



ГОУ ВПО
«Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации»



Кафедра сестринского дела

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

методические указания
к аудиторной работе
для студентов 3- 4 курса
по специальности 060109 – сестринское дело
(дневная и заочная формы обучения)

Красноярск
2009

УДК 616-08-036.863(07)
ББК 53.5
Р31

Реабилитология: методические указания к аудиторной работе для студентов 3-4 курса по специальности 060109 – сестринское дело (дневная и заочная формы обучения) / сост. Ж.Е. Турчина, Т.Р. Камаева. – Красноярск: типография КрасГМУ, 2009. – 136 с.

Составители: к.м.н. Турчина Ж.Е, к.м.н. Камаева Т.Р.

Методические указания соответствуют требованиям Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (2000 г.), рабочей программе по дисциплине «Реабилитология» (2007 г.) и стандарта академии системы менеджмента качества «Учебно-методические комплексы дисциплин» – СТА 4.2.01-07.

В методических указаниях к аудиторной работе изложены темы по наиболее актуальным вопросам общей и частной реабилитологии. При разборе каждой темы уделяется большая роль медицинской сестры в том или ином аспекте реабилитации.

Для каждой темы представлены аннотация, ситуационные задачи, тестовые задания, список тем по УИРС.

Рецензенты: Заведующий кафедрой сестринского дела Новосибирского Государственного Университета, д.м.н., профессор Ким Ю.О.

заведующий кафедрой восстановительной медицины и курортологии ИПО КрасГМУ, д.м.н., профессор
Клеменков С.В.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 8 от 14.05.09)

КрасГМУ
2009

СОДЕРЖАНИЕ

Тема № 1: Основы реабилитологии. Методы и средства медицинской реабилитации. Принципы. Этапы. Приоритетность. Показания, противопоказания. Региональная специфика предмета.....	4
Тема № 2: Физиотерапия, как наука, история, роль и место в системе комплексной реабилитации. Организация работы в ФТО (к). Роль сестринской службы.	11
Тема № 3: Лечение непрерывным постоянным , импульсным и переменным токами.	15
Тема № 4: Лечение электрическими полями высокой частоты, ультравысокой частоты и сверхвысокой частоты. Лечебные факторы механической природы, магнитотерапия, лечебное применение оптического излучения.	20
Тема № 5: Водолечение в комплексной системе реабилитации.	25
Тема № 6: Теплолечение в системе комплексной реабилитации. Климатотерапия. Санаторно-курортное лечение по нозологическим формам.	36
Тема № 7: Метод ЛФК. Средства и формы ЛФК. Принципы построения занятий ЛФК. Методы контроля. Алгоритм назначения средств ЛФК.	46
Тема № 8: Метод массажа. Виды, лечебное действие на организм, показания к реабилитации.	54
Тема № 9: Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.	59
Тема № 10: Реабилитация больных с патологией дыхательной, пищеварительной системы и нарушениями обмена веществ.	66
Тема № 11: Реабилитация больных с патологией почек и мочевыводящих путей. Реабилитация в акушерстве и гинекологии.	75
Тема № 12: Реабилитация больных хирургического и травматологического профиля, лиц с ограниченными двигательными возможностями.	107
Тема № 13: Реабилитация больных с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы.	114
Тема № 14: Итоговое занятие (зачёт).....	134
Литература	136

Тема № 1: Основы реабилитологии. Методы и средства медицинской реабилитации. Принципы. Этапы. Приоритетность. Показания, противопоказания. Региональная специфика предмета.

2. Значение изучения темы: Актуальность занятия данной темы характеризуется тем, что значительное место в системе оздоровления различных групп населения уделяется в современных условиях методам социально-психологического и реабилитационного воздействия, призванным оптимизировать условия жизни и предупредить проявления болезней уже на стадии профилактики.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: об истории реабилитологии, как науки, роли в медицине.

знать: общее понятие (определение) реабилитации, цели, задачи и принципы реабилитации; средства реабилитации; учреждения, занимающиеся реабилитацией; характеристику 5 этапов медицинской реабилитации, мероприятия, проводимые на данных этапах.

уметь: составить индивидуальную программу реабилитации (ИПР) по конкретному заболеванию

уметь: составить план реабилитационных мероприятий на этапах медицинской реабилитации.

4. План изучения темы:

Самостоятельная работа

4.1 Работа в учебной комнате с тематическими таблицами, изучение буклетов по теме- 45 мин

Изучение программ реабилитации (ИПР) -45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

- знакомство с организацией реабилитационного центра
- заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач
-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Реабилитология - происхождение термина. Понятие о реабилитологии в широком смысле как о междисциплинарной области, в рамках которой различные профессиональные группы преследуют и решают свои социальные задачи для общей цели восстановления трудоспособности больного (юристы, врачи, психологи).

2. Цели реабилитации. Аспекты реабилитации.

3. Медицинский аспект реабилитации. Определение понятия, формы, место в общей системе восстановительного лечения.

4. Физический аспект реабилитации. Определение понятия, формы, роль на различных этапах восстановительного лечения.

5. Задачи психологической реабилитации, ее формы и методы.

6. Профессиональный, социально-экономический аспекты реабилитации – их место в общей системе восстановительного лечения, формы и методы.

7. Этапы реабилитационных мероприятий. Стационарный этап реабилитации: цели, задачи. Послебольничный или поликлинический этап реабилитации: формы и место проведения реабилитации, цели, задачи. Необходимость, места реализации, цели и задачи, три этапа восстановительного лечения. ИПР- индивидуальная программа реабилитации, правила составления.

8. Основные методы реабилитации.

9. Роль среднего медицинского персонала в проведении реабилитации.

Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных, болезнями, травмами или физическими, химическими факторами.

Реабилитация (по ВОЗ) - совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов, приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут.

История развития реабилитологии, как науки

I этап -годы первой мировой войны, когда в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. Особенности этих учреждений являлось широкое использование трудотерапии.

II этап-годы второй мировой войны и далее в послевоенном периоде в современном виде начала складываться медицинская реабилитация. Толчком к этому послужило скопление в обществе большого числа инвалидов войны.

III этап - XX столетие ознаменовалось различными этапами по внедрению реабилитации в практику, больше во 2-й половине XX века

IV этап - XXI век (современный этап) характеризуется комплексным подходом, совершенствованием (оптимизацией) различных реабилитационных воздействий.

Рост интереса к реабилитации обусловлен многими факторами, среди которых ведущее значение имеют:

1. Рост научно-технического прогресса;

2. Изменение в демографической структуре (рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста);

3. Изменение в состоянии здоровья населения (рост хронических заболеваний с длительным ограничением определенных возможностей жизнепроявления);

4. Наличие инвалидности;

5. Рост травматизма по различным причинам;

6. Неблагоприятная обстановка в Северо-Кавказском регионе.

В научной разработке проблемы «реабилитации» приняли участие представители различных отраслей (врачи, педагоги, психологи и т.д.), что способствовало формированию системного подхода к проблеме реабилитации.

С позиции системного подхода *реабилитация* – это система государственных, социально-экономических, психологических, педагогических и других мероприятий, направленных на восстановление

здоровья, трудоспособности, личного и социального статуса больного или инвалида.

Основные принципы реабилитации

1. Принцип партнерства предусматривает сотрудничество пациента и специалиста – реабилитолога при руководящей и направляющей роли последнего;
2. Принцип разносторонности усилий предполагает учет всех сторон реабилитации для каждого больного.

Реабилитация в настоящее время сформировалась в самостоятельную науку, которая располагает своими методами исследования, специальными методами лечения, которая должна иметь хорошо подготовленных специалистов широкого профиля (реабилитолог).

Реабилитолог - это высококвалифицированный специалист, прошедший подготовку на специализированном цикле обучения, хорошо знающий проблемы реабилитации, компетентный в специфических методах реабилитации, владеющий основами педагогики, психологами, правовыми знаниями, который в состоянии определить пациенту программу реабилитации, обеспечит ее реализацию.

Реабилитолог должен составить кратковременную и долговременную программы реабилитации.

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.

Виды (аспекты) 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. Этот аспект реабилитации связан с лечебными мероприятиями на протяжении всего наблюдения за больным, проводится мед персоналом различного уровня (врачи, средний и младший медицинский персонал) всех ЛПУ.

Физическая реабилитация

Включает в себя назначение различных средств физической реабилитации (ЛФК, различные виды массажа, преформированные и природные факторы). Проводится врачами физиотерапии, ЛФК и массажа, а также средний медицинский персонал (физиосестры, массажисты, инструктора ЛФК)

Психологическая реабилитация

Обеспечивает:

- оценку уровня интеллекта, личности пациента;
- консультирование по личностным, эмоциональным проблемам;
- психотерапию;
- участие в планировании и проведении образовательных и профилактических программ;
- консультирование родителей.

Психологическая реабилитация проводится психологами, врачами-психотерапевтами.

Социальная (бытовая) реабилитация

Включает вопросы:

- изучение домашнего окружения, семейных взаимоотношений;
- беседы с родителями (родственниками) для сотрудничества и удовлетворения нужд пациента;
- обучение пациента (инвалида) навыкам самообслуживания.

Социальная реабилитация проводится органами социальной защиты, социальными работниками, которым отводится большая роль в реабилитации.

Трудовая (профессиональная) реабилитация

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

Трудовая реабилитация

1. Адаптация на прежнем рабочем месте;
2. Реадаптация – работа на новом рабочем месте с изменением условий труда, но на том же предприятии;
3. Работа с пониженной физической нагрузкой в связи с приобретением новой квалификации, близкой к прежней специальности;
4. Переквалификация на том же предприятии;
5. Переквалификация в реабилитационном центре с последующим подбором работы на новой специальности.

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.

Общие правила проведения реабилитационных мероприятий (по Юмашеву Г. С., Ренкеру К.)

Раннее начало

Непрерывность (этапность)

Комплексный характер

Индивидуальный подход

Возвращение к активному общественно-полезному труду.

Этапы медицинской реабилитации

Превентивный

Стационарный

Амбулаторно-поликлинический

Санаторно-курортный

Этап метаболической реабилитации

Стационарный этап

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

Поликлинический этап

Цель: завершение патологического процесса. Для этого продолжают лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию остаточных явлений. В этот период необходимо продолжать терапию на завершение патологического процесса. Большая роль на данном этапе отводится ЛФК, физиотерапии, приему адаптогенов, витаминов, поддерживающие дозировки лекарственной терапии.

Санаторно-курортный этап

Цель: профилактика рецидивов болезни, а также ее прогрессирования. Для реализации этих задач используются преимущественно природные факторы с целью нормализации микроциркуляции, повышения кардиореспираторных резервов, стабилизации функций нервной, эндокринной и иммунной систем, органов ЖКТ и мочевого выделения. С этой целью назначают внутренний прием минеральной воды, водолечение, бальнеолечение, пеллоидолечение.

Метаболический этап

Создаются условия для нормализации структурно-метаболических нарушений, имевшихся на доклинической стадии болезни и сохранившихся после завершения клинической стадии. Это достигается при помощи диетической коррекции, методик ЛФК, физиолечения, климато-витаминотерапии.

Средства реабилитации

1. Медикаментозная коррекция
2. Физиотерапия
3. Лечебная физкультура (кинезотерапия)
4. Различные виды массажа
5. Климатотерапия
6. Трудотерапия
7. Психотерапия
8. Социальная помощь

- 9. Педагогическая помощь
- 10. Логопедическая помощь

Учреждения, занимающиеся реабилитацией

1. Все ЛПУ
2. Санаторно-курортные учреждения
3. Научно-исследовательские медицинские учреждения
4. Специализированные реабилитационные учреждения:
 - реабилитационные кабинеты (отделения) амбулаторно-поликлинических учреждений;
 - реабилитационные кабинеты (отделения) при стационарах;
 - реабилитационные центры (кардиологические, неврологические, ортопедические);
5. Центры профессиональной реабилитации (лечебно-трудовые мастерские, цеха комбинаты)
6. Учреждения социальной защиты (социальная помощь, отделения (кабинеты) медико-социальной реабилитации).

Недостатки в реабилитационном процессе на современном этапе

1. Отсутствие должной преемственной связи между учреждениями, занимающимися проблемами реабилитации; отсутствие единых методологических подходов к медико-социально-педагогической реабилитации.
2. Применяемые в отечественной реабилитации методы восстановительного лечения представлены в основном ограниченными схемами ЛФК, массажа, физиотерапии, медикаментозного лечения; недостаточно используются методы коррекции психического состояния больных; роль больного остается пассивной; не на должном уровне отработаны преемственность, системность подхода к реабилитации неврологических больных.
3. Отсутствует целенаправленная система обучения кадров реабилитологов, специалистов, имеющих широкий диапазон знаний в клинических дисциплинах, технике реабилитологии, в педагогике, психологии, юриспруденции, социологии, которые в состоянии определить пациенту программу реабилитации и обеспечить ее реализацию.
4. Является актуальным введение в номенклатуру специалиста – реабилитолога.

6. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Общие правила проведения реабилитационных мероприятий:

- А. Раннее начало
- Б. Непрерывность, этапность
- В. Комплексный подход
- Г. Индивидуальный подход
- Д. все верно

2. К 3-му этапу медицинской реабилитации относится:

- А. Стационарный
- Б. Санаторно-курортный
- В. Амбулаторно-поликлинический
- Г. Превентивный

3. Цель стационарного этапа в реабилитологии:

- А. Борьба с факторами риска
- Б. Спасение жизни человека
- В. Завершение патологического процесса продолжения лечебных мероприятий
- Г. профилактика рецидивов болезни

4. Цель амбулаторно-поликлинического этапа в реабилитации является:

- А. Борьба с факторами риска
- Б. Спасение жизни человека
- В. Завершение пат процесса, продолжение лечебных мероприятий
- Г. Профилактика рецидивов болезни.

5. Этап медицинской реабилитации главной целью, которого является завершение патологического процесса:

- А. Превентивный
- Б. Стационарный
- В. Амбулаторно-поликлинический
- Г. Санаторно-курортный
- Д. Метаболический

6. Основные виды реабилитации:

- А. Медицинская
- Б. Физическая

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной Н., 35 лет проходил лечение у участкового врача терапевта с Диагнозом: Эссенциальная гипертония 2 стадии. Прошел курс медикаментозной терапии.

Вопросы:

1. Какие ещё средства реабилитации может рекомендовать медсестра данному пациенту?
2. Какой этап реабилитации может рекомендовать медсестра данному пациенту?
3. Показана ли в данном случае психологическая реабилитация?

Задача №2

Больному 32г, находился на стационарном лечении по поводу язвенной болезни ДПК. Прошел полный курс медикаментозной терапии. На данный момент жалоб не предъявляет. Курит до 10 сигарет в сутки.

Вопросы:

1. В чем заключается дальнейшая реабилитация?

- В. Психологическая
- Г. Социальная
- Д. Профессиональная
- Е. Все верно

7. Борьба с факторами риска проводится на следующем этапе медицинской реабилитации:

- А. Стационарный
- Б. Амбулаторно-поликлинический
- В. Санаторно-курортный
- Г. Превентивный
- Д. Метаболический

8. Учреждения для проведения реабилитации:

- А. Все ЛПУ
- Б. Специализированные отделения и центры реабилитации
- В. Только поликлиники
- Г. Только стационары
- Д. Правильно а и б

9. Цель санаторно-курортного этапа реабилитации:

- А. Завершение патологического процесса
- Б. Предупреждение осложнений болезней
- В. Профилактика рецидивов болезни

2. Можно ли рекомендовать санаторно-курортный этап?
3. Какие этапы медицинской реабилитации должна указать медсестра при составлении индивидуальной программы реабилитации?

7. Список тем по УИРС.

1. История развития реабилитологии в России и за рубежом.
2. Роль среднего медицинского персонала в проведении реабилитационных мероприятий.
3. Использование психотерапии на этапах медицинской реабилитации.
4. Социальная реабилитация: цели, задачи, учреждения.

1. Тема № 2: Физиотерапия, как наука, история, роль и место в системе комплексной реабилитации. Организация работы в ФТО (к). Роль сестринской службы.

2. Значение изучения темы: Актуальность данной темы характеризуется тем, что физические факторы имеют большое значение в реабилитации различных заболеваний и назначаются на различных этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: об общих правилах техники безопасности в ФТО, должностных обязанностях врачебного персонала.

знать: общее понятие о физиотерапии, как науки, основных этапах истории развития, общих механизмах физиологического и лечебного действия. Классификацию физических факторов, роль и место физиотерапии в системе реабилитации. Принципы организации физиотерапевтического отделения (кабинета), оснащенность, организацию и возможность проведения сестринского процесса в ФТО, должностные обязанности среднего медицинского персонала. Документацию ФТО: карта направление на физиолечение (ф.044\у), паспорт отделения, журнал регистрации больных. Должностные обязанности сестринского персонала.

уметь: организовать работу медицинской сестры в физиотерапевтическом отделении (кабинете).

-заполнить документацию ФТО: карта направление на физиолечение (ф.044\у), паспорт отделения, журнал регистрации больных.

4. План изучения темы:

Самостоятельная работа

4.1 -курация больных

-заполнение документации ФТО -45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

а) Знакомство с организацией работы ФТО МСЧ № 96

б) Знакомство с должностными обязанностями сестринского персонала.

в) Знакомство с инструкциями по технике безопасности в работе ФТО

г) Заполнение документации ФТО: карта направление на физиолечение (ф.044\у), паспорт отделения, журнал регистрации больных, аппаратура для физиолечения.

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Определение физиотерапии
2. Классификация физических факторов.
3. Механизмы физиологического и лечебного действия на организм.
4. Общие противопоказания к назначению физиотерапии.
5. Организация работы в ФТО (к) должностные инструкции сотрудников. Роль сестринской службы.
6. Организационные вопросы физиотерапевтической службы.
7. Требования к помещению и оснащению физиотерапевтических кабинетов.
8. Правила техники безопасности. Производственная санитария.
9. Охрана труда медперсонала. Обязанности среднего медперсонала.
10. Порядок назначения и проведения физиотерапевтических процедур.
11. Учет, отчетность и документация.

Физиотерапия (ФТ) – область медицины (наука), которая изучает действие на организм природных и искусственных физических факторов с лечебной и профилактической целью.

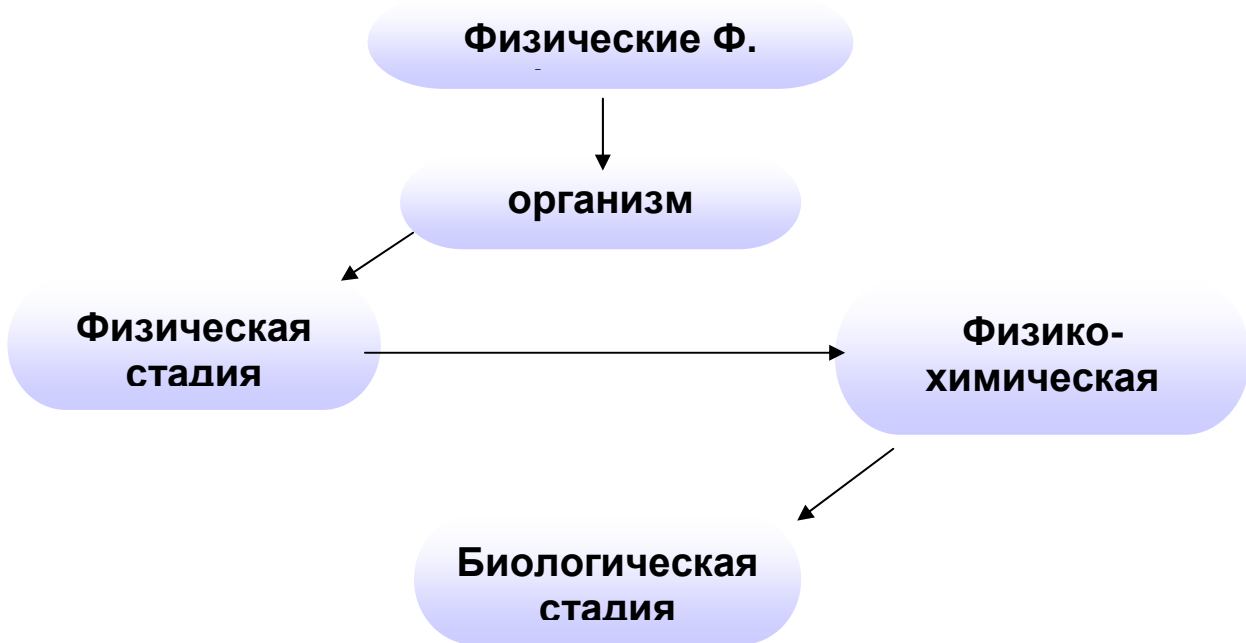
История развития физиотерапии

1. 18-19 век-первый опыт применения отдельных физиопроцедур.
2. 20 век - самостоятельная наука, научные разработки, внедрение в практику различных методик ФТ.
3. 21 век - современный этап, научные разработки, внедрение в практику различных методик сочетанной и комбинированной ФТ.
4. Основные научные школы: Москва, С.Петербург, Томск, Пятигорск.

Классификация физических факторов

1. Природные физические факторы (естественные)
2. Искусственные физические факторы (искусственные)

Механизмы физиологического и лечебного действия на организм физических факторов



Основой действия физического фактора является рефлекс
Рефлекторная дуга состоит из 3 элементов:

1. Афферентный путь;
2. Центральная часть;
3. Эфферентный путь.

Гуморальный аспект действия физических факторов

Все физические факторы в той или иной системе изменяют морфофункциональное состояние эндокринных органов и обмен гормонов. Терапевтические дозировки физических факторов стимулируют деятельность эндокринных органов; большие же дозировки изменяют количество гормонов.

Нервные и гуморальные механизмы действия физического фактора тесно связаны между собой.

Кожа и действие на организм физических факторов

1. Кожа – входные ворота для большинства физических факторов, а для некоторых (лазер, УФО, КВЧ – она является единственным органом, непосредственно взаимодействующий с физическим фактором);
2. Барьерная функция;
3. Депо распределительный эффект;
4. Моделирующее влияние (способна изменять направление и спектр действий физических факторов).

Общие противопоказания к назначению физических факторов

1. Острое заболевание с температурой выше 38 градусов;
2. Кровотечения различного генеза;
3. Доброкачественные и злокачественные новообразования;

4. Лейкозы;
5. Декомпенсация ССС, дыхательной, почечной и печеночной систем;
6. Кахексия;
7. Активный туберкулез;

У каждого физического фактора есть свои индивидуальные противопоказания

Реабилитация физическими факторами проводится в физиотерапевтических кабинетах и отделения различных ЛПУ:

поликлиниках

стационарах

центрах реабилитации

МСЧ

санаториях-профилакториях

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовый контроль:

1. Физиотерапевтическими подразделениями являются:

- А. Физиотерапевтический кабинет
- Б. Физиотерапевтическое отделение
- В. Санаторий-профилакторий

2. Какие аппараты должны находиться в ФТ кабинете?

- А. Портативный аппарат УВЧ-терапии
- Б.Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофареза
- В.Аппарат для ультразвуковой терапии
- Г.Стандартные высокочастотные аппараты

3. В чем заключаются должностные обязанности среднего медицинского персонала ФТО?

- А. Подготовка больного к проведению процедуры
- Б. Измерение температуры тела
- В. Проведение процедуры
- Г. Измерение АД при необходимости

4.Физиотерапевтические подразделения могут входить в состав реабилитационного центра:

- А. Да
- Б. Нет

5. Правила техники безопасности в ФТО:

- А. Заземление аппаратов
- Б. Снятие металлических предметов перед процедурой
- В Исправность аппаратов
- Г. Все вышеперечисленное

6.Какие неотложные состояния могут возникнуть при проведении физиотерапевтических процедур?

- А. Перелом бедра
- Б. Электрохимический ожог
- В. Электротравма
- Г. Все вышеперечисленное

7. Этапы сестринского процесса в ФТО:

- А. Обследование пациентов
- Б. Выставление сестринского диагноза
- В. Планирование медицинской помощи
- Г. Выполнение лечебных процедур
- Д. Оценка полученных результатов
- Е. Все перечисленное

8. На каких этапах медицинской реабилитации назначают физические факторы?

- А. Только на стационарном лечении
- Б. На стационарном этапе
- В. Амбулаторно-поликлиническом этапе
- Г. Санаторном этапе
- Д. Правильно Б, В, Г,

Ситуационные задачи:

Задача №1

В работе медсестры физиоотделения отмечаются неполадки с аппаратом.

Вопросы:

1. Какова тактика медсестры в данной ситуации?
2. Основные должностные обязанности медсестры физиокабинета

Задача №2

В кабинет физиолечения пришла больная и перед процедурой не сняла металлические предметы.

Вопросы:

1. Можно ли проводить медсестре процедуру?
2. Какова тактика медсестры в данной ситуации?

8. Список тем по УИРС.

1. Современный этап развития физиотерапии, как науки.

Основные достижения отечественных школ.

2. Кожа и ее роль в механизмах физиологического и лечебного действия физических факторов.

3. Нейрофизиологические аспекты действия лечебных физических факторов на организм.

4. Применение комплексной физиотерапии (сочетание и комбинирование) физических факторов в реабилитации различных заболеваний.

1. Тема № 3: Лечение непрерывным постоянным , импульсным и переменным токами.

2. Значение изучения темы: Актуальность занятия данной темы характеризуется тем, что лечение непрерывным постоянным , импульсным и переменным токами имеют большое значение в реабилитации различных заболеваний и назначается на всех этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о механизмах физиологического и лечебного действия постоянного и импульсных токов, технике и методике проведения лечебных методик медсестрой, о соблюдении техники безопасности.

знать: общее понятие о преформированных физических факторах (гальванизация, лекарственный электрофорез, электросон, диадинамотерапия, амплипульстерапия). Лечебные эффекты. Показания и противопоказания к реабилитации.

уметь: Собрать информацию, оценить состояние пациента, определить приоритетную проблему, сформулировать ее в форме сестринского диагноза. Определить показания к назначению гальванизации, лекарственному электрофорезу, электросну.

Наметить план реабилитационных мероприятий вышеуказанными факторами на всех этапах медицинской реабилитации. Заполнить медицинскую документацию(карта физической реабилитации).

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

- курация больных
- заполнение карт физической реабилитации, карт направления на физиолечение- 45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

- разбор больных
- заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

- решение ситуационных задач
- подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Лечение непрерывным постоянным током.

- 1.1 Гальванизация. Лекарственный электрофорез .
- 1.2 Механизмы биологического действия и терапевтические эффекты.
- 1.3 Особенности введения лекарств методом электрофореза.
- 1.4 Правила техники безопасности.
- 1.5 Показания и противопоказания к реабилитации.
- 1.6 Роль сестринской службы.

2. Лечение импульсными и переменными токами.

- 2.1 Электросон, дидинамотерапия, электростимуляция, импульсная электроаналгезия, амплипульстерапия, интерференцтерапия, флюктуоризация, дарсонвализация.
- 2.2 Механизмы биологического действия и терапевтические эффекты.
- 2.3 Методики проведения процедур.
- 2.4 Правила техники безопасности.
- 2.5 Показания и противопоказания к реабилитации.
- 2.6 Роль сестринской службы.

Классификация преформированных физических факторов:

1. Постоянный ток (гальванизация + лекарственный электрофорез)
2. Импульсные токи
 - электросон
 - ДДТ (токи Бернара)
 - амплипульстерапия и т.д.
3. Токи и поли высокой и УВЧ
 - УВЧ терапия
 - микроволновая терапия
 - дарсонвализация
 - индуктотермия
4. Магнитное поле
5. Ультразвуковая терапия
6. Светолечение
 - лечение ИК излучением
 - УФО излучением
 - лазеротерапия

Постоянный ток.

Основные лечебные эффекты:

- трофический
- седативный
- нормализующий работу регуляторных центров (ЦНС, гормональной системы)
- противовоспалительный

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

- подострые и хронические заболевания различных органов и систем организма.
- заболевания периферической и центральной нервной системы
- заболевания опорно - двигательного аппарата
- заболевания органов дыхания
- заболевания органов кровообращения и.д.р. (Г.Б.)
- лор патология
- стоматология

Лекарственный электрофорез – воздействие постоянного тока и лекарственного препарата.

Не каждый лекарственный препарат можно использовать при электрофорезе, существует специальная таблица полярности (+) и (-).

Лечение постоянным током это мягкое, не нагрузочное действие на организм, назначают во все возрастные периоды (с момента рождения до пожилого и старческого возраста).

Курс до 10-15-18 процедур, ежедневно.

Электросон

Основной клинический эффект – седативное и успокаивающее действие на ЦНС, спазмолитическое и нейротрофическое действие.

Показания очень большие. В реабилитации любых заболеваний нервно-психический фактор играет большое значение.

1. Различные соматические заболевания (Г.Б, язвенная болезнь желудка и др.)
2. Нервно-психические заболевания
3. Подготовка беременных к родам
4. Широко назначаются в детской практике.

Курс № 10 процедур, ежедневно.

Импульсные токи.

ДДТ (диадинамотерапия)

Основной клинический эффект – выраженный обезболивающий, в первую очередь назначаются при острых болях (люмбаго) патология того или иного отдела позвоночника. Под электродами отмечается выраженная «безболезненная вибрация». Можно назначать два раза в день с перерывом 3-4 часа.

СМТ (синусоидально-модулированные токи) по клиническому эффекту не уступают ДДТ, но переносятся более легче субъективно больными, поэтому их более широко назначается в детской и геронтологической практике,

лучше рекомендовать женщинам с вегето-сосудистой на фоне шейного остеохондроза.

СМТ и ДДТ показаны также и при других заболеваниях:

- дискинезии кишечника и ЖВП
- растяжения
- ушибы
- заболевания суставов без явлений синовита
- Болезнь Рейно, АГ, электростимуляция, СМТ-форез.

Дарсонвализация.

Лечебное воздействие на организм переменным током высокой частоты.

В основе действия лежит вазомоторная реакция: повышение тонуса вен, снижение массы артериального русла (расширение капилляров, артериол.).

