12 месяцев.

Госпитализация в инфекционный стационар проводится:

- Для уточнения диагноза
- Для проведения биопсии печени
- При обострениях.

“Д” наблюдение проводится в КИЗ по месту жительства.

При каждом посещении больным КИЗ исследуются ФПП, АЛТ.

УЗИ проводят 1 раз в 6 месяцев.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Диагноз «ВИЧ-инфекция» означает присутствие в крови вируса иммунодефицита человека, которое может на протяжении долгих лет не сопровождаться никакими переменами в состоянии здоровья, однако, само знание о наличии ВИЧ-инфекции в организме практически всегда приводит к изменениям в жизни человека. Особенность этого диагноза в том, что он связан со множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях таких, как боязнь передачи вируса сексуальному партнеру; проблемы с возможностью иметь детей, поскольку существует риск передачи вируса от матери ребенку; негативное отношение к ВИЧ-инфицированным в обществе и т.д. Все это влияет на качество жизни, отношения с окружающими и на отношение к самому себе и не всегда понятно людям, которых лично не коснулась проблема ВИЧ/СПИД. В связи с этим важное значение приобретает разработка реабилитационных мероприятий для данной категории лиц.

Своевременные комплексные реабилитационные мероприятия позволяют осознать больному, что одержать вверх над болезнью и преодолеть тяжелую ситуацию больше шансов у того, кто берет на себя ответственность за свою жизнь и не довольствуется ролью жертвы. Многие ВИЧ-инфицированные прекрасно осознают это и стремятся, как можно больше узнать о ВИЧ-инфекции, о новых лекарствах и методах лечения, о своих правах и путях защиты.

1. ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННОГО КОНТИНГЕНТА (НОСИТЕЛИ ВИРУСА СПИД И БОЛЬНЫЕ СПИД)

ВИЧ-инфекция-это инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека(ВИЧ), характеризующийся медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций, новообразований, приводящих инфицированных к летальному исходу. СПИД-(синдром приобретенного иммунодефицита) инфекционное заболевание, характеризующееся глубоким поражением системы клеточного иммунитета человека и клинически проявляющееся развитием прогрессирующих инфекционных заболеваний и злокачественных новообразований. СПИД - терминальная стадия ВИЧ-инфекции, наступающая в большинстве случаев через весьма длительный период от момента заражения вирусом. Люди, которых так или иначе затронула проблема ВИЧ, зачастую не знают своих прав, нуждаются в поддержке и консультации специалистов различного профиля

Вирус гриппа есть у каждого человека на нашей планете. Вирус герпеса есть более чем у 90% населения всего мира. Цитомегаловирус есть у 70% людей на Земле.

Однако никто не говорит о них "больные" или "изгои". Почему же так говорят о ВИЧ-положительных людях? Дело в том, что в обществе существует такое явление, как стигма. Стигма - это ярлык, имеющий негативный оттенок. Социальное клеймо. Предрассудок - это та же стигма, не несущая отрицательной нагрузки. "Все женщины хорошие матери" - это предрассудок. "Все бабы дуры" - это стигма. Мы думаем, что СПИД - это страшно, потому что родились в обществе, которое боялось СПИДа. В первые годы распространения эпидемии ВИЧ приравнивался к смерти, так как обнаруживался только на стадии СПИДа. Поэтому диагноз вызывал панический страх и чувство беспомощности. Стигма является основной причиной дискриминации в обществе, нарушения прав человека.

СПИД является не только медицинской проблемой, так как ведет к различным социальным последствиям, создает проблемы как для самих ВИЧ-инфицированных, так и для их родных, близких, для всех людей, которые так или иначе связаны с ними. ВИЧ-инфицированные люди нуждаются в помощи и поддержке. Они могут столкнуться с особыми психологическими препятствиями в плане использования своего права на охрану здоровья. Некоторые могут бояться того, что сотрудники медицинских учреждений раскроют их ВИЧ-статус, хотя законодательством гарантируется конфиденциальность. Некоторым очень трудно смириться с тем, что они подверглись заражению. Кроме того, само общество не готово принять ВИЧ-инфицированных. Как известно из мирового опыта, довольно часто ВИЧ-инфицированные или те, чьи родственники больны или умерли от этого заболевания, подвергаются дискриминации не только со стороны посторонних людей, но и со стороны друзей и родственников.

Поэтому отдельным направлением профилактической работы по проблеме ВИЧ/СПИД должно стать формирование терпимого отношения общества в целом к инфицированным ВИЧ, больным СПИД и их родственникам. Боязнь быть узнанными , так как в целом в обществе существует негативное отношение: под воздействием старых представлений ВИЧ-инфицированных боятся как проказы или чумы, к ним стараются не подходить близко. В частности имеются факты разглашения диагноза, факты отказа приема инфицированных людей на работу. По последним данным, достаточно высок процент руководителей организаций и предприятий, которые бы отказали человеку в приеме на работу, зная, что он ВИЧ- положительный.. Необходимо избегать дискриминации и активнее проводить профилактическую работу, как среди групп риска, так и среди всего населения. Многие люди, имея заболевание, боятся порицания и даже наказания и не обращаются за помощью, соответственно, происходит распространение инфекции. А чтобы это предотвращать нужно осознание и понимание проблемы всеми слоями общества.

В последние годы инфекция вышла за пределы групп риска и проникла в обычные слои населения. Поэтому в ближайшие годы врачи прогнозируют рост рождения детей ВИЧ-инфицированными матерями. Они подвергаются серьезной дискриминации в системе здравоохранения, а их дети оказываются изгоями. В женской консультации ВИЧ-инфицированная беременная женщина сталкивается с несоблюдением врачебной тайны, с агрессивным отношением медперсонала. Ее часто отказываются лечить и предлагают прервать беременность вместо того, чтобы предложить бесплатную антиретровирусную терапию, снижающую риск передачи инфекции ребенку до 1 процента. Когда ребенок рождается, мать чаще всего от него отказывается. А иногда возникает отложенный отказ, когда родители сталкиваются с враждебным отношением и врачей, и работников детских учреждений, не имеют доступа ни к медицине, ни к школьному и дошкольному образованию. Хуже всего, когда отказные дети, которых не берут в дом ребенка, годами лежат в больничных боксах, видя только сестру в перчатках и маске, приходящую и кормить и пеленать, и не развиваясь ни умственно, ни физически. Шансов обрести семью у них тоже нет. Причем большинство из них вообще здоровы. Они страдают только из-за диагноза матери.

Особенно тяжело страдают дети, которых в ряде случаев исключают из школы, лишают возможности посещать общий детский сад и общаться с другими детьми (поэтому в некоторых городах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией созданы детсады, которые посещают только дети с установленным диагнозом). Хотя в мире нет ни одного случая передачи ВИЧ при совместном обучении детей. И хотя по закону детские сады и школы не могут отказать в приеме ВИЧ-инфицированного ребенка, на практике это постоянно происходит. Поэтому главная проблема сегодня - это формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным детям.

Пациенты, больные СПИДом, уже сейчас составляют значительную часть госпитализированных больных, иногда больше половины, особенно в странах, где положение с ВИЧ-инфекцией особенно тяжелое. СПИД болезнь хроническая, но контролируемая. Поэтому, а также в связи с ростом числа инфицированных в обозримом будущем потребность в участии специализированных амбулаторых учреждений, общества и семьи будет только возрастать. На данном же этапе подобная помощь явно недостаточна а не хватает персонала, оборудования и средств, ВИЧ-инфекция по-прежнему считается позорным заболеванием, а большинство инфицированных не знает о своей болезни.

Важной психологической проблемой, с которой приходится сталкиваться ВИЧ-инфицированным, является социальная изоляция. Больных увольняют с работы, от них отказываются родственники и друзья. По этим причинам больные начинают чувствовать себя изгоями современного общества. Если ВИЧ-положительный человек находится в местах лишения свободы, он получает медицинский уход чрезвычайно низкого качества, подвергаясь риску оппортунистических инфекций во много раз чаще, чем на свободе. В колониях и тюрьмах почти нет доступа к информации о ВИЧ и к службам поддержки. ВИЧ-положительные люди подвергаются сильной дискриминации со стороны персонала и других заключенных. В Беларуси большинство людей, живущих с ВИЧ, не обращаются к медикам по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Таковы выводы социального исследования в рамках проекта "Улучшение доступа людей, живущих с ВИЧ/СПИД, к информации и услугам по репродуктивному здоровью". [3] В более глобальных социальных последствиях носителей ВИЧ и больных СПИД можно выделить следующие аспекты: .

Социально-экономические последствия таковы: снижение численности женщин трудоспособного возраста; уменьшение численности занятых женщин; увеличение расходов государства на лечение ВИЧ-инфицированных детей и содержание сирот; усугубление кризиса семьи. Изменится репродуктивная функция современной белорусской семьи: увеличится число ВИЧ-инфицированных потенциальных матерей и отцов, что повлечет снижение числа рождений в целом и числа рождений здоровых детей; возрастут материнская и младенческая смертность. .

Демографические аспекты - снижение качества населения, т.е. ухудшение характеристик его здоровья и уменьшение продолжительности жизни, а также увеличение смертности в молодом возрасте, падение рождаемости, усугубление процесса старения, уменьшение численности населения и трудовых ресурсов.[9] Демографические и экономические последствия СПИДа уже сейчас создают проблемы во многих странах мира. Поскольку СПИД передается преимущественно половым путем (гомо- или гетеросексуальным) в демографической пирамиде возвратного состава населения он выбирает прежде всего ее наиболее многочисленный и репродуктивный слой - люди 20-50 летнего возраста находящихся в расцвете сил. Именно на эту возрастную группу приходится от 75-90% заражений ВИЧ и заболеваний СПИДом. Основываясь на опыте минувших лет, ученые считают, что в течение ближайших 5-10 лет вероятность заболеванием СПИДом людей, у которых обнаружена положительная реакция на ВИЧ, составит от 30 до 50 процентов. Однако, по другим данным, клинические признаки СПИДа в ближайшие 10 лет проявятся у 75 или даже 90 процентов лиц зараженных ВИЧ.

Положение усугубляется высокими темпами распространения СПИДа, что многократно усиливает избирательный удар по молодежи и лицам зрелого возраста. А ведь экономическое благосостояние общества, как и воспроизводства населения, в первую очередь зависит именно от этих людей.

Экономический аспект: Потеря значительной части населения в возрасте от 20 до 50 лет может нанести любому обществу огромный ущерб, поскольку оно утратит наиболее трудоспособную часть своего производственного и воспроизводственного потенциала. Именно потери части трудоспособного населения займут главенствующее место среди всех отрицательных экономических последствиях СПИДа.[7] Резкое снижение численности населения трудоспособного возраста; снижение численности и качества трудоспособного населения; падение доходов больных СПИД из-за снижения трудоспособности; уменьшение числа занятых из-за плохого состояния здоровья ВИЧ-инфицированных и больных СПИД в трудоспособном возрасте; увеличение расходов общества на лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИД; возрастание нагрузки на работающее население за счет увеличения расходов государства на лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИД.

2. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННЫМ КОНТИНГЕНТОМ

Вирус иммунодефицит реабилитация социальный В период, когда человек узнает о своем диагнозе, родные и близкие, медицинские работники, социальные работники, психологи могут и должны оказать ему психологическую поддержку. Социальные работники, психологи должны обучить пациентов с ВИЧ-инфекцией правильно вести себя не только в больнице, но и в семье, обществе. У пациентов, адаптированных к своему диагнозу, сохраняется социальная значимость и высокий уровень жизни.К сожалению, решить проблему адаптации пациента не всегда удается. Психические нарушения на этапе сообщения диагноза ВИЧ-инфекции могут протекать по типу психогенных реакций, таких как беспокойство о продолжительности жизни и ее качестве, финансовой стабильности и занятости; опасения по поводу грядущего одиночества, ожидаемой социальной изоляции, сексуальной напряженности. Для пациента на этом этапе характерны состояние подавленности, тревоги, раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности.

После сообщения диагноза ВИЧ-инфекции больной может впасть в состояние депрессии, сопровождающейся страхом мучительной смерти и инфицирования близких, тревогой по поводу нарушения конфиденциальности. Его угнетают невозможность что-либо изменить, необходимость давать отчет о своей интимной жизни, неосуществимость планов на будущее, возможность утраты физической привлекательности. Пациент испытывает чувство вины по отношению к людям, которые могли быть им заражены, угрызения совести из-за поведения, приведшего к заражению, агрессивность по отношению к предполагаемому источнику заражения. ВИЧ-инфицированный, опасаясь, что не получит надлежащего лечения, не знает, как жить дальше. На этом этапе у пациента могут отмечаться различные внутренние формы суицидального поведения, мотивы которого сводятся к личностно-семейным проблемам и угрозе жизнедеятельности, иногда отмечается злоупотребление алкоголем с элементами асоциального поведения. В то же время больной нередко проявляет интерес к информации по вопросам терапии ВИЧ-инфекции, сроков выживаемости, вероятности и быстроты перехода заболевания в стадию СПИДа. Беспокойство, связанное с собственно соматическим состоянием, не носит выраженного характера, так как в большинстве случаев при установлении диагноза ВИЧ-инфекции у больных не наблюдается отчетливых соматических и психоневрологических нарушений, кроме случаев диагностики ВИЧ-инфекции сразу в стадии СПИДа. Психические нарушения, возникающие в период после первичного стационарного обследования и возвращения к повседневной жизни, при сохраняющемся на относительно удовлетворительном уровне

соматическом состоянии во многом зависят от особенностей индивидуальной личностной и социальной адаптации. В ряде случаев после сообщения о ВИЧ-инфицировании невротических реакций не наблюдается чаще всего у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, и у лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией, что, вероятно, обусловлено особенностями их психики. Несмотря на многочисленные трудности, диагноз ВИЧ-инфекция не означает, что человек должен отказаться от своих планов и интересов, от учебы, работы и развлечений, от любви и секса. Все больше людей находят решение проблем, связанных с наличием ВИЧ-инфекции в организме, многие обнаруживают, что их жизнь не изменилась кардинально и предпринимают шаги, чтобы адаптироваться к новым условиям жизни. У больного никогда не возникнет депрессивного состояния, глубокого невроза и стремления к самоубийству, если он будет находиться в спокойном состоянии духа. Сейчас по всему миру создано большое количество СПИД-центров. Когда человек узнает диагноз, часто его первая реакция это: раз жить осталось недолго-наплевать на все или напротив, человек начинает значительно серьезнее относится к себе, к своим близким, максимально использовать свои возможности. И специалисты в таких центрах пытаются добиться второго варианта поведения. Для этого ВИЧ-позитивные люди должны знать, кто и чем может им помочь

Таким образом, людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, зачастую приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами задолго до того, как им понадобится медицинская помощь. Очень важно уделять особое внимание решению этих проблем. Эмоциональное самочувствие ВИЧ-положительных требует не менее серьезного подхода, чем физическое. У большинства ВИЧ-инфицированных бывают тяжелые периоды в жизни, для которых характерны депрессия, тревожность, страх, нарушение сна, ночные кошмары, трудности концентрации внимания, чувство беспомощности, безнадежность, мысли о смерти. Эти и другие эмоциональные кризисы мешают заботиться о своем здоровье и порой приводят к трудно исправимым ошибкам. В период кризиса человек сталкивается сразу с несколькими проблемами и не видит выхода из сложившейся ситуации. В таком состоянии ему сложно разобраться даже в собственных чувствах и желаниях.

3. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ

Изучение структуры индивидуально-психологических особенностей личности показывает, что в отличие от здоровых людей, для которых характерны: богатство эмоциональной палитры, гибкость, высокая чувствительность, контроль эмоций и поведения, стрессоустойчивость, у ВИЧ-инфицированных пациентов эмоциональная сфера отличается: неустойчивостью, импульсивностью, раздражительностью, а также низким контролем эмоций и поведения; выявляется низкая толерантность по отношению к фрустрации; отмечается беспокойство, повышенная тревожность, ипохондричность и неуверенность в себе. В отличие от здоровых людей, для которых характерна готовность взять решение проблемы на себя, пациенты с ВИЧ-инфекцией обнаруживают стремление возложить ответственность за ошибки на окружающих, при этом, у них отсутствуют инициатива и смелость в выборе собственной линии поведения. Интеллектуальная сфера больных с ВИЧ-инфекцией характеризуется способностью оперировать абстрактными понятиями при достаточно развитом воображении. У ВИЧ-инфицированных пациентов в поведенческой сфере выявлена склонность к авторитарному, конфликтному и агрессивному поведению, что также может указывать на низкую устойчивость к стрессу. Открытое проявление агрессивности в силу своей асоциальной направленности является неэффективным способом преодоления стресса. Для больных с ВИЧ-инфекцией характерна высокая вероятность нарушения интеграции поведения.

Все реабилитационные мероприятия можно разделить на четыре взаимосвязанные категории:

1) медицинские - информация о лечении и самолечение (дотестовое и послетестовое консультирование);

2)психологические -эмоциональная поддержка(психологи);

3)социально-экономические- материальная помощь, помощь по хозяйству, забота о сиротах(социальные работники);

4) правовые -соблюдение прав человека, доступность лечения, защита от насилия и дискриминации(юристы) .

Реабилитационная работа в этих направлениях ведется много лет, и на сегодняшний день соответствующие службы уже созданы. Эти службы особенно эффективны, выгодны и жизнеспособны, если они созданы на основе действующих структур, функционируют четко и слаженно и взаимно дополняют друг друга. Социальный диагноз для социально-дезадаптированного контингента: на стадии носительства ВИЧ-инфекции будет связан только с психологическими факторами, развитие депрессии , ухода клиента в болезнь даже на той стадии, когда нет клинических проявлений заболевания, утрата социальной роли , утрата личностного статуса, что будет проявляться в нестабильной самооценке, отсутствие жизненных целей, непринятие болезни. Все реабилитационные мероприятия должны быть начаты как можно раньше для наиболее эффективной реабилитации. План реабилитационных мероприятий Направление реабилитации. Содержание работы специалист медицинская реабилитация-дотестовое и послетестовое консультирование;

- медицинское обследование и лечение имеющихся заболеваний

- лечение от различных форм зависимости от психоактивных веществ (если таковые присутствуют)врач-терапевт, дерматолог,инфекционист, и др. врач-наркологсоциальная реабилитация

- сбор социального анамнеза - диагностика ограничения жизнедеятельности , определение степени влияния отдельных нарушений, отдельных критериев жизнедеятельности на интегральный уровень социальной недостаточности

- постановка социального диагноза - организация взаимодействия с наркологическим диспансером, медицинскими центрами, поликлиниками, центрами по профилактике ВИЧ/СПИД

- оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - оказание вспомогательной адресной помощи. Специалист по социальной работе, социальные работники психологическая реабилитация

- психодиагностическое обследование

- сбор анамнеза жизни и употребления психоактивных веществ,

- групповая психокоррекционная работа,

- тематические лекции

- индивидуальная психокоррекционная работапсихолог, врач-психотерапевтправовыесоблюдение прав человека, доступность лечения, защита от насилия и дискриминациииюристы

Этапы реабилитации:) Диагностический этап: заключается в постановке социального диагноза и определения уровня социальной недостаточности.

) Коррекционно-реабилитационный этап. Он включает в себя постановку конкретной программы действий. Это составление плана реабилитационных мероприятий, продумывание системы мер, структур, методик; а также прогнозирование ожидаемых положительных, а возможно и негативных последствий. Реализация реабилитационных и коррекционных технологий, отслеживание процесса, корректировка реализуемой технологии

Постреабилитационный этап. Анализ результатов программы реабилитации, оценка эффективности программы, при необходимости оказание адресной помощи и патронажная работа. Характер планируемых реабилитационных мер:

Медицинская реабилитация: медикаментозная терапия; диагностика и лечение имеющихся заболеваний; лечение от имеющихся форм зависимости от психоактивных веществ(если таковые имеются).

Социальная реабилитация: А) Сбор социального анамнеза клиента с целью выяснения возникновения проблем, которые могли привести к дезадаптивной ситуации либо к наркотической зависимости(если таковые имеются), повлекшие заражение ВИЧ-инфекцией.

Б) Диагностика ограничения жизнедеятельности , определение степени влияния отдельных нарушений, отдельных критериев: изучение характера взаимоотношений в семье; исследование жизненно-бытовых условий ; изучение взаимоотношений в трудовом коллективе ; выяснение жизненных планов, целей клиента; выяснение уровня и характера жизнедеятельности клиента; выяснение жизненных приоритетов.

В) Постановка социального диагноза.

Г) Организация взаимодействия, наркологическим диспансером, медицинскими центрами, поликлиниками, центрами по профилактике ВИЧ/СПИД.

Д) Непосредственная реализация реабилитационных мероприятий: организация патронажной работы среди социально-дезадаптированной категории (больные ВИЧ/СПИД); организация группы поддержки; привлечение церкви, общественных организаций в реализации реабилитационной программы ВИЧ- инфицированному профилактикака предотвращения заражения в семье повышение социальной адаптированности в семейной обстановке; повышение социальной адаптированности в трудовом коллективе; пропаганда и агитация за здоровый образ жизни (организация занятий спортом, физкультурой, выезды в лагеря, сборы, туристические походы).

Е) Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Ж) Оказание вспомогательной адресной помощи при необходимости. .

Психологическая реабилитация:

А) Психодиагностическое обследование Включает в себя диагностику личности клиента образа жизни и поведение; нравственного и культурного уровня ; взаимоотношений с членами семьи и другим социальным окружением. Диагностика клиента включает: диагностика особенностей личности; исследование отношения к будущему; диагностика коммуникативных качеств диагностика стрессоустойчивости.

Б) Сбор анамнеза жизни клиента и употребления им психоактивных веществ.

В) Групповая психокоррекционная работа, направленная на формирование стрессоустойчивости, повышение адаптации в семье и трудовом коллективе, улучшение контроля за эмоциями и поведением, снижение тревожности и формирование уверенности в себе Включает: тренинги; сюжетно- ролевые игры; беседы и лекции; игротерапия; арттерапия; позитивная психодрама.

Г) Индивидуальная психокоррекционная работа . Состав реабилитационной команды: врачи различных профилей (терапевты, инфекционисты, дерматологи, наркологи, психотерапевты), психолог, специалист по социальной работе, социальные работники, СПИД-центры. Предполагаемые критерии завершения и эффективности этапов реабилитации: приверженность лечению, повышение информированности о путях передачи ВИЧ. Привитие, адаптация и поддержка модели поведения, ведущих к улучшению здоровья, социальной функции и снижение угрозы для общественного здоровья (ВИЧ/СПИД) формирование позитивных отношений с членами семьи, формирование позитивных отношений с членами трудового коллектива, готовность к активному сотрудничеству с представителями социальных служб, адаптация в группе поддержки, формирование позитивного отношения жизни, полное воздержание от алкоголя и наркотиков, употребления токсических веществ; снижение уровня тревожности; развитие умения прогнозировать как позитивные так и негативные последствия собственных действий, формирование ответственного отношения к собственному здоровью.

Предполагаемые критерии эффективности этапов реабилитации ВИЧ-инфицированных и больных со СПИДом зависят от того, что в конечном итоге не может быть достигнуто полного выздоровления. По этой причине итогами реабилитационного процесса может быть: - восстановление личностного статуса пациента, что может выражаться в принятии заболевания, стабильной самооценке, определенном уровне духовной стабильности, сформированных жизненных целях и другое; восстановление социального статуса пациента, что может быть выражено в восстановлении тех соц ролей, которые были нарушены или утрачены, например: супруга/супруги, отца/матери, сына/дочери, специалиста, коллеги и т.д.; гармонизация отношений в окружающими людьми.

Тема 2.6.Медицинская реабилитация пациентов при кожно-венерических заболеваниях

Реабилитация при кожных заболеваниях

Кожа как анатомо-физиологическая часть целостного организма, является органом, выполняющим ряд важных физиологических функций:
— она защищает организм от различных вредных воздействий внешней среды;
— участвует в процессе терморегуляции и в регуляции общего обмена веществ в организме;
— важной является и секреторная функция кожи (работа сальных и потовых желез);
— кожа, кроме того, представляет собой обширное рецепторное поле, воспринимающее извне и передающее в ЦНС целый ряд ощущений.
Этиологическими факторами кожных заболеваний могут явиться функциональные и органические нарушения нервной системы (центральной и периферической), нарушения функции эндокринных желез, кровообращения.
В комплексном лечении некоторых кожных заболеваний используют:
— различные виды массажа: классический, сегментарный, криомассаж, вибрационный, массаж щетками в ванне и др.;
— ЛФК, умеренные физические нагрузки: бег, ходьба, лыжные прогулки, гребля, езда на велосипеде, плавание в морской воде и др.;
— включают также диетотерапию, витаминизацию, седативные средства, различные мази, линименты и пр.;
— показано санаторно-курортное лечение: плавание в морской воде, терренкур, игры, прием кислородного коктейля и различных лечебных ванн.
ЛФК оказывает положительное общее воздействие на организм человека, способствует нормализации обменных процессов, гормонального и психоэмоционального статуса.
ЛФК и умеренные физические нагрузки показаны всем больным с хроническим течением заболевания вне стадии обострения.
Противопоказания к применению массажа в дерматологии: гнойничковые заболевания кожи; грибковые заболевания кожи; туберкулез кожи; дерматиты от воздействия высоких и низких температур, ультрафиолетовых лучей, ионизирующей радиации, химических факторов и др.; вирусные дерматиты; опухоли кожи.