Лечебные эффекты – трофический, спазмолитический, вазоактивный, противо- зудный, противовоспалительный, седативный.

Показания:

- заболевания внутренних органов (терапия, хирургия, гинекология и т.д.)
- заболевания периферической и центральной нервной системы
- лор, стоматология (пародонтиты, гингивиты)
- выпадения волос
- косметология

Процедуры проводятся ежедневно или через день № 10-15 .

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. В основе механизма действия гальванизации лежит процесс:

- А. Образование вихревых токов
- Б. Микромассаж на уровне клетки
- В. Поляризации

2. Показания к гальванизации:

- А. Острый гнойный гайморит
- Б. Острый трахеобронхит
- В. Язвенная болезнь ДПК

3. В реабилитации, каких заболеваний назначают электросон?

- А. Неврозы
- Б. Гипертоническая болезнь 1-2 ст.
- В. Угроза выкидыша при беременности
- Г. Все перечисленное

4. В реабилитации, каких заболеваний назначают импульсные токи ?

- А. Заболевания опорно-двигательного аппарата

Б. Заболевания периферической нервной системы

В. Гинекологические заболевания

Г. Все вышеперечисленное

5. В реабилитации каких заболеваний используют методики лекарственного электрофореза?

- А. Заболевания органов дыхания
- Б. Гипертоническая болезнь
- В. Гинекологические заболевания
- Г. Все вышеперечисленное

6. Основные лечебные эффекты электросна:

- А. Седативный
- Б. Снижение возбуждения
- В. Повышение Ад

7. Основные лечебные эффекты преформированных физических факторов в реабилитации различных заболеваний:

- А. Противовоспалительный
- Б. Рассасывающий

В. Седативный

Г. Резко возбуждающий

8. При гальванизации больной ощущает под электродами:

А. Сильное жжение

Б. Вибрацию

В. Покалывание

Г. Теплообразование

9. Этапы сестринского процесса в кабинете электролечения ФТО:

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Молодая женщина 25 лет обратилась к участковому терапевту поликлиники с жалобами на эмоциональную лабильность, раздражительность, плохой сон, тахикардию в покое и физической нагрузке, слабость, снижение работоспособности. При обследовании выставлен диагноз: Вегетососудистая дистония, назначена седативная терапия, физиотерапия.

Вопросы:

1. Какие преформированные физические факторы может рекомендовать медсестра с седативной целью?

2. Можно ли в данной ситуации рекомендовать ДДТ-терапию?

Задача № 2

Больная К. 55 лет находится на диспансерном учете у эндокринолога поликлиники с диагнозом: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), ангиопатии нижних конечностей. Коррекция сахара проводится сахароснижающим препаратом (манинил) под данный момент беспокоят периодические парестезии, онемение некоторых пальцев стоп.

Вопросы:

1. Перечислите основные правила реабилитации больных сахарным диабетом.

2. Перечислите этапы медицинской реабилитации больных сахарным диабетом.

3. Какие физические факторы может рекомендовать медсестра в лечении ангиопатии нижних конечностей?

7. Список тем по УИРС.

1. Электросон в реабилитации различных заболеваний.

2. Применение лекарственного электрофореза в реабилитации органов дыхания.

3. Применение импульсных токов в реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата.

4. Применение импульсных и постоянного тока в реабилитации остеохондроза.

5. Амплипульстерапия в реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний.

А. Обследование пациента

Б. Планирование помощи

В. Выполнение

физиотерапевтических методик

Г. Оценка результатов

10. Способы фиксации электродов при электролечении:

А. С помощью бинтов

Б. Мешочками с песком

В. Тяжестью тела больного

1. Тема № 4: Лечение электрическими полями высокой частоты, ультравысокой частоты и сверхвысокой частоты. Лечебные факторы механической природы, магнитотерапия, лечебное применение оптического излучения.

2 Значение изучения темы: Актуальность данной темы характеризуется тем, что преформированные физические факторы (магнитотерапия, ультразвуковая терапия, микроволновая, УВЧ-терапия и др.) имеют большое значение в реабилитации различных заболеваний и назначаются на этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о механизмах физиологического и лечебного действия вышеуказанных факторов, технике проведения лечебных методик.

знать: общие понятия о преформированных физических факторах (магнитотерапия, ультразвук, микроволновая, УВЧ-терапия). Основные лечебные методики. Показания и противопоказания к применению. Сестринский процесс в кабинетах (отделении) ФТО, документацию.

уметь: собрать информацию, оценить состояние пациента, определить приоритетную проблему, сформулировать ее в форме сестринского диагноза. Наметить план реабилитационных мероприятий вышеуказанными факторами на всех этапах медицинской реабилитации. Заполнить медицинскую документацию (карта физической реабилитации).

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации,
карт направления на физиолечение-45мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Лечение полями высокой частоты (ВЧ), ультравысокой частоты (УВЧ) и сверхвысокой частоты (СВЧ).

2. Действующий фактор, терапевтические эффекты, показания и противопоказания к индуктотермии.

3. Действующий фактор, терапевтические эффекты, показания и противопоказания к методу УВЧ-терапии.

4. Действующий фактор, терапевтические эффекты, показания и противопоказания к использованию метода СВЧ - терапии. Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

5. Вибротерапия. Ультразвуковая терапия. Действующие факторы, механизмы биологического действия, терапевтические эффекты ультразвука. Показания и противопоказания для применения ультразвука.

Ультрафонофорез. Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

6. Магнитотерапия.

Механизм биологического действия и терапевтические эффекты магнитного поля. Показания и противопоказания к применению постоянной, импульсной, низкочастотной и высокочастотной магнитотерапии. Магнитофоры. Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

7. Инфракрасное облучение. действующие факторы, проникающая способность, дозировка, терапевтические эффекты, показания и противопоказания.

8. Хромотерапия. действующие факторы, проникающая способность, дозировка, терапевтические эффекты, показания и противопоказания.

9. Ультрафиолетовое излучение: действующие факторы, проникающая способность, дозировка, терапевтические эффекты, показания и противопоказания.

10. Лазерное излучение: лазеротерапия, фотодинамическая терапия.

Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

УВЧ – терапия.

Под действием УВЧ терапии происходит образование тепла в тканях. Это- фактор скорой медицинской помощи обладает выраженным противовоспалительным, противоотечным, десенсибилизирующим, рассасывающим действиями.

Показания:

- острые и подострые воспалительные заболевания внутренних органов
- гнойные процессы различной локализации при условии вскрытия гнойной полости и оттока гноя
- травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата

Назначают № 5-6 ежедневно.

Микроволновая терапия.

Воздействие на организм с лечебными целями колебаний сверх высокой частоты (300-3000 т. м Гц.). Под их воздействием происходит также образование эндогенного тепла.

Лечебные эффекты аналогично УВЧ терапии.

Показания :

- подострые и хронические воспалительные заболевания внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы.

№ 8-10 ежедневно.

ИНДУКТОТЕРМИЯ – тоже тепловой метод.

Основным физическим фактором магнитная составляющая электронного поля высока и УВЧ.

- противовоспалительный эффект

- спазмолитический эффект (снижают тонус гладких мышц- спазма бронхов, желудка, кишечника)
- трофический эффект

Показания:

- острые и подострые воспалительные заболевания внутренних органов см. микроволновую терапию.

№ 8-10 ежедневно.

Магнитотерапия

В реабилитации пациентов используют постоянные и переменные магнитные поля.

Лечебные эффекты:

- противовоспалительный
- трофический
- гипотензивный
- спазмолитический
- гипокоагуляционный

Показания :

- острые
- подострые
- хронические заболевания различных органов и систем, только меняется величина магнитной индукции.

№ 10-12-15 ежедневно или через день.

Ультразвуковая терапия (УЗТ)

Применение с лечебной и профилактической целью механических колебаний плотной физической среды с ч. больше 20 кГц.

Клинические эффекты УЗТ:

- противовоспалительный
- трофический
- рассасывающий
- повышает возбудимость нервно-мышечного аппарата, усиливает проводимость импульсов по периферическому нервному волокну.

Показания к реабилитации:

- терапевтические заболевания
- хирургические заболевания
- гинекологические, урологические заболевания
- келлоидные рубцы
- заболевания кожи, лор органов.

В острую фазу любого заболевания УЗТ противопоказана

Ультрафонофорез

Сочетанное воздействие УЗТ и лекарственного вещества (лечебные мази эмульсии, водные растворы лекарственных веществ).

Показания аналогично УЗТ.

Роль сестринской службы в организации проведения реабилитации в физиотерапевтическом кабинете (отделении).

1. Подготовка пациента к процедуре

2. Проведение физиотерапевтических процедур, наблюдение за пациентом
3. Оценка действия физического фактора
4. Заполнение документации 044/у о проведении процедуры.

Кроме того мед сестра следит за исправностью аппаратов и техникой безопасности в физиотерапевтическом кабинете или отделении.

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Этапы сестринского процесса в кабинетах электролечения ФТО:

- А. Обследование пациента.
- Б. Восстановление сестринского диагноза
- В. Планирование помощи
- Г. Выполнение физиотерапевтических методик
- Д. Оценка результатов
- Е. Все вышеперечисленное

2. Основные лечебные эффекты магнитотерапии:

- А. Седативный
- Б. Повышение АД
- В. Снижение АД

3. В реабилитации каких заболеваний используют методики ультразвуковой терапии?

- А. Заболевания опорно-двигательного аппарата
- Б. Заболевания ЖКТ
- В. Гинекологические заболевания
- Г. Заболевания, сопровождающиеся выраженной лихорадкой

4. В реабилитации каких заболеваниях используют методики магнитотерапии ?

- А. Гинекологические заболевания
- Б. Выраженная декомпенсация сердечной деятельности
- В. Остеохондроз позвоночника
- Г. Грипп с $t-39^{\circ}\text{C}$.

5. В лечении каких заболеваний применяют методики УВЧ-терапии ?

- А. ЛОР-заболевания
- Б. Активный туберкулез
- В. Онкологические заболевания

Г. Заболевания суставов

6. В реабилитации каких заболеваний применяют методики микроволновой терапии?

- А. Заболевания суставов
- Б. Хронический холецистит
- В. Хронический сальпингоофорит
- Г. Активный туберкулез

7.Противопоказания для назначения микроволновой, УВЧ-терапии:

- А. Лихорадочное состояние $t -39^{\circ}\text{C}$.
- Б. Онкологические заболевания
- В. Ревматоидный артрит
- Г. Острый отит.

8. При выполнении методик магнитотерапии, ультразвуковой терапии действия медсестры заключаются в следующем:

- А. Подготовить пациента к проведению процедуры
- Б. Проведение процедуры
- В. Наблюдение за пациентом при проведении процедуры
- Г. Заполнение медицинской документации

Д. Все перечисленное

9. При проведении УВЧ-терапии больной должен ощущать:

- А. Слабое тепло
- Б. Жжение
- В. Покалывание
- Г. Вибрацию.

10.При проведении ультразвуковой терапии в качестве контактной среды применяют:

- А. Вазелин
- Б. Лечебные мази
- В. Воду
- Г. Все перечисленное

11. В реабилитации каких заболеваний используют методики лазеротерапии?

- А. Язвенная болезнь ДПК
- Б. Гинекологические заболевания
- В. Злокачественная опухоль
- Г. Трофические язвы

12. В реабилитации каких заболеваний используют методики ИК — излучения?

- А. ЛОР — заболевания
- Б. Остеохондроз
- В. Лихорадочные состояния ($t-39^{\circ}\text{C}$)
- Г. Активный туберкулез

13. В реабилитации каких заболеваний используют методики УФ- излучения?

- А. Системная красная волчанка
- Б. Корешковый синдром при остеохондрозе
- В. Острый трахеобронхит
- Г. Псориаз

14. Лечебные эффекты лазеротерапии:

- А. Противовоспалительный
- Б. Рассасывающий
- В. Трофический
- Г. Все перечисленное

15. Лечебные эффекты УФ- излучения:

- А. Противовоспалительный
- Б. Седативный
- В. Резко возбуждающий
- Г. Повышает иммунитет

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично–крестцового отдела позвоночника. Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1. Какие физические факторы можно назначить в данной ситуации с целью купирования болевого синдрома?
2. Можно ли в данной ситуации назначить методики постоянного тока?
3. Какие методики светолечения можно рекомендовать в данной ситуации?

Задача № 2

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично–крестцового отдела позвоночника. Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1. Какие физические факторы можно назначить в данной ситуации с целью купирования болевого синдрома?
2. Можно ли в данной ситуации назначить Дарсонвализацию?
3. Какие методики светолечения можно рекомендовать в данной ситуации?

7. Список тем по УИРС.

1. Магнитотерапия в реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата.
2. Ультразвуковая терапия в реабилитации гинекологических заболеваний.
3. УВЧ-терапия в лечении острых и подострых заболеваний ЛОР-органов.
4. Магнитотерапия в реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, гипертоническая болезнь)
5. Микроволновая терапия в реабилитации заболеваний пищеварительной системы.
6. Лазеротерапия в реабилитации больных с заболеваниями желудка.
7. Комплексное использование лазеротерапии с другими физическими факторами в реабилитации больных межпозвоночным остеохондрозом.
8. Методики светолечения в реабилитации больных.

1. Тема № 5: Водолечение в комплексной системе реабилитации.

2. Значение изучения темы: Большое значение в реабилитации различных заболеваний имеют водолечебные факторы (души, ванны и др.), которые обладают многими лечебными эффектами и назначаются на всех этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о проводимых лечебных методиках бальнео-гидротерапии

знать - общее понятие о водолечении, классификацию водолечебных факторов, механизмы действия, лечебные эффекты, показания и противопоказания к применению. Этапы сестринского процесса в отделении водолечения.

уметь - собрать информацию, оценить состояние пациента. Уметь определить приоритетную проблему больного. Составить план реабилитации водолечебными факторами на всех этапах медицинской реабилитации.

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1.Общее понятие о водолечении

2.Классификация водолечебных факторов (души, ванны), применяемых в реабилитации.

3.Механизмы физиологического и лечебного действия бальнеогидротерапии.

Роль температурного, механического, химического факторов.

4. Показания и противопоказания применения водолечебных процедур.

5. Этапы сестринского процесса в отделении водолечения. Документация. Должностные обязанности медицинской сестры отделения (кабинета) водолечения ФТО.

6. Лечебные эффекты водолечебных факторов.

7. Основные методики бальнеогидротерапии в реабилитации различных заболеваний.

Водолечение (бальнеогидротерапия).

Под водолечением следует понять использование воды при помощи специально разработанных методических приемов лечебных и профилактических целях.

Понятия «водолечение» включает собственно водолечение или «гидротерапию» и «бальнеотерапию».

Гидротерапия – это наружное применение пресной воды (водопроводной, речной, озерной, колодезной, дождевой) в виде ванн, душей, обливаний, обтираний, укутывание и т.д. Пресную воду используют в Г.Т как в чистом виде, так и с добавлением различных веществ (хвойный экстракт, скипидар, шалфей, горчица и т.д.), что усиливает ее действие на организм.

Бальнеотерапия – метод лечения, профилактики и восстановления нарушенных болезнью функций организма, природными минеральными водами и искусственно приготовленными минеральными и газовыми их аналогиями.

Механизм действия водолечебных процедур на организм.

В основу влияния водолечебных процедур на организм положена общая теория нейрогуморального их действия. Нервная система и ее центральный отдел является основным регуляторным центром организма, а гуморальный механизм (гуморальные агенты, нейrogормоны, продуцируются эндокринными железами) повидемому включаются вторично.

С позиции взаимодействия организма с внешней средой водолечебные процедуры представляют собой естественные раздражители, имеющие сложную физико-химическую структуру.

В основе действия водолечебных процедур лежит сложное и взаимосвязанное влияние на организм 1) температурного (термического), 2) химического, 3) механических факторов.

По литературным данным ведущая роль принадлежит температурному фактору.

Основу действия гидротерапии составляет сочетание температуры + механические раздражители. Бальнеотерапия - мощный химический раздражитель, который включает сложную гамму различных минеральных солей, газов, микроэлементов, органические соединения, радиоактивных веществ и т.д.

Температурный фактор. В водолечебной практике используют воду различной температуры.

1. Лечение холодом (криотерапия) вода со льдом, темп. + 2,0 С и ниже (лед)

2. Собственно водолечение от 0 до + 40 С
 3. Лечение теплом (термотерапия) от 40 С до 70 (90) С. (горячая вода, пар)
- Также водолечебные процедуры условно разделяют на:

1. Холодные (темп. ниже 20 С)
2. Прохладные (20 – 33 С)
3. Индифферентные (34 - 36 С)
4. Теплые (37 – 39 С)
5. Горячие (темп. 40 и выше С)

Наиболее часто водолечебные процедуры проводят так называемой индифферентной или близкой к ней температуре. Под индифферентной принято понимать температура воды, существенно не отличается от внутренней температуры тела. По данным различных авторов диагноз индифферентной температуры колеблется от 34 – 37 С.

Основным местом приложения теплового действия служит кожа, ибо она, является так называемой пойкилотермной оболочкой, препятствует распространению тепла внутрь организма и способствует сохранению внутренним органам постоянной температуры. Кроме того кожа наиболее богата нервными окончаниями, спец. анализ на восприятие термических раздражителей.

Водолечебные процедуры, прежде всего сопровождаются изменениями температуры кожи, захватывающими от площади воздействия большее или меньшие участки тела. После ванны температура 37 С, продолжительность 15 мин. температура кожи повышается на 0,7 – 2,2 С, наибольшее повышение температуры имеет место в хлор. Натриевых ваннах, несколько меньше в сероводородных, азотистых и радоновых, наименьшее в УВ и O₂ ванне. После ванны температура кожи сравнительно быстро (ч/з 5 – 20 мин) возвращается к исходным величинам.

Адекватно назначенные и правильно технически проведенные водолечебные процедуры обуславливают так называемую физиологическую реакцию организма.

Механический фактор (гидростатический)- механическое действие на организм водолечебных процедур. С одной стороны механическое действие служит источником раздражения механорецепторов кожи и рефлекторным путем влияет на формирование общей ответной реакции организма.

С другой стороны, вызванные сдавления венозных сосудов, механический фактор влияет на микроциркуляцию и гемодинамику, распределение крови в организме, работу сердца и лимфообращения. Оказывая давление на грудную и брюшную полости ванны, изменяют дыхание, усиливая и углубляя дыхательные движения.

Химический фактор- химические вещества содержатся в лечебных водах могут действовать на организм следующими путями:

- А) непосредственно на кожу и ее структуры.
- Б) рефлекторно вследствие химического раздражителя экстерорецепторы кожи и интерорецепторы.

В) гуморальным путем при проникновении компонентов минеральной воды через кожный барьер и циркуляция их в крови. Важным фактором для действия химического компонента бальнеопроцедур является кожная проницаемость. Вода и водорастворимые вещества, которые в основном входят в состав минеральных вод, преодолевают кожный барьер с трудом, жирорастворимые вещества проходят через него значительно легче. Наибольшей проникающей способностью обладают вещества, растворимые одновременно в воде и липидах. Многие годы довольно легко диффундируют через кожу. Так например сравнительно легко в организм проникает углекислота из углекислых ванн. В действии серовод важное место отводится сероводороду и сульфидным ионам, поступающим в организм через кожу в 90%.

Действие химического фактора может, проявляется и другим путем.

Не проникая через кожный барьер, соли и другие химические соединения образуют своеобразную химическую мантию, пропитывают поверхностные слои кожи, попадают в кожные железы и волосяные фолликулы. При этом они служат источником длительного химического раздражения, которое рефлекторным путем корригирует терморегуляционный рефлекс и связанные с ним реакции. В механизме минеральных вод определенную роль играет образования в коже биологически активных веществ, которые поступая в кровь оказывают свое влияние на различные органы и системы. При патологических процессах источником БАВ являются и воспалительные очаги, активность аутолитических процессов в которых при водолечении возрастает.

Таким образом, в основе действия водолечебных процедур на организм лежат местные сдвиги вызываемые непосредственным влиянием вышеперечисленных факторов и сложная приспособленная реакция, развивающаяся по нервно-рефлекторному и гуморальному механизмам. В конечном итоге за счет названных механизмов ослабляются патологические сдвиги, исчезают или уменьшают болевые явления, стимулируются компенсаторные реакции, повышается приспособленные возможности организма, и восстанавливаются нарушенные функции, улучшается общее самочувствие.

На физиологическое и лечебное действие водолечебных процедур большое влияние оказывают индивидуальные особенности организма, его реактивность, исходное состояние различных физиологических систем, возраст, пол, профессия, внешние условия, при которых осуществляется воздействие в, обстановка в бальнеотерапевтическом отделении.

ПОДВОДНЫЙ ДУШ-МАССАЖ

Подводный душ-массаж (ПДМ) представляет собой водолечебную процедуру, сочетающую действие на организм общей водяной ванны и механическое, массирующее влияние компактной водной струи, направленной под водой на тело больного.

ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ

Влияние на организм (ПДМ) обусловлено действием термического, механического и химического факторов. Первостепенное значение имеет гидростатическое (механическое) давление струи воды. Важную роль играет температура воды в ванне и струевом душе. Теплая вода ведет к расслаблению мускулатуры тела и снижению болевых ощущений.

При использовании минеральной воды различного состава определенное место имеет также и химический фактор.

1. Методы применения ПДМ чаще всего связаны с преимущественным воздействием на место поражения или заболевания, в связи с чем на первый план выступают реакции местного характера. ПДМ широко используется при лечении последствий повреждений или заболеваний опорно-двигательного аппарата. Уменьшение боли и расслабление мышц за счет действия теплой ванны дает возможность осуществлять сильный и глубокий струевой массаж на месте появляется выраженная сосудистая реакция кожи и подлежащих тканей в виде активной артериальной гиперемии. Улучшение местного кровообращения обеспечивает трофическое, противовоспалительное и рассасывающее влияние ПДМ

2. ПДМ улучшает кровообращение в мышцах, увеличивает их сократительную способность и объем движений в поражённых конечностях.

3. ПДМ при любой методике оказывает общее действие на организм. Повышая силу основных корковых процессов в ЦНС, процедура обладает тонизирующим действием на психосоматическое состояние человека. После нее больные отмечают улучшение самочувствия, ощущения легкости, бодрости, нормализуется сон.

4. ПДМ эффективен в лечении ожирения, особенно в комплексе с диетой и лечебной гимнастикой.

5. ПДМ оказывает выраженное действие на состояние сердечнососудистой системы. После процедуры отмечается порозовение кожи в результате активной гиперемии. Увеличивается число капилляров и ускорение кровотока в них. Сочетание водной процедуры с механическим воздействием улучшает трофику кожи и процессы ее регенерации, ПДМ изменяет процессы системной гемодинамики, оказывает гипотензивный эффект у больных эссенциальной гипертонией.

АППАРАТУРА

ПДМ проводится с помощью специальных аппаратов «Танген Тор 8» и др. Аппараты смонтированы в металлическом корпусе, передвигаются на колесиках. Основной частью аппаратов ПДМ является центробетонный насос высотой 30 см. Он высасывает воду из ванны или бассейна и подает ее по эластичному шлангу под давлением на тело больного, находящегося в этой ванне. Таким образом, осуществляется кругооборот воды, которая из ванны поступает в аппарат, из последнего на больного в ванну и снова в аппарат со скоростью 90-150 л/мин. Для получения компактной (массирующей) струи воды к аппаратам придаются

4-8 насадок из металла или пластмассы различной формы и площади выходного отверстия. Для проведения процедур имеются ванны большого размера- глубиной не менее 60-80 см и вместимостью 400-600л.

ТЕХНИКА И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУР

Для проведения процедуры ванну или бассейн заполняют водой с температурой 34-38С, можно использовать морскую или минеральную воду. Больной погружает в воду всю поверхность своего тела, за исключением области шеи и головы. При заболеваниях сердца уровень воды в ванне доходит до половины груди или линии его сосков. Больной располагается в ванне горизонтально, без напряжения. Для адаптации больной лежит в ванне в течении 5 минут, после чего водяной струей осуществляется массажное воздействие по методике, назначенной врачом.

Дозирование осуществляется по силе массирующего воздействия, которое может быть различным в зависимости от интенсивности давления водной струи, ее угла падения, от выбора той или иной насадки, от величины расстояния между насадкой и телом больного. Обычно применяемое в лечебной практике давление струи воды не превышает 3-4 атм.

Учитывая преимущественное действие при этой процедуре механической энергии, следует соблюдать общие правила массажа. Струю воды, массирующую различные участки тела, медленно направляют от периферии к центру от нижележащих сегментов к вышележащим, имитируя приемы ручного массажа.

При ПДМ применяют 4 основных приема : поглаживание, растирание, разминание и вибрацию.

По методикам проведения различают общий и местный подводный душ-массаж.

ОБЩАЯ МЕТОДИКА ПОДВОДНОГО ДУША-МАССАЖА

При общей методике массажной струей обрабатывают все тело больного, погруженного в воду. Последовательность массажного воздействия осуществляется по схемам, предложенным А.Ф.Вербовым, Н.А.Белой для ручного общего массажа. Отдельные части тела массируют в следующем порядке:

- 1)спина
- 2)надплечье
- 3)задняя поверхность нижних конечностей
- 4)передняя поверхность нижних конечностей
- 5)живот
- 6)грудь
- 7)верхние конечности

Согласно правилам массажа струю направляют от дистальных участков тела к проксимальным, от периферии к центру. В любых вариантах проведения подводного душа-массажа исключается воздействие на область сердца, половых органов, молочных желез, лица и головы.

После 5-минутной адаптации в ванне с помощью дождевой насадки массируют в описанной последовательности всю поверхность тела приемом поглаживания. Большое время отводится на массаж спины и ног. Массаж живота проводится круговыми движениями по часовой стрелке. После поверхностного поглаживания осуществляют глубокое поглаживание и растирание щелевидной насадкой. Спиралевидными движениями растирают мышцы бедра, голени, плеча, паравертебральные зоны пояснично-крестцовых и грудных сегментов. Поперечным штрихованием массируют межреберья грудной клетки сзади. Продольному и поперечному разминанию цилиндрической насадкой подвергаются мышцы конечностей и задней поверхности туловища, при ожирении область живота. Приемы вибрации используются в области спины, верхних и нижних конечностей. Растирание, разминание и вибрацию чередуют с поглаживанием, которым начинают и заканчивают процедуру.

При назначении процедур следует учитывать регионарную чувствительность тканей к гидростатическому давлению. Высокой чувствительностью обладает стенка живота и органы брюшной полости, внутренняя поверхность бедер и голени ввиду прохождения здесь сосудов и нервов.

Массаж указанных участков проводят с давлением не более 0,1-0,15 Мпа.

Менее чувствительная задняя поверхность тела - спина, пояснично-крестцовая область, нижние и верхние конечности, где давление может достигнуть 0,3 Мпа.

Более значительное давление больным людям не назначается, но оно хорошо переносится спортсменами, где подводный душ-массаж с давлением струи в 0,35-0,4 Мпа может применяться после тренировок в качестве заменителя ручного массажа. С осторожностью величина давления должна подбираться людям пожилого возраста и детям, лицам с повышенной возбудимостью ЦНС, при заболеваниях с нарушением крови - и лимфообращения.

Продолжительность процедуры общего воздействия составляет 15-30-45 минут. Температура воды выбирается в зависимости от заболевания чаще всего применяется вода индифферентной температуры 35-36 градусов. При некоторых заболеваниях (остеохондроз позвоночника и др.) может использоваться более теплая вода (37-38 градусов). На курс лечения назначается от 8-10 процедур до 15-20 процедур, применяемые чаще через день, иногда — ежедневно.

МЕСТНАЯ МЕТОДИКА ПОДВОДНОГО ДУША-МАССАЖА

При местном воздействии струей массируют ограниченные участки тела. Для повышения лечебного эффекта за счет нервнорефлекторных ответных реакций, наряду с местом поражения, часто осуществляют массаж симметричных рефлексогенных зон.

Положение тела больного в ванне, как при общей методике. Температуру воды выбирают в пределах 35-38 градусов С. Местный массаж чаще всего проводят в области верхних и нижних конечностей при травмах опорно-двигательного аппарата, заболеваниях сосудов и периферической нервной системы. Наименьшее распространение местный душ-массаж получил при

заболеваниях внутренних органов, за исключением хронических заболеваний кишечника с наличием запоров.

Методика проведения обусловлена тем или иным заболеванием. Во всех случаях необходима 5-минутная адаптация больного в ванне или бассейне. Схему проведения массажа, комбинацию его приемов, силу давления струи, выбор температуры воды и другие условия определяет врач в зависимости от заболевания. Продолжительность процедуры 10-20 минут. Проводят ежедневно или через день. Курс состоит из 10-20 процедур.

ПОКАЗАНИЯ

1. Заболевания позвоночника (остеохондроз, без выраженного радикулярного синдрома, спондилоартроз, сколиоз)
2. Заболевания и повреждения периферической нервной системы и спинного мозга в фазе ремиссии (радикулиты, плекситы, невриты, остаточные явления после травм, перенесенного полиомиелита и др.)
3. Хронические заболевания и повреждения мышечной системы (миозиты, миопатии, последствия бытовых, производственных травм)
4. Хронические воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания суставов
5. Последствия травм опорно-двигательного аппарата (вывихи, разрывы, растяжение связок и сухожилий), состояние после операций на суставах, связках.
6. Ожирение
7. Хронические колиты с нарушением двигательной функции кишечника (запоры)
8. Гипертоническая болезнь 1-2 ст. с «пограничным» или умеренно выраженным АД
9. Некоторые заболевания кожи (нейродерматиты, некоторые формы чешуйчатого лишая и др.)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Общие противопоказания к применению методов физиотерапии, преимущественно водолечения
2. Острые травмы до 3-10 дней или при наличии гематом, тромбоза вен, повреждения кости, требующие иммобилизации
3. Доброкачественные опухоли с склонностью к росту — фибромиомы, аденомы
4. Инфаркт миокарда в анамнезе до 2 лет
5. Гипертоническая болезнь при наличии высокой гипертензии (выше 170/100 мм.рт.ст)
6. Заболевания сосудов с повышенной проницаемостью, или недостаточно механической прочностью сосудистой стенки (появление кровоизлияний и т.д.)
7. Ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии и неблагоприятной ЭКГ-динамикой.
8. Нарушение ритма сердечной деятельности и проводимости

(пароксизмальная тахикардия, тахикардия более 80-100 уд/мин), частые экстрасистолы, атриовентрикулярные блокады

9. Тромбофлебит

10. Заболевания нейроэндокринной системы при наличии выраженной вегетативной дисфункции (тиреотоксикоз, диэнцефальный синдром, некоторые формы климактерических неврозов и др.)

11. Заболевания кожи: инфекционные, мокнущие, гнойничковые.

12. Некоторые физиологические состояния (беременность, наличие менструации).

Возраст обычно не является противопоказанием для назначения подводного душа-массажа. Однако детям моложе 5 лет процедура обычно не назначается. Плохая переносимость метода отличается у больных старше 65-70 лет, отягощенным атеросклерозом.

ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ

Подводный душ-массаж проводят в отдельном помещении, ванну устанавливают так, чтобы к ней был подход с 3-х сторон, электромагнитный пускатель для проведения массажа располагают над ножным концом ванны с соблюдением всех требований электробезопасности, его корпус должен быть заземлен. Для быстрого заполнения и слива ванны диаметр подводящих и сливных труб должен быть не менее 1 дюйма (2,54 см).

Основные лечебные методики водолечения.

1. Души (дождевой, пылевой, восходящий, струевые, циркулярный).

2. Ванны

- общие

- местные (камерные)

- минеральные (соляные)

- йодобромные

- контрастные

- вихревые

- вибрационные

- газовые (углекислые, радоновые, азотные, кислородные, сероводородные, жемчужные).

- ароматические (травяные, горчичные, скипидарные)

3. Внутренний прием минеральной воды.

4. Вагинальные орошения

5. Вытяжные, в воде позвоночника.

6. Плавание в бассейне.

7. Промывание орошение кишечника.

8. Обливания, влажные укутывания.

Основные лечебные эффекты водолечения.

1. Противовоспалительный

2. Рассасывающий

3. Гипотензивный

4. Трофический

5. Седативный
6. Спазмолитический
7. Возбуждающий и д.р.

Основные показания к реабилитации.

1. Заболевания опорно-двигательного аппарата
2. Заболевания и последствия травм центральной и периферической нервной системы.
3. Заболевания сердечно-сосудистой системы
4. Гинекологические заболевания
5. Уроandroлогические заболевания
6. Заболевания ЖКТ
7. Заболевания почек и мочевыводящих путей
8. Заболевания кожи
9. Заболевания дыхательной системы и обмена веществ.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

1. Общие для физиолечения
2. Индивидуальная непереносимость фактора (аллергия на йод, бром и т.д.)
3. Заболевания кожи (гнойные, мокнущие язвы, раны)
4. Бальнеотерапия противопоказания во все сроки беременности.

Большинство водолечебных процедур отсутствуют в водолечебных ЛПУ, МСЧ, санаториях, реабилитационных центрах.

Отпускает все методики медсестра, имеющая специализацию и сертификат по физиотерапии. Во время процедуры мед сестра наблюдает за больным, фиксирует переносимость процедуры, при дискомфортных состояниях докладывает врачу.

6. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Циркулярный душ назначается в реабилитации следующих заболеваний:

- А. Невроз
- Б. Ожирение
- В. Гипертоническая болезнь I стадии
- Г. Геморрой

2. Душ Шарко применяется в реабилитации следующих заболеваний:

- А. Ожирение
- Б. Гипертоническая болезнь II стадии
- В. Геморрой
- Г. Острая пневмония

3. Восходящий душ назначается при:

- А. Невроз

Б. Ожирение

В. Геморрой

Г. Импотенция

4. Углекислые ванны назначаются при:

А. Гипертоническая болезнь I- II стадии

Б. аднексит острый

В. Сахарный диабет

Г. ИБС

5. Углекислые ванны противопоказаны при:

А. Острый аднексит

Б. Острый бронхит

В. Острый нефрит

Г. Гипотония

6. Подводный душ - массаж назначают в реабилитации следующих заболеваний:

- А. Остеохондроз позвоночника
- Б. Остеоартроз коленных суставов
- В. Вегетососудистая дистония
- Г. Острый бронхит

7. Хвойно-жемчужные ванны назначаются в реабилитации следующих заболеваний:

- А. Гипертоническая болезнь I- II стадии
- Б. Язвенная болезнь желудка
- В. Вегетососудистая дистония
- Г. Остеохондроз позвоночника

8. К водолечебным факторам, используемым в реабилитации, относятся:

- А. Души
- Б. Ванны

Ситуационные задачи:

Задача № 1 Больной К. 50-ти лет перенес острый инфаркт миокарда 1,5 года назад. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно, ангинозные боли редкие, аритмий не наблюдается, признаков сердечной недостаточности нет.

Вопросы:

1. Какие водолечебные факторы может рекомендовать медсестра в реабилитации данного заболевания?
2. Показаны ли данному пациенту радоновые ванны.
3. Какие души используются в реабилитации ИБС.

Задача № 2 Больная П. 45-ти лет с Диагнозом: язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная. Получила стационарное медикаментозное лечение.

Вопросы:

1. Какие водолечебные факторы может рекомендовать медсестра в реабилитации данного заболевания?
2. Какие воды для внутреннего приема может рекомендовать медсестра в реабилитации данного заболевания?
3. С какими другими физическими факторами можно сочетать водолечение?

Задача № 3 Больной К. 52-х лет с Диагнозом: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Давность заболевания 2 года. В данный момент беспокоят скованность в позвоночнике, ноющие боли. Из физиолечения получал только диадинамические токи, кварц.

Вопросы:

1. Какие водолечебные факторы может рекомендовать медсестра в реабилитации данного заболевания?

В. Внутренний прием минеральной воды

Г. Орошения - промывания кишечника

9. В реабилитации гипертонической болезни используют:

- А. Азотные ванны
- Б. Хвойные ванны
- В. Восходящий душ
- Г. Йодобромные ванны

10. В реабилитации больных язвенной болезнью желудка используют:

- А. Внутренний прием минеральной воды
- Б. Хвойные ванны
- В. Азотные ванны
- Г. Хлоридно - натриевые ванны

2. Какие ванны наиболее показаны?
3. Какая документация заполняется при назначении методик водолечения?
4. Этапы сестринского процесса в отделении водолечения.

7. Список тем по УИРС.

1. Подводное вытяжение позвоночника, лечебные эффекты, методика проведения, показания и противопоказания.
2. Орошения-промывания кишечника, лечебные эффекты, методика проведения, показания и противопоказания.
3. Плавание в бассейне, лечебные эффекты, показания и противопоказания.
4. Сауна, лечебные эффекты, показания и противопоказания.

1. Тема № 6: Теплолечение в системе комплексной реабилитации. Климатотерапия. Санаторно-курортное лечение по нозологическим формам.

2. Значение изучения темы: Большое значение в реабилитации различных заболеваний занимают методики тепло-климатолечения, которые обладают многими лечебными эффектами и назначаются на этапах медицинской реабилитации, также санаторно-курортное лечение имеет большое значение в реабилитации различных заболеваний благодаря природным физическим факторам и их лечебным эффектам.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о проводимых лечебных методиках тепло-грязе - лечения, климатолечения.

знать: общее понятие о грязелечении, климатолечении, виды пелоидов, механизмы действия, лечебные эффекты, показания и противопоказания к применению.

Общее понятие о санаторно-курортном лечении, курорты Красноярского края, лечебные эффекты, показания и противопоказания к реабилитации.

уметь: собрать информацию, оценить состояние пациента. Уметь определить приоритетную проблему больного. Составить план реабилитации вышеуказанными физическими факторами на всех этапах медицинской реабилитации.

Рекомендовать вид курорта для дальнейшей реабилитации.

5. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Физиотерапевтические методы, относящиеся к теплолечебным. Физические характеристики парафина, озокерита, воды и грязи, позволяющие использовать их для теплолечения.

2. Физиологические реакции, возникающие в тканях при местном применении тепла. Терапевтические эффекты местного применения тепла. Показания и противопоказания к местному применению тепла.

3. Парафинотерапия. Действующие факторы парафина.

4. Озокеритотерапия и действующие факторы озокерита. Методики лечения парафином и озокеритом. Показания к лечению парафином и озокеритом. Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

5. Пелоидотерапия.

Классификация лечебных грязей. Биологический и химический состав.

6. Лечебные эффекты. Показания и противопоказания к реабилитации. Методики проведения процедур. Роль сестринской службы.

7. Климатотерапия.

Что такое климат? Медицинская характеристика климата основных природных зон. Основные климатические курорты. Основные процедуры климатотерапии.

8. Аэротерапия. Спелеотерапия. Гелиотерапия. Талассотерапия. Показания и противопоказания для лечения на курортах с континентальным и морским климатом.

9. Климатические курорты.

Характеристика и основные виды курортов. Виды санаторно-курортного лечения, сроки лечения. Основные типы санаторно-курортных учреждений. Классификация курортов по природным лечебным факторам. Принципы отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение.

10. Бальнеологические курорты.

Химический состав, физические свойства и лечебное действие минеральных вод. Классификация минеральных вод. Показания и противопоказания для лечения питьевыми минеральными водами. Основные курорты с питьевыми минеральными водами.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ.

ЛЕЧЕБНЫЕ ГРЯЗИ (пелоиды) – это природные органоминеральные коллоидные образования, обладающие свойствами теплоносителей и содержащие, как правило, терапевтически активные вещества (соли, газы, биостимуляторы и т.д.) и живые микроорганизмы. В структуре лечебной грязи выделяют три компонента: кристаллический «скелет» (остов), коллоидный комплекс и грязевой раствор. Кристаллический «скелет» состоит из неограниченных частиц размером более 0,01 мм, грубых органических остатков растительного и животного происхождения (гипс, кальцит, доломит, фосфаты, силикатные и карбонатные частицы и др.). Коллоидный комплекс – тонкодисперсная часть грязи, представленная частицами размером более 0,01 мм (органические вещества, органоминеральные соединения, сера, гидроксиды железа, алюминия и др.). Грязевой раствор -

жидкая фаза грязи, являющаяся наиболее активной в терапевтическом отношении частью пелоида и состоящая из воды и растворимых в ней минеральных солей, органических веществ и газов. Именно содержащиеся в растворе вещества способны в первую очередь на кожу и проникнуть ч/з нее в организм.

По своему происхождению лечебные грязи делятся на четыре основные типа: торфяные, сапропелевые, иловые сульфидные, сопочные.

Торфяные грязи образуются в болотистых местах в результате частичного бактериального разложения простейших растений в условиях обильного увлажнения и слабого доступа кислорода.

Сапропелевые грязи- илы пресных водоемов с высоким содержанием (28-70%) органических веществ и воды, образовавшиеся в результате многократной макро и микробиологической переработки водных растений и животных.

Иловые сульфидные грязи- илы соленых водоемов, относительно бедны органическим веществом (менее 10%) и, как правило, богаты сульфидами железа и водорастворимыми солями.

Сопочные грязи – измельченные полужидкие глинистые образования серого цвета, содержащие мало органических веществ и много микроэлементов. Они образуются в районах с высокой вулканической деятельностью.

В основе действия применяемых наружно лечебных грязей лежит сложное и взаимосвязанное влияние на организм температурного, механического и химического факторов. Высокая теплоемкость, низкая теплопроводимость, незначительная конвекционная способность, присущая грязям, обеспечивают значительное сохранение тепла, постепенную отдачу его организму глубокое проникновение в ткани. В свою очередь это приводит к ускорению обменных и восстановительных процессов. Грязь вызывает активную гиперемии не только кожи, но и глубоко расположенных органов, улучшение кровообращения, изменения проницаемости мембран. Механический фактор проявляется главным образом при назначении общих грязевых процедур. Вызываемое грязевой массой сдавление венных сосудов оказывает влияние на микроциркуляцию и гемодинамику, перераспределение крови в организме, работу сердца и лимфообращение. Химический фактор в действии грязей обусловлен наличием в них биологически активных веществ, которые могут действовать на организм различными путями: а) непосредственно на кожу и ее структуры; б) рефлекторно в следствие химического раздражения экстерорецепторов кожи или некоторых дистальных рецепторов; в) гуморальным путем при проникновении через кожу и циркуляции их в крови.

Как лечебный фактор пелоиды оказывают благоприятное воздействие на функциональное состояние нервной системы, нейрогуморальные процессы, стимулируют иммунные и адаптационные реакции, уменьшают степень сенсibilизации организма. Лечебным грязям присущи выраженные противовоспалительный, рассасывающий, трофико–регенераторный эффекты. Они обладают анальгезирующим действием, а также благодаря

сорбционным свойствам инактивируют патогенные микроорганизмы на поверхности кожи. В месте с тем следует помнить, что грязелечение является высоко нагрузочной процедурой, способной при передозировке или недоучете противопоказаний к нему вызвать обострение основного заболевания и негативные проявления прежде всего со стороны сердечно-сосудистой системы.

ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДИКИ.

1. Грязевые аппликации (общие и местные)
2. Полостное грязелечение (вагинальное, ректальное)
3. Грязеразводные ванны
4. Сочетанные методы с аппаратной ФТ.
 - гальваногрязь
 - электрофорез с грязевым раствором
 - ДДТ грязелечение и т.д.

Показания и противопоказания к грязелечению.

При составлении индивидуальной схемы проведения курса грязевых процедур необходимо учитывать:

- форму
- стадию и остроту течения заболевания
- возраст больного
- состояние ССС.
- наличие сопутствующих нарушений

При заболевании иммунного генеза, когда воздействия на измененную реактивность организма, рассчитывают достичь десенсибилизирующего эффекта; при хронически вяло протекающих патологических процессах при отсутствии противопоказаний обычно рекомендуется назначить энергичное грязелечение (распространенные по площади аппликации или грязевые ванны), более высокая температура лечебной грязи, более частые процедуры. В фазе неполной ремиссии заболевания или активации патологического процесса, при высокой реактивности больного, наличие экссудативных проявлений используют ограниченные по площади аппликации грязи умеренной температуры.

- При последствии травм (рубцовые изменения контрактуры) локализованных патологических процессах внутренних органов применяются ограниченные грязевые аппликации на место поражения или на соответствующую рефлекторную зону.

Основную группу больных, при которых показано грязелечение, составляют болезни воспалительного характера. В этом случае грязелечение, применяют преимущественно в хронической стадии.

Показания к грязелечению

1. Болезни опорно-двигательного аппарата.
2. Болезни нервной системы.
3. Гинекологические заболевания.
4. Урологические заболевания.
5. Болезни органов пищеварения.

6. Хирургические заболевания

Грязные раны в виде повязок, тампонов и компрессов (на срок от 12- 48 часов) оказывают благоприятное действие при лечении фурункулов, карбункулов, панариция, гнойных ран травматического происхождения. Ожоги I, II, III, степени и трофические язвы.

7. Болезни кожи.

- Хронические формы экземы вне стадии обострения;
- ограниченные диффузные нейродермиты;
- ограниченный чешуйчатый лишай;
- псориаз в стационарной и регрессивной стадии;
- ихтиоз
- остаточные явления после ожогов и отморожений
- некоторые рубцы
- расстройство трофики

8. Болезни органов дыхания.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

1. Острые воспалительные процессы и хронические процессы в стадии выраженного обострения.
 2. Инфекционные заболевания в острой и заразной стадии (в том числе венерические).
 3. Все сроки беременности.
 4. Психические заболевания.
 5. Резко выраженное истощение организма.
 6. Болезни крови.
 7. Выраженный тиреотоксикоз.
 8. Туберкулез всех органов.
 9. Кровотечения и склонность к ним.
 10. Заболевания ССС с СН II и III стадии.
 11. Злокачественные новообразования.
 12. Миомы, миофибромы, кисты яичников.
 13. Нарушение менструальной функции по типу метрорагий, дисфункциональные маточные кровотечения.
 14. Хронические воспалительные заболевания женской половой системы, протекающие с выраженным гипертонусом и дискоординацией маточных труб.
 15. Хронические воспалительные заболевания женской половой системы, осложненные нарушением функций яичников (выраженная гиперэстрогемия).
 16. Хронические воспалительные заболевания гениталий с выраженной гипофункцией яичников.
 17. Цирроз печени, хронические гепатиты.
- При направлении на грязевой курорт больных с кожными заболеваниями, показанными, грязелечению не следует направлять лиц, у которых имеются:
- грибковые поражения волосинкой части головы, гладкой кожи, ногтей, глубокие микозы.
 - чесотка и другие паразитарные заболевания кожи.

- гематодермии
- фотодерматозы

Грязелечение несовместимо (в связи с контрастным действием) ванны и души низких температур, морские купания, аэро и гелио процедуры при низкой температуре воздуха.

- С интенсивными грязевыми процедурами не рекомендуется применять в один и тот же день общие минеральные и газовые ванны, ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах.

ТЕПЛОЛЕЧЕНИЕ.

1. Парафинолечение:

Парафин – продукт перегонки нефти – представляет собой смесь высокомолекулярных углеводов. Он обладает высокой теплоемкостью, очень малой теплопроводимостью. Расплавленный парафин при нанесении на кожу быстро застывает, образуя на ней пленку, температура которой вскоре начинает приближаться к температуре кожи, что защищает ее от высокой температуры лежащих выше слоев парафина. При застывании парафин выделяет затраченное на него плавление тепло, а потому кожа под парафином оказывается длительное время под действием высокой температуры. Теплоудерживающая способность парафина выше, чем иловых и торфяных грязей и несколько ниже, чем озокерита.

Малая теплопроводимость позволяет применять без всяких ощущений для больного высокие температуры парафина (55-60 с, а иногда и 70 с). В основе физиолечения влияния парафина на организм лежит его тепловое действие. При использовании недостаточно очищенного парафина (имеющего хотя бы небольшую примесь минеральных масел) к тепловому действию может присоединиться и химическое.

Для лечебных целей применяют очищенный белый медицинский парафин, лишенный всяких примесей, с температурой плавления 52-55 с.

Парафин должен быть полностью обезвожен. Плавят парафин на водяной бане, нагревая его до температуры 65-100 с. Измеряют температуру парафина специальным химическим термометром с делениями до 120 с.

Для нагревания парафина используют парафинонагреватель с электроподогревом. Этот же прибор предназначен для нагревания озокерита.

МЕТОДИКИ ПАРАФИНОЛЕЧЕНИЯ.

1. МЕТОДИКА НАСЛАИВАНИЯ:

Расплавленный парафин температура 55-65 с наносят на соответствующую поверхность кожи плоской малярной кистью слоем 1-2 сантиметра. Затем участок тела, подвергающийся воздействию парафином, покрывают компрессной клеенкой или вощаной бумагой и укутывают одеялом или специальными валиками. Температура такой аппликации около 50 с.

2. МЕТОДИКА ПАРАФИНОВОЙ ВАННЫ:

Кисть или стопу сначала обмазывают парафином температура 50-55 с, а затем погружают в деревянную ванну или клеенчатый мешок, наполненный расплавленным парафином температура 60-65 с.

3. САЛФЕТНО – АППЛИКАЦИОННАЯ МЕТОДИКА:

После нанесения на кожу по первому способу 1-2 слоев парафина (до толщины 0,5 см) накладывают марлевую салфетку, сложенную в 8-10 слоев, смоченную в парафине температура 65-70 с и слегка отжатыю, салфетку покрывают клеенкой и затем одеялом или ватником.

4. КЮВЕТНО – АППЛИКАЦИОННАЯ МЕТОДИКА:

Расплавленный парафин разливают в кюветы (глубина 5 см) выложенные медицинской клеенкой. Толщина слоя парафина в кювете должна быть 1-2 см. Застывший он еще мягкий парафин вымывают из кюветы вместе с клеенкой и накладывают на участок тела, подлежащий воздействию, и за тем все покрывают одеялом или специально сделанным для этой цели ватником .

Процедуры парафинолечением проводятся от 30-60 мин проводят через день или ежедневно. Всего на курс лечения 12-20 процедур отдыхать после процедуры следует не менее 30-40 мин.

Каждая методика имеет свои преимущества и недостатки. При наложении парафина на небольшие участки, особенно с неровной поверхностью тела, лучше всего пользоваться методикой наслаивания. Методика парафиновой ванны удобна для суставов рук и ног, 3 и 4 методики используют более широкое применение. Их чаще используют тогда, когда парафин нужно нанести на сравнительно ровные поверхности, раствор может быть различным.

Во избежание ожога участок тела, подвергающийся воздействию, должен быть абсолютно сухим. Чтобы волосы не прилипали к остывавшему парафину, их предварительно сбривают или кожу смазывают вазелином.

Для лечения ожогов, ран и язв пользуются парафина – масляной смесью, края состоят из простерилизованного парафина (75%) и витаминизированного рыбьего жира или хлопкового масла (25%).

Парафин можно применить и повторно, но при условии предварительной его стерилизации. С этой целью парафин нагревают до 120 с и держат его при этой температуре 10-15 мин. Для восстановления пластических свойств парафина в него необходимо каждый раз добавлять 10-15% свежего парафина.

Показания к парафинолечению:

1. Различные заболевания и травмы опорно – двигательного аппарата (суставы, кости, мышцы) закрытые, открытые переломы, вывихи (после вправления) спортивные травмы.
2. Ожоги, язвы.
3. Заболевания периферической нервной системы.
4. Рубцовые изменения кожи после химических и термических ожогов.
5. Некоторые заболевания кожи нейродермит, дермотозы

Противопоказания к парафинолечению общие, что и к теплолечению.

Санаторно-курортное лечение.

Санаторно-курортное лечение занимает особое место в этапной терапии, реабилитации, первичной и вторичной профилактике самых различных заболеваний и представляет собой комплекс разнообразных воздействий на организм. Это факторы новой внешней среды (прежде всего ландшафтный), специальные курортные факторы (минеральные воды, лечебные грязи,

климат) и прочие факторы (физиотерапия, лечебная физкультура, диетотерапия), а также отдых, перемена обстановки, определенный режим. Высокая терапевтическая эффективность этого метода лечения объясняется использованием:

1. Естественных физических факторов, с которыми в процессе своего развития организм человека постоянно взаимодействует;

2. Движения – этой важнейшей биологической потребности человеческого организма, т.е. адекватных раздражителей. Кроме того, они создают благоприятный фон для других средств лечения.

Курорт (в переводе с немецкого «лечебное место») – местности, обладающие природными лечебными средствами (минеральные источники, месторождения лечебной грязи, морские купания, климатические особенности), благоприятными для лечения больных и используемые в соответствующих учреждениях (ванные здания, бюветы, грязелечебницы, пляжи, санатории). Основным лечебным учреждением на курортах является санаторий. Следовательно, санатории – это стационарные лечебно-профилактические учреждения, в которых воздействие на организм достигается специальным гигиенодиетическим (санаторным) режимом, основанном на широком, строго дозированном использовании следующих факторов: укрепляющего влияния целебных сил природы (воздуха, воды, солнца), режима физической подвижности (чередования покоя и дозированного движения), рационального питания, воздействия на эмоциональную сферу отдыхающих, уклада жизни и специальных культурно-массовых мероприятий, но основным все же является бальнеоклимато-физиотерапия. Первый курорт в России был открыт по указанию Петра I в Липецке.

По характеру природных лечебных средств курорты делят на бальнеологические, грязевые и климатические, но очень часто они являются смешанными. Для обеспечения эффективности лечения природными факторами необходимо соблюдение следующих условий: правильный выбор и рациональная дозировка агентов, дифференцированное применение их в зависимости от исходного состояния организма и формы заболевания, рациональное сочетание физических методов лечения с другими лечебными средствами, правильная методика отпуска процедур и контроль за реакциями больных.

Физиологические реакции организма на климатолечение представляются в улучшении общего состояния, сна, аппетита, эйфории. Нервная система и эндокринный аппарат – тонизирующее действие, появление в крови и тканях продуктов нервного возбуждения (ацетилхолина, симпатина), гормонов. Теплорегуляция – тренировка теплорегуляторных механизмов. Иммунологические реакции – повышение иммунитета и резистентности организма к инфекционным заболеваниям. Внутренние органы – повышение адаптации, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Кожа – усиление барьерных свойств, бактерицидного действия и регенеративных процессов. Обмен веществ – тенденция к

нормализации. Кровь – увеличение эритроцитов, гемоглобина, усиление фагоцитоза. Наряду с неспецифичностью действия климатических факторов (улучшение функциональной деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, механизмов терморегуляции, обмена веществ, снятие повышенной раздражительности и утомляемости), отмечается и специфичность в действии отдельных компонентов климата. Так, при воздушных ваннах, морских купаниях – закаливающий эффект, при солнечных облучениях – влияние на обменные и иммунологические процессы благодаря образованию вит Д₃ и других биологически активных веществ, при длительной аэрогелиотерапии – улучшение окислительных процессов.

Различают 3 основных вида климатолечения: аэротерапию (лечение воздухом), гелиотерапию (лечение солнцем) и талассотерапию (лечение морем). Основной формой климатолечения аэротерапия в виде прогулок, сна и игр на свежем воздухе стимулирует жизненную функцию организма, улучшает окислительные процессы, успокаивает нервную систему. Гелиотерапия – дозированные солнечные ванны с частичным и полным обнажением тела, при которых на организм воздействует прямая и рассеянная солнечная радиация. Талассотерапия – наиболее активная форма климатолечения, при которой, помимо морских купаний, на организм действует морской воздух, гидроаэроионы, солнечная радиация. Как любые терапевтические процедуры климатолечение дозируется: в основе два принципа – принцип щажения и принцип тренировки. Причем, режим климатолечения строится по принципу постепенного увеличения нагрузки – от щадящего к тренирующему в строгом соответствии с индивидуальными особенностями, характером заболевания, стадией болезни, а также степени его тренированности.

Курорты Красноярского края: О.Шира, О.Учум, Красноярское Загорье.

Общие противопоказания к санаторно - курортному лечению.

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения или осложненные острогнойными процессами.
2. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
3. Все венерические заболевания в острой или заразной форме.
4. Психические заболевания все, эпилепсия.
5. Злокачественные новообразования (после радикального лечения при удовлетворительном состоянии больные могут направляться только в местные санатории).
6. Все болезни крови в острой стадии и стадии обострения.
7. Кахексия любого происхождения.
8. Все больные, требующие стационарного лечения или хирургического вмешательства, также не способные к самостоятельному передвижению, нуждающиеся в постоянном уходе (кроме спинальных больных направления в специальные санатории).
9. Эхинококк любой локализации.
10. Часто повторяющиеся кровотечения различного происхождения.

11. Все формы туберкулеза в активной стадии (кроме специальных санаториев)

Роль сестринской службы в проведении реабилитации на курортах, внедрение новых сестринских технологий (сестринский процесс).

Средний медицинский персонал (медицинские сестры, инструкторы ЛФК, физиосёстры, диетсёстры и др.) на курортах работают во всех подразделениях – на посту, столовой, водогрязелечебнице, физиокабинетах, кабинетах ЛФК и массажа и т.д. В каждом кабинете (отделении) они выполняют свои должностные обязанности. Большая роль отводится просветительской работе, а именно пропаганде физических факторов курорта и их лечебном действии на организм человека. Это выпуск санитарных бюллетеней, беседы, круглые столы с отдыхающими.

6. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Действующими факторами курортов являются:

- А. Минеральная вода
- Б. Пелоиды
- В. Климат
- Г. Преформированные физические факторы

2. Больных с патологией бронхолегочной системы направляют на курорты:

- А. Климатические
- Б. Грязевые
- В. Бальнеоклиматические

3. Какие из климатических факторов назначают в реабилитации больных с заболеваниями дыхательной системы:

- А. Аэротерапия
- Б. Талассотерапия
- В. Дозированная гелиотерапия

4. В реабилитации каких заболеваний используют грязелечение:

- А. Заболевания опорно-двигательного аппарата
- Б. Гинекологические заболевания
- В. Урологические заболевания
- Г. Все перечисленное

5. Грязелечение показано в реабилитации следующих

заболеваний:

- А. Остеохондроз позвоночника
- Б. Грипп
- В. Остеоартроз коленных суставов
- Г. Аднексит в стадии ремиссии

6. Грязелечение противопоказано при:

- А. ОРЗ
- Б. Острый бронхит
- В. Остеоартроз коленных суставов
- Г. Хронический простатит

7. Лечебные методики пелоидотерапии:

- А. Грязеразводные ванны
- Б. Накожные аппликации
- В. Вагинальное грязелечение
- Г. Ректальное грязелечение

8. В реабилитации, каких заболеваний показано грязелечение:

- А. Язвенная болезнь желудка
- Б. Долечивание после острой пневмонии
- В. Острый аднексит
- Г. Острый панкреатит

9. Лечебные эффекты пелоидотерапии:

- А. Противовоспалительные
- Б. трофический
- В. спазмолитический
- Г. все перечисленное

10. Обязанности медицинской сестры в отделении (кабинете) грязелечения:

А. Выполнять назначения врача

Б. Выполнение лечебной методики

В. Заполнение документации

Г. Следить за техникой безопасности в отделении

Ситуационные задачи:

Задача № 1. Пациент К. 40-ка лет с DS: остеоартроз коленных суставов. Давность заболевания два года. Физиопроцедуры не принимал. На данный момент отмечает боли механического характера, синовита не отмечается. В анализах крови воспалительного сдвига нет.

Вопросы:

1) Показано ли на данный момент грязелечение?

2) Какие методики грязелечения может рекомендовать медсестра в реабилитации данного пациента?

3) Какие курорты сибирского региона может рекомендовать медсестра в реабилитации данного пациента?

Задача № 2. Больная К. 35-ти лет с Диагнозом: Первичное бесплодие.

Хронический сальпингоофорит. Давность заболевания 3 года. Из физических факторов получала лазеротерапию, лекарственный электрофорез, СМТ терапию. На данный момент воспалительных явлений нет. Анализы крови и мазок без особенностей.