Псориаз — часто встречающееся хроническое заболевание, арактеризующееся рецидивами и обострениями. Больные псориазом составляют от 3% до 5% всех больных кожными заболеваниями.
Болезнь развивается медленно, но иногда отмечается острое течение.
На не измененной на вид коже появляются мелкие, величиной с булавочную головку, пятнисто-узелковыевысыпания розовато-красного цвета, единичные или множественные,

слегка возвышающиеся над поверхностью кожи.
Увеличиваясь по периферии, они сливаются в большие бляшки, покрытые рыхло сидящими слоистыми серебристыми чешуйками. Сыпь при псориазе часто мономорфная, симметрична. Субъективные ощущения большей частью отсутствуют, но нередко псориаз сопровождается зудом и заболеваниями суставов. Обострение процесса наблюдается чаще зимой (зимняя форма), реже — летом (летняя форма).
Лечение псориаза
В комплексном лечении используются:
— УФО;
— умеренные занятия физкультурой (лыжные прогулки, плавание в море и др.);
— витаминизация (А, С, группа В);
— диетотерапия;
— массаж и др.
При распространенной форме псориаза и при обострении массаж не проводится!Массаж при псориазе
Задачи массажа:
— улучшение крово- и лимфотока, метаболизма в тканях (особенно в коже);
— нормализация сна;
— ликвидация (уменьшение) зуда.
Методика массажа
Вначале массируют спину (сегментарно-рефлекторные зоны), затем конечности, живот. Грудную клетку растирают и сдавливают на выдохе (активизация дыхания).
Продолжительность массажа 10-15 мин. Курс 15-20 процедур.
При выполнении массажа выраженные псориатические бляшки обходят!
Массаж проводят только в период ремиссии!
Витилиго-заболевание связано с нарушением деятельности:
— нервной системы;
— эндокринных желез.
Могут играть роль факторы, задерживающие процесс окисления энзимов, переводящих тирозин в меланин, а также снижение в крови содержания микроэлементов меди и железа.
Характерно появление депигментированных пятен цвета алебастра или слоновой кости.
Лечение витилиго
В комплексное
выраженным, напоминающим по виду шагреневую кожу.
Различают ограниченный и диффузный нейродермит
Ограниченный нейродермит локализуется:
— чаще всего в области затылка;
— на боковых поверхностях шеи;
— в локтевых сгибах;
— подколенных ямках;
— пахово-бедренных складках;
— на внутренней поверхности бедер.
В центральной части очага кожа резко уплотнена, окрашена в синюшно-красный, нередко с буроватым оттенком цвет.
Диффузный нейродермит локализуется:
— преимущественно на конечностях (предплечья, голени, бедра);
— реже — на коже живота, спины, лица.
Кожа на пораженных участках уплотненная, сухая, имеет синюшно-красный с буроватым оттенком цвет или цвет слоновой кости.
Лечение нейродермита
В комплексном лечении нейродермита показаны:

— массаж;
— ЛГ;
— лекарственная терапия;
— диета;
— гидротерапия;
— плавание;
— лыжные прогулки и др.
Массаж при нейродермите
Задачи массажа:
— улучшить крово- и лимфоток в тканях, особенно в коже;
— ускорить метаболизм тканей;
— уменьшить зуд;
— нормализовать сон.
Методика массажа
Проводят сегментарно-рефлекторный массаж (оказывают рефлекторное воздействие на спинномозговые нервы), массируют конечности, живот, грудь. Продолжительность массажа 5-15 мин. Курс 15-20 процедур. В год 3-4 курса.
Если на коже есть царапины, искариации, то эти места при выполнении массажа обходят и проводят на них криомассаж (массаж льдом)!
При выраженном зуде 2-3 раза в день делают массаж льдом, одну из процедур — перед сном!
Лечебная гимнастика при нейродермите
ЛГ проводится:
— в проветренном помещении;
— в легкой одежде — следует избегать потливости.
ЛГ включает:
— общеразвивающие упражнения;
— дыхательные упражнения;
— упражнения с мячами;
— гимнастической палкой и др.
Темп медленный и средний. Продолжительность занятий 8-12 мин ежедневно

Красная волчанка
Клиническая картина красной волчанки
Болезнь проявляется в двух основных формах:
— одна из них (дискоидная)
характеризуется изменениями кожи лица, реже — кожи волосистой части головы, верхней части груди, спины, пальцев;
— другая форма (системная) связана с поражением внутренних органов.
При системной красной волчанке в основном поражается соединительная ткань:
— эти изменения связывают с иммунными нарушениями, которые ведут к аутоагрессии, направленной против различных составных частей эндотелия, что обусловливает поражение суставов, серозных оболочек и т.д.;
— постепенно развиваются суставной синдром;
— недомогание и слабость (астено-вегетативный синдром);
— появляются кожные высыпания, трофические расстройства и т.д.
Для волчанки характерны:
— мигрирующие артралгии;
— периартикулярные отеки, сопровождающиеся мышечными атрофиями.
Лечение красной волчанки
В комплексном лечении используют:
— фармакологию;

— массаж;
— ЛГ и др.
Массаж при красной волчанке
Задачи массажа:
— профилактика атрофии мышц;
— улучшение микроциркуляции, метаболизма тканей;
— уменьшение (ликвидация) болей.
Методика массажа
Массаж проводится в период ремиссии с подогретым маслом (эвкалиптовым, оливковым, подсолнечным). Вначале массируют спину (рефлексогенные зоны), конечности, дыхательную мускулатуру. При выраженной атрофии акцент делается на разминании и растирании мышц. Продолжительность массажа 8-10 мин ежедневно. Курс 15-18 процедур. В год 3-4 курса.
Показан также ручной массаж в ванне, щетками (периферических отделов, менее пораженных) и гидромассаж!
Не показаны сауна (баня), УФО, переохлаждение!
Лечебная гимнастика при красной волчанке
Комплекс лечебной гимнастики состоит:
— из общеразвивающих упражнений;
— дыхательных упражнений;
— упражнений с гимнастической палкой, набивными мячами, резиновым эластичным бинтом в положении сидя, стоя и лежа (если выражен суставной синдром).
Темп медленный и средний.

Реабилитация при инфекциях передающихся половым путем

Санаторно-курортное лечение при венерических заболеваниях возможно только после полного излечения с разрешения лечащего врача. Процедуры направлены на укрепление иммунитета и восстановление физического и морального здоровья.

Как правило, лечение включает приятные прогулки по местности и курортным лесным тропам, питье воды прямо у источников, специальный режим питания и, конечно, различные процедуры.

Лечебные ванны

Максимальное время приема ванны составляет полчаса. Ванны делают, как правило, из минеральной воды температурой около 40° С. Также источники применяются для питьевого лечения.

Жемчужная ванна

Стоит полностью или частично погрузиться в минеральную воду (38 °С), и жемчужины газа начнут легко массировать кожу, улучшая кровоснабжение и расслабляя мышцы.

Углекислая ванна

Углекислый газ впитывается из насыщенной ним минеральной воды (35 °С), укрепляя нервную и иммунную систему, улучшая кровоснабжение и расслабляя мышцы.

Сухая углекислая ванна

Пациента до самой шеи помещают в закрытый пластиковый мешок, который постепенно наполняют углекислым газом. Под действием газа увеличивается содержание кислорода в крови, расширяются вены и улучшается кровоснабжение всего организма.

Грязевая ванна

Вы полностью или частично погружаетесь в воду, содержащую полезные вещества и минералы из торфа, которые помогают мышцам расслабиться и лечат раны.

Минеральная ванна

Содержащиеся в 40°-ной воде минеральные соли оказывают положительное влияние на восстановление организма, работу сердца и почек, улучшают кровоснабжение.

Джакузи

Бурления воды массируют тело или его части и помогают избавиться от боли. Джакузи наполняют минеральной водой температурой около 38 °С.

Ванны с добавками

В минеральную воду добавляются разные добавки – йод, травы и т.п., которые успокаивают, лечат, помогают при заболеваниях кожи и опорно-двигательного аппарата (в зависимости от добавки).

Питьевое лечение

По рекомендации врача вы будет пить из конкретного источника назначенное количество воды с определенной частотой и в указанное время. Каждый источник отличается по составу минеральных солей, ионов и газов, поэтому его действие тоже иное.

При других процедурах используется давление и температура воды в жидком и газообразном состоянии.

Душ Шарко

Многократное чередование теплой и холодной струи воды с расстояния трех метров при постоянном давлении обогатит кровью и расслабит затвердевшие мышцы.

Ножная ванна – ходьба на месте

Ходьба на месте попеременно в ванне с холодной и теплой водой помогает лечить варикозные вены, плохое кровоснабжение и головные боли.

Сауна

Сухой горячий воздух и следующий за ним холодный душ улучшают иммунитет, кровоснабжение организма и предотвращают простудные заболевания.

Парная

Насыщенный горячим паром воздух и теплый душ после парной прогреют все тело и расслабят мышцы, парная производит релаксационный эффект.

Массаж

Массажи это часто применяемый в бальнеологии метод. Они хороши в качестве дополнительного лечения опорно-двигательного аппарата и лимфатической системы, имеют положительное действие на нервную систему, способствуют общему физическому расслаблению.

Классический массаж

Оказывает положительное действие на лимфатическую систему, кровообращение, мышечную и нервную систему, помогает снимать боль и производит релаксационный эффект.

Лимфодренаж (мануальный или приборный)

Этот специальный массаж способствует выделению токсинов из организма, улучшает иммунитет, обладает косметическим действием (редуцирует целлюлит, регенерирует кожу…).

Рефлексный массаж

Благодаря давлению действует на отдельные акупрессурные точки, помогает бороться с болью и ее причинами, надавливание на определенные точки оказывает положительное влияние на работу связанного с ними органа.

Водный массаж (гидропунктура)

Водный массаж проводится в ванной с теплой минеральной водой. Давление струи воды массирует, способствует релаксации, улучшает кровоснабжение и нормализирует работу лимфатической системы.

Медовый массаж

Натуральный мед способствует очищению организма, специальный массаж вызывает расслабление, улучшение кровоснабжения и активацию лимфатической системы.

Массаж вулканическими камнями

С помощью нагретых вулканических камней и легкой массажной техники снимается боль в позвоночнике и мышцах, проходит состояние стресса.

Лечение электрическим током

Это курортное лечение основано на положительном влиянии электрического тока на организм человека. При электролечении по электродам подаются короткие электрические импульсы. Этот приятный метод не только производит эффект релаксации, но, главное, лечит.

Электролечение

Под электролечением подразумевается много методов, которые базируются на использовании электрического тока низкой, средней и высокой частоты и разной длины импульсов. Электролечение поможет вам при заболеваниях суставов, опорно-двигательного аппарата и нарушениях обмена веществ, снимет боль, улучшит кровоснабжение тканей и расслабит мышцы.

Магнитная терапия

Этот единственный метод электролечения, использующий электрический ток для создания магнитного поля, помогает лечить воспаления, улучшает кровоснабжение тканей и способствует релаксации.

Светолечение

Биолампа

Поляризованный свет лечит ранения и кожные болезни, помогает при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, способствует заживанию и оказывает противовоспалительный эффект на глубину 3 см.

Горное солнце

Метод основан на использовании ультрафиолетового света, лечит кожные болезни, воспаления и помогает, например, лечить остеопороз.

Солукс

Использует инфракрасную часть спектра, улучшает кровоснабжение тканей, снимает боли опорно-двигательного аппарата, расслабляет мышцы.

Лазерное лечение

В медицине используется для снятия болей, обладает лечебным и противовоспалительным эффектом, лазер также заменяет акупунктурную иглу и применяется в эстетической медицине.

Лечение теплом

Парафин

Теплое обертывание и компрессы помогут вам при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, т.к. воск переносит тепло (более 50°С) через кожу в глубокие слои тканей и кости.

Горное солнце

Использует ультрафиолетовое излучение, лечит кожные заболевания, воспаления и помогает, например, лечить остеопороз.

Курортные гостиницы предоставляют современные и годами проверенные методы лечения. Некоторые из них базируются на результатах последних исследований в области медицины. Лечебными факторами становятся специфическое движение, кислород, специальные добавки и даже очень низкие температуры.

Лечебная физкультура (индивидуальная или групповая)

Всегда проводимая под наблюдением профессионального физиотерапевта, ЛФК улучшит вашу подвижность и форму, а после усвоения упражнений вы сможете делать ее дома.

Водная гимнастика

Использует естественное давление и сопротивление воды, благодаря которой меньше напрягаются суставы, поэтому заниматься водной гимнастикой могут даже люди с ограниченной способностью движения.

Криотерапия

Во время криотерапии человек 2 – 3 минуты проводит в камере, температура в которой поддерживается на уровне 160°С. Эта процедура помогает бороться с воспалениями и болью, улучшает сон, иммунитет и сексуальный аппетит.

Газовые уколы (пневмопунктура)

При этом варианте акупунктуры под кожу вводится углекислый газ, снимающий боль, стимулирующий поступление крови в место укола, поддерживающий процессы заживания.

Оксигенотерапия

Эта процедура, при которой пациенты вдыхают почти чистый кислород, включает также питье специального напитка, предупреждающего окислительные процессы в организме. Оксигенотерапия, или лечение кислородом, благотворно влияет на организм вообще и, в частности, на мозг, сердце и память, улучшает сон, положительно влияет на душевное состояние человека и предупреждает многие заболевания.

Ингаляции

Вдыхание мелких брызг минеральной воды улучшает состояние больных, страдающих аллергией и заболеваниями дыхательных путей. В воду можно добавить разные добавки (лекарства, масла, соли).

Ультразвук

При ультразвуке образуются волны, которые оказывают положительное действие на ткани и их кровоснабжение, помогают их восстановлению. Метод используется при лечении опорно-двигательного аппарата.

Флоатинг

Вызывающий чувство невесомости, флоатинг проводится в специальном снаряде с водой Мертвого моря. Он снимает напряжение и стресс, помогает при мышечных болях, экземах и псориазе.

Кишечные промывания

Минеральной водой промывают толстую кишку, что предупреждает рак кишечника и помогает при заболеваниях пищеварительного аппарата.

Тема 2.7.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в стоматологии

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ: НАРУШЕНИИ РАЗВИТИЯ И ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, КАРИЕСЕ ЗУБОВ И ДРУГИХ БОЛЕЗНЯХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ГИНГИВИТАХ И БОЛЕЗНЯХ ПАРАДОНТА

План лекции

1. Роль физиотерапии в реабилитации стоматологических больных.

2. Принципы применения физических факторов в лечебных и профилактических целях

3. Группы физических лечебных факторов, оптимальных для лечения стоматологических заболеваний

Роль физиотерапии в реабилитации стоматологических больных

Среди лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий при заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области большое значение имеют физиотерапевтические процедуры.

Они показаны почти при всех формах и стадиях заболевания и широко применяются на различных этапах диагностики, комплексной терапии, профилактики и

реабилитации с целью воздействия на отдельные патогенетические звенья процесса и для симптоматического лечения.

Некоторые физические факторы непосредственно воздействуют на клетки и ткани.

Кроме того, все они, раздражая богатое рецепторами поле слизистой оболочки рта, носа или любого другого участка тела, оказывают рефлекторное действие, благоприятно влияя на нервную систему, ее вегетативный отдел, гемодинамику, в результате чего в пародонте улучшаются крово – и лимфообращение, трофика и обмен веществ, угнетается рост патологических грануляций, уменьшаются воспалительные и застойные явления, повышается активность элементов соединительной ткани, фагоцитарная активность лейкоцитов и элементов ретикулоэндотелиальной системы, ускоряется процесс регенерации ран и др.

Ценным свойством физиотерапии является стимуляция неспецифической реактивности тканей и защитных сил организма, патогенетическая направленность физических методов при лечении различных заболеваний.

При острых воспалительных процессах в тканях пародонта в ранние сроки показаны виды физиотерапии, уменьшающие проницаемость кровеносных сосудов, стимулирующие отток экссудата из очага воспаления. Для воздействия на гуморальные звенья регуляции патологического процесса с целью уменьшения образования биологически активных веществ целесообразно применять методы, способствующие стабилизации клеточных мембран, ограничивая тем самым образование гидролаз и переход их в ткань.

Принципы применения физических факторов в лечебных и профилактических целях

Принцип единства патогенетической и симптоматической физиотерапии.

Принцип индивидуального лечения физическими факторами.

Принцип курсового лечения физическими факторами.

Принцип оптимального лечения физическими факторами.

Принцип динамического лечения физическими факторами.

Принцип комплексного лечения физическими факторами.

Группы физических лечебных факторов, оптимальных для лечения стоматологических заболеваний

Группа I. Физические методы оказывающие преимущественно анальгетическое воздействие:

- Транскраниальная электроанальгезия
- ДДТ
- СМТ
- Флюктуоризация
- Короткоимпульсная электроанальгезия

Группа II. Физические методы, оказывающие преимущественно противовоспалительное воздействие:

Альтеративно-экссудативная фаза воспаления

- Низкоинтенсивная УВЧ-терапия
- Лекарственный электрофорез

Пролиферативная фаза воспаления

- Высокоинтенсивная УВЧ-терапия
- Высокоинтенсивная ДМВ-терапия
- Высокоинтенсивная СМТ-терапия
- Лазеротерапия видимого диапазона (красный лазер)

Фаза репаративной регенерации

- Высокочастотная магнитотерапия

- Ультразвуковая терапия
- Инфракрасная лазеротерапия
- Парафинотерапия
- Озокеритотерапия

Группа III. Физические методы воздействия на мышечную и соединительную ткань:

Электростимулирующие методы

Действующий фактор – импульсные электрические токи (ДДТ, СМТ, интерференционные), применяемые на субпороговом, пороговом и надпороговом уровнях интенсивности.

Дефиброзирующие методы

Действующий фактор – ультразвук, ультрафонофорез, электрофорез.

Методы, изменяющие обменные процессы в соединительной ткани

Действующий фактор – пелоидотерапия.

Группа IV. Физические методы воздействия на периферическую нервную систему:

Анастезирующие методы

Действующий фактор – постоянный непрерывный или прерывистый с частотой 8000 Гц электрический ток и вводимые с его помощью анестетики и постоянный ток 2-5 по Треберту, импульсные треугольные и прямоугольные токи или переменные импульсные токи (флюктуирующие).

Нейростимулирующие методы

Действующий фактор – постоянные и переменные импульсные токи (ДДТ, СМТ, интерференционные), применяемые на субпороговом, пороговом и надпороговом уровнях интенсивности.

Трофостимулирующие методы

Действующий фактор – интерференционные токи с частотой от 10 до 50 Гц; асимметричный и симметричный двухфазные токи (TENS).

Методы, раздражающие свободные нервные окончания

Действующий фактор – импульсный переменный ток высокой частоты, высокого напряжения и слабой силы (дарсонвализация).

Группа V. Физические методы воздействия на вирусы, бактерии и грибы (антибактериальное действие):

Противовирусные методы

Действующий фактор – раствор интерферона, вводимый в организм пациента ингаляционно либо с помощью постоянного или прерывистого постоянного тока с частотой 8000 Гц.

Бактерицидные и микоцидные методы

Действующий фактор – коротковолновое ультрафиолетовое излучение или легкие отрицательные аэроионы, получаемые от высоковольтных аэроионизаторов.

Как правило, физиотерапия проводится после снятия зубных отложений, купирования острого воспалительного процесса.

Некоторые процедуры (УФО, гидротерапия, лазеротерапия, аэроионотерапия и др.) иногда можно проводить с самого начала комплексного лечения.

Постоянный ток

При реабилитации заболеваний челюстно-лицевой области часто применяется электрофорез – метод введения лекарственных веществ в ткани организма с помощью постоянного электрического тока.

В зависимости от места введения препаратов различают
-назубной,
-наддесневой и внутриносовой электрофорез,
ионный (гальванический) «воротник» по Щербаку и др.

Электрофорез проводится с помощью гальванических аппаратов «Поток-1»; ГР-2, ГЭ-5-03.

К аппарату прилагается набор специальных частично изолированных внутриротовых и внеротовых активных электродов, различных по форме и размеру. Применяют одиночные электроды или расщепленные для одновременного лечения на верхней и нижней челюстях.

При электрофорезе активные электроды накладывают на десневой край через гидрофильную прокладку, смоченную лекарственным веществом.

Пассивный электрод фиксируется в руке или на предплечье. Прокладку пассивного электрода смачивают водопроводной водой или изотоническим раствором хлорида натрия.

Сила тока устанавливается индивидуально, но не более 0,1–0,3 мА на 1 см2 площади активного электрода.

Продолжительность сеанса 10–20 мин. Количество сеансов 10–12.

Для воздействия на экссудативные процессы с целью их уменьшения применяют электрофорез аскорбиновой кислоты (5 %), витамина Р (1 %), растворов трипсина, рибонуклеазы (1 мг/мл) с анода, водного раствора экстракта алоэ, 1 %-ного раствора никотиновой кислоты, випраксина, раствора гепарина (1: 15) с катода, грязевого экстракта, морской воды, озокерита и др.

Электрофорез перечисленных препаратов улучшает минеральный обмен и трофику тканей пародонта, уменьшает явления остеопороза костной ткани. Если необходимо ввести комплексные препараты, которые состоят из разноименно заряженных ионов, электрофорез проводят поочередно в один день с отрицательного, в другой – с положительного полюса.

Более выраженный лечебный эффект отмечен при электрофорезе лекарственных веществ в условиях очагового дозированного вакуума. При таком методе глубина проникновения лекарственного вещества через слизистую оболочку рта увеличивается в 3–5 раз.

Вакуум-электрофорез проводят с помощью электровакуумного аппарата (ВАК) и набора различных электродов (вакуумные кюветы). Возможно введение различных лекарственных средств, включая ионы кальция, фосфора, фтора и других микроэлементов.

Иногда назначается электрофорез в комплексе с другими физиотерапевтическими процедурами (УВЧ, микроволновая терапия, УФО и др.). Кроме того, эффективно использование электрофореза в магнитном поле – магнитоэлектрофорез.

Импульсные токи низкой частоты и низкого напряжения

Диадинамотерапия – использование с лечебной целью модулированного синусоидального импульсного тока.

В основе механизма физиологического действия диадинамического тока лежат перераспределение в тканях ионов, изменение проницаемости мембран и клеточных оболочек, улучшение кровообращения, трофики, обезболивание. При этом повышаются защитные свойства тканей, в них накапливаются биологически активные вещества (гепарин, гистаминоподобные вещества и др.).

Источником диадинамического тока является аппарат СНИМ-1 с набором соответствующих

электродов.

Аппарат позволяет получать 6 разновидностей тока с определенными продолжительностью импульса, частотой и др.

При лечении заболеваний пародонта наиболее целесообразно использование диадинамического тока с одновременным введением в ткани лекарственных веществ (диадинамофорез).

Методики подготовки электродов и проведения процедуры аналогичны электрофорезу.

Продолжительность сеанса в процессе лечения увеличивают с 5 до 15 мин. Курс лечения состоит из 4–5 процедур, сеансы проводятся ежедневно или через день.

Флюктуоризация – использование с лечебной целью переменного электрического тока с беспорядочно меняющимися силой, частотой и длительностью колебаний.

Для этих целей применяют аппарат АСБ-2 с набором вне– и внутриротовых электродов. На панели аппарата расположены 3 клавиши соответственно форме тока:

на 1-й – двухполярный симметричный;

на 2-й – частично выпрямленный

на 3-й – постоянный пульсирующий ток.

Первые две формы тока оказывают

противовоспалительное и обезболивающее действие. Постоянный пульсирующий ток может быть использован для электрофореза лекарственных препаратов (флюктуорофорез).

При выраженных воспалительных явлениях в тканях пародонта флюктуоризацию сочетают с УВЧ и микроволновой терапией. Флюктуоризация показана при лечении острых форм гингивита, пародонтита и пародонтоза.

Переменный ток

Дарсонвализация – электролечение, проводится с помощью аппаратов «Искра-1» и «Искра-2». Аппарат «Искра» – генератор высокочастотного (150 кГц) переменного тока малой силы (0,015—0,02 А), высокого напряжения (до 20 кВ), дающего резко затухающий разряд. К аппарату прилагается набор вакуумных стеклянных электродов различной формы.

Токи Дарсонваля угнетают чувствительность периферических нервных рецепторов, оказывая болеутоляющее действие, уменьшают зуд в тканях, расширяют кровеносные сосуды, улучшают трофику тканей, снимают спазм сосудов, усиливают эмиграцию лейкоцитов и т. д.

Лечение токами Дарсонваля проводят в режиме тихого и искрового разряда. В первом случае электрод накладывают непосредственно на кожу или слизистую оболочку, при этом действие тока на ткани слабое.

При искровом разряде раздражающее действие тока сильнее за счет проскакивания искры через воздушный промежуток в 0,5–1,0 см.

Во время лечения в режиме тихого разряда электрод медленно перемещают вдоль десневого края, избегая искрового разряда через твердые ткани зуба. Процедура длится до 20 мин.

Курс лечения состоит из 10–20 сеансов ежедневно или через день.

Рекомендуется этот вид сочетать

с назначением УФО.

Искровая диатермия оказывает

коагулирующее действие и

способствует образованию

микронекроза.

Электроритмотерапия

Электроритмотерапия основана на использовании исходного синусоидного тока малой силы с частотой 2000 Гц и модулированного по низкой частоте (5-100 Гц) в виде пилообразных ритмических импульсов. Токи применяются в двух режимах – двухтактном и выпрямленном.

Метод электроритмотерапии оказывает стимулирующее, электрофоретическое и выраженное обезболивающее действие на ткани, обеспечивает более глубокое диффузное и пролонгированное воздействие лекарственных веществ, особенно на твердые ткани зубов и кожу.

Активный электрод непосредственно или с раствором лекарственного вещества накладывают на очаг поражения на 10–15 мин. Количество сеансов зависит от поставленной задачи.

УВЧ-терапия

УВЧ-терапия – один из видов электролечения. Применяемые в стоматологии аппараты УВЧ-4, УВЧ-66 генерируют на конденсаторных электродах электромагнитные колебания частотой 39 МГц (длина волны 7,7 м) и 40,68 МГц (7,37 м).

Различают атермическую, олиготермическую и термическую дозы. Поле слабой интенсивности стимулирует, а сильной – угнетает функциональную активность организма. Под влиянием поля УВЧ расширяются капилляры, в них ускоряется кровоток, повышается активность макрофагов, уменьшается кислотность ткани, снижается отек, улучшаются обменные процессы,

ускоряется рост молодой

соединительной ткани,

понижается чувствительность

нервных рецепторов и др.

Облучаемую область помещают между пластинками конденсатора, сохраняя воздушный зазор в 1–2 см.

Время сеанса 5-10 мин, количество процедур 5–8.

Контролируют интенсивность электромагнитных волн по свечению неоновой лампы или показаниям индикатора.

Наличие в полости рта больного протезов не является противопоказанием к проведению лечения.

Микроволновая терапия

Микроволновая терапия – использование электромагнитного поля микроволнового диапазона. Для этого применяют отечественный аппарат «Луч-2» мощностью 20 Вт, который генерирует при длине волны 12,5 см частоту электромагнитных колебаний 2375 мГц).

Микроволны способны проникать в ткани организма на глубину в несколько сантиметров. Здесь энергия поглощается структурами в соответствии с их плотностью и превращается в эндогенное тепло.

Под влиянием микроволн расширяются кровеносные сосуды, ускоряется кровоток, нормализуются трофика и обмен веществ, понижается чувствительность нервных окончаний, стимулируется процесс регенерации и др.

Нетепловой эффект микроволновой терапии проявляется в различных внутримолекулярных физико-химических реакциях.

В дозе 5–7 Вт при экспозиции

противовоспалительное,
антиспазматическое и
обезболивающее действие.

Показания для микроволновой
терапии те же, что и для УВЧ-терапии.

К аппарату прилагаются керамические излучатели различного диаметра.

В стоматологической практике наиболее удобен излучатель диаметром 2 см.

Во время лечения электрод прикладывают непосредственно к коже в области патологического очага.

Интенсивность режима работы 5 Вт, продолжительность сеанса 5–8 мин, число процедур 3–5.

Ультразвуковая терапия

Для ультразвуковой терапии применяют аппараты «Ультразвук Т-5» и УЗТ-102С с набором вибраторов ультразвуковых колебаний, которые позволяют локально использовать энергию звука узким пучком.

При лечении заболеваний челюстно-лицевой области считается оптимальным интенсивность излучения от 0,005 до 0,4 Вт/см при колебании от 800 кГц до 3 МГц в непрерывном режиме.

Продолжительность процедуры 3–9 мин. Курс лечения 10–12 сеансов через день. Ультразвук отражается воздухом, поэтому воздействие его на ткани осуществляется через контактную среду – помещенное между излучателем и тканями абрикосовое или персиковое масло, которое позволяет излучателю плавно передвигаться по поверхности кожи или десны.

Ультразвук усиливает обмен веществ, активирует деятельность ферментов, увеличивает проницаемость мембраны, при этом освобождаются биологически активные вещества. Действие ультразвука на ткани рассматривают как своеобразный микромассаж клеток.

Используется ультразвук для введения лекарственных веществ в ткани – фонофорез (например, витаминов С, Е, группы В, фторида натрия и др.).

Ультразвуковые колебания от 0,8 до 20 МГц могут быть использованы для диагностики поражения ткани (ультразвуковая биоэхолокация).

Это прижизненный метод изучения структуры костной тканей пародонта. Он позволяет оценить плотность тканей. Метод успешно используют для диагностики и оценки качества проведенного лечения.