Вопросы:

1) Можно ли в данный момент назначить грязелечение?

2) Какие методики грязелечения может рекомендовать медсестра в реабилитации данного пациента?

3) С какими другими физическими факторами можно сочетать пелоидотерапию?

7. Список тем по УИРС.

1. Лечение остеохондроза на курорте «О. Шира».

2. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда на курорте «Красноярское Загорье».

3. Лечебное воздействие минеральной воды при заболеваниях желудка на курорте «О. Учум».

4. Промывания — орошения кишечника. Показания, методика проведения, лечебные эффекты.

1. Тема № 7: Метод ЛФК. Средства и формы ЛФК. Принципы построения занятий ЛФК. Методы контроля. Алгоритм назначения средств ЛФК.

2. Значение изучения темы: Актуальность занятия данной темы характеризуется тем, что ЛФК имеет большое значение в реабилитации различных заболеваний и назначается на всех этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о проводимых методиках ЛФК

знать: общее понятие о лечебной физкультуре, как науке, основных этапах истории развития, механизмах физиологического и лечебного действия ЛФК, средства ЛФК, организацию работы кабинетов ЛФК, документацию,

формы и средства ЛФК. Показания и противопоказания к назначению ЛФК.

уметь: собрать информацию, оценить состояние пациента, определить приоритетную проблему, сформулировать ее в форме сестринского диагноза, определить показания и противопоказания к назначению ЛФК.

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Лечебная физическая культура - основное средство физической реабилитации. Направления использования ЛФК. Сущность метода, биологическая основа ЛФК.

2. Дозированная физическая тренировка - основа ЛФК. Общие правила дозированной физической тренировки. Средства ЛФК.

3. Физические упражнения, как основное средство ЛФК. Разновидности физических упражнений. Спортивно-прикладные упражнения и игры. Формы применения ЛФК: лечебная гимнастика, утренняя гигиеническая гимнастика, оздоровительный бег, "дорожки здоровья", ближний туризм, спортивные упражнения, игровые занятия.

4. Принципы дозирования физической нагрузки и периоды в ЛФК.

Принципы построения частных методов в ЛФК.

5. Материальная база кабинета ЛФК, отделения ЛФК. Оборудование кабинетов и отделений. Кадры.

6. Массаж. Определение, виды массажа. Механизм физиологического и лечебного действия на организм, показания и противопоказания к реабилитации.

7. Классический ручной массаж- механизм физиологического и лечебного действия на организм, показания и противопоказания к реабилитации.

8. Методика проведения процедуры. Технические средства оснащения. Роль сестринской службы.

ЛФК – в комплексной реабилитации пациентов.

ЛФК – научно-практическая, медико-педагогическая дисциплина, изучающая основы и методы использования средств физической культуры для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний.

Особенности метода ЛФК

1. В качестве сильного лечебного средства используют физические упражнения
– мощный стимулятор жизненных функций организма человека.
2. Физические упражнения способны избирательно влиять на разные функции организма, что очень важно при учете патологических проявлений в отдельных системах и органах.
3. ЛФК – метод патогенетической терапии, систематическое применение физических упражнений способно влиять на реактивность организма и патогенез заболевания.
4. ЛФК – метод активной функциональной терапии, тренирует и приспособливает организм больного к возрастающим физическим нагрузкам.
5. ЛФК – метод общего воздействия на весь организм больного.
6. ЛФК – метод восстановительной терапии, используется в реабилитации различных заболеваний, как самостоятельно, так и с другими методами.
7. ЛФК – процесс дозированной тренировки физических упражнений.

Различают *общую* и *специальную* дозированную тренировку.

Общая – применяется для оздоровления, укрепления и общего развития организма. При этом используются общеукрепляющие и общеразвивающие физические упражнения.

Специальная – направлена на развитие функций и восстановление органа, вовлеченный в патологический процесс. Применяются специальные упражнения, которые непосредственно влияют на пораженную систему, орган.

Например: дыхательные упражнения при пневмонии; упражнения для разработки парализованных конечностей.

Механизм физиологического и лечебного действия физических упражнений.

Физические упражнения рассматриваются как неспецифический раздражитель (стимулятор), обуславливающий общую реакцию организма. Механизм ее формирования нервно-гуморальный.

1. Поток нервных импульсов, идущий от проприорецепторов опорно-двигательного аппарата во время физических упражнений, вовлекает в ответную реакцию все звенья нервной системы, включает кору головного мозга.
2. При выполнении физических упражнений в мозге формируется так называемая «доминанта движения», которая благодаря усилению различных рефлекторных связей способствует более согласованному функционированию основных систем организма.

3. Нервный механизм дополняется гуморальным, основанном на стимуляции деятельности эндокринных желез и поступлению в кровь продуктов мышечной деятельности.

4. В целом под влиянием дозированных физических нагрузок активируется дыхание, кровообращение, обмен веществ, улучшается функциональное состояние нервной, мышечной систем и др.

В лечебном действии физических упражнений различают 4 основных механизма:

- тонизирующий
- трофический
- формирования компенсации
- нормализации функций

1. **Тонизирующее** действие считается основным. Физические упражнения оказывают как общее тонизирующее действие на организм, так и целенаправленно повышают тонус органов, у которых он снижен. Следует отметить важность положительных эмоций (бодрость, радость, удовольствие), вызываемых физическими упражнениями.

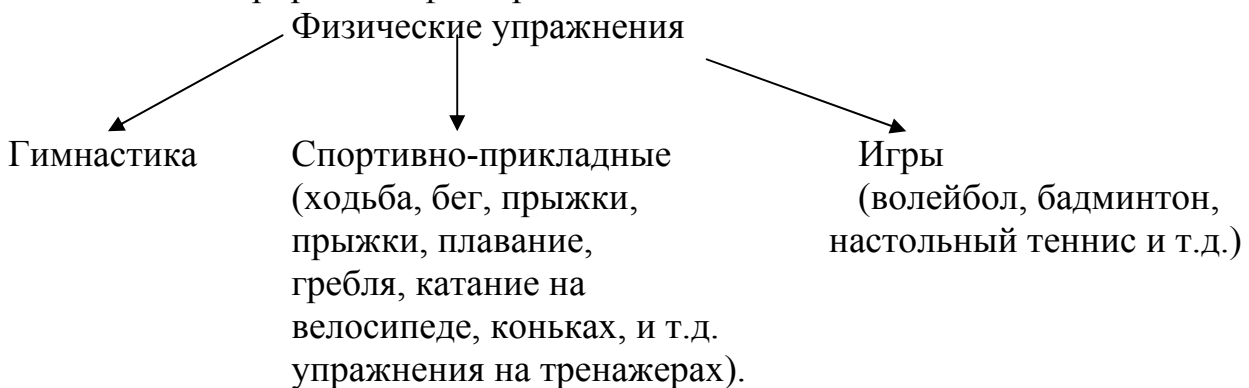
2. **Трофическое** действие основано на активизации обменных процессов в мышцах, внутренних органах. Улучшается кровообращение, дыхание и трофика различных органов. Происходит более быстрое рассасывание погибших тканевых элементов, более быстрое заживление ран.

3. **Компенсация** представляет собой временное или постоянное замещение нарушенных функций. Так, например, при нарушении функции дыхания занятия ЛФК способствуют выработке и закреплению компенсаций за счет автоматически углубленного дыхания, тренировки сердца, повышения количества эритроцитов и гемоглобина в крови, более экономично протекающих окислительных процессов в тканях.

4. **Нормализация функций** основана на способности регулярных физических упражнений тормозить или полностью устранять сформировавшиеся во время болезни патологические связи и способствует восстановлению нормальному функционированию пораженного органа и всего организма, как единого целого.

СРЕДСТВА И ФОРМЫ ЛФК

Основными средствами ЛФК являются физические упражнения и естественные природные факторы.



Основной формой применения ЛФК является процедура лечебной гимнастики (ЛГ).

Преимущества:

1. Располагая большим выбором физических упражнений, она может использоваться в любом возрасте, почти при каждом заболевании и в любых условиях: в палате, постели больного, кабинете ЛФК, воздухе, воде.
2. Процедуры ЛГ проводятся индивидуальными, групповыми, самостоятельными. Для достижения положительных результатов ЛГ необходимо придерживаться следующих принципов.
3. Следует использовать постепенность и последовательность, повышение и понижение нагрузки.
4. Каждое упражнение выполняют ритмично с постепенным возрастанием объема движений.
5. В промежутках между гимнастическими упражнениями для снижения физической нагрузки вводят дыхательные упражнения.
6. В процессе лечебного курса необходимо ежедневно частично обновлять и усложнять упражнения.
7. При проведении ЛГ следует уделять особое внимание положительным эмоциям, использовать музыку.

Продолжительность одного занятия ЛГ (15 – 45 минут) зависит от степени физической тренированности.

Одно занятие состоит из 3 разделов.

1. Вводный (5 – 10 мин., 15%) – используются элементарные гимнастические и дыхательные упражнения общего характера с задачей постепенной адаптации организма к физическим нагрузкам основного раздела.
2. Основной (25 – 30 мин., 70%) – используются все необходимые средства ЛФК с задачей осуществления частной методики ЛФК.
3. Заключительный (5 – 10 мин, 15%) – используют элементарные упражнения в чередовании с дыхательными с задачей постепенного снижения физической нагрузки.

ФОРМЫ ЛФК НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

1. Строгий постельный режим назначают тяжело больным. Из форм ЛФК применяют пассивные упражнения неполной и полной амплитуды по 2-3 раза в день в течение 5-10 мин. и статическое глубокое дыхание.
2. Расширенный постельный режим назначается при общем удовлетворительном состоянии. Лечебная гимнастика проводится 1 раз в день по 15-20 мин (дыхательные упражнения + для конечностей).
3. Палатный режим характеризуется пребыванием вне постели до 50% всего времени бодрствования:
 - медленная ходьба 60 шагов в мин до 100 – 150 м.;
 - лечебная гимнастика в положении сидя, лежа, стоя;
 - гимнастические упражнения для мышц туловища.
4. Свободный режим допускает:
 - свободное передвижение по отделению, ходьбу по лестнице с 1 по 3 этаж с отдыхом на площадке каждого из них;

- дозированная ходьба;
- лечебная гимнастика 1 раз в день 20-30 мин, малоподвижные и подвижные игры.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, САНАТОРИЙ

1. Щадящий режим, мало, чем отличается от свободного режима стационара и включает -ходьбу, ЛГ, плавание.

Спортивные игры, экскурсии, туризм – запрещены.

2. Щадяще-тренирующий режим – упражнения большей интенсивности и длительности:

- широко используется дозированная ходьба (средний и быстрый темп);
- лечебная гимнастика;
- спортивные игры;
- плавание, лыжи, катание на лодках;

3. Тренирующий режим назначают лицам без выраженных отклонений в состоянии здоровья и физического развития:

- дозированная ходьба;
- бег;
- спортивные игры;
- физические упражнения общей физической подготовки.

ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСОВ ЛФК

При составлении комплекса занятий ЛФК необходимо учитывать:

- диагноз (основной и сопутствующий);
- физическое развитие и степень подготовки больного;
- пол, возраст, профессию;
- определяются задачи ЛФК, с учетом которых выбираются исходное положение (ИП), систематизируются специальные и общеукрепляющие упражнения, их соотношения с дыхательными;
- указывается темп, число повторений, время.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАНЯТИЙ ПО ЛФК

1. Кабинеты и залы ЛФК, открытый воздух, вода (бассейн, открытый водоем – озеро, море, река);

2. Назначает врач, имеющий специализацию по ЛФК (заполняет направление 042/у после осмотра).

3. Проводит занятия методист-инструктор, медицинская сестра;

4. Оснащение кабинетов и залов ЛФК:

- гимнастические скамейки
- стенки
- палки
- кольца, булавы, мячи, обручи.
- тренажёры, велоэргометры.

5. Должны быть:

- весы
- угломер
- динамометр
- сантиметровая лента
- АД аппарат

- магнитофон

- аптечка для оказания первой медицинской помощи

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК

Показания очень большие, практически все заболевания и травмы. Эффект ЛФК повышается при более раннем использовании в комплексном лечении.

1) ЛФК является универсальным методом реабилитации пациентов различных возрастных категорий;

2) Различные формы ЛФК назначаются на всех этапах медицинской реабилитации;

3) ЛФК активно назначается в комплексе с физиотерапией и массажем и другими видами реабилитации (медицинская, социальная, психологическая и т.д.).

Противопоказания в большинстве имеют временный характер.

- отсутствие контакта с больным вследствие его тяжелого состояния или нарушения психики;

- кровотечение любой этиологии;

- сильные боли различного генеза;

- повышение СОЭ и выраженный лейкоцитоз;

- злокачественная гипертония, повышение АД до 220/120 мм рт. ст., частые кризы;

- выраженная гипотония;

- тахикардия в покое;

- злокачественные новообразования до радикального лечения;

- острый период заболевания;

- лихорадка.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛФК У ЛИЦ СРЕДНЕГО(45-59 лет) И ПОЖИЛОГО (60-74 г.) ВОЗРАСТА.

С возрастом происходят существенные изменения в организме:

- снижаются окислительно-восстановительные процессы;

- в сосудах развивается склероз;

- в легких пневмосклероз и эмфизема, следовательно, снижается легочная вентиляция, ЖЕЛ,

- снижается эластичность связочного аппарата и подвижность суставов.

Назначение различных методик ЛФК базируется на общих методических принципах, но и имеет ряд особенностей:

1. Дозировка ниже;

2. Применяют упражнения малой и средней интенсивности

с достаточно широкой амплитудой движения, выполняют плавно;

3. Особое внимание на выработку и постановку правильного дыхания;

4. Строго соблюдать принцип повышения нагрузки, повышения паузы для отдыха.

5. Исключаются упражнения с резкими поворотами и вращениями головы, элементами натуживания, запрокидывания головы.

6. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. В реабилитации, каких заболеваний используют методики ЛФК?

- А. Сколиоз
- Б. Остеохондроз
- В. Выраженная гипотония
- Г. Лихорадка

2. В реабилитации, каких заболеваний используют методики ЛФК?

- А. Желудочное кровотечение.
- Б. Диффузионно-токсический зоб
- В. Перелом (после снятия голени гипсовой повязки)
- Г. Остеоартроз коленных суставов

3. Противопоказания к назначению ЛФК:

- А. Тахикардия в покое
- Б. Выраженная гипотония.
- В. Стойкая гипертензия
- Г. Все перечисленное

4. Противопоказания к назначению ЛФК:

- А. Злокачественные новообразования до радикального лечения
- Б. Кровотечения любой этиологии
- В. Отсутствие контакта с больным
- Г. Хронический сальпингофорит с стадии ремиссии

5. Кто проводит занятия ЛФК?

- А. Медсестра инструктор ЛФК
- Б. Медсестра терапевтического отделения

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Пациентка П. 45 лет находится на стационарном лечении с Диагнозом: Остеоартроз коленных суставов. Беспокоят боли механического характера (при физической нагрузке), отмечаются явления синовита (покраснение, отечность суставов). Больная получает необходимый объем медикаментозного лечения.

Вопросы:

1. Можно ли назначить методики ЛФК в данной ситуации при синовите?

В. Акушерка женской консультации

6. В реабилитации детей, при каких заболеваниях можно назначить

методики ЛФК:

- А. Нарушение осанки
- Б. Ночной диурез
- В. Пневмонии
- Г. Все перечисленное

7. Оснащение кабинета ЛФК:

- А. Рабочий стол медсестры
- Б. Тонометр, фонендоскоп
- В. Аптечка для оказания первой помощи
- Г. Мячи, кольца, и др. средства
- Е. Все перечисленное

8. Оснащение кабинета ЛФК:

- А. Гимнастические скамейки
- Б. Тренажер
- 8. Кольца, булавы, обручи
- Г. Все перечисленное

9. Виды физических упражнений:

- А. Гимнастика
- Б. Игра
- В. Спортивно-прикладные упражнения
- Г. Все перечисленное

10. Формы ЛФК:

- А. Дозированная ходьба
- Б. Терренкур
- В. Оздоровительный бег
- Г. Все перечисленное

Ответы на тесты:

2. Какие методики ЛФК может рекомендовать медсестра после купирования явлений синовита?
3. В чем будет заключаться реабилитация после выписки из стационара.

Задача № 2

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника. Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1. Можно ли в данной ситуации назначить методики ЛФК?
2. Какие методики ЛФК может рекомендовать медсестра после купирования болевого синдрома?
3. На каком этапе медицинской реабилитации целесообразно назначить плавание в бассейне?
4. Какие курорты Сибирского региона может рекомендовать медсестра в дальнейшей реабилитации.

7. Список тем по УИРС.

1. ЛФК в реабилитации больных с остеоартрозом коленных суставов
2. ЛФК в реабилитации больных с бронхиальной астмой
3. Дыхательная гимнастика больных с острой пневмонией
4. ЛФК в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда
5. ЛФК в реабилитации больных с гипертонической болезнью

Тема № 8: Метод массажа. Виды, лечебное действие на организм, показания к реабилитации.

2. Значение изучения темы: актуальность данной темы характеризуется тем, что различные виды массажа имеют большое значение в реабилитации различных заболеваний и назначаются в любом возрасте на всех этапах медицинской реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: о проводимых методиках массажа

знать: виды классического массажа, лечебные эффекты, общие правила и методику проведения массажа.

уметь: собрать информацию, оценить состояние пациента, определить приоритетную проблему, сформулировать ее в форме сестринского диагноза, определить показания и противопоказания к назначению массажа.

5. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1.Массаж. Определение, виды массажа.

2.Механизм физиологического и лечебного действия на организм, показания и противопоказания к реабилитации.

3. Классический ручной массаж- механизм физиологического и лечебного действия на организм, показания и противопоказания к реабилитации.

4. Методика проведения процедуры. Технические средства оснащения.

5.Роль сестринской службы.

МАССАЖ

Массаж - комплекс приемов дозированного механического воздействия на организм человека, проводимых руками или с помощью специальных аппаратов с целью восстановления функций, лечения и профилактики заболеваний.

Массаж в сочетании с физиотерапией, ЛФК является составляющей частью медицинской физической реабилитации на всех её этапах. Кроме того, массаж - важнейший компонент физического воспитания, прекрасное средство гигиены тела и профилактики заболеваний.

ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ

1.Лечебный массаж при заболеваниях и травмах, основу составляет классический массаж.

2.Гигиенический массаж - активное средство укрепления здоровья, повышение общего уровня функционального состояния организма.

3.спортивный массаж - в период тренировок спортсменов для повышения их работоспособности, подготовки к нагрузкам.

4.Косметический массаж - улучшить состояние кожи, предупредить её старение.

5.Рефлекторный массаж

-Сегментарный

-Точечный (Китай, акупунктура, воздействие на органы, биологически активные точки) и ткани, рефлекторно связанные с патологическим очагом и преимущественно иннервируемые теми же сегментами спинного мозга (Захарьина-Геда)

6.Аппаратный массаж осуществляют с помощью специальных аппаратов и устройств.

6.1. вибрационный (с помощью аппаратов-вибраторов)

6.2. водный (подводный душ-массаж)

6.3 вакуумный массаж (чередование зон повышения и понижения давления воздуха на теле больного с помощью аппаратов или барокамеры (баночный массаж).

7.Самомассаж - выполнение массажных воздействий на самом себе, применение в рамках спортивного, гигиенического и лечебного массажа.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ

В основе действия массажа лежит сложная реакция, обусловленная 3 факторами:

- нервно-рефлекторным;
- гуморальным;
- механическим воздействием.

Характер массажа определяется тремя компонентами (силой, темпом и длительностью).

Сила — давление рук на тело человека. Сила большая - глубокий массаж, средняя и малая - поверхностный массаж.

Темп - может быть быстрым, средним и медленным. Быстрый темп - повышает возбудимость нервной системы, медленный темп — понижает возбудимость нервной системы.

Нормальная или адекватная реакция организма на воздействие массажа проявляется приятным ощущением согревания тканей, снятием их напряжения, снижения болей, улучшением общего самочувствия.

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ МАССАЖА

1. Влияние на нервную систему (тормозной или возбуждающий эффект).
2. Влияние на кожу - улучшает кровообращение и трофические процессы в коже, повышает эластичность и упругость.
3. Оказывает общеукрепляющее влияние на мышечную систему, нормализует тонус, эластические свойства мышц, улучшается сократительная функция.
4. Оказывает воздействие на суставно-мышечный аппарат, повышает эластичность и подвижность связочного аппарата, рассасывает отёки, активизирует местное кровообращение, снижает болевой симптом.
5. Влияние на дыхательный аппарат — улучшается функция внешнего дыхания, снижается бронхоспазм и воспалительные явления в бронхах и легких, стимулируется отхождение мокроты.
6. Влияние на ССС - умеренное расширение периферических сосудов и перераспределение крови в тканях, что облегчает работу сердца, улучшает кровоснабжение и сократительную способность сердечной мышцы, устраняет застойные явления в большом круге и малом кругах кровообращения.
7. Влияние на обмен веществ - улучшается функция эндокринных желез, повышается концентрация в крови гормонов надпочечников, щитовидной железы и яичников.

Физиологическое действие массажа прежде всего проявляется в ускорении циркуляции лимфы, массирующее движение проводят по ходу тока лимфы в сторону ближайших лимфатических узлов.

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ РУЧНОГО КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

В практике ручного лечебного (классического) массажа выделяют 4 основных массажных приема:

- поглаживание;
- растирание;

- разминание;
- вибрация.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ РУЧНОГО КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

- все приемы массажа выполняют по ходу лимфатических путей, по направлению к ближайшим лимфатическим узлам;
- для достижения наибольшего эффекта массаж следует проводить при максимальном расслаблении;
- чистота кожи;
- массируемый участок должен быть максимально обнажен;
- для того, чтобы кожа была достаточно скользкой и для усиления массажного эффекта применяют различные смазывающие вещества - кремы, мази
- отдых после массажа в течение 15-30 мин;
- если под действием массажа самочувствие пациента ухудшилось или возникли другие неприятные ощущения, время и интенсивность массажа снижают или массаж временно прекращают.

МЕТОДИКИ НАЗНАЧЕНИЯ РУЧНОГО КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

Время в зависимости от показаний от 3 (5мин) до 60 мин. Назначают ежедневно, ч/день в зависимости от возраста, диагноза; 10-15-20 процедур на курс, перерывы между курсами от 10 дней до 2-3 месяцев.

ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАССАЖА

Массаж является мощным средством лечения, реабилитации и профилактики при различных заболеваниях и травмах человека.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- Заболевания и последствия травм центральной и периферической нервной системы;
- Заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата;
- Заболевания ССС;
- Заболевания органов дыхания;
- Хронические заболевания органов пищеварения;
- Заболевания органов малого таза у женщин и мужчин;
- Заболевания кожи;
- Болезни обмена веществ.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Острые воспалительные процессы;
- Лихорадка;
- Кровотечения;
- Гнойные процессы любой этиологии;
- Заболевания кожи, ногтей, волосистой части головы инфекционной, грибковой и невыясненной этиологии;
- Бородавки;
- Различные кожные высыпания;
- Трещины кожи, ссадины, трофические язвы;
- Острый тромбоз;
- Значительное варикозное расширение вен;

- Доброкачественные и злокачественные опухоли до их хирургического лечения;
- Системные болезни крови;
- Активный туберкулез;
- Выраженная сердечная и дыхательная недостаточность;
- ОРЗ и другие инфекции;
- Кахексия.

У детей показания и противопоказания аналогично взрослому контингенту

6. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. В реабилитации каких заболеваний назначают массаж:

- А. Остеохондроз
- Б. Гипертоническая болезнь
- В. Активный туберкулез легких
- Г. Артроз коленных суставов

2. В реабилитации детей при каких заболеваниях можно назначить классический массаж?

- А. Пневмония в фазе разрешения
- Б. Вегетососудистая дистония
- В. Последствия родовой травмы
- Г. Все перечисленное

3. Противопоказания к назначению массажа:

- А. Диффузная пиодермия кожи
- Б. Кишечное кровотечение
- В. Остеохондроз
- Г. Лихорадочное состояние

4. Виды массажа:

- А. Ручной;
- Б. Аппаратный
- В. Комбинированный
- Г. Все перечисленное

5. Основные приемы классического массажа:

- А. Поглаживание
- Б. Растирание
- В. Разминание

Ситуационные задачи:

Задача № 1 Больная 50 - лет с Диагнозом: Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Назначен классический массаж воротниковой области. В кабинете массажа медсестра при осмотре рабочей области обнаружила высыпания неясного генеза в области воротниковой зоны.

Г. Вибрация

Д. Все перечисленное

6. Механизм действия массажа:

- А. Нервно-рефлекторный
- Б. Гуморальный
- В. Механическое воздействие
- Г. Все верно

7. Характер массажа определяется:

- А. Силой
- Б. Темпом
- В. Продолжительностью
- Г. Все верно

8. Адекватная реакция организма на массаж:

- А. Согревание, снятие напряжения тканей, резкая болезненность
- Б. Согревание, снятие напряжения, уменьшение боли
- В. Согревание, увеличение напряжения тканей, уменьшение боли
- Г. Все верно

9. Факторы механизма действия массажа на организм:

- А. Нейрорефлекторный
- Б. Гуморальный
- В. Механическое воздействие
- Г. Все верно

ВОПРОСЫ:

1. Можно ли начинать делать массаж?
2. Дальнейшая тактика медсестры.

Задача № 2 На приеме у врача пациент 40 - лет с Диагнозом: Остеохондроз пояснично - крестцового отдела. На момент осмотра острые боли купировались, беспокоит скованность в позвоночнике.

ВОПРОСЫ:

1. Можно ли в данной ситуации назначить ручной классический массаж?
2. Какие виды массажа ещё дополнительно может рекомендовать медсестра в реабилитации данного пациента?
3. Какие ожидаемые лечебные эффекты при проведении ручного классического массажа?
4. Принципы дозирования ручного классического массажа.

7.Список тем по УИРС.

1. История развития массажа.
2. Массаж в реабилитации остеохондроза позвоночника.
3. Массаж в реабилитации бронхолегочных заболеваний.
4. Аппаратный массаж: основные показания, противопоказания, лечебные эффекты.
5. Массаж в детской практике.

Тема № 9: Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Значение изучения темы:

Актуальность данной темы характеризуется тем, что в настоящее время во всем мире, России и Красноярском крае в частности самая большая летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому и разрабатываются различные методы и средства реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Цели занятия: На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

Иметь представление: об основных методиках реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

знать - основные принципы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС). Виды реабилитации (медикаментозная, физическая, психологическая, трудовая). Основные клинические синдромы ГБ и ИБС.

уметь - составить реабилитационные программы на этапах медицинской реабилитации по вышеуказанным заболеваниям.

-заполнить карту физической реабилитации

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

- разбор больных
- заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

- решение ситуационных задач
- подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца (ИБС).
2. Виды реабилитации, этапы реабилитации. Классификация тяжести состояния больных - основа для выбора программы реабилитационных мероприятий.
3. Реабилитация больных с инфарктом миокарда.
4. Реабилитация больных с другими формами ИБС.
5. Реабилитация больных после операции аортокоронарного шунтирования.
6. Реабилитация больных с пороками сердца после реконструктивных операций на сердце.
7. Общие вопросы реабилитации. Роль различных аспектов реабилитации на этапах восстановительного лечения. Программы реабилитации.
8. Реабилитация больных с нейроциркуляторной дистонией и гипертонической болезнью сердца.

В настоящее время ССЗ ведут к 1\4 всех случаев летальности в мире – эта самая большая доля среди всех причин смерти.

В России в структуре причин смертности населения

1 место занимают ССЗ (53%)

2 место злокачественные новообразования (16%)

3 место травмы и отравления

Среди причин смертности от ССЗ первое место (ИБС) -48%, 2 место цереброваскулярные болезни.

Факторы риска, влияющие на возникновение ССЗ.

- курение
- гиподинамия
- стрессовые состояния
- гиперлипидемия
- избыточная масса тела
- генетические факторы

Первое (ранговое) по первичной инвалидности в Красноярском крае в течение многих лет занимают болезни системы кровообращения.

- В крае ежегодно регистрируется высокая заболеваемость инфаркта миокарда (1,2 – 1,3 на 1000 населения).

- За последние пять лет отмечен рост заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями.

Реабилитация больных ССЗ.

Широкое распространение ССЗ в современном обществе, высокий процент инвалидизации и временной потери трудоспособности снижении трудовых ресурсов общества, обуславливают большую не только медицинскую, но и

социальную значимость проблемы реабилитации больных кардиологического профиля.

Медицинская реабилитация проводится всеми ЛПУ и назначается различная медикаментозная терапия на этапах, решаются вопросы вторичной профилактики.

Физическая реабилитация.

- своевременная и адекватная активизация больных (раннее назначение лечебной гимнастики, дозированной ходьбы, Л.Ф.К.),

Психологическая реабилитация

Занимает существенное место в системе реабилитации. Изучение характера и выраженности психических нарушений и своевременная их коррекция, одна из задач этого вида реабилитации.

Профессиональная реабилитация включает:

- вопросы трудоустройства
- профессиональное обучение и переобучение
- определение трудоспособности больных составляют предмет профессиональной реабилитации

Социальная реабилитация включает:

вопросы взаимоотношений больного и общества; больного и семьи, социальной защиты.

Социальный работник – это профессионально подготовленный специалист, способный оказать помощь человеку, семье или группе лиц, попавших в трудную для них жизненную ситуацию через:

- информирование
- консультирование
- финансовую помощь
- уход и обслуживание больных и одиноких граждан
- педагогическую и психологическую поддержку

Модели социального обслуживания пожилых.

Социальное обслуживание – включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам в специализированных государственных и муниципальных учреждениях.

Модели сестринского обслуживания:

- социальное обслуживание на дому
- полустационарное обслуживание в отделении дневного пребывания учреждения социального обслуживания
- стационарное обслуживание (проживание в домах интернатах)
- срочная социальная помощь
- разовое оказание материальной помощи
- оказание экстренной психологической помощи
- социальная помощь в оказании временного жилья
- адресная материальная помощь

Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда.