Для снятия зубных отложений применяют специальный аппарат «Ультрадент». Через контактную акустическую среду – воду – легкими массирующими движениями наконечника у поверхности шейки и коронки зубов эффективно и легко удаляют зубные отложения.

В комплекте аппарата 3 пары наконечников (долотообразные, иглообразные, клинообразные) с рабочей частью различной формы и величины. Это улучшает эргономику работы врача.

Аэрозольтерапия

Аэрозольный метод введения лекарственных веществ используют при острых воспалительных заболеваниях и обострении хронических заболеваний тканей пародонта.

Принцип работы ингаляционных аппаратов основан на распылении лекарственного вещества струей сжатого воздуха на мельчайшие частицы, которые свободно проникают в ткани пародонта.

Вследствие огромной всасывающей способности слизистой оболочки рта и дыхательных путей аэрозольные ингаляции, помимо местного действия на ткани пародонта, оказывают общее резорбтивное действие: способствуют улучшению лимфо– и кровообращения, активации обмена веществ.

Для аэрозольных ингаляций используются аэрозольный ингалятор АИ-1, портативные аэрозольные ингаляторы ПАИ-1 и ПАИ-2.

Аэроионотерапия

Искусственно ионизированный воздух можно получить на аппарате Микулина – ионизаторе ИМ-5, который служит источником преимущественно легких отрицательных ионов. Больной усаживается перед прибором и в течение 20–30 мин дышит ионизированным воздухом, исходящим из

патрубка прибора.

Курс – 15 процедур, сеансы

проводят ежедневно.

Можно использовать распылители универсальных стоматологических установок или компрессоры другой конструкции.

Распыляют вещества с учетом фазы воспаления и характера течения патологического процесса.

Применяют аэрозоли

- обезболивающих,
- некролитических,
- антибактериальных средств (1 %-ный раствор цитраля,
- 1 %-ный раствор мефенамина натриевой соли, протеолитические ферменты с антибиотиками и др.).

В восстановительный период эффективны препараты, нормализующие тканевый метаболизм, стимулирующие репаративную регенерацию:

2 %-ный раствор аскорбиновой кислоты,

5 %-ный раствор катехина,

сок каланхоэ,

прополис,

1 %-ный раствор ромазулана,

экстракт алоэ,

2 %-ный раствор галаскорбина и др.

Светолечение

Ультрафиолетовое облучение оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее, стимулирующее обменные процессы и регенерацию действие широко применяется при выраженном воспалении тканей пародонта.

Наиболее эффективны короткие ультрафиолетовые лучи – КУФ (253,7 нм). Конические металлические насадки дают возможность направлять лучи локально в полость рта.

Для группового облучения полости рта используют холодные ртутнокварцевые лампы с горелкой ПРК-4.

Вмонтированные в них

4 тубуса дают возможность

проводить процедуры 4

больным одновременно.

Промышленностью выпускаются также портативные лампы ЛКУФ-3, ОКУФ-5. Облучение проводится по полям через тубус (участок десны в 4–5 зубов). Начинают с 2 биодоз, увеличивая на 1 единицу при каждом последующем облучении, и доводят до 5-10 биодоз.

Лазерная терапия

Лазерная терапия – использование излучаемых квантовыми генераторами электромагнитных волн, обладающих монохроматичностью, когерентностью (однофазность волны).

Наиболее широко применяется излучение гелий-неонового лазера (ИГНЛ).

Такое излучение оказывает лечебное действие широкого диапазона:

противовоспалительное, так как нормализует нарушенные микроциркуляцию и проницаемость сосудистой стенки;

болеутоляющее;

тромболитическое;

улучшает обменные и окислительно-восстановительные процессы в тканях;

стимулирует процесс регенерации, факторы местной и общей иммунной защиты организма и др.

В стоматологии используются аппараты УЛФ-01 и др. Установка состоит из блоков питания, управления и излучателя.

Для облучения применяются световоды различных конструкций (зеркальные, волокнистые).

Зеркальный световод с оптической насадкой способствует более точной наводке светового потока на ткани с малыми потерями светового луча.

Можно применять при всех видах поражения тканей пародонта и слизистой оболочки рта.

Определяющим принципом лазерной терапии является правильный выбор мощности излучения на различных стадиях патологического процесса.

С целью подавления пролиферативной активности пародонта при лечении гипертрофического гингивита перед процедурой слизистую оболочку смазывают фотосенсибилизатором (2–5 %-ный раствор метиленового синего).

Для лечения пародонтита средней и тяжелой степени лазерная терапия сочетается с хирургическими методами; применяют противовоспалительные параметры. После 2–3 процедур ликвидируются отек и гиперемия десны, что позволяет перейти к использованию стимулирующих параметров ИГНЛ.

При лечении пародонтоза используют стимулирующие параметры лазерного излучения: 20–50 мВт/см при экспозиции 20 с – 2 мин на зону облучения. Суммарное время – 12 мин, количество сеансов – до 15.

Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) применяется в комплексе с другими назначениями при лечении заболеваний. Метод сокращает сроки лечения, увеличивает период ремиссии, оказывает аналгезирующий эффект, стимулирует процессы регенерации.

Внутривенное облучение крови лазерным излучением с длиной волны 0,633 мкм проводят ежедневно в течение 30–45 мин; курс 5-10 сеансов.

Используется гелий-неоновый лазер непрерывного действия, сочлененный с моноволоконным оптическим световодом (длина 0,6–0,9 мкм) типа КП-200 или КП-400.

Мощность лазерного излучения на выходе световода составляет 0,005– 0,008 Вт. Световод вводят через инъекционную иглу в локтевую вену на глубину 15–20 см.

Противопоказаниями служат тяжело протекающие заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, аневризма аорты, недостаточность кровообращения II–III степени), туберкулезная интоксикация, сахарный диабет в некомпенсированной стадии, заболевания крови.

Вакуум-терапия

Сущность лечения – образование гематом на десне в области переходной складки в результате воздействия пониженного давления (до 40 мм рт. ст.) при помощи аппарата АЛП-02 с набором стеклянных (пластмассовых) трубочек.

При каждом сеансе образуется на различных участках десны 4–6 гематом, которые, рассасываясь, действуют как биогенные стимуляторы, активизируя трофические, иммунобиологические и регенеративные процессы.

В тканях пародонта создаются условия для купирования воспалительного процесса и др.

Показаниями служат хронический катаральный и гипертрофический гингивиты, протекающие с застойными явлениями, генерализованный пародонтит без отделяемого из пародонтальных карманов и пародонтоз.

Вакуумный массаж является разновидностью вакуум-терапии. В участках кратковременного разрежения в области десны и переходной складки слизистой оболочки преддверия рта образуются микрогематомы.

Процесс перемещения участков разрежения по всему пародонту представляет собой своеобразный массаж.

В результате улучшается кровообращение в тканях пародонта, ликвидируются застойные явления и гипоксия, улучшаются обмен, окислительно-восстановительные процессы, активизируются процессы регенерации.

Гидротерапия

Гидротерапия, или водолечение, – это орошение полости рта из специальных приборов и аппаратов различными насыщенными жидкостями или водными растворами под давлением 1,5–2,0 атмосфер.

Под влиянием гидротерапии одновременно происходит раздражение рецепторного аппарата, капиллярной сети и проявляется аэрозольное действие применяемых препаратов.

Наиболее эффективное действие оказывают настойки и отвары лекарственных трав (ромашки, шалфея, каланхоэ, эвкалипта, подорожника и др.), морская вода, минеральные воды; вода, насыщенная углекислотой, кислородом; вода, подвергнутая магнитной обработке; слабые растворы фурацилина, перекиси водорода, димексида, галаскорбиновой кислоты, 2 %-ный раствор цитраля и др.

Для орошения используют специальные наконечники – полые трубочки, изогнутые по зубной дуге и имеющие множество мелких отверстий.

В стоматологических установках предусмотрены подогреваемые стаканчики для лекарственных средств с прямым наконечником и пистолетом включения, в которых с помощью компрессора происходит аэрозольное распыление этих средств. Ими легко пользоваться во время снятия зубных отложений, кюретажа пародонтальных карманов, консервативного лечения всех заболеваний пародонта. Для этих же целей создан ряд аппаратов и приспособлений, например, установка УФТ-1.

Наиболее широкое распространение получила ирригация углекислотой.

Волгоградский завод медицинского оборудования выпускает аппарат гидромассажный стоматологический (АГМС), который осуществляет гидромассаж десен пульсирующей струей воды, насыщенной углекислотой, воздухом и лекарственными

растворами, температура которых регулируется и контролируется вмонтированными приборами.

Углекислота оказывает химическое и рефлекторное действие на нейрососудистые компоненты пародонта,

изменяет pH среды,

стимулирует обменные процессы.

Положительное действие кислоты дополняется своеобразным гидромассажем, который регулирует капиллярный кровоток.

Массаж

Вибрационный массаж – это ритмичное повторение вибрационных движений по поверхности массируемых участков.

Такой массаж улучшает кровообращение, обменные процессы, трофику тканей, ускоряет процессы регенерации.

Используют специальные вибромассажеры и вибрирующие зубные щетки промышленного производства.

Существует множество насадок к стоматологическому наконечнику, вибрирующих во время работы бормашины.

После массажа наступает активная гиперемия десен, расширяется капиллярная сеть и ускоряется кровоток в ней, улучшаются обменные процессы в тканях пародонта, устраняются явления гипоксии.

Массаж улучшает лимфоток, что способствует рассасыванию воспалительного экссудата, уменьшает отечность тканей.

Под влиянием массажа усиливаются защитные свойства тканей пародонта.

Вибрационный массаж наиболее эффективен в начальной стадии заболеваний пародонта.

Назначают его после устранения механических раздражителей и очищения пародонтальных карманов.

Перед массажем производят гигиеническое орошение полости рта водой или лекарственными препаратами растительного происхождения.

Насадку вибратора, установленную по переходной складке полости рта с вестибулярной стороны, перемещают скользящими движениями от основания десны к шейке зуба и вдоль переходной складки верхней, а затем нижней челюсти.

Рот рекомендуется держать полуоткрытым и периодически полоскать теплой водой или лекарственным раствором.

Продолжительность первых сеансов не должна превышать 1–2 мин, последующие постепенно продлевают до 5 мин на каждой челюсти.
Количество сеансов определяют в соответствии с состоянием тканей пародонта, но в среднем не более 15.

Между курсами лечения рекомендуется пальцевой аутомассаж.

Пальцевой аутомассаж улучшает циркуляцию крови и лимфы, активизирует обмен веществ и повышает газообмен в тканях пародонта.

Под воздействием массажа происходит механическое раздражение многочисленных рецепторов десны, которые включают рефлекторные механизмы, обусловливающие терапевтический эффект.

Массируют десну указательным пальцем, помещая его на переходную складку у основания межзубного сосочка.

Затем совершают движение пальца к его вершине – от 6 до 10 движений, в каждом отдельном участке охватывая 2–3 сосочка десны.

Заканчивают массаж гигиеническим полосканием рта.

Противопоказаниями являются обострившееся течение, наличие абсцессов, эрозии, афты, язвы, новообразования.

Теплолечение

Парафино и озокеритолечение

Парафино– и озокеритолечение является одним из видов теплового лечения.

Парафин – это смесь высокомолекулярных углеводородов, обладающая высокой теплоемкостью и малой теплопроводностью. Оказывает выраженный тепловой и компрессионный эффект.

Озокерит, или горный воск, температура плавления которого 52–68 °С, обладает компрессионным и тепловым свойствами.

Для повышения пластичности парафина и озокерита в процессе нагревания можно добавлять вазелин или вазелиновое масло.

Применяют на область патологического очага. Оказывает рассасывающее, противовоспалительное, болеутоляющее и антиспастическое действие.

На высушенную десну со стороны преддверия рта специальным шприцем наносят парафиноозокеритовую аппликацию.

Можно использовать для аппликаций салфетки из 8-10 слоев марли.

Их погружают в расплавленный парафиноозокерит, затем накладывают на десну на 10–20 мин.

Курс лечения состоит из 10–15 сеансов.

Грязелечение

Лечебная грязь оказывает благоприятное влияние на ткани пародонта благодаря своим химическим свойствам.

С лечебной целью применяют сульфидные (иловые) грязи, торф, сапропели.

В основе лечебного действия грязевых аппликаций лежит сложный рефлекторный процесс.

Через слизистую оболочку всасываются биогенные стимуляторы и микроэлементы, воздействующие на чувствительные рецепторы, стимулируются сосудистые, обменные процессы.

Развивается активная гиперемия, ускоряется отток, изменяется pH среды в щелочную сторону.

Грязь накладывают в виде аппликации или электрофореза.

Перед применением грязь очищают от грубых частиц и подогревают до температуры 40 °С.

Грязевые валики размером 10 х 4 см заворачивают в один слой марли и вводят в преддверие рта при сомкнутых челюстях.

Продолжительность процедуры 10–20 мин; курс лечения 10–15 процедур.

Криотерапия

Криотерапия, или локальная гипотермия, – это метод лечения, основанный на применении низких температур.

Под их воздейсвием на очаг поражения в тканях пародонта происходят сложные физические, химические и биологические процессы:

понижается болевая чувствительность,

уменьшается отечность тканей,

замедляются распад белков и процессы всасывания продуктов распада тканей и микроорганизмов,

снижаются гипоксия и ацидоз, образование, выделение и всасывание медиаторов воспаления,

повышается фагоцитарная активность лейкоцитов, стимулируются репаративные процессы;

происходит разрыв клеточной оболочки вследствие внутриклеточной кристаллизации воды, денатурация клеточных белков вплоть до гибели клетки и др.

Преимущества криотерапии – безболезненность, ограниченное разрушающее действие, выраженный гемостатический эффект, благоприятное течение раневого процесса с образованием нежного рубца.

В качестве замораживающих жидкостей используют жидкий азот, фреон и др. В комплекс лечения заболеваний пародонта входят методы криообдувания, контактной криодеструкции и криокюретаж. Криообдувание проводится автономным криозондом и аппаратом для криообдувания.

Методика проста: после заполнения криоаппарата хладоагентом (жидкий азот) и фиксации рабочей иглы на канале криозонда торец иглы подводят к необходимому участку пародонта на расстояние 2–4 мм и нажатием на клапан прибора через иглу подают парожидкую струю хладоагента, обеспечивающую замораживание. Экспозиция 10–30 с.

Под действием струи жидкого азота в патологически измененных тканях образуется ледяной конгломерат, на месте которого в течение 1–2 ч наблюдается явление отека.

Через 5-10 дней некротизированные элементы отторгаются и наступает заживление.

Более быстрая и глубокая гипотермия наблюдается при контактном способе.

Замораживание патологически измененных тканей проводится непосредственным контактом рабочей части криоприбора. Экспозиция 10–20 с.

Используют автономную стоматологическую криотерапев-тическую установку КУАС-01-МТ (с температурным диапазоном от 0 до 135 °С), снабженную 10 аппликаторами различных формы и размера, «Гипостат-1» – термоэлектрический с 4 температурными уровнями (10, 15, 20 и 40 °С), стоматологическую установку «Ятрань» на термоэлектрических батареях для гипо– и гипертермии, снабженную комплектом сменных аппликаторов (температурный диапазон от +5 до +45 °С).

При работе с этими аппаратами соответствующий по форме и размеру аппликатор покрывают салфеткой, увлажненной лекарственным раствором, и при режимной работе аппарата до +5 °С накладывают на очаг поражения на 10–15 мин.

Противовоспалительный эффект достигается при охлаждении тканей на 5-10 °С. Курс лечения 3–7 ежедневных процедур.

Местная гипогипертермия

Местная гипогипертермия (использование контрастных температур) оказывает влияние на микроциркуляторное русло, стимулирует функцию сосудов (расширение при высоких и сужение при низких температурах).

Активная гиперемия и реактивное потепление в тканях пародонта развиваются и удерживаются до 10 ч, что приводит к нормализации функции сосудов и нервных структур, улучшению репаративных процессов, трофики тканей и др.

После процедуры усиливается процесс всасывания лекарственных веществ, что повышает эффект медикаментозного лечения и сокращает сроки выздоровления.

Локальная гипотермия и гипо– и гипертермия показаны при хроническом катаральном гингивите, хроническом гипертрофическом гингивите I–II степени, при хроническом течении генерализованного пародонтита.

Криодеструкция

Криодеструкция – это разновидность криохирургии, при которой используются те же криооросительные и контактные аппараты, но экспозиция воздействия холода продолжительнее, а температура ниже.

Криодеструкция показана при гипертрофическом гингивите III степени, фиброматозе десен, эпулиде, генерализованном пародонтите при наличии гноетечения и грануляционной ткани в пародонтальных карманах.

При гипертрофическом папиллите, гингивите крионасадку прикладывают к десневому сосочку так, чтобы рабочая часть ее полностью покрывала разросшуюся ткань. Экспозиция криовоздействия 35–44 °С при температуре – 60—140 °С.

Магнитотерапия

Постоянное магнитное поле оказывает на организм человека противовоспалительное, спазмолитическое, болеутоляющее действие, ускоряет репаративные процессы и др. Для магнитотерапии используют аппараты «Полюс-1», в комплект которого входят 5 индукторов-соленоидов различной формы, «Полюс-101», «УМ-6», «Олимп-1» и «Звезда-3».

Для лечения заболеваний пародонта используют назубнодесневые каппы и зубные щетки с вмонтированными в них магнитофорами.

Магнитофоры являются источниками постоянного магнитного поля, магнитные силовые линии которого сконцентрированы в зоне патологии.

Магнитная каппа периодически используется больным в течение 20–30 дней.

Под воздействием магнитного поля уменьшаются отек, гиперемия, кровоточивость десен, выделение экссудата из пародонтальных карманов.

Магнитная зубная щетка обеспечивает ежедневный магнито-массаж тканей пародонта.

Эффективным является сочетание электрофореза, лазеротерапии в комбинации с магнитотерапией.

Можно рекомендовать аппликации, орошения, полоскания, ротовые ванночки, гидромассаж предварительно омагниченными лекарственными препаратами.

Оксигенотерапия

Посттравматическое состояние сопровождаются различной степенью развития кислородного голодания.

Такое состояние способствует также истощению запасов витамина С, увеличению проницаемости сосудов, расстройству всех видов обмена веществ.

В результате гипоксии в тканях пародонта накапливаются недоокисленные продукты обмена, возникает хроническая тканевая гипоксия.

Нарушения энергетического обмена являются одним из патогенетических звеньев развития дистрофических изменений в тканях пародонта.

С этих позиций местное введение кислорода в ткани является одним из патогенетических методов лечения и широко применяется в практике.

Наиболее простыми являются насыщение тканей с помощью ватных тампонов, смоченных перекисью водорода, перманганатом калия; ирригация этими растворами, аэрозольное распыление этих препаратов – гидротерапия, при которой водная струя или лекарственный раствор обогащаются кислородом (кислородные ванночки, кислородные пунши и др.).

Существует несколько методов введения кислорода в ткани: из обычного шприца, кислородной подушки, шприца непрерывного действия, различных аппаратов и

приспособлений.

Простым методом является введение кислорода в свободную часть десны. Стерильную иглу погружают в слизистую оболочку верхней или нижней челюсти не более чем на 2 мм вдоль альвеолярного отростка (альвеолярной части).

Курс лечения 10–12 инъекций – по 4 введения 5 мл кислорода через день. На месте инъекции образуется «волдырь», который рассасывается в течение 25–30 мин.

Физиотерапия при вывихах и перелома корня зуба

При вывихе и переломе корня зуба используют физиотерапевтические процедуры:

1) электроо донтодиагностику для определения состояния пульпы травмированного зуба в динамике через 2–4 недели. Отсутствие нормализации электро возбудимости через 4 недели свидетельствует о гибели пульпы зуба;
2) УВЧ назначают для купирования острых воспалительных явлений после иммобилизации зуба в нетепловой дозе при выходной мощности 30 Вт по 10 мин ежедневно или УФ-облучение при поражении слизистой оболочки или кожи, начиная с 1 биодозы и увеличивая на 1 биодозу длительность каждого последующего облучения, назначают 4–5 воздействий ежедневно;
3) электрическое поле;
4) микроволновую терапию интенсивностью 1–3 Вт в течение 5–6 мин;
5) электрофорез кальция по 30 мин ежедневно до 30 процедур применяют для ускорения минерализации.

Физиотерапия при переломах челюстей

Физиотерапевтическое лечение применяется не только при возникновении осложнений при переломах челюстей. Раннее назначение физиотерапии в 2–3 раза сокращает время консолидации перелома.

Из физиотерапевтических процедур назначают следующее:
1) холод, если шинирование производится в первые часы после перелома, используя хлорэтил или лед. Замораживание хлорэтилом продолжают 10–12 с, льдом – 20–30 мин. Назначают на 25–36 ч;
2) УФ-облучение применяют при болях и нарушении целостности кожи и слизистой оболочки полости рта, начинают с 3 биодоз и увеличивают на 1–2 биодозы длительность каждого последующего облучения. Проводят 4–5 облучений через 1–2 дня;
3) микроволновую терапию при невыраженном отеке по 5–7 мин при мощности 1–3 Вт;
4) электрическое поле УВЧ назначают на 2–3 сутки после иммобилизации для уменьшения боли и воспалительной реакции, отека и тризма по 10–15 мин при выходной мощности до 30 Вт и воздушном зазоре 0,5–5 см. Первые 4–5 процедур проводят в нетепловой дозе, затем – 5–6 процедур в слаботепловой;
5) парафинотерапия по 40–60 мин;
6) инфракрасное облучение можно назначить с 5—6-го дня в слаботепловой дозе по 20–30 мин;
7) электрофорез с 2–5 %-ным раствором новокаина и 1 %-ным раствором тримекаина с адреналином в зону перелома после иммобилизации ежедневно или 2 раза в день в течение 7—10 дней для обезболивания;
8) УФ-облучение в эритемной дозе, начиная с 1–2 биодоз, прибавляя по 1 биодозе через день и доводя длительность облучения до 5–8 доз. Длительность лечения – 10–12 процедур. Выбор перечисленных физических факторов зависит от особенностей клинической симптоматики процесса;
9) электрофорез кальция и фосфора в зону перелома по 20–30 мин. Ежедневно через 2 недели после травмы в стадии рекальцинации по 20–30 мин ежедневно. Электрофорез в зимнее время обязательно сочетают с общим УФ-облучением. На курс назначают 15–20

процедур ежедневно;
10) массаж воротниковой области применяется с 5—6-го дня.

Для консолидации костной модели применяют:
1) тепловые процедуры – аппликации парафина и озокерита по 20–24 мин ежедневно (наслаиванием на очаг поражения);
2) массаж (ручной);
3) ультразвук – по 5–7 мин в импульсном режиме при интенсивности 0,05—0,2 Вт/см?;
4) грязелечение по 20–30 мин в течение 10–12 дней.

Физиотерапия при избыточном образовании костной мозоли

Назначают физиотерапевтические процедуры:
1) электрофорез йода, хлора, новокаина в зону перелома по 20–30 мин ежедневно;
2) микроволновую терапию при мощности 6—10 Вт по 5–6 мин, ежедневно и электрическое поле УВЧ в тепловой дозировке, которую можно сочетать с электрофорезом, диадинамотерапией, а также комбинировать с тепловыми процедурами (парафин, озокерит, грязелечение).
Кроме местного воздействия, физические факторы необходимо использовать для повышения защитных сил организма.

Для этого можно провести:
1) общее УФ-облучение;
2) аэроионотерапию;
3) общую франклинизацию;
4) соляно-хвойные ванны.

Физиотерапия в послеоперационном периоде у стоматологических больных

Назначают следующие физиотерапевтические процедуры:
1) общая франклинизация (для снятия состояния напряжения);
2) местная гипотерапия (в первые 3 дня после операции для предотвращения гематомы и отека) на 20–30 мин, перерыв 1–2 ч, в сутки 5–6 холодовых процедур;
3) электрическое поле УВЧ в атермической дозе при выходной мощности до 30 Вт в течение 10–15 мин ежедневно;
4) тепловые процедуры – парафин, озокерит по 20–40 мин, грязелечение – 30 мин, инфракрасное облучение по 30 мин ежедневно в течение 2 недель (после стихания явлений острого воспаления и образования безболезненного уплотнения);
5) ультразвуковая терапия в непрерывном режиме при интенсивности 0,2–0,4 Вт/см.

Тема 2.8.Медицинская и психосоциальная реабилитация пациентов в акушерстве и гинекологии

Реабилитация в акушерстве

План:

1. **Физическая реабилитация во время беременности, в родах и послеродовом периоде и ее применение как общеукрепляющего профилактического средства.**

2.Физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием и беременностью.

Физические упражнения благотворно влияют на состояние психики, вызывают положительные эмоции у беременных и больных женщин, улучшают обмен веществ, активизируют работу органов кровообращения и дыхания, тренируют мышечную систему, в том числе и мышцы, участвующие в родовой деятельности, способствуют

устранению застойных явлений в органах брюшной полости и в малом тазу, усиливают действие лечебных мероприятий, применяемых при гинекологических заболеваниях, а также корригируют различные патологические смещения матки.

Физическая реабилитация во время беременности, в родах и послеродовом периоде применяется как общеукрепляющее профилактическое средство.

Акушерство [от фр. accoucher, родить, принимать роды] - клиническая дисциплина, которая изучает физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием и беременностью, в родах и послеродовом периоде, а также разрабатывает методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности и родов, заболеваний плода и новорождённого. В России наука акушерства получила своё начало и развитие значительно позже, чем в других европейских странах. Первый акушер, о котором упоминается в летописях, был англичанин Якоб, славившийся как "умеющий очень искусно лечить женские болезни". реабилитация беременность послеродовой

Акушерство:

1) раздел медицины, изучающий вопросы беременности, родов, послеродового периода, их физиологии, различных нарушений, правильной мед. помощи беременной, роженице и родильнице;

2) оказание практической мед. помощи при родах.

Акушерство занимается изучением специфических физиологических и патологических процессов, которые происходят в организме женщины во время зачатия, беременности, родов, а также в послеродовом периоде.

Реабилитация - система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, юридических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности и на более эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в обществе.

Реабилитация в акушерстве и гинекологии играет исключительно большую лечебную и профилактическую роль.

Физические упражнения благотворно влияют на состояние психики, вызывают положительные эмоции у беременных и больных женщин, улучшают обмен веществ, активизируют работу органов кровообращения и дыхания, тренируют мышечную систему, в том числе и мышцы, участвующие в родовой деятельности, способствуют устранению застойных явлений в органах брюшной полости и в малом тазу, усиливают действие лечебных мероприятий, применяемых при гинекологических заболеваниях, а также корригируют различные патологические смещения матки.

Физическая реабилитация во время беременности, в родах и послеродовом периоде применяется как общеукрепляющее профилактическое средство.

Противопоказанием для проведения физической реабилитации являются: острые лихорадочные состояния, гнойные процессы, системно-органные декомпенсации, прогрессирующий активный туберкулез, хронический аппендицит, токсикозы беременности (неукр. рвота, отеки, нефропатия, преэклампсия), маточные кровотечения, предлежание плаценты, многоводие, привычные выкидыши, схваткообразные боли после занятий.

Методические установки по проведению ЛФК конкретизируются соответственно периодам (триместрам) беременности (**1**-1-16 неделя;**2**-17-32 неделя; **3**-33-40 неделя.).

Общими задачами лечебной физкультуры при беременности **являются следующие:**

* улучшение общего обмена веществ;

* укрепление мышц брюшного пресса, спины, дна таза, нижних конечностей;

* увеличение эластичности мышц промежности, сохранение подвижности тазобедренных и других суставов тела;

* обучение беременной правильному дыханию и произвольному расслаблению мышц;

* улучшение работы сердечно-сосудистой системы, легких, кишечника;

* активизация кровообращения и устранение застойных явлений в малом тазу и нижних конечностях;

* обеспечение достаточного насыщения кислородом артериальной крови матери и плода;

* психомоторная подготовка к родам.

Методика лечебной гимнастики - исходное положение лежа на животе, акцент на грудной тип дыхания, специальные упражнения для мышц брюшного пресса, косых мышц живота, тазовой диафрагмы, упражнения, развивающие гибкость позвоночника, подвижность тазобедренных суставов (различные выпады), полуприседания, общеукрепляющие статистические и динамические, дыхательные упражнения, упражнения в расслаблении.

При выполнении используют разнообразные исходные положения - стоя, сидя, стоя на четвереньках, лежа на спине или на боку.

Противопоказания к назначению ЛФК:

* *Состояния, требующие экстренной хирургической или акушерской помощи.*

* *Состояния, клиника которых в основном определяется воспалительными процессами:* острые инфекционные и воспалительные заболевания в любых органах и тканях; длительная субфебрильная температура невыясненной этиологии; ревматизм в активной фазе; острый и подострый тромбофлебит; острые заболевания почек и

мочевого пузыря (нефрит, нефроз, цистит); остаточные явления после перенесенного воспаления в малом тазу.

* *Состояния, связанные с текущей или предшествующими беременностями:* тяжелые токсикозы беременности (неукротимая рвота, нефропатия, эклампсия); кровотечение из половых органов различного происхождения (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.); угрожающее прерывание беременности; повреждение околоплодной оболочки; внематочная беременность; привычные аборты; выраженное многоводие; мертворождения в анамнезе у матерей с резус-отрицательным фактором; расхождение лонного сочленения; схваткообразные боли в животе.

* *Состояния, связанные с соматической отягощенностью беременной:* острая и прогрессирующая хроническая сердечно-сосудистая недостаточность; декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно в стадии прогрессирования процесса

* *Лечебная физкультура не противопоказана, но требуется строгая индивидуализация занятий* при следующих состояниях: перенесенные в прошлом операции в области живота и таза, в том числе и акушерско-гинекологические (кесарево сечение, удаление доброкачественных новообразований и т.п.); переношенная беременность; многоплодие и задержка развития плода; болевые синдромы опорно-двигательного аппарата, сопровождающие беременность; синдром блокирования кровообращения в запястье; токсикозы беременности легкой степени выраженности; неврозы беременных; компенсированные пороки сердца; начальные стадии гипертонии, бронхиальной астмы; легкие формы хронических неспецифических заболеваний легких; компенсированные формы туберкулеза легких при отсутствии функциональных нарушений; ожирение; диабет; запоры (атонические или спастические); недержание мочи; расширение вен нижних конечностей или геморроидального сплетения.

Методические установки по проведению ЛФК конкретизируются соответственно периодам (триместрам) беременности (**1**-1-16 неделя;2-17-32 неделя; Ш-33-40 неделя.).

Первый триместр (с 1 по 16 неделю) характеризуется сложной перестройкой организма в связи с зачатием, поэтому требуется осторожность в дозировке нагрузки и применением упражнений, повышающих внутрибрюшное давление.

Задачи:

1. Привитие навыков регулярных занятий физкультурой;

2. Научить женщину навыкам полного дыхания, произвольному напряжению и расслаблению мышц.

3. Совершенствование высших регуляторных механизмов и психических процессов.

4. Предупреждение возможных осложнений беременности и адаптация к беременности.

5. Повышение функциональных возможностей организма, прежде всего сердечно-сосудистых, дыхательных, костно-мышечных и других систем.

Назначаются: лечебная гимнастика, самостоятельные занятия, дозированная ходьба, терренкур, массаж воротниковой зоны, закаливающие мероприятия, самомассаж молочных желез.

При построении занятий лечебной гимнастики и самостоятельных занятий используют упражнения для дистальных и проксимальных отделов рук и ног, для тренировки брюшного и грудного типа дыхания, мышц брюшного пресса, тазового дна (исходные положения - на спине, боку, стоя, коленно-кистевое).

Второй триместр (с 17 по 32 неделю). В данном периоде беременности возникают существенные изменения и в опорно-двигательном аппарате, создающие благоприятные условия для родов. Размягчаются связки лонного и крестцово-подвздошных сочленений, межпозвоночные хрящи поясничного отдела позвоночника. Однако вследствие разрыхления связок таза снижается их способность удерживать нормальную осанку тела. Эту роль связок берут на себя мышцы, что приводит к их постоянному напряжению и быстрой утомляемости.

Задачи:

1.Улучшить условия, способствующие полноценному развитию плода.

2.Подготовка к родам (укрепление брюшного пресса, повышение эластичности промежности, увеличение силы и выносливости).

3. Профилактика застоя венозной крови в конечностях.

4. Увеличение кислородной емкости крови.

5. Улучшение осанки.

6. Профилактика венозного застоя.

7. Улучшение кровообращения в малом тазу и нижних конечностях.

Не рекомендуются упражнения со статической нагрузкой и задержкой дыхания, с резким растяжением мышц (растяжки в упражнениях баллистического типа).

Методика лечебной гимнастики - исходное положение лежа на животе, акцент на грудной тип дыхания, специальные упражнения для мышц брюшного пресса, косых мышц живота, тазовой диафрагмы упражнения, развивающие гибкость позвоночника, подвижность тазобедренных суставов (различные выпады), полуприседания, общеукрепляющие статистические и динамические, дыхательные упражнения, упражнения в расслаблении.

Третий триместр (33-40неделя).

Продолжительность занятия 20-35мин. Основная задача сохранение функциональных возможностей систем, обеспечивающих рост и развитие плода, а также родовую деятельность.

Задачи:

1. Стимуляция дыхания, кровообращения.

2.Борьба с застойными явлениями.

3.Стимуляция деятельности кишечника.

4.Увеличение эластичности тазового дна.

5.Сохранение тонуса мышц брюшной стенки.

6.Увеличение подвижности крестцово-копчикового сочленения позвоночника, тазобедренных суставов.

7. Психопрофилактическая подготовка беременной к родам.

Методика: исходное положение - лежа, сидя, упражнения на расслабление и растягивание мышц тазового дна и упражнения, увеличивающие подвижность крестцово-подвздошных сочленений тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника. В последние 2 недели перед родами обучение навыку глубокого ритмичного дыхания и расслабления необходимых мышечных групп в любом исходном положении. Массаж нижней части живота.

Используются также упражнения, имитирующие позы и действия при потугах, например, расслабление мышц после последнего выдоха (при упражнении быстрого дыхания) или в тех случаях, когда ощущается сокращение матки, сочетать их с дыханием.

Процедуры следует проводить осторожно ввиду повышенной возбудимости матки. Избегают упражнений, увеличивающих внутрибрюшное давление.

Лечебная физкультура в послеродовом периоде

Нормальное течение послеродового периода очень важно, так как от него зависит возможность появления многих заболеваний женщин. Лечебная гимнастика позволяет организму быстрее выйти из послеродового периода и справиться с наличием нарушений. Особенно важна роль физических упражнений в профилактике функциональной неполноценности мышц и органов тазового дна, живота, нарушений осанки. Кроме того, регулярные занятия ЛГ способствуют улучшению лактации.

Лечебная физкультура в послеродовом периоде должна решить следующие задачи:

* улучшение кровообращения малого таза, брюшной и грудной полости и нижних конечностей, устраняя тем самым в этих областях застойные явления и образование тромбов;

* способствовать активным сокращениям матки, обеспечивающим ее правильную инволюцию;

* способствовать регуляции функций кишечника и мочевого пузыря;

* улучшение функции сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем;

* укрепление мускулатуры и связочного аппарата брюшной стенки и дна таза, способствуя сохранению правильного анатомического положения внутренних органов, в том числе и половых;

* укрепление мышц опорно-двигательного аппарата, обеспечивая восстановление нормальной осанки женщины и профилактику плоскостопия;

* улучшение эмоционального состояния, сна и аппетита;

* активизация обмена веществ и тем самым повышение общего тонуса родильницы, увеличение лактационной способности;

* восстановление трудоспособности родильницы в наиболее короткие сроки.

Противопоказаниями к назначению ЛФК после родов могут быть следующие состояния:

* температура тела свыше 37,5;

* осложнения послеродового периода (эндометрит, тромбофлебит, мастит);

* сильно выраженная анемия из-за большой кровопотери в родах;

* кровотечение после родов;

* тяжелые, продолжительные, истощающие роды;

* преэклампсия или эклампсия в родах;

* тяжелые формы перенесенных гестозов;

* прогрессирующая недостаточность кровообращения, почек, печени;
* сильно выраженная подкожная эмфизема;
* разрывы промежности III степени;
* послеродовый психоз.

Средства ЛФК - физические упражнения и массаж.

Формы ЛФК. В терапии используются: УГГ, ЛГ, самостоятельные занятия родильниц.

Отбор родильниц. Перед началом занятий лечебной гимнастикой необходимо внимательное исследование нижних конечностей. Наличие варикозного расширения вен, болей, повышенной температуры требуют консультации врача на предмет тромбофлебита. При выявлении воспалительных заболеваний упражнения назначают после нормализации состояния (снижение температуры до нормальной и отсутствие боли).

При швах на промежности после перинеотомии или ее разрывов в течение 5-6 дней исключают упражнения с отведением ног. Разрывы промежности III степени требуют проведения лечебной гимнастики по методикам, разработанным для послеоперационных больных.

При нормальном течении послеродового периода проводятся занятия групповым методом. Наличие тех или иных осложнений послеродового периода предполагает использование индивидуальных занятий.

Лечебная гимнастика

Лечебную физкультуру необходимо начинать как можно раньше, так как именно в первые дни после родов, когда перестройка организма протекает наиболее активно, физические упражнения ускоряют и оптимизируют их. При относительно легком течении родов занятия ЛГ можно начинать с первого дня. При тяжелом течении, когда организму родильницы требуется более длительный отдых, со 2-го дня после родов.

Занятия лечебной гимнастикой начинают с общеразвивающих упражнений в сочетании с дыхательными упражнениями. В основном используют элементарные упражнения для верхних и нижних конечностей, мышц таза. Позднее назначают упражнения для укрепления мышц живота и дна таза. Нагрузку повышают постепенно. Упражнения совершают в спокойном, медленном, а затем и в среднем темпе. Продолжительность занятий в первые дни 15-20 мин, в последующие до 30-35 мин.

В первые два дня упражнения лечебной гимнастики проводят в постели, в следующие 2 дня - в положении сидя.

В 1-й день после родов все физические упражнения выполняют из исходного положения лежа на спине.

Вся процедура послеродовой ЛГ состоит из 8-10 упражнений, выполняемых по 3-6 раз, и продолжается в среднем 20 мин.

На 2-3-й день после родов в комплекс ЛФК включают упражнения, усиливающие периферическое кровообращение, диафрагмальное дыхание, уменьшающие застойные явления в брюшной полости и в полости таза, упражнения в расслаблении мышц, упражнения для мышц брюшного пресса. Активизация кровообращения в органах малого таза способствует сокращению сфинктеров прямой кишки и мочеиспускательного канала.

На 4-5-й день после родов нагрузка постепенно возрастает в основном за счет введения новых упражнений для мышц брюшного пресса и тазового дна и увеличения числа повторений предыдущих упражнений. Добавляются исходные положения лежа на животе, на четвереньках.

В последующие дни, когда матка уменьшается в размерах, большинство физических упражнений выполняют из исходного положения стоя: повороты и наклоны туловища в стороны, круговые движения тазом, полуприседания, движения прямой

ногой вперед, в сторону и назад, вставание на носки и др. Процедуры послеродовой гимнастики обычно проводятся через полчаса после кормления ребенка.

Восстановление достаточно полноценной работоспособности мышц спины и живота требует ежедневной систематической тренировки в течение 2-3 мес.

Массаж при беременности

Задачи массажа:

* устраняющая застойные явления в малом тазу и нижних конечностях;

* уменьшение болевого синдрома, особенно в мышцах спины и нижних конечностей; укрепление мышц тела, повышение эластичности мышечно-связочного аппарата и сохранение подвижности суставов;

* улучшение общего обмена веществ;

* улучшение психоэмоционального статуса; ускорение восстановления после родов.

Показания к массажу: болевые синдромы в области спины, шеи, пояснично-крестцовой области, крестцово-подвздошных суставов, нижних конечностей, судороги икроножных мышц; психическое напряжение, общая усталость, головокружения, бессонница, головная боль; признаки токсикоза слабой степени выраженности (тошнота, усиленное слюнотечение, отеки нижних конечностей, небольшое повышение артериального давления); профилактика появления растяжек (стрий) в области грудных желез, живота и бедер; замедленная родовая деятельность; психоэмоциональное и физическое перенапряжение в родах; нарушение функции лактации.

Противопоказания: общие к проведению массажа и те же, что и для занятий лечебной физкультурой. Однако в отдельных случаях даже при их наличии могут использоваться методы точечного массажа.

Особого внимания требуют расстройства венозной сети (варикозное расширение вен, флебиты и тромбофлебиты), острые боли в спине, отдающие в руки или ноги.

Положение при массаже. Положению беременной при массаже должно быть уделено большое внимание. Важнейшее условие при этом - расслабление.

Массаж может проводиться как лежа (обычно на боку), так и в положении сидя. В положение лежа на спине происходит сдавление крупных сосудов и нервных стволов в полости живота и таза, что тяжело переносится некоторыми беременными.

* В начале беременности, при неосложненном анамнезе, массаж можно проводить при положении женщины, лежа на животе. Если в грудных железах имеется болезненность, целесообразно подложить маленькие подушки в подключичные области.

* На более поздних сроках беременности массаж проводиться в положении лежа на боку. При этом нога, которая находится снизу, почти полностью выпрямлена, а верхняя согнута в коленом и тазобедренном суставах. Для стабилизации тела и его равномерного (спокойного) положения под согнутое колено подкладывается подушка. Иногда требуется еще одна подушка под живот для большего расслабления. В этом положении можно работать на шее, спине, пояснице и ягодицах, а также на верхних и нижних конечностях.

Методика массажа

В первом триместре массаж направлен в большей степени на общее укрепление организма беременной. Во втором триместре беременности массаж может быть более целенаправленным (устранение болей в спине, уменьшение отеков и т.п.).

Общий массаж начинается традиционно со спины. В первые 3 месяца беременности не рекомендуются значительные надавливания в поясничной области. Мышечное напряжение при беременности часто сосредоточено в воротниковой зоне, области лопаток, что вызывает болезненность, тугоподвижность шеи и головную боль. Поэтому они прорабатываются более тщательно.

Продолжается процедура массажем ног. При болях в ногах, их усталости и отечности массаж особенно эффективен. При массаже ног избегают сильного давления

на внутренние поверхности бедра, а также на внутренние поверхности голени в ее нижней трети. Здесь сконцентрировано большое количество важных биологически активных точек.

Затем в положении лежа или полусидя массируются руки по отсасывающей методике.

После этого массируется передняя поверхность тела. В первые три-четыре месяца беременности массаж живота можно проводить, лежа на спине. По мере его увеличения, лежать на спине становится тяжело, поэтому переходят к полу сидячему положению. Живот массируется очень легкими круговыми движениями по часовой стрелке, увеличивающегося радиуса. Работать на животе необходимо очень мягко и ритмично, в основном приемами плоскостного поглаживания.

Массаж при беременности может проводиться в форме общего и частного массажа, самомассажа.

* При нормальном течении беременности возможно проведение общего массажа, с частотой около 1-2 раза в неделю и продолжительностью до 1 часа. При самомассаже длительность процедуры обычно не превышает 15-20 мин и может выполняться ежедневно.

* Частный массаж включает обычно локальное воздействие на воротниковую, пояснично-крестцовую области, суставы и мягкие ткани конечностей, особенно нижних. Такой массаж длительностью 15-20 мин может проводиться через день и даже ежедневно.

* При наличии сегментарных зон включают элементы сегментарного массажа в малой или умеренной дозе. Появление признаков ранних и поздних токсикозов беременности является основанием для включения методов точечного массажа.

На курс лечения - 5-10 процедур.

Принципы реабилитации гинекологических больных в условиях женской консультации.

Программа реабилитации, тактика ведения составляется для каждой больной индивидуально, определяясь характером заболевания, возрастом, объемом произведенного оперативного вмешательства, планируемой репродуктивной функции женщины.

Реабилитация - это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективному и раннему возвращению больных и инвалидов в общество и к общественно-полезному труду. Может быть ранней - преследует цели предупреждения клинически развитых и осложненных форм гинекологической патологии и поздней - состоит в комплексном долечивании больных после выписки из стационара, а также в лечении женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями.

Цель реабилитации: улучшение состояния больной, избавление от имеющихся жалоб, полное восстановление ее личностного и социального статуса.

В комплекс реабилитационных мероприятий входят медикаментозное и немедикаментозное воздействие, психотерапия.

Фармакотерапия назначается строго индивидуально в зависимости от состояния (заболевания) женщины (например, профилактика и лечение посткастрационного синдрома гормоносодержащими препаратами, консервативное лечение при миоме матки, не требующей оперативного вмешательства).

С целью реабилитации (при воспалительных процессах гениталий в послеоперационном периоде, при различных нарушения функции репродуктивной системы) широко применяются различные виды физиотерапевтического воздействия (см. вопрос 19) и санаторно-курортного лечения (см. вопрос 18).

Санаторно-курортное лечение гинекологических больных. Показания и противопоказания.

Санаторно-курортное лечение может применяться в любое время года. Основные показания:

- хронические воспалительные заболевания гениталий
- гипофункция яичников
- генитальный инфантилизм
- небольших размеров бессимптомные миомы матки
- климактерический и посткастрационный синдромы
- спаечная болезнь органов малого таза
- бесплодие

Противопоказания к санаторно-курортному лечению:

- предраковые заболевания, опухоли и опухолевидные заболевания придатков матки
- миомы матки, требующие оперативного лечения
- маточное кровотечение неясной этиологии
- злокачественные новообразования

19. Основные физиотерапевтические методы при лечении гинекологических больных. Показания и противопоказания к их назначению.

Физиотерапия (применение физических факторов) является важной составляющей в профилактике и лечении гинекологической патологии.

При проведении физиотерапевтического лечения наблюдается целый ряд положительных эффектов: сокращение сроков лечения, мягкие безболезненные лечебные эффекты, профилактика осложнений и рецидивов, отсутствие побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению, снижение лекарственной нагрузки или, в некоторых случаях, отказ от них.

Многообразные физические факторы, используемые в гинекологии, можно объединить в следующие основные группы:

- естественные природные факторы (водо- и грязелечение), которые можно воспроизвести в большинстве случаев в искусственных условиях в специализированных медицинских учреждениях
- искусственные (аппаратные) факторы
- ручной массаж

Аппаратные физические факторы можно строго дозировать для оптимального воздействия на каждую пациентку.

Эффекты физиотерапии основаны на том, что поглощенная живыми тканями физическая (электрическая, лучевая, магнитная и др.) энергия преобразуются в биологические реакции. Конечный результат лечения зависит от конкретного фактора, количества и разовой дозы полученных процедур. Оптимальный эффект применения физиотерапии наступает при проведении не однократного воздействия, а нескольких процедур (курса лечения).

Показания к назначению физиотерапии:

- восстановительное лечение после гинекологических операций
- реабилитация после абортов и выскабливаний слизистой матки
- подготовка к беременности женщин, имеющих в прошлом самопроизвольные выкидыши и замершие беременности
- подготовка слизистой матки перед программой ЭКО
- традиционные показания к применению физических факторов - хронические воспалительные процессы
- бесплодие, обусловленное непроходимостью маточных труб и т.д.

Противопоказания к физиотерапии:

1) злокачественные онкологические заболевания (тепловые процедуры нельзя применять также при миоме матки и эндометриозе)

2) острые кровотечения неясного генеза, системные заболевания крови

3) психиатрические заболевания

4) резкая кахексия

5) АГ высокой степени

6) заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации

7) лихорадочное состояние (температура выше 38°С)

8) тяжелая истерия, психозы

Выбор действующего начала, как и при назначении лекарственной терапии, делается на основании диагноза, возраста, гормонального фона, наличия противопоказаний к определенным физическим факторам, индивидуальной переносимости процедур и тех конкретных задач, которые стоят перед врачом в отношении сохранения и восстановления репродуктивной функции данной женщины в будущем.

Наиболее часто используются следующие аппаратные физические факторы:

- электрическое и магнитное поля - оказывают противовоспалительный, противоотечный эффект, показаны в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств.

- электротерапия (использование электрического тока) - возможно использование постоянного тока (гальванизация, лекарственный электрофорез), импульсных токов (интерференцтерапия, электростимуляция и др.). Лечение импульсными токами снимает спазм сосудов и гладкой мускулатуры, что способствует улучшению кровоснабжения тканей, оказывает обезболивающий эффект.

- действие факторов механической природы (ультразвуковая терапия) - УЗ осуществляет своеобразный микромассаж клеток и тканей, сопровождающийся появлением тепла, обеспечивает обезболивающий эффект, «размягчение спаек», улучшения кровоснабжения тканей и повышает гормональную активность яичников.

- фототерапия - использование ультрафиолетовых (УФ-лучи), инфракрасных и видимых лучей, лазерного излучения. Коротковолновые УФ-лучи при прямом попадании на патогенные микроорганизмы, находящиеся непосредственно на коже или слизистой оболочке, вызывают выраженный бактерицидный эффект и применяются в лечении воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища. Низкоинтенсивное лазерное излучение включают в комплекс лечения эндоцервицитов (воспаления канала шейки матки), кольпитов (воспаление слизистой влагалища) и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Методики проведения физиотерапии в гинекологии могут быть внеполостными, т.е. наружными с локализацией воздействия на определенных участках кожного покрова женщины, внутриполостными (ректальные, вагинальные) и их сочетание. Внутриполостные методики, как правило, более эффективны, чем внеполостные процедуры. Оптимальный срок начала курса физиотерапии гинекологических заболеваний - это 5-7 день менструального цикла, т.е. сразу после окончания менструации. В дни овуляции и в конце цикла интенсивность и продолжительность действия физиотерапии следует уменьшать из-за повышенной чувствительности к раздражителям в эти дни.

(Пример) ПРОГРАММА

комплексной реабилитации хронических гинекологических заболеваний, женского бесплодия, нарушений климактерического периода

Показания:

- хронические гинекологические заболевания (периметриты, перисальпингиты, сальпингоофориты, метроэндометриты);

- бесплодие на почве воспалительных заболеваний матки, труб, придатков;
- недоразвития (инфантизм) половых органов;
- спаечной болезни;
- гормональной недостаточности;
- девиации матки;
- фригидность;
- нарушения климактерического периода.

Противопоказания:

- полипы шейки матки;
- эндометриоз;
- кровотечения маточные;
- кровоточащие эрозии;
- гипоплазия матки 3-4 степени;
- общие противопоказания для бальнеогрязелечения.

Цель программы:
активизация иммунного и гормонального статуса, стимуляция кровообращения в половой сфере с целью ликвидации воспалительного и спаечного процессов в гениталиях и органах брюшной полости; восстановление качества менструального цикла, детородной функции; улучшение качества жизни в период климактерия.

Курс лечения:
2-3 недели. В день до 5-6 лечебных процедур при 6-дневной рабочей неделе:

- УГГ;
- ЛГ в группе;
- климатолечение;
- грязевая или водная процедура;
- физиотерапевтическая процедура;
- массаж.

Первые 1-2 дня пребывания в здравнице отводятся для адаптации, переакклиматизации, вводной беседы с главным врачом, обследования лечащим врачом, стоматологом, гинекологом (женщин), эндоскопистом, психологом, записи ЭКГ, лабораторной диагностике и другим мероприятиям.

Задачи лечащего врача:

- определить основную реабилитационную задачу с учетом медицинских данных с места жительства (санаторно-курортная карта, выписки из лечебных учреждений и др.), динамики заболевания, результатов предшествующего лечения (включая санаторное);
- осуществить дополнительные исследования - клинические, лабораторные, инструментарные (УЗИ, РРС, ЭКГ, РВГ, РЭГ и др.);
- сделать лечебно-диагностические назначения – базисные и дополнительные – с учетом медицинских показаний;
- оценить результаты проведенного лечения (суммарный терапевтический эффект), дать рекомендации на постсанаторный период в выписном эпикризе.

Программа включает:
базисные и дополнительные мероприятия диагностического и лечебного плана, указанные в таблице.
Назначение базисных и дополнительных лечебно-диагностических мероприятий осуществляет по индивидуальной программе лечащий врач в соответствии:
1)с основным и сопутствующим заболеванием;
2)с клиническими данными, полученными от врачей-консультантов;
3)данными исследований сердечно-сосудистой системы;
4)с лабораторными показателями (анализ крови, мочи, степень чистоты влагалищной флоры и др.);

5)УЗИ-исследованиями половых органов;
6)со степенью адаптации организма к условиям Крыма (количество дней, уходящих на переадаптацию, составляет от 3 до 7 дней в зависимости от географической зоны проживания отдыхающего).

Составление индивидуального плана санаторного обследования и лечения, включающего:

А – Базисные мероприятия (входящие в стоимость путевки)	Б – Дополнительные мероприятия оплачиваются в санатории (через кассу)
1. Первичное, промежуточное и заключительное (клиническое, инструментарное) обследование лечащим врачом-гинекологом; стоматологом (первичный осмотр); а) ЭКГ, измерение АД; б) УЗИ исследование матки, придатков; в) РРС — исследование дистального отдела кишечника; г) антропометрия (первичная, контрольная); д) медконтроль в ходе лечения.	При наличии сопутствующих заболеваний вопрос их лечения (дообследования) решается лечащим врачом с помощью: а)врачейконсультантов – уролог, терапевт, невропатолог, дермато-венеролог, ЛОР и др.; б)УЗИ исследование других органов, (кроме п. 1-б); в) комплексное исследование гемодинамики, сосудов головы (РЭГ), конечностей (РВГ).
2. Лабораторное исследование: а)общий анализ крови, мочи; гинекологический мазок (первичный и повторный) ;	Биохимические анализы крови (кроме п.2б); Иммуно-ферментативный анализ крови на определение хламидий, уреплазмы, трихомонады; анализ кала на наличие кишечных паразитов; тест на беременность, воспалительный комплекс (белковые фракции, общий белок, с-реактивный белок, серомукоид, ревматоидный фактор).
3. Установление санаторного режима: I – щадящий, II – щадяще-тренирующий, III – тренирующий. Примечание: врач принимает решение о расширении или сужении активности санаторного режима в ходе лечения.	
4. Режим двигательной активности: УГГ – 12/18 раз, ЛГ в группе гинекологических заболеваний - 12/18 сеансов.	Услуги Spa-центра: механотерапия (фитнес-зал), аквагимнастика в бассейне. Дальние экскурсии по Крыму.
5. Климатолечение (с учетом дней адаптации и времени года): солнечные и воздушные ванны, морские купания – в соответствии с предписанным климатологическим режимом и временем года.	Услуги Spa-центра: посещение лечебного бассейна, солярия, сауны, квантовой камеры с жемчужной ванной, Spa — капсулы.