Основные направления:

- соблюдение этапности реабилитации

- комплексное использование всех видов реабилитации
- раннее начало реабилитации с периода пребывания больного в блоке интенсивного наблюдения
- строгая преемственность между реабилитационными фазами
- охват системой реабилитации всех больных ИМ;

Стационарная фаза реабилитации проводится в условиях кардиологического или терапевтического отделения стационара.

Задачи медицинской реабилитации :

достижение положительной динамики и стабилизация клинических состояний, основных инструментальных и биохимических показателей, предупреждение, ликвидация или снижение выраженности осложнений.

Задачи физической реабилитации состоят в том, чтобы больной к концу стационарной фазы реабилитации был подготовлен по своему физическому статусу к переводу в специализированное отделение восстановительного лечения кардиологического санатория.

Основное назначение отдается лечебной гимнастике, что назначается в первые дни заболевания.

Другие формы ЛФК:

- ходьба по палате
- ходьба по коридору
- подъем по лестнице
- на последующем этапах объем физической реабилитации постепенно расширяются.

Основные направления реабилитации больных с артериальной гипертензией.

Актуальность вопроса заключается в том, что больные с АГ и мозговым инсультом помолодели. Причины различные:

- врожденные аномалии сосудов головного мозга
- посттравматические инсульты
- за счет заболевания АГ

Реабилитация больных с АГ.

1.Профилактическая направленность реабилитации (превентивный этап)

Первичной профилактики уделяется большое значение и она должна проводиться уже с подросткового периода, если особенно присутствует наследственная отягощенность.

Первое звено первичной и вторичной профилактики -коррекция факторов риска.

2.Формы профилактической работы

1.Индивидуальные формы: индивидуальное консультирование, индивидуальная беседа; вручение памяток, буклетов и.т.д.; использование изобразительных средств (санитарные бюллетени, плакаты, рисунки, диапозитивы и.д.р.), компьютерных программ; информация по телефону.

2.Групповые формы: лекция, групповая беседа (информация специалиста или обмен мнениями в группе); беседа за «круглым столом» (дискуссия, обмен мнениями специалистов в присутствии слушателей;) дискуссия

специалиста со слушателями), клуб здоровья (объединение людей для совместной деятельности по укреплению здоровья); демонстрация видеозаписи; игра (ролевые, спортивные, деловые, викторины и.т.д.); практическое занятие (формирование гигиенических навыков), тренинги; уроки по охране и укреплению здоровья; курсовое обучение (цикл занятий с однородными группами).

3.Массовые формы: вечер вопросов и ответов; кинолектории; фильмы, видеозаписи, диапозитивы и.т.д.; радиопередача; телепередача; демонстрация фильма; печатные издания (листовка книга); демонстрация наглядных пособий; театрализованное представление; телефонное консультирование; прослушивание тематической звукозаписи; экспонирование (музей, выставки); массовая оздоровительная компания: праздники, декадни, недели, месячник здоровья, выставки, конкурсы, благотворительные акты и.т.д.

Общие правила проведения реабилитации больных с АГ.

- индивидуальный подход
- раннее начало
- этапность
- комплексный подход
- непрерывность реабилитационных мероприятий.

Виды реабилитации.

- медицинская
- физическая
- психологическая
- трудовая
- социальная

Этапы реабилитации.

- превентивный
- стандартные
- амбулаторно-поликлинический
- санаторно-курортный
- метаболический

Общие принципы реабилитации больных с АГ.

- 1) Диетокоррекция (ограничение соли, жидкости)
- 2) Борьба с факторами риска
- 3) Медикаментозная коррекция – препаратов снижающих АД на современном этапе очень много, в аптечной сети, выбор от менее дорогих до дорогих.

Препараты с различными механизмами действия.

Основные группы.

- мочегонные
- В – блокаторы
- ингибиторы АПФ

Дозы назначаются индивидуально в зависимости от стадии ГБ, сопутствующих заболеваний, противопоказаний.

4) Физиотерапия.

Широкий арсенал выбора физических факторов как преформированных так и природных.

Из преформированных физических факторов заслуживает внимания лечение постоянным током (гальванизация +лекарственный электрофорез), а также дарсонвализация, электросон, лазеротерапия и.т.д.

5)Водолечение (различные методики гидробальнеотерапии).

6)ЛФК и различные виды массажа.

7)Санаторно-курортное лечение (Загорье, Белокуриха, Туманный, Шира, Учум).

8) Организация в поликлиниках школ здоровья для больных с АГ, в которых активно могут принимать участие выпускники ФВСО.

6. Задания для уяснения темы занятия:

Тестовые задания по теме:

1. Какие заболевания определяют уровень и динамику смертности от сердечно-сосудистых заболеваний?

- А. Гипертоническая болезнь
- Б. Хронические ревматические болезни сердца
- В. Сосудистые поражения сердца
- Г. Ишемическая болезнь сердца

2. Какие факторы риска являются ведущими в возникновении ИБС?

- А. Гиперлипидемия
- Б. Генетические факторы
- В. Курение табака
- Г. Артериальная гипертензия

3. Какие аспекты реабилитации выделяют при реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

- А. Медицинский
- Б. Физический
- В. Психологический
- Г. Экономический

4. Какие подходы применяют при реабилитации больных ИМ:?

- А. Комплексное использование всех видов реабилитации
- Б. Раннее начало реабилитации
- В. Непрерывность реабилитации
- Г. Все вышеуказанное

5. Какие аспекты реабилитации реализуются на больничной фазе реабилитации больных с ОИМ?

- А. Медицинский
- Б. Физический
- В. Экономический

6. Где проводится санаторная фаза реабилитации больных с ОИМ?

- А. В многопрофильных больницах
- Б. В кардиологических санаториях
- В. В реабилитационных центрах
- Г. В психоневрологических санаториях

7. Какие факторы водолечения используются в реабилитации больных гипертонической болезнью?

- А. Углекислые ванны
- Б. Восходящий душ
- В. Хвойножемчужные ванны
- Г. Соляные ванны

8. Какие факторы водолечения используются в реабилитации больных ИБС?

- А. Углекислые ванны
- Б. Радоновые ванны
- В. Йодобромированные ванны
- Г. Все вышеперечисленное

9. Какие преформированные физические факторы используются в реабилитации

больных гипертонической болезнью?

- А. Электросон
- Б. Гальванизация
- В. Магнитотерапия
- Г. Дарсонвализация

10. Какие физические факторы используются в реабилитации больных с ИБС?

- А. ЛФК
- Б. Массаж
- В. Водолечение
- Г. Преформированные физические факторы

Ситуационные клинические задачи.

Задача № 1

Мужчина, 58 лет, вызвал скорую помощь по поводу следующих жалоб: появились жгучие боли за грудиной, которые не снимались нитроглицерином. Из анамнеза стало известно: ранее были боли при физической нагрузке, у врача наблюдался не регулярно, лекарства принимал также нерегулярно. Объективно: АД 80/60 мм РТ. ст, пульс 114 уд в мин, на ЭКГ – подъемы сегмента ST, экстрасистолы.

Вопросы.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. С какого этапа начинается реабилитация в данном случае?
3. Какие виды терапии может рекомендовать медсестра на санаторно-курортном этапе?

Задача № 2

Мужчина, 68 лет, предъявляет жалобы на онемение конечностей, утреннюю скованность, бегание «мурашек» в кистях рук и нижних конечностях. Объективно: состояние средней тяжести, конечности холодные, походка шаткая. Без остановки может пройти 500 метров. Из анамнеза: ИБС, гипертоническая болезнь.

Вопросы

1. Поставьте сестринский диагноз.
2. Перечислите основные принципы лечения
3. Какое физиолечение может рекомендовать медсестра в данном случае?

7. Список тем по УИРС:

1. Водолечение в реабилитации гипертонической болезни
2. Применение постоянного и импульсного токов в реабилитации гипертонической болезни
3. Дозированная физическая нагрузка в реабилитации больных со стабильной стенокардией
4. Физическая реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда
5. Медикаментозная, психологическая реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда.

1. Тема № 10: Реабилитация больных с патологией дыхательной, пищеварительной системы и нарушениями обмена веществ.

2. Значение изучения темы: Актуальность данной темы характеризуется ростом заболеваний органов дыхания, пищеварения, эндокринной системы. ХНЗЛ играют значительную роль в инвалидизации населения первичного выхода на инвалидность. Среди причин смерти взрослого населения болезни органов дыхания занимают 4 место после травм, новообразований, сердечно-сосудистой патологии, ежегодно также увеличивается заболеваемость сахарным диабетом.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

меть представление: об основных методиках реабилитации больных с патологией дыхательной, пищеварительной системы и нарушениями обмена веществ.

Знать - основные принципы реабилитации больных с патологией дыхательной, пищеварительной системы и нарушениями обмена веществ.

Виды реабилитации (медикаментозная, физическая, психологическая, трудовая). Цели и задачи реабилитации.

Уметь - составить реабилитационные программы на этапах медицинской реабилитации по вышеуказанным заболеваниям.

-заполнить карту физической реабилитации

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Общие принципы реабилитации больных с патологией дыхательной системы.

2.Поэтапная реабилитация пациентов с бронхиальной астмой, хроническими бронхитами, острыми пневмониями. Показания и противопоказания. Двигательные режимы. Задачи.

3.Частные методики реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания.

4.Дыхательная гимнастика. Физические тренировки. Показания, противопоказания.

5.Общие принципы реабилитации больных с патологией пищеварительной системы.

6. Поэтапная реабилитация больных с язвенной болезнью, гастритами, гепатитами, холециститами, панкреатитами, колитами. Задачи. Показания и противопоказания.

7. Основы реабилитации больных ожирением, сахарным диабетом

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Хронический гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка в ответ на её повреждение, проявляющийся её клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации с кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функции.

К основным формам заболевания относится хронический аутоиммунный гастрит или хронический гастрит типа А (20%) и хронический гастрит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией или хронический гастрит типа В (70% случаев), лечение которых проводится главным образом амбулаторно.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Первое и основное направление медицинской реабилитации - это восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологически, функций организма, а в случае невозможности достижения этого - развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций).

Стационарный этап.

1) Медикаментозная терапия - использует эффект одного или нескольких лекарственных веществ в определённом взаимопотенцирующем и взаимодополняющем наборе. При выборе терапии больных хроническим гастритом необходимо учитывать фазу болезни, клинико-морфологические проявления различных форм, особенности секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка.

Основные группы препаратов:

1. Антибактериальная терапия (омепразол, амоксициллин , кларитромицин)
2. Блокаторы H₂ рецепторов гистамина или ингибиторы протонного насоса (фамотидин , омепразол).
3. Симптоматическое лечение Х.Г с синдромом диспепсии и явлениями дуоденогастрального рефлюкса назначают **прокинетики** (мотилиум).
4. Антациды: маалокс, фосфолюгель, альмагель и др.
5. При лечении атрофического (аутоиммунного гастрита) с ахлоргидрией назначают внутрь лимонтар 1 таб. в 15 мл воды 2-3 раза в день, или ацидин - пепсин, или плантаглоцид в сочетании с ферментами поджелудочной железы, лучше панзинорм 1-2 таб. во время еды 3-4 раза в день.
6. При наличии болевого синдрома используют спазмолитики - галидор (2,5% р-р 2 мл в/м или внутрь 0,1-0,2г 1-2 раза в день), но-шпа (2% р-р 2 мл/2 раза в день или 0,04/2 раза в день).

2) Из методов немедикаментозной терапии при хроническом гастрите используется фитотерапия: настой листьев подорожника 1 столовая ложка на стакан кипятка, плантаглоцид 0,5-1,0/ 2-3 раза в день обладает стимулирующим, обволакивающим и противовоспалительным действием.

Противовоспалительный и антисептический эффект имеет настой ромашки, тысячелистника, мяты, зверобоя

3) Лечебная физическая культура. ЛФК в фазе обострения хронического гастрита назначается в стационаре на полупостельном режиме. Как только обострение стихает, назначаются занятия для улучшения кровообращения в брюшной полости и создания благоприятных условий для регенеративных процессов, улучшения трофики слизистой оболочки желудка. Воздействия на секреторную, моторную функции желудка и нейрогуморальную регуляцию пищеварительных процессов. Курс ЛФК в стационаре -10-12 занятий. Первые 5-6 занятий ЛГ проводится с малой нагрузкой, исключаются упражнения для мышц брюшного пресса; при улучшении состояния больного последующие занятия выполняются со средней нагрузкой. Помимо гимнастических упражнений больным показана обычная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями. При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией специальный комплекс ЛГ проводится за 1,5-2ч до приёма пищи и за 20-40мин до приёма минеральной воды для улучшения кровообращения в желудке. Исходные положения лёжа на спине, на боку, полулёжа, затем сидя и стоя. Продолжительность занятий 20-25мин. кроме того, через 1,5-2ч после еды проводится ходьба. Темп ходьбы медленный, постепенно увеличивается.

4) Лечебное питание

В фазе обострения гастрита назначают диету № 1а, обеспечивающую функциональное, механическое, термическое и химическое щажение органа. По мере ликвидации острых симптомов больных переводят последовательно через 2-3 дня на диету № 1б, 1. В дальнейшем диетическое питание назначают в соответствии с функционально-морфологическими формами гастрита. Показано дробное питание 5-6-разовое питание. Исключаются продукты и блюда, оказывающее сильное раздражающее действие на слизистую оболочку (соленья, копчёности, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба), плохо переносимые продукты (молоко, виноградный сок, сметана), что часто наблюдается у больных с секреторной недостаточностью. Рекомендуется ограничить употребление соли, крепкого чая и кофе, исключить алкогольные напитки, включая пиво.

5) Устранение профессиональных и других вредностей. Ограничение или полный отказ от вредных привычек (алкоголизм, никотин, наркотики).

6) Физиотерапия (электрофорез, теплолечение, грязелечение, водолечение).

Поликлинический этап

1) Диспансерное наблюдение : 2 раза в год терапевт, гастроэнтеролог, онколог по показаниям. Рентгенолог- рентгеноскопия желудка по показаниям. Врач эндоскопист: 2 раза в год гастродуоденоскопия с биопсией. Врач лаборант: 2 раза в год ОАК, анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет.

2) Немедикаментозная терапия В период ремиссии может быть использована фитотерапия: настой листьев подорожника 1 столовая ложка на стакан кипятка, плантаглоцид 0.5-1.0/ 2-3 раза в день обладает

стимулирующим обволакивающим и противовоспалительным действием. Противовоспалительный антисептический эффект имеет настой ромашки, тысячелистника, мяты, зверобоя

3) Лечебная физическая культура.

В фазе ремиссии в поликлинике применяется широкий арсенал средств ЛФК, массаж (различные виды), физические факторы.

Используются следующие формы ЛФК: ЛГ, терренкур, ходьба, дозированный бег, подвижные игры, прогулки, ближний туризм, плавание, гребля, лыжные прогулки, спортивные игры (волейбол, бадминтон, теннис).

Дозировка перечисленных форм ЛФК проводится в соответствии с физической подготовленностью больных, функциональном состоянии кардиореспираторной системы и количеством сопутствующих заболеваний. Необходимо проводить общее закаливание организма с целью повышения общей реактивности организма.

4) Лечебное питание. После окончания курса лечения больным рекомендуют полноценное питание с исключением тех продуктов, которые могут способствовать обострению. Так, больным неатрофическим гастритом с повышенной и сохранённой секрецией запрещается употребление грубой, острой и сокогонной пищи. Больным атрофическим гастритом также запрещается грубая, раздражающая пища. Ограничиваются или исключаются чёрный и свежий хлеб, свежие изделия из теста, жареное мясо, сливки, сметана, капуста, виноград, т. е. продукты, вызывающие брожение в кишечнике.

5) Медикаментозное направление - заместительная, ферментативная терапия, холинолитические средства (по показаниям), витамины.

Критериями эффективности диспансеризации - отсутствие рецидивов, отсутствие временной нетрудоспособности.

Санаторный этап

В комплексе профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий обеспечивающих охрану здоровья населения, важное место принадлежит курортам. К ним относятся местности, обладающие природными лечебными физическими факторами (минеральные воды, лечебные грязи, благоприятный климат) и располагающиеся учреждениями для лечения и отдыха. Для лечения и реабилитации используют санатории и пансионаты. С целью первичной профилактики используют дома отдыха. Для вторичной профилактики используются санатории-профилактории.

Основным видом лечебного реабилитационного учреждения является санаторий, обычно имеющий специализацию в соответствии с природными лечебными факторами. Санаторное лечение, как правило, представляет собой этап лечения больного после больницы или поликлиники. Оно предполагает использование минеральных вод, лечебных грязей, климатотерапии, аппаратной физиотерапии, лечебной физической культуры и массажа.

Санаторно-курортное лечение с заболеванием желудочно-кишечного разрешается не ранее чем 2-3 месяца после достижения клинической и ФГДС ремиссии. При этом при гастрите с повышенной секреторной функцией желудка показано лечение в санаториях Ессентуков, на Ижевских Минеральных Водах, Мошина, Железноводске, Кисловодске, в Ткрывкасце или в санаториях данной климатической зоны (О.Шира, Учум, Красноярское Загорье и др.).

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Это длительное диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов. Больные хроническим бронхитом составляют наибольшую группу среди страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Наиболее частым в структуре хронических неспецифических заболеваний легких является хронический обструктивный бронхит. Прогрессирующий характер хронического обструктивного бронхита, развитие инвалидизирующих осложнений, обуславливающих значительную удельную долю заболевания в структуре причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности, представляют собой медико-социальную проблему.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Лечение включает мероприятия по устранению запыленности и загазованности рабочего места, антибактериальную терапию; восстановление бронхиальной проходимости, улучшение газообмена, санацию хронических очагов инфекции, физиотерапевтические процедуры; закаливание организма, климатолечение. Исключение курения и прием алкоголя.

В терапии больных с хроническим обструктивным бронхитом выделяют три этапа: 1) лечение больного в период обострения; 2) противорецидивное лечение в период ремиссии и 3) закаливание организма.

Базисная лекарственная терапия хронического обструктивного бронхита включает препараты трех групп: антибактериальные, бронхоспазмолитические и отхаркивающие. В период обострения при назначении антибактериальной терапии следует учитывать чувствительность микрофлоры и одновременно назначать препараты для профилактики грибковых заболеваний.

Хороший эффект дают настои трав (мать-и-мачеха, багульник, трехцветная фиалка, корень солодки и др.).

Диетотерапия больных хроническим обструктивным бронхитом предусматривает повышение иммунологической реактивности организма, быстрее разрешение воспалительного процесса, снижение интоксикации, улучшение течения окислительных процессов, щажение органов сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, функции почек, предотвращение возможного побочного действия антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Диета дифференцируется в зависимости от общего состояния больного и стадии болезни.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Физическое лечение является методом патогенетической терапии. Поэтому при построении лечебного процесса нужно исходить из этио- и патогенетических особенностей заболевания. Широко используются методы профилактики и закаливания организма.

Механизм действия физических методов - нейро-гуморальный. Возникающие при их применении безусловные и условные реакции вызывают функциональную перестройку деятельности внутренних органов и систем организма в целом.

Физиотерапевтическая помощь осуществляется и в поликлинических условиях, и в стационаре. При этом необходимо создание оптимального комфорта для больных. Уют, чистота в кабинете вызывают положительные эмоции у больных и содействуют закреплению результатов терапии.

Задачи физиотерапии при хроническом обструктивном бронхите: оказать общеукрепляющее и закаливающее действие, повысить тонус и реактивность всего организма; пассивную гиперемия перевести в активную, активизировать кровообращение и питание тканей в зоне бронхиального дерева, облегчить дыхание и выделение мокроты.

Наряду с медикаментозной терапией, назначаются:

- 1) соллюкс на грудную клетку, 10-20 мин., ежедневно;
- 2) ультрафиолетовое облучение грудной клетки полями, 3-4 биодозы, через 1-2 дня;
- 3) ультразвук на область грудной клетки 10-15 мин., через день или ежедневно;
- 4) УВЧ - поле на область грудной клетки доза слаботепловая, 12-15 мин, через день или ежедневно или
- 6) парафино-озокеритовые аппликации на область спины, 48-50 гр., 20 мин., через день;
- 7) ингаляции теплощелочные, морской или минеральной воды, 10 мин., ежедневно или через день;

Среди методов немедикаментозного лечения большое значение имеет климатотерапия. В основе существующих методов климатолечения заложено тренирующее действие климатических факторов на органы дыхания. Климат выступает и как фон, на котором осуществляются другие методы лечения, и как самостоятельный лечебный фактор. Климат способен оказать мощное терапевтическое воздействие. При неправильном его использовании для больных с поражением органов дыхания могут развиваться нежелательные патологические реакции. При назначении климатических процедур важно учитывать особенности адаптации организма к климатическим воздействиям, диапазон степени комфортности климата для конкретного больного.

К основным методам климатического лечения относятся аэротерапия, гелиотерапия и таллассотерапия. Климатолечебница должна включать аэрарий (место для проведения воздушных ванн), аэроторий (помещение для сна на свежем воздухе), солярий (место для проведения солнечных ванн), фитоаэрарий, аэроионорарий.

Аэротерапия, использующая воздействие открытого свежего воздуха в лечебных и профилактических целях, является основой климатолечения и может применяться в любых климатических районах в любое время года. К ней относятся длительное пребывание, включая сон, на открытых верандах, балконах, специальных климатопавиллонах. При аэротерапии изменяется функция внешнего дыхания, вдыхание чистого свежего воздуха способствует появлению более глубоких дыхательных движений, увеличению дыхательного объема. Происходит перестройка дыхательного акта, он становится более эффективным, что ведет к повышению напряжения кислорода в альвеолярном воздухе, к увеличению утилизации кислорода и большему его поступлению в кровь.

Терренкуры - методы лечения строго дозированным восхождением по специально оборудованным дорожкам с возрастающим углом подъема. Общеукрепляющие терренкуры должны иметь 3 маршрута с учетом лечебного профиля курорта, контингента больных, рельефа местности.

Гелиотерапия использует солнечные лучи лечебной и профилактической целями.

Для получения лечебного эффекта при гелиотерапии важно применять повторные, постепенно возрастающие дозы солнечных облучений, мобилизующие защитные силы организма. Различают солнечные ванны общие и местные, а также ванны суммарной, рассеянной и ослабленной радиации в режиме непрерывного, импульсного и концентрированного действия.

Талассотерапия - метод лечения больных морскими купаниями. Во время купания на организм человека действуют термические, механические и химические факторы. Купания оказывают выраженное закаливающее влияние. Включение в реабилитационный комплекс курса купаний в бассейне улучшает состояние сердечно-сосудистой системы, гемодинамику в малом круге кровообращения, снимая перегрузку правого отдела сердца, улучшает бронхиальную проходимость, повышая эффективность дыхательных резервов, повышает иммунологическую реактивность.

Климат является активным и сильнодействующим терапевтическим фактором. Климатотерапия, основанная на действии естественных природных сил, по праву считается одним из приоритетных методов восстановительной медицины.

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания по теме:

1. Какие препараты назначают на стационарном этапе лечения больных острой пневмонией?

А. Антибактериальные препараты

Б. Иммуностимуляторы

В.Бронхолитики

Г. Все перечисленное

2.Что из перечисленных физических факторов следует назначать больным острым трахеобронхитом?

А. Ультразвуковая терапия

Б. Гальванизация грудной клетки

В. УФО грудной клетки

Г. УВЧ-терапия грудной клетки

3. Какие методы лечения показаны больным при обострении хронического обструктивного бронхита?

- А. Массаж
- Б. Физиотерапия
- В. Медикаментозная терапия
- Г. Все перечисленное

4. Что показано на поликлиническом этапе реабилитации больных острой пневмонией?

- А. Антибиотики
- Б. Витамины
- В. Иммуностимуляторы
- Г. Физиолечение

5. Какие методы лечения назначаются больным

Ситуационные задачи:

Задача №1

Больной 40 лет. В течение последних 3 месяцев появились жалобы на дискомфорт в эпигастральной области, изжогу, периодическую рвоту после еды.

Из анамнеза известно, что последние 2 года больной принимал курсовые лечения нестероидными противовоспалительными препаратами.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовые, гемодинамика стабильная, при пальпации живота – локальная болезненность в эпигастрии.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Укажите возможную причину данного заболевания
3. О каких возможных осложнениях должна проинформировать медсестра данного пациента?
4. Какие курорты может рекомендовать медсестра больному в дальнейшей реабилитации?

ЗАДАЧА №2

Больная 45 лет. Остро, внезапно после обильной жирной пищи появилась неукротимая рвота, опоясывающие боли.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные.

При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, локальное напряжение мышц живота.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Укажите возможную причину данного заболевания
3. В чем заключается неотложная доврачебная помощь в данном случае?

бронхиальной астмой на стационарном этапе реабилитации?

- А. Медикаментозная терапия
- Б. Физиотерапия
- В. ЛФК, массаж
- Г. Все перечисленное

6. Цель амбулаторно-поликлинического этапа в реабилитации больных

пищеварительной системы :

- А. Профилактика рецидивов и прогрессирование заболевания
- Б. Завершение патологического процесса
- В. Спасение жизни человека
- Г. Борьба с факторами риска

4. В чем заключается дальнейшая реабилитация пациента после выписки из стационара?

Задача № 3

Пациент К. 40 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Язвенная болезнь луковицы ДПК в стадии обострения. В стационаре получал медикаментозное лечение, физиолечение. Выписался в удовлетворительном состоянии, язвенный дефект зарубцевался, анализы без особенностей.

Вопросы:

1. В чем заключается дальнейшая реабилитация данного пациента?
2. Какую минеральную воду для внутреннего приема и по какой методике может рекомендовать медсестра данному пациенту?
3. Какие курорты Сибирского региона может рекомендовать медсестра в дальнейшей реабилитации?

Задача № 4

Больная К. 55 лет находится на диспансерном учете у эндокринолога поликлиники с диагнозом: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), ангиопатии нижних конечностей. Коррекция сахара проводится сахароснижающим препаратом (манинил) под данный момент беспокоят периодические парестезии, онемение некоторых пальцев стоп.

Вопросы:

1. Перечислите основные правила реабилитации больных сахарным диабетом.
2. Перечислите этапы медицинской реабилитации больных сахарным диабетом.
3. Какие физические факторы показаны в лечении ангиопатии нижних конечностей?
4. Какую беседу по диетотерапии может провести медсестра?
5. Какие еще осложнения характерны для сахарного диабета?

7. Список тем по УИРС.

1. Реабилитация больных с затяжными пневмониями. Роль сестринской службы.
2. Профилактика ХОЗЛ. Роль участковой (семейной) медсестры в решении данного вопроса.
3. Промывание - орошение кишечника: показания, противопоказания, методика проведения.
4. Санаторно-курортное лечение заболевания печени и кишечника.

1. Тема № 11: Реабилитация больных с патологией почек и мочевыводящих путей. Реабилитация в акушерстве и гинекологии.

2. Значение изучения темы: Комплексная реабилитация больных с патологией почек и мочевыводящих путей имеет большое значение в плане оздоровления данной нозологии.

Вопросы реабилитации в акушерстве и гинекологии также актуальны, здоровье будущих матерей является одним из приоритетных направлений национального проекта «Здоровье».

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

Иметь представление: об основных методиках реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящих путей, реабилитацией в акушерстве и гинекологии.

Знать - виды, основные принципы реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящих путей, реабилитацией в акушерстве и гинекологии.

Уметь - составить реабилитационные программы на этапах медицинской реабилитации по вышеуказанным заболеваниям.

-заполнить карту физической реабилитации

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Общие принципы реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.

2. Поэтапная реабилитация больных с гломеруло- и пиелонефритами. Задачи, средства и формы, методы. Показания и противопоказания.

3. Общие принципы реабилитации больных с заболеваниями женских половых органов, аномалиями положением матки, опущением органов малого таза.

4. Реабилитационные мероприятия при нормальной беременности и родам в зависимости от срока и периода.

5. Реабилитация в послеродовом периоде и в послеоперационном периоде у гинекологических больных.

6. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов.

Миома матки. Реабилитационные мероприятия (медицинская реабилитация) при вышеуказанной патологии.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные процессы органов малого таза (матки, придатков, брюшины) являются наиболее часто встречающимися гинекологическими заболеваниями. Свыше половины женщин, обращающихся за помощью в женскую консультацию, страдают воспалением внутренних половых органов и около 50 % из них требуют стационарного лечения. В структуре заболеваний гинекологического стационара, специализированного по оказанию скорой медицинской помощи, данная патология составляет от 17,8 % до 28%.

В настоящее время, благодаря разработке новых диагностических методов, расширились представления о возбудителях воспаления, о состоянии реактивности макроорганизма и, следовательно, об особенностях течения и эффективности лечения заболевания.

Спектр микробной флоры, вызывающей воспалительные процессы в половом аппарате женщин, весьма разнообразен. Не потеряла своего значения гонококковая инфекция.

По-прежнему значительна роль стафилококков и кишечной палочки. Из брюшной полости стафилококк удается высеять в 14,8 %, *E. coli* в 8,9 % случаев. За последние годы заметно увеличилась доля неспорообразующей анаэробной флоры. Результаты исследований зарубежных авторов свидетельствуют о несомненной роли хламидийной инфекции в возникновении не только хронических, но и острых форм, воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин: культуральные или серологические исследования подтверждают наличие *C. trachomatis* в 18 - 46 % случаев. Воспалительные заболевания органов малого таза могут вызывать *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Удельный вес микоплазменных воспалений составляет 10 – 15 %.

Приведенные сведения отнюдь не исчерпывают всех возможных этиологических агентов, приводящих к воспалительным заболеваниям внутренних половых органов. Не столь уж редки случаи протозойных и вирусных инфекций, встречаются случаи актиномикоза придатков. Эндометриты и сальпингиты наиболее часто вызывают следующие виды микроорганизмов: гонококки, хламидии, аэробные и анаэробные стрептококки и стафилококки, микоплазмы, кишечная палочка, энтерококк, протей, бактероиды, микобактерия туберкулеза и актиномицеты.

Отечественные и зарубежные авторы единодушно подчеркивают, что в современных условиях к развитию воспалительных процессов нередко приводит смешанная флора, в том числе ассоциации аэробов и анаэробов, а также гонококк, который нередко сочетается с хламидийной инфекцией.

Проникновение инфекции в верхние отделы полового аппарата чаще всего происходит восходящим путем из влагалища и шейки матки. Подобным образом распространяется экзогенная инфекция, передающаяся половым путем (так называемые трансмиссивные заболевания): гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, вирусные и протозойные инфекции. Таким же путем в матку и ее придатки могут проникать представители эндогенной микрофлоры, вегетирующей во влагалище.

По современным представлениям, у больных и здоровых женщин, живущих половой жизнью, микрофлора влагалища характеризуется большим многообразием, отличаясь лишь количественным и качественным показателями. Она представлена аэробами как грамположительными (лактобактерии, коринебактерии, дифтероиды, разные виды стрептококков и стафилококков), так и грамотрицательными (кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактерии, протей). Кроме того, из влагалища женщин выделяется и анаэробная флора, преобладающими видами которой являются пептококки, пептострептококки, бактероиды, фузобактерии, лактобациллы и др. При этом анаэробная неспорообразующая флора заметно превалирует над аэробной.

Хотя микрофлора нижних отделов половых путей здоровых женщин относительно стабильна, однако существуют изменения в ее составе, связанные с менструальным циклом и другими особенностями макроорганизма. Так, в I фазе менструального цикла чаще, чем во II фазе, выделяют *E. coli*, *Bacteroides fragilis*; повышается интенсивность, роста микрофлоры во время менструации.

Механизм проникновения возбудителей из нижних отделов половых путей в маточные трубы до настоящего времени изучен, недостаточно. Предполагают наличие трех вариантов проникновения: с трихомонадами, со сперматозоидами, пассивным транспортом за счет присасывающего эффекта брюшной полости.

Через неповрежденную защитную систему шейки матки довольно легко проникают гонококки, обладающие повышенной вирулентностью. Для инвазии гноеродной неспецифической инфекции требуются входные ворота, т. е. повреждение тканей. Эти условия создаются во время родов, аборт, таких инструментальных вмешательств, как гистеросальпингография, гистероскопия, гидротубация. Особое значение придается внутриматочной контрацепции. ВМК приводит к эрозированию поверхности эндометрия, локальному увеличению фибринолитической активности и продукции простагландинов, способствующих распространению инфекции.

В настоящее время многие авторы, обращают внимание на увеличение вероятности развития актиномикоза при использовании ВМК. На частоту выявления *Actinomyces israelii* влияют тип контрацептива и длительность его пребывания в матке. Присутствие в ВМК меди способствует подавлению факторов, усиливающих рост этих анаэробных микроорганизмов. Шансы на развитие актиномикоза возрастают у женщин, пользующихся ВМК свыше 2 лет.

Инфицирование верхних отделов полового аппарата, в том числе маточных труб, яичников, брюшины малого таза, происходит восходящим путем; однако инфекция может распространяться через лимфатические и венозные сосуды матки, или через магистральный кровоток, а также - с соседних органов малого таза или брюшной полости. Следует отметить, что распространение инфекции гематогенным и лимфогенным путями в условиях раннего антибактериального лечения ограничено. В результате действия повреждающего агента наступает ответная реакция организма, как непосредственная - в очаге внедрения, так и общая - с вовлечением

различных систем и органов. В очаге поражения развивается воспалительный процесс, выражающийся в деструкции паренхимы с высвобождением биологически активных веществ, в сосудистых реакциях с экссудацией, фагоцитозом, физико-химическими изменениями и параллельным усилением пролиферативных процессов. Характер микробной флоры влияет на характер патогенетических изменений в очаге поражения. Так, воспаление придатков, вызванное анаэробной инфекцией, протекает с обширной деструкцией ткани и образованием гнойников. Хламидийная инфекция приводит к усилению инфильтративных и пролиферативных процессов, способствующих развитию обширного спаечного процесса. Общая реакция организма женщины на внедрение инфекционного агента включает в себя изменение функций периферической и центральной нервной системы, гормонального гомеостаза, регионарной и общей гемодинамики и гемореологии. Воспалительные изменения женских половых органов существенно меняют иммунные и неспецифические защитные свойства организма. Как известно, состояние иммунитета оценивают по количеству и функциональной активности Т- и В-лимфоцитов. При остром воспалительном процессе внутренних половых органов на фоне относительного уменьшения количества лимфоцитов периферической крови происходят некоторое снижение содержания Т-лимфоцитов и выраженное повышение В-лимфоцитов. Для острого воспаления характерно уменьшение функциональной активности Т-лимфоцитов, которую можно проследить по снижению способности лимфоцитов к бласттрансформации, особенно при обострении длительно существующего хронического воспалительного процесса, особенно у женщин старше 35 лет, а также на фоне лейкоцитоза периферической крови. При остром течении воспалительных заболеваний внутренних половых органов существенно повышается содержание в сыворотке крови всех основных видов иммуноглобулинов. Для первичного острого воспаления характерно более выраженное повышение уровня IgM, а с увеличением длительности процесса возрастает содержание IgG.

Клинические проявления воспалительных заболеваний малого таза и тактика лечебных подходов к ним зависят не только от характера инфекционного агента, возраста и предшествовавшего состояния здоровья женщины, возможных инвазивных диагностических, терапевтических и иных вмешательств на половом аппарате, но и от локализации очага поражения.

ЭНДОМЕТРИТ.

Острый эндометрит и эндомиометрит не относятся к часто встречающимся заболеваниям, требующим оказания экстренной помощи. Острые эндометриты и эндомиометриты диагностируются в 2,1 % случаев всех заболеваний или в 9,7 % - среди острых воспалительных процессов верхних отделов полового аппарата. Эндометриты часто сочетаются с поражением придатков матки, при этом яркие клинические проявления аднексита могут завуалировать признаки воспалительного процесса в матке, что, безусловно, отражается на статистических данных.

Этиология и патогенез. Первично возникший воспалительный процесс, ограниченный пределами матки, обычно развивается вследствие восхождения инфекции через шейечный канал. При этом интактный эндоцервикальный барьер могут преодолевать такие высоковирулентные микроорганизмы, каким является гонококк. Обычно же проникновение бактерий в ткани эндо- и миометрия происходит при нарушении целостности шейечного барьера при самопроизвольных и искусственных абортах, диагностических выскабливаниях слизистой оболочки шейки и тела матки, введение ВМК и других внутриматочных вмешательствах. Гематогенное, лимфогенное и контактное распространение инфекции на ткани стенки матки наблюдается значительно реже. Эндомиометрит в подобных случаях обязательно сочетается с воспалительными процессами внутренних половых органов иной локализации.

Клиника острого эндометрита во многом обусловлена характером возбудителя заболевания, возрастом и состоянием здоровья женщины, особенностями предшествующих манипуляций на матке.

Гонорейный эндометрит в качестве изолированного заболевания наблюдается нечасто. Обычно заболевают молодые женщины, ведущие активную, часто беспорядочную половую жизнь. Начало воспалительного процесса в матке может быть спровоцировано родами, абортom, любыми внутриматочными манипуляциями. Однако, как указывалось выше, развитие гонорейного эндометрита возможно при интактном цервикальном барьере. В подобных случаях начальные проявления заболевания, как правило, возникают в первые 14 дней менструального цикла и у части больных имеют достаточно выраженный характер: боль в нижних отделах живота, недомогание, головная боль, повышение температуры тела. Значительно чаще острый гонорейный эндометрит манифестирует только кровотечениями в виде затянувшейся менструации либо в виде кровяных выделений, появившихся через несколько дней после окончания месячных. Выделения нередко принимают сукровичный или гнойный характер.

Общее состояние больных обычно оценивается как удовлетворительное. Пульс соответствует температуре тела. Живот остается мягким, безболезненным при пальпации, иногда отмечается умеренная болезненность над лоном. Вздутия кишок нет, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При осмотре наружных половых органов, влагалища и экзоцервикса можно выявить признаки гонорейного поражения нижних отделов мочеполового аппарата: уретрита, эндоцервицита, воспаления выводных протоков больших желез преддверия влагалища. Бимануальное исследование дает возможность определить обычное состояние шейки матки, некоторую болезненность тела матки, отсутствие изменений в придатках и параметрии. При первом обследовании больной до начала лечения необходимо произвести взятие материала из уретры, цервикального канала и прямой кишки для бактериоскопического и бактериологического исследования.

Часто приходится иметь дело с больными, страдающими острым эндометритом после самопроизвольного или искусственного аборта. В отечественном акушерстве самопроизвольным абортom принято считать прерывание беременности до 28-недельного срока. Выкидыш, совершившийся в первые 16 нед, т. е. до формирования плаценты, называется ранним; после этого срока - поздним. Эндометрит может осложнить самопроизвольный выкидыш любого срока.

Искусственное прерывание беременности в настоящее время производят разными методами:

- 1) так называемый мини-аборт, осуществляемый с помощью вакуум-аспирации при задержке месячных от 7 до 20 дней;
- 2) традиционный аборт, производимый до 12-недельного срока путем расширения шейки матки и удаления плодного яйца кюреткой или вакуум-отсосом;
- 3) поздний аборт, выполняемый по медицинским показаниям с помощью интраамниального введения гипертонических растворов, внутривенного вливания простагландинов или окситоцина, операции малого кесарева сечения.

Все эти виды абортов могут осложняться острым эндометритом, частота которого зависит от срока и метода прерывания беременности, степени кровопотери, адекватности обезболивания. К предрасполагающим факторам относят общие заболевания (патология сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и других систем и органов), воспалительные процессы половых органов в прошлом.

Во много раз чаще эндометриты и эндомиометриты являются осложнением искусственных криминальных абортов, производимых вне больничного учреждения.

Нарушение целостности шейечного барьера, значительные дефекты эндометрия позволяют возбудителям инфекции достаточно легко проникать в ткани стенки матки. Их рост поддерживают фибрин, сгустки крови, очаги некроза и возможное присутствие элементов плодного яйца. В качестве возбудителей острых послеабортных эндометритов в настоящее время выступают как аэробы (энтерококки, кишечная палочка, стрептококки группы В, стафилококки), так и анаэробы (бактероиды, фузобактерии, пептококки, пептострептококки). Чаще из полости матки высеваются энтерококки и *E. coli*, бактероиды и фузобактерии. Тяжесть заболевания во многом зависит от характера микрофлоры и степени бактериальной обсемененности полости матки. Острый эндометрит с тяжелой формой клинического течения, как правило, обусловлен внедрением аэробно-анаэробных ассоциаций: кишечной палочки, стрептококка группы В, фузобактерий, пептококка и пептострептококка в различных сочетаниях. Значение хламидийной инфекции в развитии острого эндометрита после искусственного аборта до сих пор точно не определено. Большинство исследователей считают, — что клиника воспалительного процесса, обусловленного хламидиями, характеризуется более затяжным течением и менее

выраженной симптоматикой. Микоплазмы могут быть этиологическим фактором эндометрита после любых внутриматочных вмешательств, в том числе после искусственного аборта, еще чаще — после самопроизвольного выкидыша, который не столь уж редко ими провоцируется.

Клиника острого эндометрита или эндомиометрита после аборта имеет довольно типичную картину. Заболевание начинается на 2 - 5-е сутки после вмешательства, при этом раннее проявление симптомов свидетельствует о более тяжелом течении его. Общее состояние женщины ухудшается, нередко ознобы. Повышается температура тела от субфебрильных цифр до выраженной гипертермии. Появляются боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец или в паховые области. Больная жалуется на гнойные или кровянисто-гнойные выделения из половых путей, причем обильное гнойное, слизисто-гнойное, гнойно-сукровичное отделяемое указывает на возможную хламидийную инфекцию; гнилостный характер жидких гнойных, иногда пенистых, выделений свидетельствует о вероятности анаэробной флоры. При наличии остатков плодного яйца может быть довольно значительное кровотечение.

Внешний вид больных зависит от степени интоксикации и кровопотери. Однако в большинстве случаев они имеют обычный цвет кожных покровов; влажный язык; тахикардию, соответствующую температуре тела; не измененное АД. Бледность, выраженная тахикардия, гипотония являются следствием сильного кровотечения. Серый колорит кожи говорит об интоксикации. Живот остается мягким, болезненным при пальпации нижних отделов.

Гинекологическое исследование позволяет определить обычной формы болезненную матку, находящуюся в состоянии субинволюции. При наличии в полости матки остатков плодного яйца малых сроков беременности наружный зев шейки матки остается приоткрытым, при поздних выкидышах шеечный канал свободно пропускает палец, за внутренним зевом можно пальпировать ткани плодного яйца и сгустки крови. Тело матки имеет шаровидную форму, инволюция ее значительно задерживается. Патологические изменения придатков и параметрия отсутствуют. Во время первого обследования до назначения антибактериальной терапии необходимо произвести забор материала для выявления возбудителей заболевания. Клинический анализ крови характеризуется умеренным лейкоцитозом и повышением СОЭ.

Как правило, эндометрит, явившийся осложнением самопроизвольного или искусственного аборта, произведенного в больничных условиях, при своевременной начатой и адекватной терапии протекает благоприятно и ликвидируется в течение недели. Однако нельзя упускать из вида возможность распространения инфекции и развития такого тяжелейшего осложнения, каким является септический (или бактериально-токсический) шок.

Эндометрит после криминальных вмешательств протекает тяжелее, что объясняется массивным поступлением микрофлоры в матку, возможным

механическим и химическим повреждением стенок матки, токсическим воздействием используемых для прерывания беременности веществ на организм женщины, а также поздним обращением за медицинской помощью подобного контингента больных. Указанные моменты могут способствовать распространению инфекции, вплоть до ее генерализации, и поэтому требуют четких действий и мобилизации всех необходимых средств и методов терапии.

В связи с распространением внутриматочных противозачаточных средств нередко приходится иметь дело с больными, у которых воспалительный процесс половых органов развивается при ВМК. Наличие ВМК облегчает трансцервикальное прохождение бактерий, а реакция тканей вокруг контрацептива способствует острому течению воспалительного процесса с быстрым абсцедированием. Клинические проявления заболевания носили выраженный характер. Лечение острых эндометритов должно осуществляться в условиях стационара. Никакие соображения экономического порядка не должны приниматься в расчет, так как данная патология, как правило, встречается у женщин молодого возраста, стоит задача восстановить здоровье пациентки, сохранив ей репродуктивную функцию.

Эффективность лечебных мероприятий зависит от своевременности и адекватности их проведения. Начинать терапию необходимо не мешкая, сразу при поступлении больной в стационар. Объем проводимого лечения должен быть достаточным для каждого конкретного случая заболевания, но не чрезмерным. Усеченный курс не препятствует дальнейшему распространению инфекции или способствует хронизации процесса. Излишние назначения медикаментозных средств, помимо больших денежных затрат, могут приводить к усилению нежелательного побочного действия их и аллергизации больных.

Принципы лечения больных с острым эндометритом и эндомиometритом общие, они характеризуются комплексностью, этиологической и патогенетической обоснованностью, индивидуальным подходом. Больной необходимо обеспечить постельный режим на весь период высокой температуры тела. Диета должна быть богатой витаминами, легко усвояемой, не приводящей к нарушению функции кишечника. Периодическая аппликация холода на низ живота обладает противовоспалительным, болеутоляющим и гемостатическим эффектом, так как местная гипотермия способствует уменьшению гиперемии и гипергидратации тканей в очаге воспаления, локальному снижению обменных процессов и потребления кислорода, ослаблению аллергических реакций, усилению активности антибиотиков.

Склонность к быстрому распространению инфекции из матки на придатки, параметральную клетчатку и брюшину малого таза диктует необходимость раннего начала антибактериальной терапии. Начинать лечение нужно сразу же после взятия материала для бактериоскопического и бактериологического исследования, останавливая свой выбор на препаратах,

к которым проявляет чувствительность флора, имеющая наибольшее распространение в современных условиях. Различные ассоциации грамотрицательных и грамположительных аэробов и анаэробов, хламидий и гонококка представляют тот спектр возбудителей острого эндометрита, который необходимо перекрыть назначением антибиотиков. Этому требованию удовлетворяют тетрациклины, цефалоспорины, левомицетин. Для усиления антибактериального действия, направленного против анаэробной неклостридиальной флоры, включают препараты метронидазола. Все указанные лекарственные средства при острых эндометритах применяют в средних терапевтических дозировках.

Для лечения гонорейного эндометрита в настоящее время продолжают использовать антибиотики пенициллинового ряда. Однако в связи с тем, что восходящая гонорея (особенно спровоцированная внутриматочными манипуляциями) часто протекает как смешанная инфекция, целесообразно сочетать эти антибиотики с сульфаниламидами, нитрофуранами, метронидазолом или применять антибиотики широкого спектра действия. В инфузионной терапии нуждаются не все больные. В случае выраженной интоксикации назначают коллоидные и кристаллоидные кровезаменители: гемодез, полидез, реополиглюкин, изотонические растворы натрия хлорида и глюкозы.

Непременной, патогенетически обоснованной, составной частью комплекса мероприятий при остром эндометрите (как и при воспалении половых органов иной локализации) является десенсибилизирующая терапия. С этой целью можно использовать любые имеющиеся в распоряжении препараты: димедрол, фенкарол, дипразин, диазолин, супрастин, тавегил. В зависимости от степени тяжести заболевания их назначают внутрь или парентерально. В качестве антиаллергических средств можно использовать 10 % растворы кальция хлорида или глюконата, которые вводятся внутривенно по 5 - 10 мл. Препараты кальция находят широкое применение для лечения острых эндометритов еще и потому, что они обладают способностью уменьшать проницаемость сосудов, оказывать кровоостанавливающее действие, способствовать сокращению матки.

Включение в комплекс лечебных мероприятий утеротонических средств мотивируется тем, что они улучшают отток лохий, уменьшают раневую поверхность эндометрия, снижают резорбцию продуктов микробного и тканевого распада. Можно себе представить, что подобный механизм лечебного действия препаратов, сокращающих матку, оказывается эффективным при эндометритах. При миометритах сократительную способность матки корректировать трудно, а в случае вовлечения в воспалительный процесс маточных вен назначение сильно, быстро, но кратковременно действующих утеротонических средств может способствовать распространению тромбов. Для улучшения оттока лохий применяют сеансы лаважа, которые проводят ежедневно в течение 3 - 5 сут. Длительность процедуры 1 - 2 часа, расход жидкости – 500 - 1000 мл. Перед процедурой растворы охлаждают до 4 - 5°C.

Включение лаважа в комплекс терапии эндометритов, возникших после абортов поздних сроков, способствует ускорению подавления инфекционного начала и предупреждению контаминации, помогает беспрепятственному отхождению некротических масс и раневого экссудата, содействует инволюции матки, продолжительность стационарного лечения при этом сокращается на 1 - 2 сут.

ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ.

При воспалительных заболеваниях женских половых органов очаг поражения чаще всего локализуется в придатках матки. В качестве возбудителей заболевания выступает широкий спектр микроорганизмов. Довольно часто причиной острого сальпингита является гонококк. Необходимо учитывать, что в современных условиях гонококк может вызывать воспалительный процесс в ассоциациях с другой флорой, например с хламидиями, или создавать условия для инвазии, в трубы других микроорганизмов, в том числе неспорообразующих анаэробов.

Хламидии, микоплазмы, разнообразные представители аэробной флоры (стафилококки, кишечная палочка, протей, энтерококки, клебсиелла и др.) могут служить этиологическим фактором развития острого воспаления придатков, выступая изолированно или в ассоциациях друг с другом, причем в последних случаях заболевание протекает значительно тяжелее. Анаэробы (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.), играя важную роль в развитии острого сальпингита, чаще всего являются вторичной инфекцией, приводящей к резкому ухудшению клинической картины заболевания.

В патогенезе острого воспаления придатков основное значение имеет восходящий путь распространения инфекции. Предрасполагающими факторами являются менструация, использование ВМК, различные трансцервикальные диагностические и терапевтические вмешательства, прерывание беременности. Воспалительный процесс начинается с эндосальпингита, затем последовательно вовлекаются подслизистый слой, мышечная и серозная оболочки. В просвете трубы скапливается серозный воспалительный экссудат, который по мере прогрессирования процесса может становиться гнойным. При адгезии маточного и ампулярного конца труб формируется мешотчатое образование (гидросальпинкс или пиосальпинкс).

Клинический опыт и данные морфологических исследований свидетельствуют о том, что яичники реже вовлекаются в острый воспалительный процесс. Если же оофорит возникает, то, как правило, он является вторичным, т. е. следствием распространения инфекции из соседних органов и тканей (маточная труба, аппендикс, сигмовидная кишка, брюшина малого таза). В первую очередь развивается острый периоофорит, при котором поражается покровный эпителий; после овуляции в воспалительный процесс вовлекается корковый слой. На месте лопнувшего фолликула или в желтом теле может формироваться абсцесс, а при полном расплавлении ткани яичника - пиоварий. При наличии в яичнике гнойника в некоторых

случаях происходит деструкция окружающей его ткани и образуется единая полость с пиосальпинксом - тубовариальный абсцесс.

Клиника острого воспаления придатков имеет выраженную картину. Наиболее тяжело протекают аднекситы, вызванные анаэробной инфекцией, особенно в ассоциации с *E. coli* и стафилококком. Менее выраженной симптоматикой и более затяжным течением характеризуются воспалительные процессы, обусловленные хламидийной инфекцией, микоплазмами.

Заболевание чаще всего поражает молодых женщин, ведущих активную половую жизнь. В настоящее время не вызывает сомнения связь воспаления придатков с методом контрацепции. При пользовании ВМК риск развития острого сальпингита повышается в 1,5 - 4 раза. Что касается оральных контрацептивов, то многие исследователи считают, что их применение уменьшает риск развития воспаления. Заболевание нередко начинается после или на фоне менструации, вслед за инвазивными методами диагностики и лечения (выскабливание матки, гистеросальпингография, гистероскопия, гидротубация и т. д.), после хирургических вмешательств на половом аппарате. Больные жалуются на боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область крестца, на внутреннюю поверхность бедер, реже в прямую кишку. При наличии хламидийной и гонококковой инфекции больную могут беспокоить боли в правом подреберье за счет развития перигепатита, сопровождающего воспалительный процесс внутренних половых органов (синдром Фитц-Хью-Куртиса).

Появление болей сопровождается подъемом температуры тела от субфебрильных цифр до гипертермии, общей слабостью, головной болью, тошнотой, реже рвотой, вздутием кишечника. Большинство больных предъявляют жалобы на гнойные, сукровичные или кровяные выделения из половых путей.

Обострение хронического воспаления придатков имеет сходную клиническую картину, однако начало заболевания женщины часто связывают с переохлаждением организма, тяжелой физической работой, умственным переутомлением, стрессовыми ситуациями. Наряду с усилением болевого синдрома для данной группы больных характерны нарушения сна, аппетита, повышенная раздражительность; быстрая утомляемость, неадекватные эмоциональные реакции.

Формирование гнойного очага в придатках может происходить при первично возникшем воспалительном процессе. Этому могут способствовать: характер инфекции (ассоциации микробных факторов); наличие ВМК; сопутствующие генитальные и экстрагенитальные заболевания; неадекватная терапия.

Однако в настоящее время гнойные воспалительные очаги в придатках матки могут формироваться постепенно по мере углубления патологического процесса. При этом уменьшается продолжительность ремиссий заболевания и увеличивается частота рецидивов. Каждое последующее обострение протекает тяжелее предыдущего: сопровождается температурной реакцией,

ознобами, интоксикацией. Возникают жалобы со стороны толстой кишки, возможно появление дизурических расстройств.

Диагностика острого поражения придатков основана на данных анамнеза, особенностях течения, результатах клинического, лабораторных и аппаратных методов исследования.

Изучая анамнез больной, следует обращать внимание на особенности половой жизни, предшествующие трансцервикальные диагностические и/или лечебные вмешательства, прерывание беременности, операции на гениталиях, наличие и длительность использования ВМК. Необходимо выявить возможную связь начала заболевания с менструальным циклом: восхождение инфекции в фазу десквамации. При наличии в анамнезе заболеваний со сходными клиническими проявлениями - уточнить длительность его течения, характер и эффективность терапии, предрасполагающие факторы (переохлаждение, переутомление и т. д.), наличие нарушений менструального цикла и бесплодия.

Больные с острым сальпингитом или сальпингоофоритом предъявляют жалобы на боли разной степени интенсивности в нижних отделах живота с характерной иррадиацией в область крестца, поясницы и внутренних поверхностей бедер, гораздо реже - в прямую кишку. Боли возникают довольно остро или усиливаются постепенно в течение нескольких дней. В 60 - 65 % случаев женщины отмечают повышение температуры тела и патологические выделения из влагалища: кровяные, сукровичные, гнойные. На рвоту в начале заболевания жалуются многие больные, однако многократная рвота часто свидетельствует о распространении инфекции за пределы придатков. Жалоба на частое болезненное мочеиспускание может указывать на воспаление придатков, вызванное специфической инфекцией (гонококк, хламидии, микоплазма).

Состояние больной при негнойном остром сальпингите или сальпингоофорите остается относительно удовлетворительным. Проявления интоксикации обычно отсутствуют. Цвет кожных покровов и слизистых не изменен. Язык влажный. Частота пульса соответствует температуре тела. Артериальное давление в пределах нормы. Пальпация нижних отделов живота болезненна, однако симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

При наличии гнойного процесса в придатках (пиосальпинкс, пиовар, тубовариальное образование или тубовариальный абсцесс) общее состояние больной оценивается как тяжелое или средней степени тяжести. Цвет кожных покровов в зависимости от выраженности интоксикации бледный с цианотичным или сероватым оттенком. Пульс частый, но обычно соответствует температуре тела; несоответствие этих параметров появляется при микроперфорации гнойника в брюшную полость. Имеется тенденция к гипотонии вследствие изменения волевических показателей: снижение объемов циркулирующей крови, плазмы и эритроцитов.

Язык остается влажным. Живот мягкий, может отмечаться умеренное вздутие его нижних отделов. Симптомы раздражения брюшины при отсутствии угрозы перфорации не выявляются, однако пальпация области

гипогастрия, как правило, болезненна. Нередко там же удается прощупать образование, исходящее из органов малого таза. Пальпаторная граница опухоли выше перкуторной за счет сращения тубовариального абсцесса с петлями кишки.

При осмотре влагалища и шейки матки с помощью зеркал можно обнаружить гнойные, сукровичные, серозно-гнойные или кровяные выделения. Результаты бимануального исследования зависят от стадии, степени вовлеченности и длительности течения воспалительного процесса в придатках. На ранних этапах острого серозного сальпингита структурные изменения в маточных трубах могут не определяться; отмечается лишь болезненность области их расположения и усиление боли при смещении матки. Прогрессирование процесса ведет к увеличению воспалительного отека тканей, и начинают пальпироваться мягковатые болезненные трубы. Если происходит склеивание фимбрий и окклюзия интерстициальных отделов труб, то воспалительный экссудат скапливается в их просвете: формируются сактосальпинксы. Эти мешотчатые образования пальпируются сбоку и сзади от тела матки. Одновременное вовлечение в воспалительный процесс маточных труб и яичников приводит к образованию единого конгломерата неправильной формы и неравномерной консистенции. У больных с обострением длительно существующего сальпингоофорита, не сопровождающимся активацией эндогенной инфекции, бимануальное исследование выявляет утолщенные, малоподвижные, умеренно болезненные, тяжистые придатки. Для подобных случаев характерна резкая болезненность боковых стенок малого таза. Бимануальное исследование при гнойном воспалении придатков дает возможность обнаружить несколько увеличенную матку, болезненную, особенно при ее смещении, нередко спаянную в единый конгломерат с увеличенными придатками. В некоторых случаях увеличенные придатки можно пропальпировать отдельно сбоку и сзади от матки. Довольно часто из-за резкой боли не удается получить четких данных о состоянии придатков. Но следует помнить, что для гнойного воспаления придатков в стадии ремиссии воспалительного процесса характерны довольно четкие контуры, плотная консистенция, некоторая подвижность при достаточно выраженной болезненности. При остром течении воспалительного процесса придатковое образование имеет нечеткие контуры и неравномерную консистенцию; оно, как правило, неподвижно, тесно связано с маткой и резко болезненно, ткани, окружающие матку и придатки, пастозны.

Обязательное исследование крови, в том числе в динамике течения заболевания, помогает установить остроту течения воспалительного процесса. Увеличение количества лейкоцитов свыше $9 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ выше 30 мм/ч, положительная реакция на С-реактивный белок (++) свидетельствуют о наличии гнойного образования с активным воспалительным процессом.

Необходимо тщательно изучить функцию почек у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки, особенно при наличии гнойных очагов. Исследование мочи выявляет начальные признаки почечной

патологии, так называемый изолированный мочевого синдром. У больных с тубовариальным абсцессом он выражается в протеинурии, не превышающей 1 г/л, лейкоцитурии в пределах 15—25 в поле зрения; микрогематурии; появлении 1—2 гиалиновых и/или зернистых цилиндров. Появление мочевого синдрома связано с интоксикацией, нарушением пассажа мочи, а в некоторых случаях свидетельствует о нерациональной антибиотикотерапии.