6. Питание: трехразовое (общий стол, диетические столы 5, 7, 8, 9, 10, 15).	
7. Питьевое лечение: Сакская или Моршинская № 6 минеральная вода; отвар шиповника 1 раз в день; кислородная пенка на основе фруктового сока.	Фитотерапия с применением фиточаев 2-3 раза в день.
8. Гидротерапия: а)лечебные ванны (рапная, хвойно-рапная, йодо-бромная и с др. фитоконцентратами для бальнеоароматерапии), 6/9 сеансов, через день; б)влагалищные орошения 4% рапой – по 10 минут, через день, 6/9 сеансов; в)йодо-бромные орошения - по той же схеме; г)лечебный душ (восходящий) или душ Шарко ли Циркулярный душ, 6/9 сеансов.	ПДМ – через день, по схеме врача; гидроколонотерапия (ГКТ), 3-4 сеанса для удаления шлаков из кишечника и восстановления его микрофлоры; влагалищные тампоны медикаментозные, с отварами трав и др., ванночки с лекарственными препаратами — согласно назначения врача.
9. Грязевое лечение: а) аппликации (общие, местные) по схеме, предписанной лечащим врачом; б)полостные (ректальные, вагинальные) грязевые тампоны – курс 6/9 сеансов. Примечание: 1.Во время лечения половую жизнь прерывать не следует; 2.для тампонов используется очищенная (кондиционная) от механических примесей лечебная грязь; 3.вместо цельной грязи может использоваться гальваногрязь (грязевые лепешки) по схеме (п.9а) на низ живота.	Примечание грязевых препаратов «Биоль» и «Фито — Биоль» в виде: а)компрессов на низ живота, промежность — в разведении 1:2 кипяченой; б)вагинальных ванночек или орошений в разведении 1:3 кипяченой водой, экспозиция 10-15 мин., через день, 6/9 сеансов; в)полостные (вагинальные, ректальные) грязевые тампоны — по схеме от врача-гинеколога для других пациентов по сопутствующей гинекологической патологии.
10. Аппаратная физиотерапия: электрофорез с медикаментами на область придатков – ежедневно, 12/18 сеансов; или воздействие УЗВ (СМТ, лазером, магнитное поле) на область придатков, 12/18 сеансов; или лазерное влагалищное (ректальное) освечивание – ежедневно, по схеме. Примечание: медикаменты для электрофореза оплачиваются отдельно	Электрофорез с грязевыми препаратами «Биоль» и «Фитобиоль» - по схеме от врача.
11. Лечебный массаж: а)6/9 сеансов. (Зона воздействия определяются лечащим	а)полостной гинекологический массаж согласно схемы лечения(при отсутствии противопоказаний).

врачом).	
	12. Медикаментозное (по медпоказаниям и в порядке преемственности) лечение – по назначению лечащего врача, врачей-консультантов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО С ОПЛАТОЙ В САНАТОРИИ:

13. Гомеопатическое лечение с применением:

а) комплексных гомеопатических средств фирмы «ПИК-Крым» г. Севастополь (безопасных, дающих гарантированный результат, изготовленных из экологически чистого природного сырья):

- фертилен (при бесплодии);
- менстрол (при нарушениях менструального цикла);
- мастопатин (при мастопатии, мастодинии);
- климактол (при патологическом климаксе);
- кальтовал (при фиброматозных узлах);
- акоцин (при воспалительных процессах половой сферы);

б) антигомотоксических препаратов фирмы Heel (Германия, Баден-Баден):

- нервохеель (50 таблеток) – при климактерических неврозах, бессоннице, депрессии, абстиненции, психосоматических нарушениях;
- гинекохеель (капли 30 мл) – при острых и хронических заболеваниях женской половой сферы (аднексит, эндометрит, дисменорея и др.);
- климакт-хеель (50 таблеток) – при нейрогормональных расстройствах в климактерическом периоде; при ювенильной аменорее; состояниях после удаления яичников.

14. Фитотерапия с применением фитокомпозиций в виде чая (противовоспалительного, иммуностимулирующего) 2-3 раза в день, с добавлением Крымского бальзама на травах, меда (сахара). Прием чая за 10-15 мин, до или после еды через 20-30 минут.

Фиточай:

- №7 — повышает сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям;
- №9 — повышает защитные силы организма, выводит токсины;
- №10 — обладает антиоксидантный активностью, повышают защитные резервы организма;
- №11 — иммуностимулирующий, повышает защитные силы, выводит токсины, соли тяжелых металлов.

Тема 2.9 Медицинская и психосоциальная реабилитация при болезнях у детей в разных возрастных группах

Лекция.

Тема: **Медицинская и психосоциальная реабилитация при болезнях у детей в разных возрастных группах**

1.Особенности медицинской и психосоциальной реабилитации детей в различных возрастных периодах

2.Анатомо-физиологические особенности детей в различных возрастных периодах и специфика проведения реабилитационных мероприятий у детей: способов и методов психологической, психотерапевтической, социальной реабилитации, медицинского массажа, физиотерапевтических процедур, занятий лечебной физической культуры.

3. Реабилитация детей с врожденной аномалией развития

Показания и противопоказания к проведению лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических процедур при реабилитации детей с врожденной аномалией

развития. Программы индивидуальной медицинской и психосоциальной реабилитации детей при врожденном вывихе бедра, врожденной мышечной кривошее, врожденной косолапости и пупочной грыже.

4. Медицинская документация

Медицинская документация по медицинской и психосоциальной реабилитации пациентов в различных периодах детского возраста.

1.Особенности медицинской и психосоциальной реабилитации детей в различных возрастных периодах

Основные виды реабилитации:

1. *Медицинская.* По восстановлению утраченных функций. Совершается поэтапное лечение, которое проводят до полного либо частичного выздоровления. Происходит активизация возможностей организма. Проводят психотерапию, чтобы ребенок научился спокойно принимать свою болезнь, боролся с ней собственными силами (физические упражнения, позитивный настрой, обучение).
2. *Социальная.* Социально-бытовая адаптация. Помогает составить режим дня, учитывая особенности ребенка, его возраст. Рассматривается необходимый уход за детьми с особенностями. Этот вид помогает ребенку в положительном ключе воспринимать себя и свою семью, осознавать окружающее общество. Помощь социальной реабилитации велика: адаптация, получение специальных средств, работа по дому, материальная помощь, воспитание в специальных учреждениях.
3. *Трудовая* (профессиональная) деятельность (для детей – *обучение*). Происходит качественная подготовка к учебе, к восприятию, запоминанию учебных программ. Выделяются средства для учебы, профориентации или переобучения.

Обратите внимание! Социум играет важную роль в здоровом развитии подрастающего поколения.

Основные виды медицинской реабилитации

- ЛФК
- физиотерапия
- медикаментозное лечение.

Стоит заметить! Начать реабилитацию рекомендуется как можно раньше. Тогда вероятность возврата утерянных способностей либо развитие имеющихся существенно возрастет.

Особенности реабилитации детей

1. Составляется индивидуальный план (с учетом имеющихся изменений, нарушений, характеристик пациента), по которому проводят все назначенные комплексы по реабилитации.
2. Самая высокая эффективность проявляется, если лечение начато на первых стадиях болезни, отклонения.
3. Применяется комплексный подход.
4. Все предписания выполняются ежедневно, не пропуская.
5. Место, где проводят реабилитацию, должно применять все виды лечения, иметь связь с себе подобными учреждениями.
6. Реабилитация при острых нарушениях преследует цель полного восстановления, либо приспособления к сложившимся обстоятельствам.
7. При хронических формах заболеваний суть реабилитации для ребенка заключается в поддержке организма и компенсации утраченных функций.
8. Дети находятся на «Д» учете, регулярно проходят осмотры.

Этапы медицинской реабилитации ребенка

Существуют государственные программы по реабилитации детей с определенными болезнями, разработана медицинская реабилитация детей инвалидов, которая состоят из таких этапов:

1. *Клинический.* Происходит в стационаре. Работа направлена на пораженные системы организма, которые необходимо вылечить, либо улучшить. Чтобы максимально помочь ребенку на этом этапе, включаются все методы: медикаменты, массаж, диета, ЛФК, физиотерапия. Результаты достижений фиксируют после различных анализов (биохимия, показатели функциональных возможностей, ЭКГ).
2. *Санаторный.* Важный период, когда пораженные системы приходят в норму. Здесь больше внимания уделяется не только физическому состоянию, но и психическому (учитывается характер ребенка). Проводят мероприятия по закаливанию организма, чтобы поскорее повысить иммунитет, нормализовать основные показатели здоровья. Если данный этап выполняется правильно, организм начинает нормально расти и развиваться. Важно поддерживать положительные эмоции у малыша, полноценный сон, качественное питание, отличное самочувствие. Завершают этап при исчезновении патологий.
3. *Адаптационный.* Здесь уже нормализируются практически все показатели состояния организма, ребенок возвращается в обычную жизнь. Процедуры также продолжают подбирать индивидуально, и постоянно их выполняют. Проводят его как дома, так и в предназначенных для этого центрах. К концу этого периода здоровье ребенка должно быть восстановлено либо максимально улучшено.

Проводимые реабилитационные мероприятия обязательно заносят в личную карточку пациента.

Общие методические указания по реабилитационным мероприятиям в работе с детьми

1.Принимать во внимание характер патологического процесса, его стадию.

2.Учитывать уровень психомоторного развития ребенка.

3.Наблюдать (начиная с 4-5-го периодов и старше) за особенностями реакции на лечебную гимнастику.

4.Осуществлять строгий медико-педагогический контроль за детьми всех возрастных периодов.

5.Учитывать степень выполнения процедур, отказ от выполнения.

6.Переход к занятиям по комплексу с большей психофизической нагрузкой необходимо осуществлять постепенно, добавляя новые упражнения в старый комплекс.

7.Проводить занятия минимум за 30 мин до еды или через 45-50 мин после.

8.Хорошее проветривание и санитарная обработка помещений для занятий.

9.Ребенку в среднем назначают 3-4 курса ЛФК, с перерывом в 1-1,5 месяца. Число занятий ЛГ за один курс составляет 10-20.

10.Моторная плотность занятия Л Г к концу курса возрастает до 80-90% независимо от возраста ребенка.

11.Использование музыкального сопровождения: для возбудимых детей -тихая, мелодичная, для флегматичных, заторможенных - бодрая, ритмичная музыка.

12.Своевременное назначение ЛГ в период ранних нарушений.

13.Занятия должны проводиться ежедневно или через день, с обязательным выполнением упражнений несколько раз в день.

В отраслях наук о человеке существуют разнообразные возрастные периодизации. **Периодизация** строится на выделении возрастных особенностей.

Возрастные особенности - специфические для определенной стадии жизни человека анатомо-физиологические и психические качества. Периодом принято считать промежуток времени, охватывающий какой-либо законченный процесс.

Каждому возрастному периоду характерны ярко выраженные, специфические особенности, характеризующие совокупность специфических закономерностей развития. Смена периодов происходит скачкообразно. Периоды ускоренного развития сменяются периодами замедления. Особенности развития ребенка в последующий период имеют количественные и качественные отличия от предыдущего. Знание особенностей возрастной периодизации необходимо для правильного построения индивидуальной программы физической реабилитации ребенка, имеющего отклонения в состоянии здоровья.

В практике лечебной физической культуры используется классификация детского возраста принятая в 1965 г на Международном симпозиуме в Москве, в которой выделены семь периодов взросления и созревания, длительность которых колеблется от нескольких дней до нескольких лет.

I Период новорожденности - с рождения до 10 дней.

II Грудной возраст - 10 дней - 1 год.

III Раннее детство - 1-3 года.

IV Первое детство - 4-7 лет.

V Второе детство: мальчики от 8 до 12 лет, девочки от 8 до 11 лет.

VI Подростковый возраст: мальчики 13-16 лет, девочки 12-15 лет.

VII Юношеский возраст: юноши 17-21 год, девушки 16-20 лет.

2.Анатомо-физиологические особенности детей в различных возрастных периодах

Период новорожденности и грудной возраст (1-й и 2-й периоды). Период новорожденности протекает без осложнений у большинства детей, родившихся у здоровых матерей. Такие дети легче адаптируются в постнатальном периоде к новым условиям внешней среды. К внешним признакам адаптации относятся:

· *неустойчивость температуры тела* новорожденного, которая выражается в наличии транзиторной лихорадки (на 3-4 дня). Температура повышается до 38-40^0 и удерживается несколько часов.

· *физиологическая желтуха* присутствует у 50% новорожденных.

· *физиологическое снижение веса* на 5-7% в первые 3-4 дня жизни ребенка, которое возвращается к исходному уровню к 10-11 дню.

В этом периоде все системы организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия. Наличие пассивного иммунитета предохраняет новорожденного от острых вирусных инфекций (корь, скарлатина, краснуха и т.д.). Вместе с тем, дети восприимчивы к стафилококкам, сальмонеллам.

Длительность периода грудного возраста - 11 месяцев (до конца первого года жизни). Данный период характеризуется повышенной интенсивностью обменных процессов, которые протекают на фоне функциональной незрелости основных систем организма. Ослабевает пассивный иммунитет, а приобретенный иммунитет достаточно слаб, поэтому во второй половине года возрастает вероятность заболеваний вирусными инфекциями, острыми желудочно-кишечными болезнями, пневмонией, кожными заболеваниями, рахитом.

Ведущей деятельностью этого периода (Эльконин Д.Б.) является – непосредственно эмоциональное общение, личностное общение со взрослыми, внутри которого ребенок учится предметным действиям.

Период раннего детства или преддошкольный (3-й период). Период характеризуется заметным снижением энергии роста, но более быстрым созреванием центральной и периферической нервной системы, расширяются условно-рефлекторные связи, происходит становление второй сигнальной системы. Дети подвижны, любознательны, активно контактируют с внешним миром. Совершенствуется речь. Быстро развивается психика. Расширяются границы эмоциональных проявлений: радости, обиды, удивления, страха, застенчивости, которым свойственна лабильность. Продолжает созревать двигательный анализатор. Центральное звено двигательного анализатора расположено рядом с центром речи и письма. Под действием сигналов из двигательных центров стимулируется развитие близлежащих областей. Поэтому, давая ребенку задания на развитие мелкой моторики (мозаика, игры с конструкторами и др.) можно совершенствовать его речь, учить счету, формировать обобщающие функции мозга. Задержка созревания движений, повлечет задержку речи и общее отставание в психомоторном развитии. Не следует ограничивать двигательную активность ребенка и различные игры, в которых закладываются бытовые и трудовые навыки.

Ведущая деятельность – предметно-манипулятивная, внутри которой ребенок сотрудничает со взрослым в освоении новых видов деятельности.

Период первого детство или дошкольный (4-й период). Период характеризуется качественным и функциональным совершенствованием головного мозга, органов и систем.

Большинство детей начинают посещать детские дошкольные учреждения. В контактах со сверстниками расширяется кругозор ребенка, его взаимодействие с окружающим миром. Продолжает укрепляться опорно-двигательный аппарат. Увеличивается объем активных движений. К концу периода начинается смена молочных зубов.

До 4 лет дети не могут сочетать четкие движения с ходьбой. Бег похож на семенящий шаг. Дети легко играют с мячом, но им еще трудно ловить его и посылать его. Внимание неустойчиво, ребенок быстро утомляется от однообразных движений.

К 5 годам улучшается координация движений, осваиваются прыжки.

К 6 годам дети бегают легко, исчезают боковые раскачивания. В этом возрасте часто развиваются инфекционные болезни, связанные с низким иммунитетом и возрастными контактами детей. К концу пребывания в детских садах увеличивается количество детей, часто болеющих или имеющих слабое физическое развитие.

Завершается период первым физиологическим вытяжением - значительным увеличением длины конечностей, отставание в развитии сердечно-сосудистой системы приводит к появлению в это время функционального изменения сердца.

Ведущая деятельность – сюжетно-ролевая игра, внутри которой ребенок ориентируется в самых общих смыслах человеческой деятельности, например, семейной и профессиональной.

Период второго детства или младший школьный возраст (5-й период). Период длится до 11-12 лет и характеризуется равномерным процессом роста и развития. Ежегодная прибавка в росте составляет 5 см, в весе 2-3 кг. С позиции физиологов это один из наиболее скоростных периодов в развитии высшей нервной деятельности. Продолжает улучшаться память, повышается интеллект, концентрация внимания.

К этому возрасту закончил свое формирование позвоночник, но он остается подвижным и легко поддается негативным воздействиям. Требуется постоянный контроль за осанкой. Впервые проявляется половой диморфизм физического развития. У мальчиков формируется характерное мышечное сложение.

Совершенствуются кистевые и пальцевые движения, отмечается их легкость и естественность.

Период подросткового возраста или старший школьный возраст (6-й период).

Подростковый (переходный) возраст охватывает период у девочек с 12 до 15 лет, у мальчиков с 13 до 16 лет. Это один из самых трудных и ответственных периодов в жизненном цикле человека. Его основная особенность - половое созревание, связанное со сложными физическими и психическими состояниями ребенка. Дети еще не становятся взрослыми, но уже перестают быть детьми.

На этот период приходится второй «пик» скелетного вытяжения, называемой пубертатным скачком роста: у мальчиков до 9,5 см/год, у девочек до 8 см. Затем скорость роста резко снижается и доходит до нуля.

Продолжают совершенствоваться функции основных систем организма.

У девочек в этот период наблюдается так называемые вегетативные вспышки и взрывы: возникают неожиданные сердцебиения, одышка, сосудистые расстройства; они часто жалуются на болевые ощущения в области сердца. Отмеченные явления - результат временного расстройства регуляции работы внутренних органов. По этой же причине у девочек отмечается и повышенная возбудимость: резкая смена настроения, склонность к слезам... Все отмеченные изменения в высшей нервной деятельности у мальчиков выражены меньше, чем у девочек. Это объясняется тем, что у мальчиков значительно больше объем двигательной активности, что частично и смягчает отмеченные изменения.

В период наибольших «трудностей» для ребенка необходимо создать оптимальные условия для дальнейшего роста и развития, уменьшить по возможности патогенные воздействия.

Ведущая деятельность – общение со сверстниками. Воспроизводя межличностные отношения, которые существуют в мире взрослых людей, подростки принимают или отвергают их. В этом общении оформляются смысловые ориентации подростка на его будущее, на взаимоотношения с людьми, появляются задачи и мотивы дальнейшей деятельности.

Период юношеского возраста 17-21 год для юношей, 16-20 лет - для девушек (7-й период). Организм начинает переходить на взрослый уровень функционирования. Увеличиваются размеры тела в ширину; за исключением крупных трубчатых костей, завершается окостенение. По уровню суточных энерготрат юноши и девушки приближаются к мужчинам и женщинам. В этот период возрастает уровень этических, эстетических и интеллектуальных эмоций, самосознания. Особенности психики в юношеском возрасте во многом связаны с появляющимся чувством полового влечения. Дети по прежнему очень ранимы.

Ведущая деятельность – учебно-профессиональная. В этот период происходит освоение профессиональных навыков и умений.

Рациональный режим дня, оптимальная двигательная активность станут основой нормального функционирования разных систем организма, а своевременная коррекция (средства ЛФК) развивающихся отклонений в состоянии здоровья ребенку позволит переходить в каждый новый период жизни с определенным запасом прочности.

Главной особенностью физической реабилитации больных и ослабленных детей является то, что после болезни они страдают от гипокинезии, на фоне которой к страданиям патологическим добавляются нарушения физического, психического и моторного развития.

Средства физической реабилитации, используемые в детском возрасте, выглядят так: лечение положением, массаж, физические упражнения, естественные факторы природы, физиотерапия. ЛФК показана при абсолютном большинстве заболеваний, как общеразвивающая, общеукрепляющая и патогенетическая терапия. Противопоказания

такие же, как у взрослых, но добавляются временные противопоказания по применению отдельных видов двигательных заданий.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ

Врожденный вывих бедра

Наиболее частая деформация опорно-двигательного аппарата из всех врожденных пороков развития встречается у 2—3 детей из каждой 1000 новорожденных. Врожденный вывих бедра чаще (в 5 раз) встречается у девочек, поражая преимущественно левый тазобедренный сустав. Отмечается недоразвитие всех составляющих элементов тазобедренного сустава: неглубокая вертлужная впадина, медленно окостеневающая небольшая головка бедра с укороченной шейкой, недоразвитие капсуло-связочного и мышечного аппарата, растяжение суставной сумки. При этом головка бедренной кости смещается кверху и кзади по подвздошной кости.

Клиническая картина врожденного вывиха бедра проявляется с первых дней жизни в ограничениях пассивного отведения согнутых в тазобедренном и коленном суставе ног, наличии симптома соскальзывания или «щелчка» в момент отведения и последующего сведения бедра, асимметрии ягодичных складок и складок на внутренней поверхности бедра, наружной ротации бедра со стороны вывиха, лордозе поясничного отдела, атрофии ягодичных мышц, снижении температуры тела со стороны повреждения. Перечисленные симптомы не всегда ярко выражены. В более поздние сроки постановки диагноза отмечается укорочение конечности, позднее начало ходьбы и «утиная» походка (плавно переваливающаяся).

Раннее начало лечения приносит наиболее эффективные результаты. Лечение врожденного вывиха бедра начинают в родильном доме с широкого пеленания в течение первых 3 месяцев. Тактика последующего лечения может быть консервативной или оперативной. При консервативном лечении осуществляется ортопедическое вправление тазобедренного сустава шинами ЦИТО, Волкова, Виленского и др., гипсовой повязкой в течение 3—4 месяцев с общей длительностью воздействия от 1 до 3 лет. Цель данного метода лечения — щадящее постепенное восстановление формы сустава и длительная фиксация в положении максимальной коррекции. Оперативное лечение применяют при отсутствии положительных результатов консервативного лечения. Осуществляется артротомия с артропластикой.

В реабилитации детей с врожденным вывихом бедра лечебная физкультура является основным средством формирования здорового сустава и единственным средством поддержания моторного развития ребенка. Задачи ЛФК (по В.Л. Старковой) (рис. 31):

— профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра;

— формирование тазобедренных суставов, восстановление их формы, фиксация суставов в положении максимальной коррекции (совместно с ортопедами);

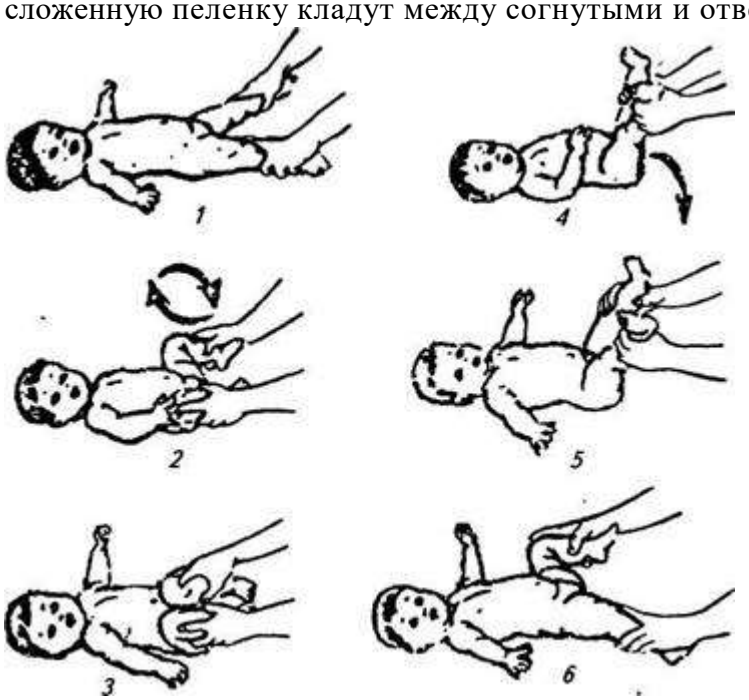
— укрепление мышц, производящих движение в тазобедренных суставах (сгибание, разгибание, отведение, вращение внутрь);

— развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах;

— коррекция вальгусного положения коленных и голеностопных суставов, возникающих при лечении с использованием шин.

Средства реабилитации, используемые при врожденном вывихе бедра: лечение положением, физические упражнения и массаж, дополненные физиотерапевтическими процедурами.

Лечение положением — одно из первых и наиболее доступных средств, используется и осуществляется родителями. 1. При незначительной дисплазии в течение первых 3 месяцев используется широкое пеленание (вчетверо сложенную пеленку кладут между согнутыми и отведенными бедрами).



, Рис. 31. Основные упражнения при врожденном вывихе бедра для детей раннего возраста: / — отведение прямых ног в стороны; *2* — круговые движения ногами; *3*— отведение согнутых ног в стороны; *4*— опускание прямых ног в стороны; 5 — приподнимание ног и опускание их разведенными; *6* — попеременное сгибание ног в разведенном положении (проводятся 2 раза в день)

2. У ребенка, сидящего на коленях у матери лицом к ней, ножки разведены в стороны, спинка поддерживается. Когда мама стоит, ребенок, повернутый к ней лицом, ножками охватывает ее туловище. При ношении ребенка используется сумка-«кенгуру», длительное использование которой нежелательно, так как приводит к устойчивому отведению передних отделов стопы кнаружи и их вальгированию.

3. В положении лежа на животе ноги ребенка с отведенными и согнутыми стопами должны быть вне матраца, в противном случае усиливается спазм мышц — аддукторов бедер.

Физические упражнения бывают общеразвивающие и специальные; первые начинают использовать с начала жизни ребенка в качестве рефлекторных упражнений, а по мере его взросления — с учетом его психомоторного развития. Специальные упражнения способствуют улучшению трофических процессов в тазобедренных суставах, мышцах бедер и ягодиц. С учетом возраста ребенка применяются пассивные (до года) и активные упражнения (от 1 до 3 лет).

На первом году жизни, как правило, физические упражнения сочетаются с массажем. При врожденном вывихе бедра обычно используют классический массаж с приемами поглаживания, растирания и легкое разминание мышц поясничной области, ягодиц, передней, задней и боковой поверхности бедра и мягкий точечный массаж ягодичных мышц у головки бедра в сочетании с приемами расслабления мышц, приводящих бедро. Эффективны также теплые ванны, подводный массаж, парафиновые аппликации, грязелечение.

С детьми старше 3 месяцев родители занимаются лечебной гимнастикой 3—5 раз в день по 5—10 мин. Для детей дошкольного возраста для закрепления результатов консервативного лечения, а в некоторых случаях и для долечивания используется лечебная гимнастика не реже 3 раз в неделю по 20—25 мин с применением активных физических упражнений в разгрузочном и.п. Примерный комплекс ЛГ для детей дошкольного возраста (5—6 лет).