В наши дни трансабдоминальное ультразвуковое сканирование является распространенным методом исследования в гинекологической практике. Во многих случаях оно помогает диагностике острых воспалительных процессов внутренних половых органов, однако интерпретация эхограмм оказывается затрудненной если воспаленные маточные трубы увеличены незначительно, если в малом тазу существует обширный спаечный процесс или если у больной имеет место ожирение передней брюшной стенки. Когда при остром сальпингите удается визуализировать маточные трубы, то они имеют вид вытянутых неправильной формы однокамерных жидкостных образований с гомогенной внутренней структурой и тонкими стенками, расположенных сбоку или сзади от матки. Стенки пиосальпинкса имеют четкие контуры средней эхогенности, гнойный экссудат эхонегативен. Ультразвуковая дифференциальная диагностика пиовара и опухоли яичника практически невозможна из-за сходства их эхограмм, представленных округлой формы образованиями сниженной эхо-плотности с довольно четкой капсулой. Тубовариальный абсцесс лоцируется в виде неправильной формы многокамерного образования с нечеткими контурами. Более точная оценка состояния внутренних половых органов станет доступной после внедрения в практическую гинекологию трансвагинальной эхографии. С помощью данного метода появится возможность определить малейшие изменения в разных отделах маточной трубы и в структуре яичника, выявить границу между измененными придатками, распознать характер экссудата в них, детально изучить структуру тубовариального абсцесса.

В качестве дополнительного метода диагностики острых воспалительных заболеваний придатков матки довольно широко используется лапароскопия, с помощью которой можно не только уточнить диагноз и определить степень поражения маточных труб и яичников, но и получить материал для бактериоскопического и бактериологического исследования, разделить сращения, удалить скопления гноя, обеспечить подведение антибиотиков к очагу поражения и т. д. Риск лапароскопического исследования состоит в возможности распространения инфекции, что несколько ограничивает его применение.

Лапароскопическая картина дает четкое представление о характере и распространении воспалительного процесса в малом тазу. Гиперемированная, отечная, со слабой двигательной активностью маточная труба, из свободного ампулярного конца которой поступает мутное отделяемое, свидетельствует о наличии острого катарального сальпингита. При гнойном сальпингите на серозном покрове трубы можно увидеть фибри-

нозные или фибринозно-гнойные наложения и истекающий из ее просвета гной. Увеличение трубы с запаянным ампулярным концом указывает на формирование сактосальпинкса. Сделать вывод о наличии пельвиоперитонита позволяют гиперемия париетальной и висцеральной брюшины с участками кровоизлияний, фибринозных и/или гнойных наслоений; мутный, геморрагический или гнойный выпот в позадиматочном пространстве. При разрыве пиосальпинкса или тубовариального образования можно увидеть перфорационное отверстие; при обширном спаечном процессе об этом осложнении свидетельствует обильное поступление гноя из области измененных придатков.

Определенное значение для клиницистов имеет идентификация микробного фактора, вызвавшего острый воспалительный процесс. Более точное представление об этиологии заболевания можно получить при использовании культуральных методов исследования, как традиционных, так и с применением строгой анаэробной техники. Время, затраченное на бактериологическое исследование; окупается точностью получаемых результатов, обеспечивающих возможность эффективной коррекции антибактериальной терапии. Однако следует помнить, что достоверность результатов бактериологических анализов зависит не только и не столько от квалифицированной работы лабораторных служб, но и от правильности забора материала. Истинную причину воспалительного процесса отражают результаты исследования экссудата, взятого непосредственно из очага воспаления при чревосечении или лапароскопии. Несколько ниже достоверность исследования материала, полученного путем пункции заднего свода влагалища.

Помня о возрастающей роли хламидий в этиологии острого воспаления придатков матки, необходимо при обследовании учитывать и этот факт, используя доступные цитологические и серологические методы диагностики. По-прежнему актуальны бактериоскопические и бактериологические исследования, направленные на выявление возможной гонококковой инфекции.

Таким образом, тщательное изучение анамнеза, оценка общего состояния и данных гинекологического осмотра, а также лабораторных исследований (клинический и биохимический анализы крови и мочи, бактериологические и бактериоскопические исследования экссудата и гноя), использование УЗИ и, в случае необходимости, лапароскопии дают возможность поставить точный диагноз острого воспаления придатков матки, определить тяжесть и обширность процесса, природу возбудителя и, следовательно, осуществить адекватную терапию.

Лечение острых воспалений придатков матки должно проводиться только в условиях стационара. Это правило распространяется и на больных с острым течением процесса без ярких клинических проявлений. Чем раньше госпитализировать больную, тем своевременнее будет начата адекватная терапия и тем больше шансов для уменьшения числа возможных неблагоприятных последствий, характерных для данного вида заболеваний.

Попытки лечения больных в амбулаторных условиях, почти в 3 раза увеличивают процент таких ближайших и отдаленных осложнений, как распространение воспалительного процесса и образование гнойных очагов в малом тазу, хронизация заболевания, нарушение менструальной и репродуктивной функций, развитие эктопической беременности.

Больные нуждаются в физическом и психическом покое. В зависимости от особенностей течения заболевания на 3—5—7 дней назначают постельный режим. Из диеты исключают острые блюда. Для женщин с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, особенно при рецидивирующем течении хронического процесса, характерны разнообразные психоэмоциональные расстройства (нарушения сна, аппетита, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость и т. д.). Поэтому к участию в лечении больных желательно привлекать психотерапевта, назначать седативные препараты, снотворные средства.

Ведущим методом лечения острых воспалений придатков матки является антибактериальная терапия. Она проводится как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическими способами лечения. Антибактериальную терапию следует начинать как можно раньше, т. е. сразу после взятия материала для бактериоскопического, цитологического и культурального исследований. Определение характера флоры и чувствительности ее к антибиотикам требует определенного времени, а назначение антибактериальной терапии, как уже отмечалось, относится к разряду экстренных мероприятий, поэтому лекарственные препараты приходится выбирать эмпирически, руководствуясь следующими правилами:

1. Учитывать клиническую картину заболевания, которая имеет свои особенности при различных возбудителях.
2. Помнить о том, что в современных условиях воспалительный процесс нередко обусловлен смешанной инфекцией.
3. Не забывать о возможной двухфазности течения заболевания вследствие присоединения анаэробной инфекции.
4. Менять схему антибиотиков, если после 3 сут лечения клинический эффект отсутствует.

Например, для острого воспаления придатков гонорейной этиологии характерны следующие признаки: связь начала заболевания с менструацией; множественные очаги поражения; вовлечение в процесс придатков с обеих сторон; частое распространение инфекции на тазовую брюшину; кровяные или гнойные выделения из половых путей. Гонококки нередко сосуществуют с трихомонадами и хламидиями. Патогенетически обосновано использование антигистаминных препаратов, производящих противовоспалительный эффект 2—3 раза в сутки больные получают димедрол в таблетках по 0,05 г или внутримышечно по 1—2 мл 1 % раствора, дипразин (пипольфен) в таблетках по 0,025 г или внутримышечно по 1 мл 2,5% раствора, супрастин по 0,025 г в таблетках или по 1 мл 2% раствора внутримышечно, тавегил в таблетках (0,001 г) или в инъекциях (2 мл, содержащих 0,002 г вещества). Усиливают действие антигистаминных препаратов кальция хлорид и глюконат, 5—10 мл

10% раствора которых вводят внутривенно. В комплекс лечебных средств желательно включать седативные препараты, регулирующие функции центральной нервной системы, усиливающие действие анальгетиков, обладающие спазмолитическими свойствами. Широкое распространение находят настой и настойка корня валерианы, настой и настойка травы пустырника, настойка пиона.

Воспалительные заболевания придатков матки чаще развиваются у женщин с выраженным снижением специфической иммунной реактивности и ослаблением неспецифических защитных сил организма. Этиотропная антибиотикотерапия приводит к дальнейшему нарушению процессов, обеспечивающих толерантность макроорганизма к воздействию инфекции. Следовательно, повышение резистентности больной к инфекции является важной составной частью комплексного лечения. С этой целью можно применять довольно широкий арсенал препаратов:

- иммуноглобулин антистафилококковый: по 5 мл внутримышечно через 1—2 дня, на курс 3—5 инъекций;
 - иммуноглобулин человека нормальный, или полиглобулин: по 3 мл внутримышечно через 1—2 дня, на курс 3—5 инъекций;
 - адсорбированный стафилококковый анатоксин по 0,5—1 мл подкожно в область нижнего угла лопатки через 3—4 дня, на курс 3 инъекции.
- Острый воспалительный процесс в придатках матки в подавляющем большинстве случаев удается ликвидировать консервативными методами лечения.

Показания к чревосечению можно сформулировать следующим образом:

- подозрение на перфорацию гнойного образования придатков
- наличие пиосальпинкса, пиовара или tuboовариального абсцесса на фоне ВМК;
- осложнение острого воспаления придатков матки гнойным параметритом
- неэффективность комплексного лечения с использованием лапароскопического дренирования, проводимого в течение 2—3 сут.

Операции, осуществляемые по поводу воспаления придатков матки, не являются стандартными ни по объему, ни по технике выполнения. Характер оперативного вмешательства зависит от:

- распространенности процесса в придатках (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное образование; одностороннее, двустороннее поражение; вовлечение параметральной клетчатки);
- выраженности спаечного процесса в брюшной полости;
- связи заболевания с родами, абортами, ВМК;
- наличия сопутствующих заболеваний полового аппарата;
- возраста больной.

У молодых женщин необходимо использовать малейшую возможность для сохранения репродуктивной функции. Операция у них ограничивается удалением измененных органов: маточной трубы или придатков со стороны

поражения. Однако если операция по поводу гнойного воспаления придатков проводится у молодых женщин с послеродовым, послеабортным эндомиометритом или на фоне ВМК, то объем ее должен быть расширен до экстирпации матки с обеими трубами. Яичник удаляется только при наличии патологических изменений в нем.

В послеоперационном периоде необходимо продолжать интенсивную терапию по следующим основным направлениям:

- борьба с инфекцией с учетом результатов бактериологических исследований и антибиотикограмм;
- инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на детоксикацию, нормализацию белкового и электролитного баланса, улучшение реологических свойств крови;
- осуществление неспецифической противовоспалительной терапии, применение десенсибилизирующих средств;
- воздействие на иммунный статус больной;
- витаминотерапия и использование средств анаболического действия;
- адекватное стимулирование функции кишечника.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ И ПЕРИТОНИТ.

В хирургической и гинекологической практике под термином перитонит понимают острое воспаление брюшины. Перитонит является тяжелейшим осложнением различных острых заболеваний органов брюшной полости, нередко приводящим к летальному исходу. Гинекологический перитонит чаще всего завершает такие деструктивные процессы во внутренних половых органах, как:

- расплавление стенки пиосальпинкса, пиовара или гнойного тубовариального образования;
- различные гинекологические операции;
- криминальные аборты, в том числе осложненные перфорацией стенки матки;
- некроз опухоли яичника вследствие перекрута ее ножки или разрыв капсулы опухоли.

До настоящего времени не существует единой классификации перитонита. В зависимости от распространенности воспалительного процесса выделяют следующие формы его:

1. Местный (ограниченный и неограниченный).
2. Распространенный (диффузный, разлитой и общий).

Под местным ограниченным перитонитом подразумевают воспалительный инфильтрат или абсцесс в каком-либо органе брюшной полости. Применительно к гинекологической практике таким гнойным образованием могут быть пиосальпинкс, пиовар, тубовариальный абсцесс. При местном неограниченном перитоните процесс локализуется в одном из карманов брюшины. В гинекологии к местному неограниченному перитониту относят пельвиоперитонит, который может быть закрытым за счет развития сращений между петлями кишки, сальником и органами малого

таза, или открытым — при свободном сообщении области малого таза с выше лежащими отделами брюшной полости.

В случае развития распространенного диффузного перитонита процесс охватывает от 2 до 5 анатомических областей брюшной полости; при разлитом — более 5, но менее 9; при общем — имеет место тотальное поражение серозного покрова органов и стенок брюшной полости.

Следует заметить, что в большинстве случаев заболевания детальное определение степени распространения воспалительного процесса возможно только во время лапаротомии и имеет прогностическое значение, а также диктует адекватный объем операции и дренирования брюшной полости. Однако во всех случаях необходимо дифференцировать местный и распространенный перитонит, так как возможна разница в терапии этих состояний.

Пельвиоперитонит может быть следствием распространения инфекции на брюшину малого таза при серозном и гнойном сальпингитах, а также практически всегда сопровождает развитие пиосальпинкса, пиовара или тубовариального абсцесса. Он может протекать в следующих видах: серозном, фибринозном и гнойном, причем фибринозно- гнойная форма может переходить в гнойную.

Воспалительная реакция в острой стадии пельвиоперитонита характеризуется расстройством микроциркуляции, повышением проницаемости сосудов, появлением серозного экссудата, выходом из сосудистого русла альбумина, фибриногена, форменных элементов (лейкодиapedез). В очаге поражения накапливаются гистамин, кинины, серотонин, органические кислоты, повышается концентрация водородных и гидроксильных ионов. Снижение повреждающего действия инфекционного агента характеризуется снижением расстройств микроциркуляции, уменьшением экссудации, образованием спаек, которые ограничивают патологический процесс пределами малого таза. При продолжающемся повреждающем действии микробной флоры усиливаются дистрофические изменения в мезотелии, повышаются экссудация и лейкодиapedез: серозный пельвиоперитонит переходит в гнойный. При возникновении гнойного пельвиоперитонита ограничение процесса происходит медленнее или не происходит совсем: развивается распространенный перитонит.

Клинические признаки острой стадии пельвиоперитонита имеют сходство с начальной стадией диффузного перитонита. Однако при пельвиоперитоните эти признаки менее выражены, а местные явления обычно преобладают над общими. У больной с локализацией воспалительного процесса в области придатков матки внезапно наступает ухудшение общего состояния. Усиливаются боли внизу живота. Резко повышается температура тела до 38—39 °С. Появляется тошнота, иногда одно- или двукратная рвота. При объективном исследовании определяется частый пульс, несколько опережающий температурную реакцию. Язык остается влажным, может быть обложенным белым налетом. Живот слегка вздут в нижних отделах, там же определяются некоторое напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы

раздражения брюшины. Перистальтика кишечника становится более вялой, однако брюшная стенка всегда участвует в акте дыхания. Вагинальное исследование у больных с пельвиоперитонитом затруднено из-за резкой болезненности и напряжения нижних отделов живота. Сильные боли, возникающие при самом малейшем смещении шейки матки, с несомненностью свидетельствуют о вовлечении брюшины в воспалительный процесс. У некоторых больных можно обнаружить уплощение или даже нависание влагалищных сводов, указывающее на наличие экссудата в малом тазе.

Клинический анализ крови при пельвиоперитоните следует производить многократно в течение суток, в начале заболевания — ежечасно. Для пельвиоперитонита, в отличие от перитонита, характерны умеренный лейкоцитоз, нерезкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, небольшое снижение количества лимфоцитов и увеличение СОЭ.

Лечение пельвиоперитонита, как правило, осуществляется консервативными методами. Больная нуждается в покое, полноценной щадящей диете. На низ живота рекомендуют периодическую аппликацию пузыря со льдом.

Ведущая роль в комплексе лечебных мероприятий принадлежит антибактериальной терапии, которую проводят по тем же принципам, по которым осуществляют лечение тяжелых форм острых воспалительных процессов в придатках матки. Цели детоксикации служит инфузионно-трансфузионая терапия, включающая белковые растворы, реологически активные плазмозамещающие препараты, солевые растворы, глюкозу, гемодез. При выраженной интоксикации в течение суток вводят 2—3 л жидкости, в случае снижения диуреза назначают мочегонные средства.

В комплекс терапевтических средств включают десенсибилизирующие, неспецифические противовоспалительные и обезболивающие препараты, витамины. Целесообразно проводить сеансы ультрафиолетового облучения аутокрови.

Хирургического лечения требует пельвиоперитонит, протекающий на фоне пиосальпинкса, пиовара или тубовариального абсцесса. В подобных случаях пельвиоперитонит отличается продолжительным и тяжелым течением, особенно если он вызван ассоциациями аэробной инфекции с анаэробами, и плохо поддается консервативной терапии.

Распространенный перитонит, в том числе и гинекологический, является чрезвычайно тяжелой патологией, характеризующейся рано возникающей эндогенной интоксикацией. В результате воздействия биологически активных веществ у больных возникают выраженные генерализованные сосудистые расстройства, главным образом на уровне микроциркуляторной части сосудистого русла. Неадекватность кровоснабжения органов и тканей приводит к развитию общей тканевой гипоксии, нарушению обменных процессов и быстрому возникновению деструктивных изменений в почках, поджелудочной железе, печени, тонкой

кишке. Нарушение барьерной функции кишечника приводит к дальнейшему усилению интоксикации.

К. С. Симонян в 1971 г. предложил классификацию перитонита, отражающую динамику патологического процесса. Эта классификация не утратила своего значения до настоящего времени. Автор выделил 3 фазы течения перитонита: I фаза — реактивная, II фаза — токсическая, III фаза — терминальная.

При реактивной фазе компенсаторные механизмы сохранены. Нет нарушений клеточного метаболизма. Отсутствуют признаки - гипоксии. Общее состояние пока еще относительно удовлетворительное. Больные несколько эйфоричны, возбуждены. Отмечается умеренный парез кишечника, перистальтика его вялая. Тахикардия несколько опережает температурную реакцию тела. В крови умеренный лейкоцитоз с небольшим сдвигом формулы влево.

Токсическая фаза перитонита связана с нарастающей интоксикацией. Страдает общее состояние больной: она становится вялой, меняется цвет кожных покровов, появляются рвота, икота. Нарушаются обменные процессы, изменяется электролитный баланс, развивается гипо- и диспротеинемия. Перистальтика кишечника отсутствует, живот вздут. Нарастает лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, появляется токсическая зернистость нейтрофилов.

При терминальной фазе все изменения имеют более глубокий характер. Преобладают симптомы поражения центральной нервной системы. Состояние больных крайне тяжелое, резкая заторможенность, адинамия. Пульс аритмичный, резкая одышка, снижение артериального давления. Полностью нарушена моторная функция кишки.

Динамика патологических процессов при перитоните чрезвычайно быстрая: от реактивной фазы до терминальной может пройти 48—72 ч.

Клиника перитонита у гинекологических больных имеет определенные отличия от подобного осложнения у пациентов с хирургической патологией. В первую очередь, следует иметь в виду возможное отсутствие ярких проявлений перитонита, как общих, так и локальных. К местным проявлениям перитонита относятся следующие симптомы: боль в животе, защитное напряжение мышц брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины, парез кишечника. Из общих симптомов перитонита наиболее характерны следующие: высокая лихорадка, поверхностное учащенное дыхание, рвота, беспокойное поведение или эйфория, тахикардия, холодный пот, а также изменение некоторых лабораторных показателей, к числу которых относятся выраженный лейкоцитоз в периферической крови с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью нейтрофилов, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации, повышение уровня щелочной фосфатазы, резкое снижение числа тромбоцитов.

Лечение в обязательном порядке проводится в 3 этапа: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство и интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка занимает 1,5 - 2 ч. За это время проводят декомпрессию желудка через назогастральный зонд; катетеризуют подключичную вену и осуществляют инфузионную терапию, направленную на ликвидацию гиповолемии и метаболического ацидоза, на коррекцию водного, электролитного и белкового баланса, на детоксикацию организма; вводят сердечные средства; обеспечивают адекватную оксигенацию. В процессе предоперационной подготовки показано внутривенное введение антибиотиков в максимально возможных дозировках с обязательным учетом особенностей их побочного действия.

После достаточной подготовки приступают к оперативному вмешательству. Объем оперативного вмешательства определяется сугубо индивидуально в каждом конкретном случае. Основное требование, предъявляемое к нему — полное удаление очага инфекции.

Послеоперационный период лечения перитонита является завершающим и чрезвычайно важным. Продолжающаяся инфузионная терапия должна преследовать следующие цели:

- ликвидация гиповолемии путем введения коллоидных растворов и белковых препаратов;
- восполнение потери хлоридов и калия;
- коррекция ацидоза;
- обеспечение энергетических потребностей организма;
- антиферментная и антикоагулянтная терапия путем сочетанного введения гепарина и контрикала;
- обеспечение форсированного диуреза;
- борьба с инфекцией путем применения антибиотиков широкого спектра действия;
- профилактика и лечение функциональной недостаточности сердечно-сосудистой системы;
- предупреждение и ликвидация гиповитаминоза.

Одно из центральных мест в лечении перитонита занимает восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника.

Для усиления эффективности проводимой терапии в комплекс лечебных мероприятий рационально включать сеансы УФОАК (ультрафиолетового облучения аутокрови). Эффект действия УФОАК возрастает, если состав лечебных мероприятий дополнить гипербарической оксигенацией (ГБО). Все виды гнойно-септической инфекции сопровождаются кислородным голоданием организма, которое весьма успешно корригируется применением гипербарической оксигенации. Кроме того, ГБО обладает бактерицидным, бактериостатическим и антисептическим свойствами.

Миома матки.

Среди новообразований женских половых органов миомы матки по частоте занимают первое место. Заболевание чаще всего поражает женщин в

возрасте 30 - 50 лет. Возникновение миом связывают с нарушением гормонального равновесия организма и повышением относительного уровня эстрогенов.

Миома представляет собой опухоль из гладкомышечных клеток. Растет в виде одиночного или множественных узлов. Опухолевые очаги могут располагаться в самых различных отделах тела матки, видоизменяя ее форму, размеры и положение. У 92 - 95 % больных узлы исходят из тела матки, у 5 - 8 % - из шейки матки. Очаги поражения могут располагаться в толще мышцы (интерстициально), под серозным покровом матки (субсерозно) и под слизистой оболочкой (субмукозно). Встречается и интралигаментарное их расположение. На ранних этапах своего развития опухоль преимущественно построена из гладких мышечных волокон и поэтому именуется миомой или лейомиомой. Если в опухоли преобладает прослойка соединительной ткани, она носит название фибромиомы. При атрофии мышечных волокон доброкачественную опухоль матки называют фибромой.

Миомы матки, лейомиомы и фибромиомы подвержены различным дегенеративным изменениям. Так, в периоде менопаузы в узлах происходит атрофия мышечных элементов, в послеродовом периоде опухолевые узлы некротизируются. Описаны случаи кистевидных изменений миом, их нагноения, кальцинации и, наконец, саркоматозного перерождения. Последнему чаще подвергаются субмукозные узлы, реже - субсерозные.

Клиника. Важнейший симптом миомы - кровотечение, которое может появляться в виде меноррагий, метроррагий, гиперполименорей. Обильные и длительные менструации (меноррагии) вызывают вторичную анемию.

Расстройство менструального цикла наблюдается чаще при субмукозных и интерстициальных миоматозных узлах, которые нарушают сократительную способность матки и сопровождаются развитием сопутствующей железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Боли при неосложненных миомах наблюдаются редко. В основном они бывают при быстром росте опухоли или ее некротизировании. Перекрут ножки опухоли или «рождение» узла из матки могут вызвать весьма мучительные боли. При «рождении» миоматозного узла появляются схватки. Боли имеют место и при межсвязочном расположении миом, особенно при их быстром росте. Перекрут ножки субсерозного узла может вызвать клиническую картину острого живота. Миомы больших размеров, оказывающие давление на тазовые органы, могут проявляться учащенным мочеиспусканием или затрудненным опорожнением прямой кишки. Иногда развитие миом протекает бессимптомно, и опухоль, достигая больших размеров, выявляется лишь при профилактическом обследовании женщины. Быстрый рост опухоли в период менопаузы, развитие стойкой анемии, не поддающейся гемостимулирующими средствами, являются признаком возможного саркоматозного перерождения миомы. Последнее встречается в 1,5 - 3 % случаев.

Нередки случаи сочетания миомы матки и злокачественных опухолей яичников, миомы и рака тела матки. Миома - фактор риска злокачественных новообразований гениталий.

Углубленная разработка вопросов патогенеза и изучения эндокринно-обменных нарушений подтверждает необходимость максимальной онкологической настороженности для выявления гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия у больных миомой матки. Сочетание миомы матки с атипической гиперплазией составляет 7,6 %, раком эндометрия - 4 %, доброкачественными - 8,1 % и злокачественными опухолями яичников - 3 %.

Хотя возможная связь миомы матки с гиперпластическими процессами и раком эндометрия не установлена, общность патогенетических аспектов этих процессов делает необходимым осуществление активного выявления предраковых заболеваний, рака шейки и тела матки среди больных, находящихся на диспансерном учете по поводу миомы матки. Больные с диагнозом «растущая миома матки» в постменопаузе требуют углубленного обследования в стационарных условиях. В репродуктивном периоде опасность развития атипической гиперплазии и рака эндометрия наиболее реальна у тех женщин, у которых помимо миомы определяются еще 2—3 таких фактора риска, как обменно-эндокринные нарушения, склерокистоз яичников, полипоз эндометрия. В пре- и постменопаузе миома является самостоятельным фактором риска независимо от того, имеются или отсутствуют другие признаки гиперэстрогении или обменные нарушения. Среди клинических симптомов миомы особую онкологическую настороженность вызывает быстрый рост опухоли, регистрируемый при клиническом и ультразвуковом исследованиях, и ациклические маточные кровотечения. Истинный рост миомы наблюдается у 61 %, ложный за счет некроза и отека ее узлов - у 18 % больных.

Диагностика. В большинстве случаев распознавание миомы не представляет трудностей. При учете данных анамнеза и осмотра (обнаружение увеличенной бугристой матки с наличием плотных, различной величины и смещаемости узлов) диагноз миомы в основном ставится безошибочно с помощью обычных гинекологических приемов. Наиболее простой и в ряде случаев надежный метод исследования - обзорная рентгенография таза. Иногда она позволяет выявить обызвествление миомы матки. Рентгенологическая картина отличается некоторыми особенностями, зависящими от величины опухоли, количества и концентрации в ней солей кальция. Очаги обызвествления бывают от едва заметных нежных теней до интенсивной петрификации, имеющей костную плотность.

Практически важно решить вопрос, не возникло ли определяемое в малом тазу опухолевое образование из яичников. Принципиальность этого решения состоит в том, что бессимптомная миома не требует лечения и может наблюдаться в динамике, в то время как опухоли яичника подлежат удалению. Гистерография показана больным с кровотечением из половых путей, когда клинически возникает подозрение на субмукозную миому.

Подслизисто расположенные узлы, как правило, не достигают значительных размеров, в связи, с чем данные пальпаторного исследования мало информативны. Рентгенологическая картина субмукозной миомы характеризуется чаще округлыми дефектами наполнения, расположенными больше по центру матки и ее деформированной полости. Тени таких дефектов имеют четкие контуры и не исчезают при тугом заполнении матки. Зная количество, размеры, локализацию и топографию узлов, нетрудно разработать детальный план терапии.

Гистерография - обязательный компонент обследования больной в случае длительной менометроррагии, могущей быть следствием сочетания миомы матки и рака эндометрия. Матка в подобной ситуации часто бывает деформирована растущим в ее полость узлом, что затрудняет получение полноценного биоптата при диагностическом выскабливании слизистой оболочки.

В отличие от миомы, проявляющейся на гистерограммах дефектами наполнения, которые расположены по центру полости матки, дефекты рака эндометрия имеют краевую локализацию и отличаются изломанными, не совсем четкими и неровными контурами.

В связи с тем, что в дооперационном периоде больные миомой матки далеко не в каждом случае подвергаются исследованию матки, и топография этой опухоли остается невыясненной, не всегда взвешенно решается вопрос о масштабах предстоящей операции.

Опыт показывает, что клинически почти не распознаются небольшие миоматозные узлы, исходящие из шейки матки и из области ее внутреннего зева при сочетании их с пороком развития матки. Без гистерографии выявить миому указанной локализации невозможно.

Определенную помощь в распознавании миомы матки может оказать артериография. К использованию данного метода приходится прибегать в сложных клинических ситуациях, когда более простыми методами дифференцировать миому с другими видами опухоли не представляется возможным.

Неоценима значимость гистероскопии при диагностике субмукозно расположенных миоматозных узлов. Метод дает возможность не только уточнить локализацию, но и удалить опухоль, если она имеет неширокую ножку. Гистероскопия позволяет контролировать эффективность хирургического вмешательства, выполненного влагалищным путем, и избежать чревосечения.

При необходимости проведения дифференциального диагноза между миомой матки на ножке и опухолью яичника весьма точную информацию удается получить при лапароскопии.

В комплексе с другими методами исследования или в качестве самостоятельного способа в распознавании миомы матки особую роль следует отнести ультразвуковой томографии. По простоте выполнения и переносимости метод не имеет себе равных. Его использование должно занимать первое место после гинекологического исследования. При

достаточном оснащении лечебных учреждений ультразвуковой аппаратурой эхография подобно цитологическому исследованию станет скрининговым методом.

В целом обследование больных миомой матки должно быть комплексным и включать различные рентгенологические методы, позволяющие уточнить топографию опухоли, провести дифференциальный диагноз, выяснить взаимосвязь миомы со смежными органами и оценить их функциональное состояние. Необходимость комплексного обследования диктуется тем, что с развитием анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии появились реальные условия производить операции даже тем больным, которые еще десяток лет тому назад считались неоперабельными и некурабельными.

Лечение. Неоперативное лечение - больных миомой матки. В течение последних лет учение о миоме матки обогатилось новыми данными о патогенезе, лечении и предупреждении этого заболевания, что послужило основанием для определения риска развития миомы матки и разработки методов лечения, тормозящих рост опухоли и возникновение в ней вторичных изменений.

Неоперативное лечение этих больных помогает отсрочить радикальное вмешательство до периода менопаузы, когда оно часто становится ненужным вследствие сопутствующей возрастной гипотрофии (и атрофии) миометрия.

Вопрос о неоперативном лечении миомы матки имеет большое значение в связи с частотой этого заболевания (у 25—30% женщин старше 35 лет, у 30—35% достигших пременопаузального возраста), возникновением осложнений, сопутствующих росту опухоли (кровотечения, постгеморрагическая анемия, вторичные изменения в миоматозных узлах и др.), а также, в связи с необходимостью пересмотра расширенных показаний к удалению матки.

Принципы неоперативного лечения миомы матки основаны на концепции о гормонально зависимом характере этой опухоли и использовании средств, задерживающих ее развитие.

Повышенное содержание эстрогенов в крови и прогестерондефицитное состояние не являются постоянными факторами в развитии миомы. Известна возможность развития миомы при овуляторном цикле, завершающемся развитием беременности. Поэтому полагают, что в патогенезе миомы матки существенное значение имеют не только нарушения метаболизма, синтеза и соотношения половых гормонов, но также состояние рецепторного аппарата миометрия, более высокая активность эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами.