1. Вводная часть занятия (3—5 мин)
    a. Ходьба с коррекцией неправильной установки стоп.
    b. Дыхательные упражнения в ходьбе или стоя, с равномерной нагрузкой на обе конечности.
2. Основная часть занятия (15—20 мин), исходное положение лежа на спине
3. Попеременное сгибание — разгибание стоп (4—6 раз).
4. Попеременное сгибание — разгибание ног в коленном и тазобедренном суставах (6—8 раз).
5. Отведение и приведение прямой ноги. Движение выполняется без опоры о пол (4—6 раз каждой ногой). Носок на себя, стопа удерживается вертикально. Дыхание произвольное.
6. Одновременно потянуться двумя руками вверх, пятками вниз. Вернуться в исходное положение и расслабиться (3—4 раза). Дыхание произвольное (самовытяжение).
7. Попеременно отбивать ногами подвешенный на высоте 40—50 см мяч, 4—6 раз каждой ногой.
8. Ноги согнуты, стопы стоят на полу. Медленное, плавное разведение ног в стороны и возвращение назад (4—6 раз). Дыхание произвольное.
9. Методист удерживает ноги ребенка за голеностопный сустав и выполняет легкую вибрацию всей конечности (3—4 раза каждую ногу). Можно выполнить на двух конечностях одновременно.
10. Лежа на здоровом боку, отвести прямую ногу в сторону, вернуться назад (4—6 раз).
11. В исходном положении лежа на животе: напрягать и расслаблять ягодичные мышцы, 6—8 раз.
12. Движение ногами, как при ползании по-пластунски (4—6 раз каждой ногой).
13. Как в упр. 7, но отбивать мяч пяткой (4—6 раз каждой ногой).
14. Легкое поколачивание пятками по ягодицам 4—6 раз. Пауза отдыха.
15. Стоя на четвереньках, отвести согнутую ногу до горизонтального уровня (3—4 раза каждой ногой).
16. Игра.
17. Заключительная часть — 2—3 мин.
18. Ходьба, с попеременным потряхиванием ногами.
19. Стоя, руки в стороны, сжать — разжать пальцы кисти (3—4 раза).

При оперативном методе лечения в реабилитации детей с врожденным вывихом бедра выделяют 5 периодов: **предоперационный,** период **иммобилизации,** период **пассивных движений** (ранний постиммобилизационный), период **активных движений** (поздний постиммобилизационный), период **обучения ходьбе** (тренировочный). Лечебная гимнастика начинается с первого дня поступления ребенка в стационар на оперативное лечение.

Задачи ЛГ **предоперационного** периода: оказать общеукрепляющее и тонизирующее действие; улучшить обмен веществ, функцию мышц тазобедренного сустава. Длительность данного периода варьирует от 1,5 до 3 мес. Под действием

физических упражнений улучшается функциональное состояние мышц тазобедренного сустава. Ребенок приобретает навык расслабления мышц, что особенно важно при использовании скелетного вытяжения при высоком стоянии головки бедра. Массаж области тазобедренного сустава применяют в течение 3—4 недель.

В **послеоперационном** периоде ЛГ назначается со 2-го дня. Задачи реабилитации — оказать противовоспалительное, обезболивающее и рассасывающее действие; ускорить формирование тазобедренного сустава и увеличить подвижность в нем (рис. 32). Средства данного периода: УВЧ, диадинамические процедуры, электрофорез с новокаином, теплолечение, электростимуляция, ванны и лечебная гимнастика. УВЧ-терапия начинается со 2-го дня после операции и длится до 10-го дня. Под действием УВЧ ускоряется кровообращение, усиливаются иммунобиологические процессы, проявляется бактерицидное, антиспазматическое, обезболивающее действие, уменьшается отечность тканей.

Диадинамометрия на область тазобедренного сустава проводится через «окошко» в гипсовой повязке в течение 6 мин ежедневно. Данный метод оказывает обезболивающее действие, стимулирует процессы регенерации.

Электрофорез с новокаином (выше и ниже гипсовой повязки) — в течение 15—20 мин ежедневно, начиная со 2-го по 10— 11-й день. После снятия иммобилизации электрофорез применяют непосредственно на область тазобедренного сустава (12— 15 процедур).

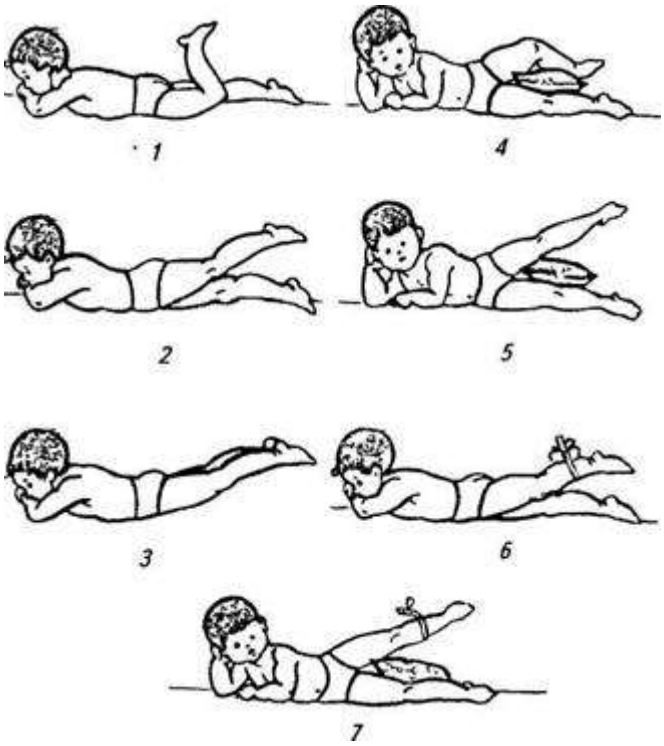


Рис. 32. Упражнения для тазобедренного сустава и укрепления ягодичных мышц после операции по поводу врожденного вывиха бедра: *1* — попеременное сгибание ног; *2* — поочередное отведение прямых ног вверх; *3* — отведение двух ног вверх; *4*— лежа на боку, отведение ноги, согнутой в коленном суставе; 5 — отведение прямой ноги в сторону; *6,7*— лежа на животе и боку, отведение ноги с отягощением

Парафино-озокеритовые аппликации на область сустава (при температуре 44—48°С) в течение 40—50 дней (15—20 процедур). Начиная с 4-го месяца применяют грязевые аппликации (40—42°С) длительностью 20 мин (через день в течение месяца).

Электростимуляция четырехглавой мышцы бедра — 15 мин ежедневно начиная с 21-го дня (постиммобилизационный период) проводят в течение 40 дней, затем назначают электростимуляцию ягодичных мышц в течение 30 дней.

У детей школьного возраста гипсовую повязку снимают через 30—35 дней после операции. Для улучшения консолидации проводят электрофорез с фосфором и кальцием, чередуя с ультразвуком, на область проекции головки и шейки бедра, что стимулирует репаративные процессы тканей сустава.

В ранний постиммобилизационный период при наличии выраженного болевого синдрома перед проведением пассивных движений рекомендуется использовать диадинамотерапию области сустава в течение 8—10 мин.

В восстановительном периоде широко используется ЛФК для восстановления функций нижних конечностей.

Врожденная мышечная кривошея (ВМК)

По частоте встречающихся случаев заболевания занимает 2—3 место после врожденного вывиха бедра и врожденной косолапости. **Врожденная мышечная кривошея** — это неправильное положение головы, вызванное укорочением и функциональной неполноценностью одной из грудино-ключично-сосцевидных мышц в результате ее врожденного недоразвития или действия интранатальных повреждающих факторов, сопровождающееся вторичными изменениями шейного отдела позвоночника и костей черепа.

Клиническая картина при ВМК следующая: голова наклонена в сторону пораженной мышцы и повернута в противоположную сторону с одновременным отклонением назад. Надплечье и лопатка при выраженной кривошее на стороне поражения выше, затылок со здоровой стороны нередко скошен. К вторичным изменениям при ВМК относится асимметрия лица. При средней и тяжелой степенях ВМК (II—III) может отмечаться отставание ребенка в психомоторном развитии. С ростом детей, перенесших ВМК, отмечаются сглаженность шейного лордоза, формирование патологического кифоза, отставание в росте тел позвонков за счет травмы ростковых зон, явления остеохондроза. При декомпенсированных стадиях ВМК развивается сколиотическая болезнь в грудном отделе позвоночника и более медленное восстановление нарушений в шейном отделе.

При комплексном консервативном и оперативном лечении детей с **ВМК** первостепенное место занимает **ЛФК,** используемая с первых дней установки диагноза, задачи которой выражаются в улучшении трофики пораженной и здоровой груди-но-ключично-сосцевидных мышц; уравновешивание мышечного тонуса за счет устранения контрактуры пораженной и укрепления мышцы на здоровой стороне; нормализация объема движений в шейном отделе позвоночника; профилактика вторичных изменений (асимметрия лица, шеи, искривления позвоночника); предупреждение или устранение отставания в психомоторном развитии; повышение неспецифической сопротивляемости организма. Для решения поставленных задач используются: лечение положением, массаж, физические упражнения, упражнения в воде.

Лечение положением применяют 2—3 раза по 1,5—2 ч. в день, поскольку новорожденные дети и дети грудного возраста большую часть времени лежат или спят, это средство легко и эффективно в применении.

1. Затылок ребенка, лежащего на спине без подушки, укладывают в ватно-марлевое кольцо и придают голове правильное положение, надплечье удерживают с помощью
мешочка с песком.
2. Ребенку в том же положении кладут под голову сложенную вчетверо толстую пеленку. При этом расположение кровати должно быть таковым, чтобы

пораженная сторона была
обращена к свету, игрушкам, звукам.

3. Независимо от положения ребенка используется картонно-ватно-марлевый воротник Шанца.

Массаж делают ребенку, лежащему на спине, стоя у его изголовья. Массируют и пораженную и здоровую мышцы. При массаже больной стороны голова слегка повернута в сторону поражения для достижения наибольшего расслабления мышцы. Приемы выполняют подушечками пальцев в направлении от уха к ключице. На пораженной стороне используют приемы поглаживания, растирания и непрерывной вибрации, выполняя их мягко, нежно и пластично, не вызывая у ребенка болевых ощущений. На здоровой стороне используют те же приемы, но добавляют разминание и прерывистую вибрацию. Приемы выполняются интенсивнее с целью укрепления и повышения тонуса данной мышцы. Можно выполнять массаж в теплой воде (36°С). Массаж пораженной и здоровой мышц сочетается с приемами общего поглаживания верхних и нижних конечностей, мышц спины, живота и шеи. И.Д. Ловейко, М.И. Фона-рев предлагают попеременно сочетать приемы массажа с физическими упражнениями. В.Л. Страковская рекомендует физические упражнения проводить после массажа.

Примерны е пассивны е и рефлекторны е упражнения для новорожденных и детей грудного возраста

1. Ребенок лежит на спине (на кушетке или столе), мать удерживает его надплечья в фиксированном положении, методист мягко, с легкой вибрацией поворачивает голову ребенка в направлении пораженной стороны, затем — в обратном направлении.
2. В том же положении — наклоны головы.
3. Затем — сгибание и разгибание головы в строго вертикальном направлении. Упражнения 1—3 выполняются 16—20 раз с учетом возраста ребенка.
4. Рефлекторное упражнение (рефлекс Таланта). Методист подушечками 3-го и 4-го пальцев проводит по паравертебральным зонам лежащего на боку ребенка примерно в 1 см от позвоночника снизу сверху. При этом разгибаются спина, голова, таз. Упражнение выполняется на каждом боку, для придания наибольшей коррекции можно сочетать выполнение упражнений на здоровом и больном боку в соотношении 2:1 (3—4 раза).
5. Методист стоит у ножек ребенка, лежащего на животе, захватывает кисти рук ребенка, выполняя имитацию плавания брассом.
6. Методист мягко приподнимает голову ребенка в том же положении, придерживая надплечье с поврежденной стороны (2—3 раза).
7. Рука методиста находится под животом ребенка, другая удерживает его ноги за голеностопный сустав, приподнимая ноги и нижнюю часть туловища. Руки ребенка вытянуты вперед, чтобы он мог двигаться, опираясь на них (4—6 раз).

В более старшем возрасте добавляются упражнения сидя и стоя (рис. 33).

Курс ЛФК составляет 15—20 занятий, которые проводятся ежедневно или через день с перерывом между курсами в 1—1,5 месяца (в это время основными упражнениями занимаются родители). До года ребенок должен получить 3—4 курса

комплексной терапии и еще 2—3 курса до 7-летнего возраста. Кроме того, ежедневно до 2 лет родители должны заниматься с ребенком 3—4 раза в день по 5—15 мин. После 2 лет

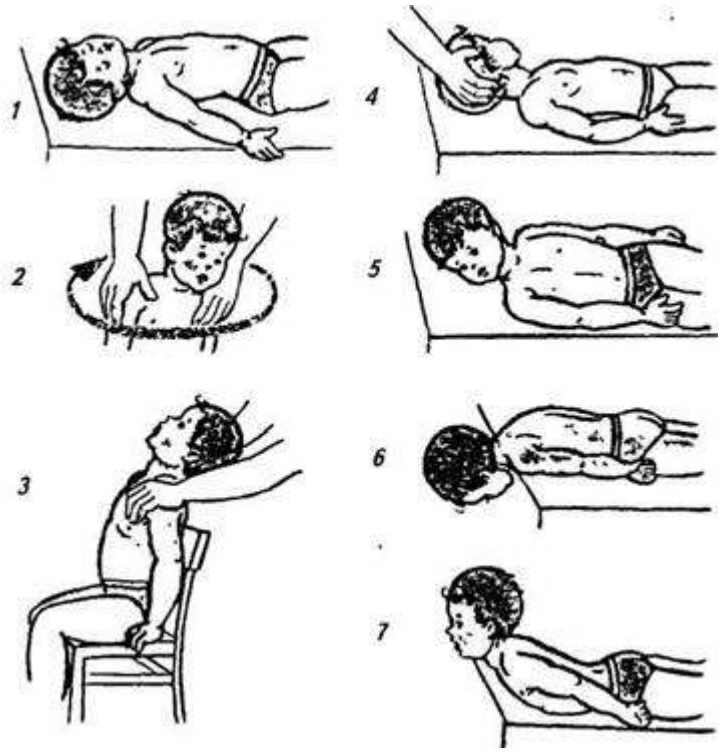


Рис. 33. Специальные упражнения при кривошее: 1 — наклоны головы; *2* и *3* — круговые движения головы при фиксировании взрослым надплечий ребенка; *4* — упражнение с противодействием лежа на спине; *5—6—7* — поднимание головы лежа на боку, на животе со **свешенной с кушетки головой**

Консервативное лечение неэффективно, так как к этому возрасту асимметрия лицевой части черепа становится необратимой.

С раннего возраста детям с кривошеей показаны занятия в бассейне при температуре воды 35—36 °С.

Специальные упражнения в воде:

1. Руки методиста (или родителей) под затылком ребенка, лежащего на спине, подушечками больших пальцев выполняется поглаживание грудино-ключично-сосцевидной мышцы (шея ребенка в воде).
2. Плавное перемещение ребенка в том же положении за голову то в правую, то в левую сторону.
3. Круговое движение лежащего на воде ребенка за голову так, чтобы пораженная сторона была на наружной части круга.
4. Ребенок в пенопластовом чепчике лежит на спине, ножки опущены. Методист выполняет движение руками в стороны — вниз, осуществляя плавную коррекцию кривошеи, усиливая тягу со стороны повреждения.
5. Лежащего на животе ребенка поддерживают под подбородок, ведут по ширине бассейна. Другой рукой плавными пружинящими движениями приподнятое надплечье удерживают в воде.

При легких формах ВМК рекомендуется использовать ортопедические аппараты, разработанные В.Б. Мироедовым (1996), основанные на принципе дистракции

мягких тканей на стороне поражения. При невозможносги коррекции кривошеи консервативным методом прибегают к операции. Выделяют пред- и послеоперационный периоды, на поликлиническом этапе реабилитации занятия продолжаются до 9—12 месяцев. Главная задача ЛФК — полное восстановление функции оперированной мышцы. С этой целью используются различные движения головой с сопротивлением и отягощением в различных положениях. Продолжается коррекция осанки (особенно в грудном отделе).
До 14 лет дети с ВМК находятся на диспансерном учете.

Врожденная косолапость

Распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата, как правило, двустороннее, встречается у новорожденных в 0,1 % случае, преимущественно у мальчиков. Косолапость — это стойкая приводяще-разгибательная контрактура стопы, вызванная врожденным нарушением развития голеностопного сустава и мышечно-связочного аппарата, его формирующего. Больше всего подвержены патологическому процессу мышцы и связки. Отмечается недоразвитие и укорочение внутренней и задней группы связок и сухожилий сгибателей стопы. Больше-берцовая мышца укорочена, ее брюшко утолщено. Мышцы и сухожилия стопы расположены аномально, наблюдаются добавочные мышцы. Таранная кость выдвинута кнаружи и вперед. **Клиническая картина** характеризуется:

— опущением наружного и поднятием внутреннего края стопы (супинацией голеностопного сустава);

— положением подошвенного сгибания стопы **(эквинус** или **конская стопа);**

— приведением переднего отдела стопы (аддукция);

— образованием «натоптышей» на наружном крае стопы;

— асимметрией объема средней трети голени;

— снижением тонуса мышц, кожной температуры и элек тровозбудимости (на больной ноге).

Лечение ребенка должно начинаться сразу же после выписки из родильного дома и может быть **консервативным и оперативным.** При легкой косолапости используются корригирующие бинтовые повязки, в других случаях — гипсовые повязки с последующей заменой гипсовыми лонгетами. При значительных дефектах голеностопного сустава используют оперативное лечение.

Лечение положением. Особенности физиологии новорожденных, а также детей 1 года, прежде всего первых месяцев жизни: пластичность, податливость, растяжимость тканей — обеспечивают возможность удержания патологически измененной стопы в корригированном положении, позволяя костям правильно фиксированной стопы расти и развиваться нормально. В течение поэтапной коррекции гипсовыми повязками (под наблюдением ортопеда) в занятиях ЛФК сочетаются средства общеукрепляющего воздействия на весь организм ребенка с упражнениями и приемами массажа для больной ноги. В легких случаях косолапость ограничивают корригирующими повязками.

После снятия гипсовой повязки и заменой ее фиксирующей съемной гипсовой лонгетой назначают специальный массаж и упражнения для стопы и голени. Сразу после их проведения фиксируют положение стопы гипсовой лонгетой Большая эффективность коррекции косолапости достигается тепловыми процедурами: теплые ванны для ног (36—37 °С), физиотерапевтические процедуры. Полезно заниматься с ребенком дома, после сна.

Лечение с использованием гипсовых повязок носит этапный характер. Первый этап лечения проводится в течение года со сменой повязки раз в неделю, начинается с 1—2-месячного возраста. Задачи ЛФК и физиотерапии первого этапа: предупреждение развития

мышечной атрофии и вегетососудистых расстройств; улучшение трофики; поддержание общего тонуса организма. Средства: лечение положением (гипсовая иммобилизация), массаж, физические упражнения и физиотерапия. Проводится массаж тела, верхних конечностей, живота, свободных от иммобилизации сегментов ноги (бедро, верхняя треть голени). Физические упражнения — общеразвивающие и специальные. К специальным относятся пассивные упражнения в нижних конечностях, выполняемые безболезненно и с полной амплитудой.

Второй этап лечения (после окончательного снятия иммобилизации) длится до полного восстановления функции голеностопного сустава. Его задачи: закрепление результатов коррекции и восстановление опорной и двигательной функции стопы; борьба с атрофией и контрактурой в суставах; создание необходимых условий для полноценного роста и развития стопы; адаптация к повышающимся физическим нагрузкам; профилактика «порочной» походки и нарушений осанки. Средства: массаж и физические упражнения, упражнения в воде, физиотерапия. На фоне общего массажа применяется специальный массаж голени и стопы для нормализации мышечного тонуса. Расслабляющие приемы используются на внутренней и задней группе мышц (поглаживание, потряхивание, вибрация). Укрепляющие (стимулирующие) приемы используются на растянутых мышцах — передней и наружной группах мышц (поглаживание, растирание, разминание) при использовании корригирующих повязок. Физические упражнения проводятся после массажа и физиопроцедур. Специальные упражнения используются лежа (пассивно-активные): сгибание и разгибание стопы, сидя — перекаты с пятки на носок, стоя у гимнастической стенки приседания. Круговые вращения в тазобедренном суставе, сгибание и разгибание нижних конечностей. Также применяют общеразвивающие упражнения, упражнения игрового характера, дыхательные упражнения. Упражнения в теплой воде. После гипсовой иммобилизации хорошо использовать раннюю осевую нагрузку — ходьбу по дну бассейна, скольжение на воде (для старших дошкольников, школьников), все возможные движения в голеностопных суставах (отталкивания, прыжки, подскоки). При использовании корригирующих бытовых повязок можно использовать те же упражнения, что и на суше (36—37°С). Это позволит более эффективно расслабить спастические мышцы.

Среди физиотерапевтических процедур — влажные укутывания голени и стопы больной конечности (39—41 °С) в течение 25—30 мин (ежедневно или через день, курс 20—25 процедур). Электростимуляция пронаторов стопы в течение 10— 15 мин с прерыванием на 2 мин через каждые 3 мин воздействия (ежедневно, курс 15—25 процедур). Повторные курсы физиотерапии при развивающейся мышечной атрофии целесообразно проводить с перерывом в 2—3 месяца.

Пупочная грыжа

Это чаще врожденный дефект, причинами которого могут быть ослабленный мышечный тонус передней брюшной стенки, неполное замыкание пупочного кольца, внутриутробные аномалии развития брюшной стенки при длительном плаче ребенка, вследствие чего из пупочного кольца (над пупком) выходят подвижные внутренние органы (сальник, петли тонкой кишки).

Клиническая картина. Выпячивание кожи из пупочного кольца, при легком надавливании на данный участок ощущается «бульканье». Пупочная грыжа может быть округлой или продолговатой. В раннем возрасте грыжа легко вправляется и при постоянных занятиях ЛГ и массажем проходит бесследно.

Соматически ослабленные дети со слабовыраженным подкожным жировым слоем, гипотоничной мышечной системой и пониженной резистентностью в наибольшей степени подвержены пупочной грыже.

Задачи ЛФК при врожденной пупочной грыже: общеукрепляющее воздействие на организм ребенка, укрепление мышечного корсета, особенно мышц брюшного

пресса, нормализация нервно-рефлекторной возбудимости для предупреждения повышения внутрибрюшного давления, поддержание психомоторного развития на соответствующем возрастном уровне.

Средства: **лечение положением, массаж** и **физические упражнения.**

Лечение положением — лежа на животе используется как во время сна, так **и** в период бодрствования, уменьшает боли в животе (так как способствует отхождению газов), увеличивает возможность активных движений конечностями и туловищем, препятствует выпячиванию грыжи. Общий массаж начинают со 2—3-й недели жизни ребенка. Приемы выполняются легко и безболезненно, не вызывая плача у ребенка. Перед использованием специальных приемов грыжу обязательно вправляют легким надавливанием пальцев одной руки, утапливая ее, пока другая выполняет приемы.

В специальные приемы, выполняемые на мышцах брюшного пресса, входят круговые поглаживания живота по часовой стрелке, встречные поглаживания (по ходу толстого кишечника), поглаживание косых мышц живота. Кисти массажиста охватывают заднебоковую поверхность грудной клетки и выполняют движение навстречу друг другу сверху вниз и кпереди При этом пупок прячется в кожную складку В лечебной гимнастике используются упражнения для укрепления мышечного корсета, особенно прямых и косых мышц живота.

4. Медицинская документация

Порядок организации медицинской реабилитации детскому населению

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации медицинской реабилитации детскому населению на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

2. Медицинская реабилитация детского населения осуществляется по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам с учетом возрастных и анатомо-физиологических особенностей детей, тяжести течения основного заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы при наличии реабилитационного потенциала (за исключением детей с отсутствием реабилитационного потенциала, имеющих давность начала заболевания менее 1 года).

3. Медицинская реабилитация детского населения осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Медицинская реабилитация детей осуществляется в плановой форме в виде:

первичной медико-санитарной помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

5. Медицинская реабилитация детей осуществляется в плановой форме в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

6. При осуществлении медицинской реабилитации проводится следующее:

анализ объективного состояния здоровья ребенка с целью выявления и оценки показаний и противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий;

оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков);

определение этапа медицинской реабилитации (типа медицинской организации и условий ее оказания

установление реабилитационного диагноза у ребенка (врачебного заключения о выраженности патологических нарушений при функционировании организма и ограничении жизнедеятельности пациента, выраженного в принятой терминологии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков, и основанное на всесторонней диагностике патологически функционирующих систем организма), дополняющего клинический диагноз по Международной классификации болезней десятого пересмотра;

оценка реабилитационного потенциала (показателя, оценивающего на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе социализации или ресоциализации);

оценка факторов риска проведения реабилитационного мероприятия (направленного воздействие на пациента путем применения природных лечебных факторов, лекарственной и немедикаментозной (методов физиотерапии, лечебной физкультуры, лечебного массажа, занятия с медицинским психологом, занятия с логопедом и др.) терапии);

оценка факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

формирование цели (желаемого результата (эффективности) проведения комплекса реабилитационных мероприятий;

формирование индивидуального плана медицинской реабилитации ребенка (комплекса персонифицированных реабилитационных мероприятий, ориентированных на выполнение цели проведения реабилитационных мероприятий);

осуществление комплекса реабилитационных мероприятий (медицинских услуг) ребенку при наличии показаний под контролем лабораторных или инструментальных методов обследования, в том числе в рамках реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации, на основе соответствующих стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю заболевания;

подбор индивидуальных технических средств реабилитации (при наличии показаний);

оценка динамики реабилитационного статуса;

оценка эффективности проведенного комплекса реабилитационных мероприятий;

оценка реабилитационного прогноза (вероятности реализации реабилитационного потенциала);

выдача рекомендаций по дальнейшей тактике ведения ребенка с учетом межведомственного взаимодействия с образовательными организациями, осуществляющими психолого-педагогическую реабилитацию, и организациями социальной защиты, осуществляющими социальную реабилитацию;

направление отделением медико-социальной помощи детской поликлиники в соответствии с рекомендациями, указанными в выписном эпикризе из реабилитационного отделения/центра, на психолого-педагогическую реабилитацию и/или социальную реабилитацию, спортивную реабилитацию и т.п.

7. Медицинская реабилитация детского населения осуществляется в зависимости от уровня курации (V-I) (уровня сложности проведения медицинской реабилитации с учетом тяжести состояния ребенка (выраженности развившихся нарушений функций, структур, ограничения активности и участия (жизнедеятельности) и изменения

взаимодействия с окружающей средой) (крайне тяжелое, тяжелое, среднетяжелое, легкое) и течением (формой) (острое, подострое, хроническое), стадией (периодом) (разгар клинических проявлений, рецидив, ремиссия) течения заболевания, наличия осложнений основного заболевания и (или) тяжелых сопутствующих заболеваний).

Критерии уровней курации:

V уровень курации - крайне тяжелое или тяжелое состояние, острое течение, стадия обострения или рецидива, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) тяжелых сопутствующих заболеваний в любой стадии;

IV уровень курации - тяжелое или среднетяжелое состояние, острое или подострое течение, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среднетяжелых сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии; тяжелое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среденетяжелых сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или иметь высокий риск возникновения осложнения, требующего круглосуточного наблюдения;

III уровень курации - среднетяжелое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или иметь высокий риск возникновения осложнения;

II уровень курации - легкое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии, может сочетаться с наличием осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии;

I уровень курации - легкое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии без осложнений сопутствующих заболеваний.

8. Медицинская реабилитация детского населения осуществляется в три этапа при наличии реабилитационного потенциала (за исключением детей с отсутствием реабилитационного потенциала, имеющих давность начала заболевания менее 1 года) и отсутствии абсолютных противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий:

первый этап медицинской реабилитации детского населения осуществляется в острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период при V уровне курации в стационарных условиях отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения или при IV уровне курации - в стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения, а так же в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях для пациентов детского возраста получающих лечение от онкологического заболевания в течение всего периода применения токсичной и/ или лучевой противоопухолевой терапии;

второй этап медицинской реабилитации детского населения осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения в реабилитационных центрах или реабилитационных отделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, реабилитационных отделениях, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций, в стационарных условиях при IV, III уровнях курации и/или условиях дневного стационара при III уровне курации, когда не требуется круглосуточное наблюдение;

третий этап медицинской реабилитации детского населения осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения в медицинских организациях, оказывающих первичную

медико-санитарную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях при II, I уровнях курации.

9. Медицинская реабилитация детского населения в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь осуществляется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды (группы, объединяющей специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию, с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации).

Мультидисциплинарная реабилитационная команда в специализированных реабилитационных отделениях для детей формируется персонифицировано в зависимости от нозологии, тяжести и особенностей течения заболевания ребенка, применяемого ему комплекса реабилитационных мероприятий, и состоит из специалистов, включенных в штатные нормативы специализированных реабилитационных отделений для детей в соответствии с приложениями N 2, 5, 8, 11, 14 к настоящему Порядку.

Мультидисциплинарная реабилитационная команда для оказания медицинской реабилитации на первом этапе медицинской реабилитации в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь формируется из лечащего врача, врача по медицинской реабилитации*(2) / врача-физиотерапевта и врача по лечебной физкультуре*(3); инструктора методиста по лечебной физкультуре; медицинского психолога; медицинской сестры по медицинской реабилитации (кинезиотерапевта) или медицинской сестры по массажу, медицинской сестры по физиотерапии, инструктора по лечебной физкультуры, включенных в штатные нормативы отделения медицинской реабилитации согласно приложению N 17 к настоящему Порядку.

Врач-специалист по профилю заболевания ребенка2 / врач по медицинской реабилитации1 с учетом мнения врача-специалиста по профилю заболевания ребенка2 определяет состав мультидисциплинарной реабилитационной команды и отвечает за эффективность медицинской реабилитации. При нахождении ребенка в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии обязательно учитывается также мнение врача-анестизиолога-реаниматолога о толерантности ребенка к нагрузкам, риске возникновения ухудшения состояния ребенка при проведении реабилитационных мероприятий.

10. Медицинская реабилитация детского населения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 марта 2018 г. N 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям

11. На первом этапе медицинской реабилитации детского населения проводится низкоинтенсивная медицинская реабилитация (комплекс из двух или трех реабилитационных мероприятий, дозированных по времени в зависимости от толерентности к нагрузкам и исключения риска возникновения осложнений) специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды, формируемой в соответствии с пунктом 9 настоящего Порядка; на втором этапе медицинской реабилитации - высокоинтенсивная реабилитация (комплекс из не менее пяти реабилитационных мероприятий, максимально дозированных по времени с учетом толерантности к физическим нагрузкам и исключения риска возникновения осложнений); на третьем этапе проводится интенсивная медицинская реабилитация комплекс из не менее трех реабилитационных мероприятий, дозированных по времени с учетом толерантности к физическим нагрузкам и исключения риска возникновения осложнений).

12. Необходимость перевода пациента после окончания острого (подострого) заболевания или травмы, послеоперационном периоде с первого этапа медицинской реабилитации на следующий этап (второй или третий) определяет лечащий врач (врач-специалист) с учетом мнения мультидисциплинарной реабилитационной команды медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

13. При переводе ребенка с первого этапа медицинской реабилитации на следующий этап (второй или третий) его лечащий врач оформляет переводной эпикриз из истории болезни стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, осложнений основного заболевания, результатов клинико-диагностических исследований, оказанного лечения, реабилитационного диагноза, реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий, крайне низкий) и реабилитационного прогноза (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный) и целей проведения реабилитационных мероприятий на следующем этапе.

14. Лечащий врач по профилю основного заболевания ребенка с учетом мнения врача по медицинской реабилитации медицинской организации, в которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, определяет в зависимости от уровня курации пациента этап медицинской реабилитации (второй или третий) при хроническом течении заболевания вне обострения.

15. При поступлении ребенка на второй или третий этап реабилитации законный представитель ребенка представляет направление из медицинской организации, в которой наблюдается ребенок, выписной эпикриз из истории развития ребенка с указанием установленного основного и сопутствующих заболеваний, осложнений основного заболевания, анамнеза, результатов клинико-диагностических исследований, оказанного лечения (медицинской реабилитации) и эффективности реабилитации в динамике, с указанием реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, целей проведения реабилитационных мероприятий, результатов проведенных обследований в соответствии с санитарными правилами.

16. Оптимальная продолжительность курса медицинской реабилитации на первом этапе медицинской реабилитации ограничивается периодом нахождения в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии или специализированном отделении медицинской организации, учреждения родовспоможения, на втором этапе продолжительность курса медицинской реабилитации составляет от 12 до 21 дня, частота курсов колеблется от 1 до 3-4 раз в год в зависимости от нозологии согласно клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилям заболеваний или состояний.

17. Медицинская реабилитация, в том числе дистанционная настройка речевого процессора системы кохлеарной имплантации, детскому населению может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

18. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению по профилю "медицинская реабилитация" на втором этапе медицинской реабилитации делятся на четыре группы:

первая группа - организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь детскому населению, осуществляющие медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара; региональные санаторно-курортные организации, имеющие в своем составе реабилитационное отделение, оказывающее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях;

вторая группа - медицинские федеральные санаторно-курортные организации, имеющие в своем составе реабилитационное(ые) отделение(я), оказывающее(ие) медицинскую реабилитацию в стационарных условиях;

третья группа - медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению, осуществляющие медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, и (или) в условиях дневного стационара;

четвертая группа - федеральные реабилитационные центры для детей, национальные медицинские исследовательские центры Министерства здравоохранения Российской Федерации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению, осуществляющие медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, и (или) в условиях дневного стационара;

19. Выбор группы медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию детскому населению, осуществляется лечащим врачом по профилю основного заболевания ребенка медицинской организации, в которой оказывается первичная медико-санитарная помощь или специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь персонифицированно в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по профилю основного заболевания ребенка с учетом его клинического состояния, реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза, транспортную доступность.

20. Медицинская реабилитация детского населения в стационарных условиях, оказывается в медицинских организациях, имеющих в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии или палату интенсивной терапии отделение функциональной диагностик_отделение (кабинет) лучевой диагностики (рентген-кабинет7, кабинет компьютерной и (или) магнитной томографии6), отделение клинико-лабораторной диагностики6,7, физиотерапевтическое отделение (кабинет)3 и отделение (зал, кабинет) лечебной физкультуры3.

21. Койки по профилю медицинская реабилитация на 2 этапе медицинской реабилитации разворачиваются:

в стационарных условиях:

в медицинских организациях 4 группы из расчета не менее 2 коек на 100 000 детского населения,

в медицинских организациях 3 группы и 2 группы - не менее 1 койки на 10 000 детского населения соответственно;

в условиях дневного стационара:

в медицинских организациях 4 группы из расчета не более 1 койки на 100 000 детского населения,

в медицинских организациях 3 группы и 2 группы - не менее 1 койки на 10 000 детского населения соответственно.

22. Койки по профилю медицинская реабилитация на 3 этапе медицинской реабилитации в условиях дневного стационара разворачиваются из расчета не менее 15 коек на 10 000 детского населения.

23. Мультидисциплинарная реабилитационная команда в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь детскому населению и осуществляющих медицинскую реабилитацию на 1 этапе в стационарных условиях, создается из расчета не менее 3 в медицинской организации федеральных медицинских организаций, не менее 2 в медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, - не менее 1.

Рабочая нагрузка на специалистов определяется из расчета специализированных реабилитационных отделений.

24. Порядок направления детей, нуждающихся в медицинской реабилитации, в профильные медицинские организации (маршрутизация детей) в регионах осуществляется в соответствии с нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации, утверждающим порядок направления детского населения на медицинскую реабилитацию.

При выборе лечащим врачом профильной медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию детскому населению, следует учитывать следующее:

возраст ребенка;

сложность уровня курации;

транспортабельность;

значение реабилитационного потенциала (за исключением детей с отсутствием реабилитационного потенциала, имеющих давность начала заболевания менее 1 года);

наличие рисков возникновения осложнений при проведении медицинской реабилитации;

адаптивность;

необходимость в индивидуальном уходе;

необходимость в сопровождении;

место проживания.

25. В федеральные медицинские организации дети направляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи"

25. Медицинская реабилитация детей осуществляется в соответствии с приложениями N 1 - 21 к настоящему Порядку.

Приложение N 1 к Порядку организации медицинской реабилитации детскому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от _____2019 г. N__

Раздел 3. Осуществление паллиативной помощи

Тема 3.1. Основные цели, задачи и функции паллиативной помощи. Паллиативная помощь при отдельных заболеваниях

Основные цели, задачи и функции паллиативной помощи. Паллиативная помощь при отдельных заболеваниях.

1. Нормативные правовые акты, регламентирующие основные аспекты паллиативной помощи.

2. Паллиативная помощь

Понятие «Паллиативная медицина». Цели, принципы современной паллиативной медицины. Главные задачи и функции паллиативной помощи. Консультативно-патронажные формы паллиативной помощи. Показания к госпитализации в стационары и отделения паллиативной помощи. Основные задачи хосписов. Оказание медицинской помощи по типу «хоспис на дому». Профессиональная этика и деонтология в паллиативной медицине. Роль фельдшера в осуществлении паллиативной помощи.

3. Медицинская документация



1. Нормативные правовые акты, регламентирующие основные аспекты паллиативной помощи.

Медицинская документация по паллиативной помощи.

Правовое регулирование основ оказания паллиативной медицинской помощи

Основным нормативным правовым актом, регулирующим вопросы оказания паллиативной медицинской помощи, является Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Минздравом России определены два порядка оказания паллиативной медицинской помощи:

– в отношении взрослых;

– в отношении детей.

Правила оказания взрослому населению паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к

преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности

радикального лечения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией, установлены Приказом

Минздрава России от 14.04.2015 N 187н.

Основной целью паллиативной медицинской помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие

основные группы:

пациенты с различными формами злокачественных новообразований;

пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при

невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;

пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического

профиля в терминальной стадии развития;

пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового

кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при

оказании медицинской помощи;

пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в

симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях

развития заболевания;

пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в

терминальной стадии заболевания.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского

наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское

наблюдение и лечение).

Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н обязывает оказывать паллиативную

помощь на основе принципов соблюдения этических и моральных норм, а также

уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам со стороны

медицинских и иных работников.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские

организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных

условиях, осуществляют:

врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии

заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости

проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:

врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской

помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов,

отделений паллиативной медицинской помощи, врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии

заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь,вправе осуществлять свою деятельность во взаимодействии с благотворительными,добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями.

Правила оказания паллиативной медицинской помощи детям установлены Приказом Минздрава России от 14.04.2015 N 193н.

Оказание паллиативной медицинской помощи детям осуществляется:

врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами),

врачами-педиатрами, врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими

обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации)

по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;

медицинскими работниками со средним профессиональным образованием,

прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям

2. Паллиативная помощь

Паллиативная медицина -- область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни (но и не укорачивает ее). Для решения всех проблем пациента, как физических, так и психологических, используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту. Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип -- от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни. Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации больному можно оказывать психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны

испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы.

Паллиативная помощь является составляющей частью здравоохранения. Формирование принципов паллиативной медицины исходило из того факта, что больные в терминальной стадии болезни не получают оптимальных, соответствующих их потребностям медицинской помощи и ухода в лечебных учреждениях общей лечебной сети. Современная паллиативная медицина должна быть кооперирована с официальной клинической медициной, поскольку она обеспечивает действенный и целостный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания. Приемы паллиативной медицины могут использоваться различными медицинскими специалистами при терапии боли, других симптомов заболевания и особенно при учете психологических аспектов лечения. Современная паллиативная медицина требует наличия высококвалифицированных врачебных и медсестринских кадров, обладающих знаниями в области клинической медицины, фармакологии, онкологии и психотерапии, а также владеющих навыками межчеловеческого общения. «Нет ничего дороже умения общаться с окружающими…», -- наставлял своих наследников и правопреемников Рокфеллер - старший -- человек, по роду своих занятий далекий от медицины.

Паллиативная помощь

Паллиативная помощь -- направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий, путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов -- физических, психологических и духовных.

Паллиативная медицина - (palliative medicine) особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях развития с неблагоприятным прогнозом для жизни, целью которой является обеспечение качества жизни. Это составляющая часть паллиативной помощи в которую не входят аспекты социально-психологической и духовной помощи

Понятие «паллиативная» (медицина/помощь) происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всестороння опека больного.

История развития паллиативной помощи

Истоки современной паллиативной помощи и медицины следует искать в первых домах сестринского ухода, а также хосписах (домах для странников), богадельнях и домах приюта (Богоугодных заведениях для асоциальных лиц), которые возникали в средневековье при костёлах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. Только христианская церковь брала на себя в те времена заботу об умирающих и безнадёжно больных людях, обеспечивая им социальную и духовную помощь силами сестёр милосердия.

Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при больницах и даже сливались с ними. Так, в Польше богадельни с давних времен существовали большей частью под названием «приходских госпиталей», и лишь в 1843 году, когда на основании указа 18 февраля (2 марта) 1842 г. проведено было систематическое и правильное разделение благотворительных заведений соответственно преследуемым ими различным целям, они были переименованы в «дома приюта для престарелых и немощных».

Некоторые из этих домов очень старинного происхождения. Так, например, дом приюта в Люблине был открыт в 1342 г., в Варшаве дом Св. Духа и девы Марии -- в 1388, в Радоме -- в 1435, в Скерневицах в 1530.

Во Франции и в настоящее время приюты для престарелых, немощных и увечных под наиболее распространённым названием хосписы (hospices) составляют вместе с больницами общего ухода одно ведомство госпиталей.

В России первые упоминания о богадельнях относятся ко времени издания указа 1682 г. царя Фёдора Алексеевича «об устройстве в Москве двух госпиталей по новым европейским обычаям, одной в Знаменском монастыре, в Китай-городе, а другой за Никитскими воротами на Гранатном дворе».

Поворот всей европейской медицины «лицом к умирающим больным» одним из первых предсказал английский философ Фрэнсис Бэкон в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» в 1605 г.: «…необходимо специальное направление научной медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным».

Таким образом, современная история хосписов тесно связана с христианской духовной культурой и сестричеством.

В 1879 г. Мэри Эйкенхед, основательница ордена сестер милосердия, открыла в Дублине (Ирландия) приют девы Марии, главной заботой которого была забота об умирающих.

В 1905 г. ирландские сестры милосердия открыли аналогичный приют Св.Иосифа в Лондоне, куда принимались в основном умирающие. После второй мировой войны в приюте Св.Иосифа Сесилия Сандерс стала первым штатным доктором, в 1967 г. она организует в пригороде Лондона в приюте Св.Христофера первый в мире хоспис современного типа.

В 1967 г. в Нью-Йорке организован фонд танатологии, который ставит целью создание помощи терминальным больным через усилия различных специалистов, т.е. делая акцент на междисциплинарной природе проблем умирающего человека.

Задачи паллиативной помощи

* облегчать боль и другие причиняющие страдание и дискомфорт симптомы;
* формировать отношение к умиранию как к естественной фазе жизненного цикла;
* оказывать психологическую и духовную помощь пациентам;
* обеспечивать максимально активный образ жизни до самой кончины;
* поддерживать родных и близких пациента в период болезни, и непосредственно после тяжелой утраты;
* использовать комплексный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе, при необходимости, непосредственно после утраты.
* повышать качество жизни в целом, что может положительно повлиять на течение болезни;
* проводить исследования с целью поиска более эффективных методов решения выше изложенных задач.

Цели и принципы паллиативной медицины

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Активная форма и прогрессирующий характер заболевания подтверждаются или оцениваются с помощью объективных клинических критериев и исследований. Поздние стадии заболевания труднее поддаются четкому определению, примерами могут служить обширное метастазирование злокачественных опухолей, рефрактерная сердечная недостаточность, полная утрата самостоятельности при нейродегенеративных заболеваниях или СПИДе. Ограниченная продолжительность жизни может определяться по-разному, и обычно предполагает ожидаемый срок жизни менее года, а чаще менее шести месяцев.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента -- медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это означает:

-- выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного;

-- помощь в решении любых проблем, встающих перед больным;

-- подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю»;

-- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов больного;

-- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания.

Лечение и забота складываются из свободного общения, отличного ухода, непрерывной адекватной всесторонней медицинской помощи, предотвращения кризисов, систематической оценки состояния пациента и помощи его близким.

Это означает:

-- налаживание взаимодействия с больным в ходе лечения;

-- лечение в соответствии со стадией заболевания и прогнозом, избегающее излишних инвазивных вмешательств;

-- наилучшая помощь врачей, медсестер и других медицинских специалистов в уходе в соответствии с обстоятельствами и имеющимися возможностями;

-- всестороннее внимание ко всем аспектам состояния больного, обеспечиваемое междисциплинарной бригадой специалистов;

-- недопущение резких, непредвиденных и неоправданных изменений в ходе лечения;

-- координация работы комплексной бригады специалистов для оказания оптимальной помощи и максимальной поддержки больному и его близким;

-- непрерывное систематическое лечение симптомов, поддерживающую терапию от первого обращения до момента смерти, в особенности при смене места пребывания пациента;

-- планирование мер профилактики возможных клинических, психологических и социальных проблем в процессе прогрессирования заболевания;

-- оказание психологической и социальной поддержки близким пациента.

Принципы паллиативной медицины относятся ко всем видам паллиативной помощи независимо от характера заболевания пациента, нуждающегося в ней. Методы паллиативного лечения, включая медикаментозное и хирургическое лечение, лучевую терапию, широко используются врачами различных специальностей для ослабления патологических симптомов и страданий пациентов, но составляют лишь малую часть широкого спектра средств паллиативной медицины. Специалист по паллиативной медицине в идеале должен быть хорошо ориентирован в показаниях и противопоказаниях этих методов, знать и уметь их применять на практике, иметь соответствующий сертификат и работать только в этой области здравоохранения. Актуальность такой специализации необходимо обсуждать в контексте потребностей и особенностей национальной системы здравоохранения.

Формы организации паллиативной помощи

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. В разных странах они различны, так как развитие помощи идет по собственному сценарию в каждой стране. Однако все многообразие можно разделить на две основные группы - это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты населения. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, которая может быть, как самостоятельной структурой, так и подразделением стационарного учреждения.

Таблица 3. Важнейшие компоненты паллиативной помощи

Основные организационные формы паллиативной помощи	
На дому	В стационаре Хоспис
Выездные бригады в составе хосписа, больницы, поликлиники: · Врач - специалист · паллиативной помощи · Медсестра · Социальный работник · При необходимости: · Психотерапевт · Священник · Другие специалисты	Отделение (палата) паллиативной помощи · В онкологическом диспансере · В больнице · В гериатрической больнице · В больнице сестринского ухода · В доме-интернате для инвалидов и престарелых · В госпитале для инвалидов · В других лечебных учреждениях

Содержание паллиативной помощи

Основными компонентами паллиативной помощи служат симптоматическая терапия и связь с пациентами, их семьями и другими людьми, ухаживающими за больными. Реабилитация, если она возможна, направленная на повышение самостоятельности больного, тоже является неотъемлемой частью качественной помощи. Задача реабилитации -- восстановить нормальную физическую, эмоциональную, социальную и духовную жизнь человека на фоне естественного развития его болезни. Эта задача в равной мере относится и к реабилитации больных детей и подразумевает, что ребенку необходимо вернуть способность играть, смеяться, есть, молиться, петь и чувствовать себя любимым и защищенным

По мере развития заболевания возрастает важность правильной организации помощи: необходимы четкое взаимодействие разных служб, своевременная и точная передача сведений медицинским и социальным работникам, родственникам и, безусловно, самому пациенту .

¦ Лечение оппортунистических инфекций и СПИД-индикаторных опухолей

¦ По возможности, антиретровирусная терапия

¦ Профилактика в соответствии с показаниями

¦ Упор на положительный настрой и здоровый образ жизни, реабилитация на фоне естественного развития ВИЧ-инфекции

¦ Лечение боли и симптоматическая терапия

¦ Помощь родственникам и другим людям, ухаживающим за больным

¦ Лечение и поддержка перед смертью

Семь ключевых задач паллиативной помощи



Хоспис (от англ. hospice) - медицинское учреждение, в котором больные с прогнозируемым неблагоприятным исходом заболевания получают достойный уход и обслуживание. Пациенты хосписов окружены обычными "домашними" вещами, к ним открыт свободный доступ родственникам и друзьям. Медицинский персонал оказывает паллиативную медицинскую помощь: больные могут получать кислород, обезболивающие, зондовое питание и т.п. Минимум врачей и максимум среднего и младшего медицинского персонала. Основная цель пребывания в хосписе - скрасить последние дни жизни, облегчить страдания. Это гуманно и, кроме того, выгоднее экономически, чем лечить терминальных пациентов в условиях отделения интенсивной терапии. На постсоветском пространстве эта проблема не решена, так как всё равно требует значительных вложений, получения лицензии на работу с подлежащими контролю препаратами и т.п.

Слово "*хоспис"* пришло в английский язык из старофранцузского (*"hospice").* Там оно, в свою очередь, образовалось от латинских слов hospes и hospitium ("гостеприимство"). Этим термином с VI века н.э. обозначали места отдыха пилигримов. Из английского языка слово попало в другие европейские языки в XIX веке.

Основные положения концепции хосписов

• *Хоспис* оказывает помощь неизлечимым больным в последней стадии заболевания. На территории стран СНГ помощь в хосписах оказывается преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в последней стадии заболевания, подтверждённого медицинскими документами.

• Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписах.

• Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа ("хоспис на дому"). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.

• В хосписе может быть реализован принцип "открытости диагноза". Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.

• Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

• Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

• Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций. [7]

Основные принципы деятельности хоспис

• *Услуги* хосписа бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.

• Хоспис - дом жизни, а не смерти.

• Контроль симптомов позволяет качественно улучшить жизнь больного.

• Смерть, как и рождение, - естественный процесс. Его нельзя торопить и тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.

• Хоспис - система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.

• Хоспис - школы и поддержка родственников и близких пациента.

• Хоспис - это мировоззрение гуманизма.

Перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным в России

Перспективное развитие паллиативной помощи связано с необходимостью решения ряда проблем организационного, научного, медико-социального и экономического характера.

На первом этапе целесообразное использование существующего конечного фонда городских онкологических стационаров, что позволит в сжатые сроки и без больших финансовых затрат создать уже в настоящее время сеть отделений паллиативной помощи для улучшения качества жизни нуждающихся пациентов. На втором этапе, наряду с существующими отделениями паллиативной помощи, вести строительство хосписов. На третьем - (по мере введения в эксплуатацию хосписов) - расширить функции отделений паллиативной помощи до многопрофильных подразделений системы паллиативной медицины, в которых будут получать необходимую помощь пациенты с различными формами хронических заболеваний (неврологическими, эндокринологическими, пульмонологическими и др.) в терминальной стадии развития, т.е. больные, специализированное лечение которых уже исчерпало свои возможности и/или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния пациента. В итоге созданная в России система паллиативной помощи онкологическим больным может быть использована как модель службы паллиативной медицины, основу которой представляют территориальные центры

Формы оказания помощи

Существует несколько форм оказания паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями.

Хосписная помощь

Основной целью хосписной помощи является постоянная забота о пациенте как о личности. Хоспис помогает в решении всех проблем больного — начиная от снятия болевого синдрома до предоставления места для проживания и обеспечения других физических, эмоциональных, духовных и социальных потребностей человека в последние дни жизни. Сотрудники хосписа и волонтеры работают совместно, направляя все усилия на обеспечение больному максимально комфортных условий.

Хосписы оказывают не только стационарную, но и амбулаторную паллиативную помощь. Стационар в хосписе может быть как дневным, так и круглосуточным. Большинство хосписов располагает выездной патронажной службой.

Больной попадает в хоспис по направлению лечащего врача-онколога. Для такого направления существуют определенные основания:

- наличие онкологического заболевания на тяжелой стадии, подтвержденное медицинскими документами;
- наличие болевого синдрома, устранить который в домашних условиях невозможно;
- наличие социально-психологических показаний, таких как глубокая депрессия, невозможность ухода со стороны родственников, конфликты в семье.

Помощь в конце жизни

Этот термин может быть использован как синоним хосписной помощи в том случае, когда под «концом жизни» подразумевается период, в течение которого врачи и пациент знают, что болезнь закончится смертельным исходом.

Под помощью в конце жизни может пониматься как паллиативный уход в последние двое или трое суток перед смертью, так и помощь пациентам, умирающим в неспециализированных клиниках.

В некоторых странах в это понятие также входит последняя медицинская помощь больным, не нуждающимся в паллиативном уходе.

Терминальная помощь

Под терминальной помощью раньше понималась всесторонняя паллиативная помощь онкологическим больным с ограниченным сроком жизни. В новых определениях понятие паллиативной помощи не ограничивается финальной стадией заболевания. Европейская ассоциация паллиативной помощи не рекомендует широкое использование термина «терминальная помощь», кроме как для описания ухода за больным в самые последние дни и часы его жизни.

Помощь выходного дня

Целью организации такой помощи служит предоставление родственникам, ухаживающим за больным, кратковременного отдыха. Такой вид паллиативного ухода осуществляется в дневных стационарах, специальных отделениях или с участием выездных патронажных служб при хосписах.

Варианты организации

Организация оказания паллиативной помощи может осуществляться одним из трех способов.

Стационарная форма

На сегодняшний день действует приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (далее — Порядок), в пунктах 19 и 20 которого предусмотрена паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Она оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, в том числе с применением

наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний. Оказание паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере, а также в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, осуществляется по направлению участкового врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения. Правила организации деятельности, штатная численность и стандарт оснащения оборудованием отделений анестезиологии и реанимации, реанимации и интенсивной терапии приводятся в приложениях № 8–36 к указанному выше Порядку.

Амбулаторная форма

Согласно пункту 19 Порядка паллиативная медицинская помощь может оказываться амбулаторно.

Амбулаторной формой учреждений, оказывающих паллиативную помощь, являются кабинеты противоболевой терапии. Медицинский персонал такого кабинета ведет прием больных, оказывает необходимую консультативную помощь и проводит лечение в дневном стационаре. При отсутствии дневного стационара за противоболевым кабинетом закрепляют койки онкологического профиля в непрофильных больницах.

Обратите внимание!

Рекомендации по вопросам обезболивающей терапии даны в письмах Минздрава России: от 20 ноября 2014 г. № 25-4/10/2-8738 «По вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии» и от 27 февраля 2014 г. № 25-4/10/2-1277 «Об обезболивающей терапии нуждающимся пациентам при оказании им медицинской помощи».

Специалисты кабинета противоболевой терапии также оказывают психологическую и моральную поддержку больному и его родственникам.

Паллиативная медпомощь в домашних условиях

Если кабинет противоболевой терапии имеет собственный транспорт, то врачи могут оказывать необходимую помощь на дому. Из-за недостаточного количества специализированных отделений и хосписов многие больные после прекращения противоопухолевого лечения выписываются домой. Поэтому организация паллиативной помощи на дому — одно из важных направлений работы кабинетов противоболевой терапии и бригад патронажной помощи. Основой паллиативного ухода на дому является постоянный профессиональный надзор за пациентом. Фактически он предполагает преемственность лечения в стационаре, включающего противоболевую терапию, поддерживающий уход, психологическую и социальную помощь в полном объеме. Нередко в работе патронажных бригад принимают участие волонтеры, прошедшие специальное обучение.

Типы учреждений, оказывающих услуги

Паллиативная помощь может быть оказана как в специализированных, так и в неспециализированных медицинских учреждениях. Поскольку количество узкопрофильных клиник еще слишком невелико, их обязанности вынуждены выполнять обычные больницы.

Неспециализированные учреждения паллиативной помощи

К ним относятся:

районные службы сестринского ухода;

врачи общей практики;

амбулаторные службы сестринского ухода;

отделения больниц общего профиля;

дома для престарелых.

Персонал в этих учреждениях не всегда имеет специализированную подготовку, поэтому клиники должны иметь возможность консультации со специалистами по мере необходимости. Работа служб в неспециализированных учреждениях должна быть

налажена таким образом, чтобы неизлечимо больной пациент мог получить необходимую помощь вне очереди и максимально быстро.

Специализированные учреждения и центры

В перечень специализированных учреждений входят:

стационарные отделения паллиативной помощи;

стационарные хосписы;

команды паллиативной помощи в больницах;

патронажные бригады паллиативной помощи на дому;

дневные хосписы;

стационары на дому;

амбулаторные клиники.

Оказание профессиональной паллиативной помощи требует взаимодействия команды специалистов разного профиля.

Среди крупных центров и отделений паллиативной медицины можно выделить 1-й Центр паллиативной медицины в Москве, открытый на базе городской больницы № 11. Профессиональную паллиативную помощь оказывают в специализированных отделениях Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, ГКБ № 51, Морозовской и Юсуповской больниц, в клинике Экстрамед г. Москвы, в государственных и частных хосписах.

Ежегодно в разных регионах страны открываются платные хосписы и отделения паллиативного ухода, что в какой-то степени снимает остроту проблемы недостатка мест в государственных клиниках.

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи в России

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи, как говорилось выше, регламентируется приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

Претендовать на получение паллиативной помощи могут пациенты, у которых диагностировано неизлечимое прогрессирующее заболевание, в том числе различные формы злокачественных образований. Показанием к паллиативному лечению также является развитие хронического болевого синдрома, значительно ухудшающего качество жизни.

Паллиативная помощь может быть оказана медицинскими или иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность. Что касается медработников, то отдельной нормы, регламентирующей оказание паллиативной помощи, нет. Основное требование — прохождение специального обучения.

Порядок оказания паллиативной помощи описывает все этапы процесса: от направления больных в медицинские учреждения до правил организации хосписов.

Важно!

Государственная паллиативная помощь является бесплатной! В частности, об этом сказано в постановлении Правительства РФ от 10 декабря 2018 года «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

К сожалению, учреждений, обеспечивающих паллиативный уход в России, все еще недостаточно. Особенно это касается регионов, где большинство тяжелобольных вынуждены находиться дома. В стране сейчас всего около ста профильных клиник и отделений. По подсчетам специалистов, для того чтобы предоставить помощь всем нуждающимся, необходимо открыть еще пятьсот.

Уровень сервиса в государственных клиниках, что и говорить, зачастую не слишком высокий. Это обусловлено недостаточным финансированием, низкими

зарплатами медсестер, нехваткой нужных медикаментов, слабой мотивацией всего персонала. Тем не менее все учреждения паллиативной помощи предоставляют комплекс мер по улучшению качества жизни больного, включая психологическую и социальную поддержку, а также располагают необходимым оборудованием. При решении ухаживать за тяжелобольным самостоятельно важно не только проявить заботу и участие, но и создать особые условия. Возможно, придется приобрести специальную мебель и различные приспособления для ухода. Получение качественной паллиативной помощи — принципиальный момент для неизлечимо больного человека на тяжелейшем этапе его жизни.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в условиях реформирования системы организации первичной медико-социальной помощи в сельских территориях возникла необходимость интеграции деятельности фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и общих врачебных практик. В результате основным направлением медицинской практики стало осуществление профессионального взаимодействия фельдшера с врачом и медицинской сестрой общей практики.

Принципиальное отличие фельдшера от медицинской сестры заключается в том, что фельдшер может оказывать доврачебную помощь и работать самостоятельно. Медицинская сестра работает под руководством врача или фельдшера и выполняет уже сделанные врачом назначения больному. Фельдшер занимает в отечественной системе здравоохранения промежуточное положение между врачом и медицинской сестрой общей практики.

Деятельность фельдшера направлена на оказание помощи отдельным лицам, семьям и группам населения и включает сохранение и укрепление здоровья, профилактику заболеваний, реабилитацию, в том числе медицинскую и психосоциальную реабилитацию неизлечимых и тяжелых больных, находящихся в критическом состоянии. Профилактическая работа - приоритетная в современных условиях, при отсутствии врача общей практики ее могут осуществлять фельдшер и медицинская сестра.

Фельдшер занимается планированием профилактической работы, анализом заболеваемости и учетом выхода пациентов на инвалидность, проведением периодических медицинских осмотров, совместно с медицинской сестрой участвует в популяризации здорового образа жизни.

Лечебно-диагностическая помощь, оказываемая фельдшером, включает:

- клиническое обследование больных для установления диагноза, назначение дополнительных лабораторно-инструментальных исследований, выполнение которых полностью или частично возлагают на медицинскую сестру;
- назначение лечения и контроль за его выполнением;
- осуществление диспансерного наблюдения за больными, страдающими хроническими заболеваниями, беременными и детьми;
- оказание неотложной помощи при травмах, острых заболеваниях, несчастных случаях.

Фельдшер должен самостоятельно принимать нормальные роды, проводить первичную хирургическую обработку и накладывать швы на раны, вымывать серную пробку из уха, удалять инородное тело из глаза, оказывать первую помощь при переломах, вывихах, ожогах .

Раздел 4. Осуществление медико-социальной реабилитации инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска

Тема 4.1. Медицинская и социальная реабилитация инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска.

Медико-социальная реабилитация



План лекции

1. Глоссарий.
2. Медико-социальная реабилитация инвалидов.
3. Медико-социальная реабилитация пожилых и одиноких лиц.
4. Медико-социальная реабилитация участников военных действий.
5. Медико-социальная реабилитация лиц из группы социального риска.

Глоссарий

Инвалид - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функции организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость социальной защиты.

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и функции организма человека.

Ограничение жизнедеятельности – отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль над своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Степень ограничения жизнедеятельности – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

Социальная защита - система гарантированных государством постоянных долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная помощь - периодические или регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Социальная поддержка – одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

Реабилитация инвалидов - процесс и система медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойкими расстройствами функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитационный потенциал - комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а так же социально - средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности

Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Медико-социальная реабилитация инвалидов

Реабилитация инвалидов является стратегической основой социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. Она рассматривается как система и процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума.

Реабилитационные учреждения являются основным звеном государственной службы реабилитации инвалидов, они осуществляют процесс реабилитации инвалидов, в соответствии с реабилитационными программами. Одной из них является программа социальной реабилитации, направленная на восстановление способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социальная реабилитация включает в себя социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

Социально- средовая ориентация – это система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе общественной или семейно-общественной деятельности.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

– социально-психологическую реабилитацию (психологическое консультирование, психодиагностику, обследование личности инвалида, психологические тренинги, привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, экстренную психологическую помощь);

– обучению общению, социальной независимости, навыкам проведения отдыха и досуга;

– занятия физкультурой и спортом;

– оказание помощи в решении личных проблем;

– социально-психологический патронаж семьи.

Социально-бытовая адаптация – это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

– информирование и консультирование инвалида и его семьи;

– «адаптированное» обучение инвалида и его семьи;

– обучение инвалида персональному уходу (самообслуживанию), персональной сохранности, овладению социальными навыками;

– обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации и обучение пользованию ими;

– адаптация жилья инвалида к его потребностям.

Медико-социальная реабилитация пожилых и одиноких лиц

Согласно Национальному стандарту Российской Федерации, можно выделить следующие виды учреждений социального обслуживания для лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста:

– **дом – интернат для престарелых и инвалидов** – это учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев или пятидневного в неделю) проживания престарелых (мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет) и инвалидов 1-й и 2-й групп (старше 18 лет), частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, и предоставления им необходимых социальных услуг;

– **специальный дом для одиноких престарелых** - учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания одиноких граждан и супружеских пар пожилого возраста, сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту;

– **геронтологический центр** – учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, предназначенное для постоянного или временного проживания, предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;

– **геронтопсихиатрический центр** - учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;

– **центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для осуществления организационной, практической и координационной деятельности по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам;

– **психоневрологический интернат** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю)) проживания престарелых и инвалидов (старше 18 лет),

страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг;

– **дом – интернат милосердия для престарелых и инвалидов** – учреждение социального обслуживания предназначенное для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю)) проживания престарелых граждан и инвалидов 1-й и 2-й групп, находящихся на постельном режиме или передвигающихся с посторонней помощью, и предоставления им необходимых социальных услуг;

– **социально – оздоровительный центр** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для проведения социально – оздоровительных и профилактических мероприятий с целью продления возможности самореализации гражданами пожилого возраста своих жизненно важных потребностей;

– **центр дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов** - учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания в дневное время социальных услуг гражданам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению;

– **центр временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов** - учреждение социального обслуживания, предназначенное для предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам на срок до 6 месяцев благоустроенного жилья и оказания необходимых социальных услуг;

– **центр социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение, предназначенное для временного или постоянного оказания гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в посторонней поддержке, необходимых им социальных услуг в надомных условиях;

– **специализированный центр социально – медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов** – учреждение, предназначенное для временного или постоянного социально – бытового обслуживания и оказания доврачебной медицинской помощи в надомных условиях нуждающимся в них гражданам;

– **центр срочного социального обслуживания** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам всех возрастов, остро нуждающимся в социальной поддержке, помощи разового характера;

– **консультативный центр** – учреждение социального обслуживания, предназначенное для защиты прав и интересов граждан, их адаптации в обществе путем содействия в решении социальных, психологических и юридических вопросов.

Медико-социальная реабилитация участников военных действий

В условиях естественной ежегодной убыли населения, низкой продолжительности жизни мужчин, постоянного роста числа участников военных событий, проведение комплекса мер по восстановительному лечению и последующей социальной интеграцией ветеранов войн в общество является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Участники локальных войн и вооруженных конфликтов являются специфическим контингентом, требующим многопрофильной реабилитации, а инвалиды из их числа могут быть выделены в группу особой социальной значимости, так как среди ветеранов, впервые признанных инвалидами, более 50% (по некоторым регионам 70%) - лица трудоспособного возраста.

Участие в военных событиях является мощным стрессом, приводящим к функциональным нарушениям организма, развитию соматических заболеваний и возникновению патологических реакций.

Цель реабилитации не только в восстановлении утраченных в результате перенесенных травм и заболеваний функций организма, но и в разрешении комплекса проблем, возникающих у пациента вследствие перенесенного стресса.

Критериями отбора для определения объема реабилитационных мероприятий должны быть медицинские, психологические, биологические и социальные факторы, обуславливающие психо-соматическое состояние ветеранов боевых действий.

Особенности составления реабилитационной программы:

1. Корректировка реабилитационных мероприятий должна проводиться в зависимости от индивидуального реабилитационного потенциала и носить личностно-ориентированный характер.
2. В состав комплексной бригады специалистов, участвующих в проведении профилактических осмотров ветеранов боевых действий, должны быть включены психиатр и психолог.
3. Необходимо иметь информационную базудля анализа особенностей заболеваемости и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.
4. Заполнение унифицированной «Регистрационной карты ветерана боевых действий» на каждого, впервые обратившегося ветерана, должно осуществляться во всех территориальных поликлиниках города и центральных районных больниц области.
5. Социально-психологическая деятельность медицинских работников должна быть ориентирована не только на оказание лечебной помощи, но и направлена на раннее предотвращение негативных последствий военного стресса в виде неадекватных форм социального поведения. Для этой цели целесообразно организовать кабинет социально-психологической помощи на базе территориальных поликлиник.

Медико-социальная реабилитация лиц из группы социального риска

Для полноценной медико-социальной помощи семьям группы риска главным принципом является раннее выявление таких семей. Раннее выявление семей группы риска и профилактическая работа с ними были названы приоритетными направлениями.

За рубежом социально-психологическая помощь лицам, зависимым от алкоголя и наркотиков, не отделима от помощи их окружению и давно является одним из наиболее приоритетных направлений социальной работы. Что же касается нашей страны, то, несмотря на все более возрастающую потребность в такого рода помощи, в Российской Федерации до настоящего времени не сложилась какая-либо система социальной работы с данным контингентом. Есть отдельные примеры попыток внедрения коррекционно-реабилитационных программ из практики социальной работы развитых стран. Но эффективность внедрения в нашей стране этих заимствований невелика, что объясняется не только экономическими, но и специфическими социальными и культурно-историческими условиями в России.

Реабилитация зависимых от психоактивных веществ предполагает использование следующего ряда принципов при ее реализации:

1. Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях.
2. Прекращение приема психоактивных веществ. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ от всех основных видов психоактивных веществ.
3. Конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право больного наркоманией на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации.
4. Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных,

образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц.

5. Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния больного наркоманией и его закономерной динамики.

6. Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно ориентированными санкциями и наказаниями.

7. Ответственность. В ходе реабилитационного процесса больные наркоманией становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки. Большое значение имеет самостоятельное ответственное решение об отказе от психоактивных веществ.

8. Включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Этот принцип предполагает консультирование, диагностику и коррекцию проблем, существующих у членов семьи и значимых других лиц из ближайшего окружения больного наркоманией.

9. Реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагается осуществление многосторонней поддержки социально-приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни больного наркоманией через воздействие на все компоненты жизненной среды.

10. Дифференцированный подход к реабилитации различных групп больных наркоманией.

11. Непрерывная поддержка больного наркоманией. Лицу, злоупотребляющему психоактивными веществами, оказывается комплексная социальная и личностная поддержка как на протяжении периода участия в реабилитационной программе, так и после ее завершения.

Вопросы для контроля:

1. Какой пациент может быть назван инвалидом?
2. Какие мероприятия относятся к реабилитации инвалидов?
3. Что такое социально - бытовая адаптация?
4. Перечислите виды учреждений социального обслуживания для лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста?
5. В чем заключаются особенности медико-социальной реабилитации участников военных действий?
6. Кто относится к группе социального риска?
7. В чем заключаются особенности медико-социальной реабилитации для групп социального риска?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль медицинской реабилитации трудно переоценить, если учесть, что ущерб государства от временной нетрудоспособности граждан ежегодно составляет десятки процентов от внутреннего валового продукта.

Реабилитационные мероприятия используются во всех лечебных организациях – от сельских амбулаторий до крупных лечебно-диагностических центров и включают в себя целый спектр лечебных мероприятий, осуществляемых от момента заболевания или травмы до максимального восстановления нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого — развитие компенсаторных и заместительных функций.

Курс лекций по ПМ.05 Медико-социальная реабилитация состоит из четырех разделов, каждый из которых дает будущим медицинским работникам общее представление о физиотерапевтических методах, лечебной физкультуре и массаже, применяемых при реабилитационных мероприятиях, а так же знакомит студентов с проведением экспертизы временной нетрудоспособности и медицинского освидетельствования.

Теоретические материалы помогут студентам при выполнении практической и самостоятельной работы, а так же при подготовке к промежуточной аттестации.

Список сокращений
АГ-артериальная гипертензия
АД-артериальное давление
БАВ- биологически активные вещества
ВОЗ-всемирная организация здравоохранения
ВСД-вегето-сосудистая дистония
ДНК-дезоксирибонуклеиновая кислота
ДЦП-Детский церебральный паралич
ЖКБ-желчнокаменная болезнь
ЖКТ-желудочно-кишечный тракт
ИБС-ишемическая болезнь сердца
ЛПУ-лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК-лечебная физическая культура
МКБ-мочекаменная болезнь
МСЭ – медик -социальная экспертиза
НМК-нарушение мозгового кровообращения
НЦД – нейро-циркуляторная дистония
ОДА-опорно-двигательный аппарат
ОНМК-острое нарушение мозгового кровообращения
ОРЗ-острое респираторное заболевание
ПИКС-постинфарктный кардиосклероз
ПНС-периферическая нервная система
СВЧ-сверхвысокие частоты
СМТ-синусоидально-модулированные токи
ССС – сердечно-сосудистая система
УФЧ-ультравысокочастотная индуктотермия
УФО-ультрафиолетовое облучение
ФЗ-федеральный закон
ХНЗЛ-хронические неспецифические заболевания легких
ЦНС-центральная нервная система
ЧМТ-черепно-мозговая травма
ЯБЖ-язвенная болезнь желудка

Тестовый контроль по завершению курса лекций.
Время проведения 30мин.

Вам предлагаются тридцать заданий в тестовой форме с четырьмя вариантами ответов, каждое из которых предполагает только один правильный ответ.

Тесты.

1**. Выбрать методики применения УЗ терапии:**

а) подводная, контактная

б) дистанционная с воздушным зазором 1 см

в) дистанционная с воздушным зазором 2-3 см

г) контактная

2. Проверить генерацию ультразвука можно следующими способами:

а) поместив Уз головку в стакан с водопроводной водой

б) подержав УЗ головку на воздухе и по степени нагревания её поверхности судить о генерации ультразвука

в) измерить интенсивность на специальном приборе

г) визуально

3. Противопоказаниями к местной дарсонвализации являются какие из предложенных заболеваний:

а) варикозное расширение вен

б) выпадение волос

в) кровоточащий геморрой

г) хроническая пневмония

4. Какие существуют методики расположения КП при УВЧ терапии:

а) продольная, поперечная, одноэлектродная.

б) поперечная

в) одноэлектродная

г) продольная

5. Пациент испытывает чувство покалывания и лёгкого жжения при проведении какой физиопроцедуры?

а) ультразвуковой терапии

б) КВЧ-терапии

в) гальванизации, лекарственного электрофореза

г) светолечения

6. Каковы действия медработника в случае появления после процедуры гальванизации симптомов раздражения в виде покраснения и мелких пузырьков:

а) лечение прекратить

б) лечение продолжить с меньшей силой

в) направить пациента к врачу

г) лечение прервать на 2-3 дня

7. При поражении пациентка электротоком медсестра должна в первую очередь выполнить какие действия:

а) сама оказать помощь пациенту

б) начать оказывать помощь и одновременно вызвать «скорую помощь» или врача

в) вызвать врача

г) успокоить пациента

8. Выбрать, что входит в состав смеси для улучшения отхаркивания мокроты:

а) натрия гидрокарбонат, калий йодистый, минеральная вода, дистиллированная вода

б) калий йодистый

в) минеральная вода
г) дистиллированная вода

9. Выбрать из предложенных лечебное действие лазеротерапии:

а) обезболивающее, фибринолитическое, противовоспалительное, иммуностимулирующее
б) фибринолитическое
в) противовоспалительное
г) седативное

10. Выбрать из предложенных противопоказания к применению УФО:

а) злокачественные новообразования, артрит, непереносимость УФО
б) кахексия
в) артрит
г) рахит

11. Биодозиметрия отражает (выбрать)какой вид чувствительности пациента к ультрафиолетовым лучам:

а) частичную, региональную, индивидуальную
б) региональную
в) частичную/ индивидуальную
г) общую

12. Выбрать из предложенных общие показания к УФО:

а) профилактика УФ недостаточности, закаливание, профилактика рахита, псориаз
б) закаливание, повышение сопротивляемости
в) профилактика и лечение рахита
г) псориаз

13. Выбрать из предложенных факторы, присущие только лечебной грязи, которых нет у других физиотерапевтических методов:

а) температурный
б) механический
в) химический
г) гормональный, биологический

14. Выделить какой физический фактор лежит в основе гальванизации и лекарственного электрофореза?

а) высокочастотный переменный импульсный ток
б) постоянный ток малой силы и низкого напряжения
в) магнитное поле
г) ультравысокочастотное магнитное поле.

15.Выберите из предложенных Показания к гальванизации:

а) гипертоническая болезнь 1 стадии, язвенная болезнь желудка (ремиссия)
б) дерматит
в) острый бронхит
г) острая пневмония

16. Выберите ощущения, появляющиеся у пациента под электродом при электростимуляции мышц:

а) слабая вибрация
б) выраженная болезненная вибрация
в) четкая болезненная вибрация
г) отчетливое сокращение мышц

17. Выбрать, какие из предложенных аппараты применяются для проведения индуктотермии:

а) «Луч-11»

б) «Полюс-101»
в) «ИКВ-4»
г) «Поток»

18. Упругие механические колебания плотной физической среды с частотой более 20 кГц – это действующий фактор для физиопроцедуры, которая как называется:

а) электростимуляция;
б) ультразвук;
в) электросон;
г) амплипульстерапия;

19. При поражении пациента электрическим током необходимо ввести адреналин в какие ткани пострадавшего:

а) подкожно;
б) внутривенно;
в) внутримышечно;
г) сублингвально;

20. Поражённому электротоком пациенту с нарушением дыхания необходимо в первую очередь выполнить какие мероприятия:

а) провести искусственное дыхание;
б) поставить очистительную клизму;
в) вызвать бригаду «Скорой помощи»;
г) всё выше перечисленное верно;

21.Прежде чем начать физиопроцедуру мед.сестра должна удостовериться о наличии у пациента какого индивидуального документа:

а) паспорта;
б) медицинского полиса;
в) процедурной карты, выданной после осмотра врача;
г) результаты анализов;

22.Диадинамотерапия –это метод (продолжение определения выберите из предложенных вариантов):

а)метод электролечения, заключающийся в воздействии на организм модулированным синусоидальным током звуковой частоты;
б) метод электротерапии с использованием постоянных импульсных токов полусинусоидальной формы частотой 50-100 Гц и их различных комбинации;
в) метод электротерапии, при котором используются импульсные токи низкой частоты для непосредственного воздействия на ЦНС;
г) метод электролечения, при котором применяется гальваноток.

23.На каком из предложенных аппаратов можно отпускать процедуру электрофореза:

а) «Искра-1»;
б) «Полюс-1»;
в) «Ультраток»;
г) «Поток-1».

24.Дайте определение электрофореза. Выберете правильный ответ:

а) метод электролечения, при котором с лечебной и профилактической целью применяется постоянный непрерывный ток.
б) метод электротерапии, при котором используются импульсивные токи низкой частоты.
в) метод электролечения, при котором с лечебной и профилактической целью, применяется сочетанное воздействие гальванического тока и лекарственного вещества;
г) Метод электротерапии с использованием постоянных импульсных токов.

25.Как располагают электроды на теле пациента для проведения электрофореза воротниковой зоны:

а) На задней поверхности голени;
б) На поясничной области;
в) На воротниковой области и пояснице;
г) Сзади поясничной области.

26.Каковы первоначальные действия медсестры по окончанию физиопроцедуры:

а) Выключить аппарат;
б) снять с пациента электроды;
в) Перевести выключатель в положение выкл.;
г) Прекратить подачу силы тока.

27.Что обязана сделать медсестра в первую очередь до начала работы физиокабинета:

а) Посмотреть карту больного;
б) Проверить исправность физиотерапевтических аппаратов и надежность контактов;
в) Привести себя в порядок;
г) Вымыть руки.

28.К строевым упражнениям относится

а) ходьба на носочках
б) перестроение в шеренгу
в) ходьба с высоким подниманием бедра
г) ходьба на пятках

29. Образование костной мозоли ускоряет

а) поглаживание
б) растирание
в) разминание
г) вибрация

30.Показанием для лечебной физкультуры является

а) врожденная мышечная кривошея
б) гангрена
в) высокая лихорадка
г) кровотечение

Эталоны ответов

1)г	22)б
2)а	23)г
3)в	24)в
4)в	25)в
5)а	26)г
6)в	27)б
7)в	28)б
8)а	29)г
9)а	30)а
10)а	
11)а	
12)а	
13)г	
14)б	
15)а	
16)г	
17)в	
18)б	
19)а	
20)а	
21)в	

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

В критерии оценки уровня знаний и умений обучающихся, как правило, входят:

- уровень освоения обучающимися материала, предусмотренного учебными программами по ПМ;
- умение обучающихся использовать теоретические знания при выполнении практических задач;
- логичность, доказательность, обоснованность,чёткость, краткость, грамотность ответа.

Оценка выражается в балах и оценочном суждении педагога (при устном ответе).

- оценка «5» (отлично) выставляется студенту, показывающему глубокие осознанные знания по освещаемому вопросу, владения основными понятиями, терминологией;владеющему конкретными знаниями и умениями по ПМ дающему полный,доказательный, чёткий, грамотный ответ, иллюстрированный практическим опытом профессиональной деятельности;
- оценка «4» (хорошо) – выставляется студенту, демонстрирующему глубокое и полное усвоение содержание материала, умение правильно и доказательно излагать программный материал, но допускающему отдельные незначительные неточности в форме и стиле ответа;
- оценка «3» (удовлетворительно)-выставляется студенту , понимающему основное содержание учебной программы, умеющему показать практическое применение полученных знаний, но, вместе с тем допускающему отдельные ошибки,неточности в содержании и оформлении ответа; отвечающему недостаточно последовательно, доказательно и грамотно;
- оценка «2» (неудовлетворительно) –выставляется студенту, имеющему существенные проблемы в знаниях, допускающему ошибки, не выделяющему главного, существенного в ответе, отвечающему поверхностно , бездоказательно, допускающему речевые ошибки.

Критерии оценки выполнения обучающимся заданий в тестовой форме:

5(отлично)-при правильном выполнении обучающимся 90-100%заданий;

4(хорошо)-при правильном выполнении обучающимся 80-89% заданий;

3 (удовлетворительно)- при правильном выполнении обучающимся 70-79% заданий;

2 (неудовлетворительно)- при правильном выполнеии обучающимся менее 70% заданий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКИ

1. Все о массаже на Массаж.ру. URL: http://massage.ru/classific.htm
2. Быковская Т.Ю., Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. «Основы реабилитации» / Феникс, Ростов-на-Дону, 2015г
3. Дубровский В.И. «Всё о массаже» / Москва, «Физкультура и спорт», 2013г.
4. Дубровский В.И. «Лечебная физическая культура» / Москва, изд. центр ВЛАДОС, 2012г.
5. Епифанов В.А. «Лечебная физическая культура» / Москва, «ГЕОТАР – медиа», 2014г.
6. Еремушкин М.А. Основы реабилитации: учеб.пособие для студ. Учреждений сред. Проф.образования-4-е изд., стер.-М. :Издательский центр «Академия», 2014.-208с.
7. Информационный портал о физиотерапии URL: http://www.physiotherapy.ru/.
8. Лечебная физкультура. URL: http://www.medical-enc.ru/lfk/.
9. ЛФК и массаж. URL: http://physiotherapy.narod.ru/.
10. Медико-социальная экспертиза. URL: http://www.invalidnost.com/.
11. Попов С.Н. «Физическая реабилитация» / Феникс, Ростов-на-Дону, 2015г.
12. Приказ №1440 от 21.12.1984г. «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале».
13. Руденко А.М., Самыгин С.И. Социальная реабилитация: Учебное пособие-Ростов н/Д: Наука-Спектр; М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К» 2012г-320с.
14. Соколова Н.Г. «Физиотерапия» / Феникс, Ростов-на-Дону, 2013г