Консервативная терапия предусматривает воздействие на указанные процессы с целью торможения роста и усиления процессов атрофии в узлах миомы.

Неоперативное лечение показано при интерстициальном и субсерозном (на широком основании) расположении узла (узлов) миомы, величине опухоли, увеличивающей размеры матки не более чем до 12-

недельной беременности, при отсутствии мено- и метrorрагий. Консервативное лечение проводят при наличии сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, являющихся противопоказанием к хирургическим вмешательствам, а также нередко в порядке подготовки к операции, при отсутствии показаний к неотложному их выполнению.

Консервативное лечение противопоказано: 1) при величине матки с узлами миомы, превышающей ее размеры при 12-недельной беременности; 2) при субмукозном расположении узла, а также интерстициального с центральным ростом; 3) при сочетании миомы матки с опухолями яичников и аденомиозом; 4) в случае быстрого роста, вызывающего подозрение на возникновение саркомы матки; 5) при меноррагиях, вызывающих анемию. Существуют противопоказания к применению гормональных препаратов, определяющих основу консервативной терапии; тромбоз и тромбоз в анамнезе, варикозное расширение вен, гипертония, операции по поводу злокачественных опухолей в анамнезе.

Е. М. Вихляева относит к числу факторов риска развития миомы, следующие особенности анамнеза и данные объективного исследования:

- 1) наследственная предрасположенность - миома матки, другие опухоли половых органов, мастопатия и др. у родственниц первого и второго поколений;
- 2) нарушения менструальной функции начиная с менархе, в том числе сочетающиеся с половым инфантилизмом;
- 3) расстройства менструальной функции, не поддающиеся излечению, особенно в сочетании с нарушениями углеводного, липидного и других видов обмена (ожирение, предиабет, диабет);
- 4) нарушения менструальной и репродуктивной (бесплодие, невынашивание беременности) функций, связанные с дезорганизацией функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы;
- 5) рецидивирующие воспалительные заболевания внутренних половых органов, способствующие нарушению функции яичников (монофазные менструальные циклы, двухфазные циклы с функциональной недостаточностью желтого тела);
- 6) неоднократные диагностические выскабливания слизистой оболочки тела матки и искусственные аборт, следствием которых могут быть воспалительные заболевания матки и изменение рецепторного аппарата эндометрия;
- 7) экстрагенитальные заболевания, способствующие нарушению функции яичников и других желез внутренней секреции.

Перед началом консервативного лечения в обязательном порядке используют методы исследования, позволяющие исключить субмукозную миому матки, узловатую форму аденомиоза, опухоли яичников и другие патологические процессы, являющиеся противопоказанием к этому виду лечения.

Цель неоперативных методов лечения состоит в торможении роста опухоли. Лечение должно быть комплексным; оно предусматривает коррекцию нейроэндокринных нарушений, определяющих причину возникновения и патогенез миомы, терапию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, способствующих росту опухоли, устранению симптомов, отягощающих течение заболевания.

Развитию миомы матки часто сопутствует увеличение кровопотери во время менструации. Причинами меноррагии могут быть снижение сократительной способности матки, нарушения процесса отторжения функционального слоя эндометрия, если миоме сопутствуют ановуляция или менструальные циклы с недостаточностью желтого тела, гиперплазия и полипы эндометрия. Не исключается замедление регенерации кровоточащей поверхности матки после десквамации функционального слоя, что наблюдается при хроническом базальном эндометрите, сопутствующем миоме матки. Необходимо систематическое исследование крови и противоанемическое лечение, если отмечается снижение количества гемоглобина и эритроцитов. Рекомендуются применение препаратов железа.

Если причиной меноррагии является сопутствующая миоме матки гиперплазия эндометрия, то лечение должно предусматривать устранение патологии, вызывающей данный процесс. Повторяющиеся обильные менструальные кровопотери чаще всего бывают связаны с субмукозной или интерстициальной миомой с тенденцией к подслизистому росту. В таких случаях показано хирургическое лечение.

В систему комплексной консервативной терапии включают витамины, оказывающие многостороннее действие на организм. Насыщение витаминами осуществляется за счет соответствующих пищевых продуктов (свежие ягоды, фрукты, овощи и др.), зимой и ранней весной назначают комплексы витаминов. В комплекс желателен включать витамины группы В (В₁₂, В₆, В₁₅), аскорбиновую кислоту, которая оказывает влияние на стероидогенез в яичниках и надпочечниках. Витамин Е целесообразно применять при расстройствах функций гипоталамо-гипофизарной системы. Важное значение придается витамину А, оказывающему регулирующее влияние на многие звенья нейроэндокринной системы и снижающему чувствительность эффекторных органов к эстрогенам.

Комплексная консервативная терапия предусматривает коррекцию пищевого режима, поскольку у больных миомой матки нередко наблюдаются признаки нарушения липидного обмена. Повышенная масса тела отмечается у многих больных, особенно в пременопаузальном возрасте. Пищевой рацион должен содержать все ингредиенты, необходимые для сбалансированного питания. Следует ограничить легко усвояемые углеводы и животные жиры; включить в рацион растительные масла, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, фруктовые и овощные соки.

Успех консервативной терапии во многом зависит от излечения сопутствующих экстрагенитальных заболеваний (органов пищеварения, гепатобилиарной системы, эндокринных нарушений).

Основой консервативной терапии миомы являются гормональные препараты. Противоопухолевое действие гестагенов проявляется в снижении митотической активности клеток опухоли, что способствует торможению ее роста. Гестагены назначают больным репродуктивного и перименопаузального возраста. Широко используют норколут или премолут, которые при сохраненном менструальном цикле применяются с 16-го по 25-й день цикла по 10 мг/сут или с 5-го по 25-й день цикла по 5 мг/сут в течение 4 - 6 мес. Женщинам перименопаузального возраста норколут применяют в непрерывном режиме в течение 3 мес по 5—10 мг/сут.

В последние годы гестагены уступают место даназолу и гестринону. Даназол в течение 4 - 6 месяцев в дозе 400 мг в день в непрерывном режиме весьма эффективен. Гестринон в дозе 2,5 мг два раза в неделю в течение того же времени вызывает значительное уменьшение размеров миомы - на 50 - 80 % объема. Однако у женщин репродуктивного возраста после отмены препарата рост миомы возобновляется. В связи с этим указанные препараты рекомендуют в качестве предоперационной подготовки для облегчения хирургического вмешательства и возможности консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. У женщин перименопаузального возраста после названного лечения рост миомы не возобновляется.

Андрогены и их производные еще используют для лечения больных миомой матки в перименопаузальном и постменопаузальном возрасте. В последние годы с успехом применяются аналоги люлиберина (золадекс) в течение 3 - 6 мес для лечения миомы матки. Это способствует уменьшению размеров миомы наполовину, исчезновению меноррагии и тазовых болей, повышению уровней гемоглобина и гематокрита. После отмены препарата, как правило, рост миомы возобновляется. При бесплодии, невынашивании и миоме матки средних размеров предварительное лечение аналогами люлиберина способствует быстрому уменьшению миомы и возможности проведения миомэктомии при лапароскопии.

При растущей миоме матки у женщин в постменопаузальном возрасте оптимальны радикальные методы лечения (ампутация или экстирпация матки).

При выборе лечения тщательно учитывают противопоказания к ряду гормональных препаратов. В их числе - заболевания печени и желчных путей, тромбофлебит, гипертоническая болезнь, ревматизм, диабет, атеросклероз. К факторам, повышающим риск возникновения побочных действий, относятся курение и употребление алкоголя. До лечения, в процессе его и после окончания курса тщательно исследуют функции печени, эндокринных желез, сосудистой, иммунной, гемокоагуляционной систем и периферическую кровь.

Основной метод лечения миом — хирургический. Он состоит в частичном или полном удалении матки, пораженной миомой, или удалении миоматозных узлов. Показаниями для хирургического вмешательства по

поводу миомы являются: 1) опухоли, превышающие размеры матки при беременности в 12 нед у молодых женщин и в 15 - 16 нед у женщин после 45 лет; 2) подозрение на злокачественное перерождение опухоли; 3) быстрый рост опухоли, особенно в период климактерия или менопаузы; 4) наличие субмукозных и субсерозных узлов на длинных ножках, склонных к перекручиванию и некрозу; 5) опухоли матки шеечной локализации; 6) явления сдавления соседних с маткой органов (учащенное мочеиспускание или нарушение акта дефекации); 7) нарушения менструальной функции по типу меноррагий или метроррагий, сопровождающиеся симптомами выраженной постгеморрагической анемии.

Противопоказаниями для хирургического лечения больных миомой матки являются тяжелые формы заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, нарушения обмена веществ, воспалительные заболевания органов малого таза в процессе обострения, тромбоэмболические заболевания и др.

Хирургическое лечение включает различные по объему оперативные вмешательства: экстирпацию и надвлагалищную ампутацию матки с придатками или без них, дефундацию и резекцию матки, энуклеацию миоматозных узлов абдоминальным или вагинальным доступом и др. Выбор объема хирургического вмешательства основывается на учете анатомических особенностей локализации опухоли, ее размеров, общего количества миоматозных узлов и их взаиморасположения, возраста больной и ряда других факторов.

Экстирпация матки с придатками. Применяется при шеечной локализации миомы, подозрении на злокачественное перерождение миоматозного узла, при сочетании миомы с различными сопутствующими предопухолевыми заболеваниями шейки матки (полипами, лейкоплакиями, дисплазиями, рубцовыми деформациями с изъязвлением, железисто-мышечными гиперплазиями).

Энуклеация узлов миомы матки путем чревосечения проводится обычно у молодых женщин. Вместе с избавлением больной от опухоли операция преследует цель сохранить менструальную и детородную функции. Это вмешательство должно проводиться только после тщательного дооперационного обследования больной, позволяющего исключить наличие подслизистых и интерстициальных миоматозных узлов. Отрицательная сторона энуклеации узлов — возможность возникновения новых очагов из оставленной матки, в которой мелкие зачатки опухоли могут быть недоступны выявлению во время хирургического вмешательства. Об этом женщина должна быть предупреждена.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Наиболее типичная и самая частая операция при миомах. Обязательным условием для данного объема вмешательства является исключение опухолевых и предопухолевых изменений в шейке матки и цервикальном канале, для чего операции должны предшествовать кольпоскопия, цервикоскопия, цитологическое исследование отделяемого из цервикального канала, диагностическое

выскабливание слизистой оболочки канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобленных тканей.

Фиброзный полип эндометрия представляет собой субмукозную миому матки, которая в процессе роста и развития приобретает ножку. Он обычно локализуется на задней стенке или в дне матки и имеет сначала широкое основание. По мере роста и под влиянием маточных сокращений ножка полипа удлиняется, опухолевое образование выпячивается в полость матки, а затем постепенно изгоняется в раскрывающийся канал шейки матки. Питающие полип кровеносные сосуды находятся в ножке и по мере удлинения ее все больше сдавливаются. В результате нарушается питание полипа, и он подвергается некрозу.

Основным клиническим симптомом фиброзного полипа эндометрия являются мено- и метроррагии, сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота. Меноррагии бывают тем обильнее, чем больше полип выпячивается в полость матки.

Диагностика фиброзного полипа строится на учете совокупности жалоб больной, данных инструментального и рентгенологического методов исследования (зондирование, гистерография, гистероскопия).

Лечение — хирургическое. При тонкой и легко достижимой ножке полипа, расположенного в шеечном канале матки или во влагалище, операция состоит в перевязке и отсечении ножки вместе с полипом. При толстой ножке фиброзный полип безопаснее вылушивать. Опасность отсечения массивной ножки состоит в возможности возникновения послеоперационного маточного кровотечения или повреждения стенки матки.

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Общие правила проведения реабилитационных мероприятий больных с патологией почек и мочевыводящей системы:

- А. Раннее начало
- Б. Непрерывность, этапность
- В. Комплексный подход
- Г. Индивидуальный подход
- Д. Все верно

2. Основные показания на курорте «озеро Учум» в реабилитации больных гинекологического профиля:

- А. Хронический сальпингоофорит в ст. ремиссии
- Б. Первичное бесплодие
- В. Острый гнойный сальпингоофорит
- Г. Маточное кровотечение

Д. Верно а, б

3. К 3-му этапу мед реабилитации относится:

- А. Стационарный
- Б. Санаторно-курортный
- В. Амбулаторно-поликлинический
- Г. Превентивный

4. Пелоидотерапия – это:

- А. Лечебное применение нагретого песка
- Б. Лечебное применение грязей
- В. Лечебное применение озокерита
- Г. Лечебное применение парафина

5. Виды массажа в реабилитации больных гинекологического профиля:

- А. Ручной классический
- Б. Сегментарный
- В. Подводный-душ массаж

Г. Аппаратный

Д. Всё верно

6. Виды водолечения в реабилитации больных гинекологического профиля:

А. Восходящий душ

Б. Углекислые ванны

В. Жемчужные ванны

Г. Подводный душ-массаж

Д. Все вышеперечисленное

7. Грязелечение используют в реабилитации следующих заболеваний:

А. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии

Б. Хронический эндометрит в стадии ремиссии

В. Хронический простатит в стадии ремиссии

Г. Все перечисленное

8. Грязелечение противопоказано при:

А. ОРЗ

Б. Хронический простатит в стадии ремиссии

В. Хронический гнойный эндометрит

Г. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Пациентка К. 30 лет находится на лечении на курорте «Озеро Учум» с Диагнозом: Хронический сальпиноогофорит в стадии ремиссии. Вторичное бесплодие. На момент осмотра состояние удовлетворительное, жалоб нет. Из анамнеза известно, что пациентка замужем в течение 5 лет, неоднократно получала стационарное и амбулаторное лечение, на курорте находится впервые.

Вопросы:

1. Какие методики грязелечения можно назначить данной пациентке?
2. Перечислите ведущие клинические эффекты грязелечения.
3. Сколько грязевых процедур назначают на курс лечения?
4. С какими другими физическими факторами можно сочетать грязелечение?
5. Какие методики климатолечения может рекомендовать медсестра?

Ситуационная задача №2

На приеме у участкового терапевта больная 65 лет с жалобами на периодический субфебрилитет (температура 37,1 - 37,3), слабость, ноющую боль в поясничной области, жжение при мочеиспускании. В анамнезе частые циститы. При обследовании: в крови содержание лейкоцитов 9 тыс., СОЭ 22 мм/ч, в моче повышенное содержание лейкоцитов, в мазке из влагалища повышенное содержание лейкоцитов.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать?
2. В каком виде реабилитации нуждается больная?
3. В чем заключаются принципы лечения данного заболевания?
4. Какой курорт может рекомендовать медсестра в дальнейшей реабилитации?

7. Список тем по УИРС.

1. Санаторно- курортное лечение в реабилитации гинекологических больных.

2. Санаторно- курортное лечение в реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.
3. Фитотерапия в реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.
4. Современные антибактериальные препараты в медицинской реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.

Тема № 12: Реабилитация больных хирургического и травматологического профиля, лиц с ограниченными двигательными возможностями.

2. Значение изучения темы:

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен: иметь представление о заболеваемости травматизмом в России и Красноярском крае

должен знать: общие понятия о травматизме, основные причины травматизма, классификацию травматизма, виды, этапы реабилитации больных хирургического и травматологического профиля, лиц с ограниченными двигательными возможностями.

Роль среднего медицинского персонала в проведении реабилитации.

Должен уметь: составить реабилитационные программы на этапах медицинской реабилитации по вышеуказанным заболеваниям.

-заполнить карту физической реабилитации

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Организация системы реабилитации больных хирургического, ортопедического и травматологического профиля.

2. Задачи, средства и формы, методы, стадии, особенности реабилитации в различные периоды.

3. Общее понятие (определение) травматизма.

4. Статистика заболеваемости травматизмом в России и Красноярском крае.

5. Основные экономические факторы травматизма.

6. Классификация травматизма (производственный, не производственный, умышленный, военный).

7. Медицинский аспект реабилитации травматологических больных.

8. Физический аспект реабилитации травматических больных.

9. Психологический, профессиональный аспект реабилитации травматологических больных.

10. Роль среднего медицинского персонала в проведении реабилитационных мероприятий больным хирургического, ортопедического и травматологического профиля.

К бытовому травматизму относятся травмы, полученные в жилище (квартире, частном доме, общежитии и т.п.), на лестничном проходе, во дворе, на даче, земельном участке, в саду, гараже, в общественных местах и зонах отдыха (в кинотеатре, лесу, парке и т.п.) Бытовой травматизм выступает на первое место среди травм (производственных, уличных, спортивных, военных и т.п.). Ввиду сложности дифференциации и многообразия причин и условий, приводящих к бытовым травмам целесообразно говорить не о причинах, а о фоновых (предрасполагающих) факторах бытового травматизма. Ведь, например, гололед не приводит, а лишь способствует получению травмы. Следовательно, наличие фоновых факторов повышает вероятность возникновения бытовой травмы и, наоборот, их отсутствие снижает степень риска травматизации. Фоновые факторы бытового травматизма можно классифицировать на внешние и индивидуальные.

1. Внешние:

- неисправность предметов домашнего обихода
- недостаточная освещенность лестничной площадки, квартиры, тротуара, территории двора и т.п.
- гололед и заснеженность
- не благоустройство территории двора
- неудачная конструкция бытовых приборов
- низкий уровень жизненных удобств, плохое качество пола в доме (в квартире)
- дефекты в изоляции электропроводки

2. Индивидуальные фоновые факторы:

- дефект зрения
- неосторожность
- недосыпание, утомление
- возраст
- психические и соматические заболевания, наличие анатомических (физических) дефектов
- предшествующие события (мелкие и крупные неприятности, радостные события и трагические)
- прием лекарственных средств и тонизирующих напитков
- характер взаимоотношений в семье

Следует отметить ведущая роль в возникновении бытовых травм принадлежит группе индивидуальных факторов, это имеет важное значение в плане профилактики и снижения уровня бытового травматизма.

Огромная доля бытового травматизма принадлежит - детскому травматизму. Последствия его подчас так трагичны, что изучением детского травматизма много раз занималась Всемирная организация здравоохранения, назвав его «бичом общества». На детский возраст приходится 25% всех повреждений, которые получает человечество. Ведь дети так тесно не соприкасаются с техникой, транспортом, ядовитыми химическими веществами, как взрослые. Где же ребенок может получить травму? Примерно в 40% всех случаев это происходит дома или во дворе дома. Наибольшее число травм приходится между 13 и 19 часами, т.е. когда большинство из детей находится вне школы и детских садов. В домашних условиях наиболее часто получают повреждение дети грудного возраста до года, немного реже - преддошкольного -от 1 года до 3 лет.

Уже в первые 3 месяца жизни ребенок может пострадать- его могут уронить, облить горячей жидкостью и т.д. С 4-5 месячного возраста частота повреждений увеличивается, так как у ребенка появляются сознательные хватательные движения, и он может опрокинуть на себя посуду с горячей жидкостью, проглотить мелкие предметы, упасть из кроватки, коляски. В преддошкольном и дошкольном возрасте любознательность детей, недостаточность координации движений, отсутствие жизненного опыта приводят к падению с мебели, качелей, ожогам горячими жидкостями, отравлениям ядовитыми веществами. Дети этого возраста часто падают из окон, так как либо забираются на подоконники самостоятельно или их подсаживают туда взрослые. Бытовые травмы у школьников могут быть самыми разнообразными. Особенно тяжелы последствия падения в пролет лестницы при катании на перилах, с велосипедов, при прыжках с заборов, крыш, гаражей, деревьев, Особенно часто такие несчастья происходят с детьми 7-11 лет.

Очень часто при несчастных случаях с детьми взрослые проявляют растерянность, беспомощность или полную медицинскую неосведомленность. Поэтому велика ответственность родителей и семейной медсестры в профилактике и первой неотложной помощи. Эта помощь должна быть немедленной и медицински грамотной, чтобы ребенок при ранении не погиб от кровотечения и его состояние не ухудшилось бы в последствии в результате присоединившихся осложнений (например, нагноение раны, заражение крови). Семейная медсестра вправе научить родителей предупредить тот или иной несчастный случай. Для профилактики различных травм у детей надо строго соблюдать ряд подсказанных жизненным опытом требований, которые несложны - просто о них надо помнить.

Дети до 7 лет нуждаются в постоянном внимании и опеке взрослых, так как они не имеют жизненного опыта и часто попадают в беду. Школьники тоже нуждаются в присмотре, пусть не в таком неотступном как малыши. Поведение ребенка, его собранность зависят от состояния его нервной системы. Для детского возраста характерно преобладание возбуждения над торможением. Хорошо известно, что здоровому ребенку трудно усидеть на

месте, что проявляется в рассеянности, несобранности, отсутствии устойчивого активного внимания. В таком состоянии ребенок легко может получить какую либо травму. Поэтому семейная медсестра должна рассказать родителям и опекунам ребенка, о характерных для возраста ребенка психологических особенностях, о необходимости соблюдения режима дня - сна, питания, пребывания на свежем воздухе. Так как все это укрепляет и правильно развивает нервную систему ребенка. Здоровый, хорошо воспитанный, дисциплинированный, физически хорошо развитый школьник реже становится жертвой несчастного случая - у него хорошо функционируют сдерживающие центры и он привык выполнять советы взрослых. Для предупреждения транспортного травматизма необходимо знакомить детей с правилами уличного движения, начиная с дошкольного возраста. Надо смелее допускать детей к самообслуживанию в быту уже с дошкольного возраста, контролируя работу ребенка. Это способствует обучению детей правилам безопасности в обращении с режущими и колющими предметами домашнего обихода, горячим утюгом и т.д.

В каждой семье должна быть аптечка с предметами необходимыми для оказания первой помощи: стерильный бинт, стерильные марлевые салфетки, йод, вата, бинт, раствор перекиси водорода, спирт, пузырек для льда, борная кислота.

Семейная медсестра может проводить занятия с семьями о неотложной помощи при различных травмах.

Ушибы. При ушибе происходит повреждение мягких тканей, мышц, разрывы кровеносных сосудов с кровоизлиянием в окружающие ткани. Пострадавший жалуется на боль в области ушиба. В этом месте появляется припухлость.

Растяжение связок. При внезапных и резких движениях, выходящих за пределы **нормального** движения данного сустава, происходит растяжение связок и кровоизлияние, которое наблюдается в виде припухлости. В области растяжения возникает боль. Движение в суставе нарушается.

Первая помощь. Создать покой поврежденному участку и положить на него холод (пузырек со льдом) на час с 3-4 перерывами по 15 минут.

Этим уменьшается кровоизлияние и болезненность. Ушиб носа может сопровождаться кровотечением. При этом нельзя разрешать сморкаться. Необходимо положить на нос ткань, смоченную холодной водой, а голову наклонить вперед, зажав крылья носа пальцами в течение 10-15 минут. При таком положении стекающая кровь свертывается и закупоривает кровоточащий сосуд.

Ушиб головы особенно опасен - из-за возможного сотрясения головного мозга, перелома костей черепа, разрыва сосудов твердой мозговой оболочки. Вначале может не быть достоверных признаков этих тяжелых повреждений и их не надо ждать. Немедленно уложить пострадавшего в постель. Обеспечить ему покой, к голове приложить лед и немедленно вызвать врача.

Переломы. Бывают закрытые и открытые. Последние опаснее так как присоединяется возможность попадания инфекции в рану. Признаки перелома: - нарушение движения поврежденной конечностью;

- припухлость;

- сильная боль, усиливающаяся при нарушении покоя поврежденной области.

Вывихи. Если внешняя сила, действующая на сустав, превышает обычный объем движения в суставе, то кости смещаются, и происходит вывих. Появляется резкая боль, движения конечности ограничены. У детей в возрасте от 1-3 лет довольно часто возникает подвывих головки лучевой кости. Происходит это в том случае, если ребенка рывком резко потянуть за вытянутую руку. Появляется резкая боль в области локтевого сустава, ребенок плачет при малейшем дотрагивании до руки, она висит вдоль туловища.

Первая помощь, При подозрении на перелом, вывих, подвывих, растяжение связок не делайте попыток к вправлению. Не тяните за поврежденное место - это только повредит пострадавшему. Резкая боль при этом может привести к обмороку или вызвать тяжелейшее осложнение - травматический шок. Для облегчения боли, уменьшения внутреннего кровотечения, предохранения кожи от повреждения костным отломком, чтобы закрытый перелом не стал открытым, необходимо обездвижить конечность. Для иммобилизации ноги используйте подручный материал- доску, фанеру, плотный картон. Они выполняют роль транспортной шины. Шину надо прибинтовать так, чтобы она захватывала суставы выше и ниже места повреждения, чтобы создать надежную неподвижность конечности. Профилактика падений детей с высоты.

Не кладите детей до 3 лет в кровати, не защищенные сетками или решетками. Если ребенок начал садиться и тем более вставать, не оставляйте его без присмотра в коляске. Ребенок до 7 лет должен кататься с деревянных горок, на каруселях, качелях только в вашем присутствии. Младшим школьникам надо показывать на житейских примерах опасность катания с перил лестниц, лазание на высокие деревья, на строительные леса.

Как предупредить ранения. Не оставляйте в доступных для маленьких детей местах острых предметов: ножниц, ножей, вилок и др. и не разрешайте играть ими даже в вашем присутствии. Начиная с 4-5 летнего возраста ребенка надо научить пользоваться ножом, ножницами, вилкой. Это перестанет вызывать у ребенка повышенный интерес к указанным предметам, и он постепенно научится разумно ими пользоваться. Не разрешайте детям бегать с острым предметом в руках. Объясните, как можно о них пораниться.

Ожоги.

1. Термические ожоги наблюдаются в любом возрасте, но наиболее часты у детей от 1-3 лет, когда малыш подталкиваемый любопытством может дотронуться до горячего предмета (утюг, электроплита), опрокинуть на себя

посуду с горячей жидкостью, потянуть на себя скатерть со стола, на котором стою" горячая пища, упасть в таз с горячей водой и т.д.

Первая помощь при термических ожогах. Наибольшее число ошибок допускается именно при оказании первой помощи обожженному: ожоговую поверхность присыпают содой, крахмалом, смазывают маслом, мочой. Не делайте этого - все это только ухудшает заживление ожога.

Что делать если, на ребенке воспламенилась одежда? Нельзя допускать, чтобы он бегал. Пламя можно погасить, накинув на него плотную ткань (одеяло, пальто). Как только пламя удалось погасить, нужно быстро снять одежду, так как длительное пребывание в горячей одежде усугубляет ожог. Затем нужно завернуть пострадавшего в чистую проглаженную простыню и срочно вызвать скорую помощь. При наиболее часто встречаемом в быту ожоге кистей рук достаточно немедленно подставить обожженное место под струю проточной холодной воды на 10-15 минут, а затем наложить стерильную повязку. Что делать, если ребенок глотнул горячую жидкость? Нужно дать ему выпить холодной воды, пососать кусочек льда и немедленно показать ребенка врачу, так как при ожоге глотки возможно образование отека, который через несколько часов после травмы вызовет затруднение дыхания и потребует квалифицированной помощи.

2. Химические ожоги возникают от воздействия на кожу или слизистые оболочки крепких кислот или щелочей. Если эти вещества хранятся в доме в доступном месте, да еще в посуде из-под сока - ждите беды.

Вещества, которые могут вызвать ожог:

- йод
- уксусная эссенция
- медный купорос
- кристаллы марганцовокислого калия.

После приема раствора химического вещества у ребенка начинается многократная рвота. Химическое вещество быстро всасывается и вызывает омертвление слизистых оболочек рта, глотки, пищевода и желудка. При рвоте оно все не выделяется. Химические ожоги часто заканчиваются сужением пищевода и желудка, ребенок годами лечится в больницах и иногда остается инвалидом на всю жизнь. Очень опасен нашатырный спирт - своими парами он поражает слизистую оболочку дыхательных путей, в результате чего уже в первые часы может развиваться отек легких и наступить смерть. Первая помощь при химических ожогах, Надо немедленно заставить пострадавшего выпить 1-4 стакана воды или молока, а затем дать столовыми ложками любое растительное масло, давать глотать лед, мороженое и немедленно вызвать скорую помощь.

Если ребенок взял в рот кристаллы «марганцовки», надо как можно скорее очистить от них рот. Для этого указательный палец правой руки нужно обмотать тканью или ватой, ввести в рот, удалить кристаллы и вызвать скорую помощь.

Те же химические вещества могут вызвать ожог кожи. Облитую поверхность тела немедленно освободить от одежды и начать промывать большим

количеством холодной воды в течение 15-20 минут. После этого, если произошел ожог кислотой, следует наложить стерильную повязку, пропитанную раствором питьевой соды, а если ожог щелочью, то раствором лимонной или борной кислоты из расчета 1 чайная ложка на стакан воды.

Профилактика. Не оставлять сильнодействующие вещества в доступных детям местах. Не хранить их в посуде рядом с лекарствами, продуктами питания. Обязательно наличие маркировки.

Инородные тела дыхательных путей. Различные предметы могут попасть в дыхательные пути особенно у детей. Какое-нибудь некрупное тело, находящееся между губами или во рту, при быстром глубоком вдохе, во время возгласа, смеха, испуга, падения, разговора втягивается струей воздуха в дыхательные пути. Пострадавший закашливается, синеет.

Первая помощь. Осмотреть рот, возможно предмет крупный, застрял, в глотке и закрывает вход в гортань. Это может привести к удушью. В таком случае, введите свой указательный палец глубоко в рот и попытайтесь удалить предмет. Если ничего не видно, необходимо срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Профилактика. Не оставлять в местах, доступных для маленьких детей, предметов, которые они могут взять в рот и проглотить. Особенно привлекают малышей монеты, цветные пуговицы, бусинки. Проверяйте целостность игрушек, а отпадающие мелкие детали выкидывайте, не оставляйте для игры детям. Детей постарше отучайте от дурной привычки держать что-либо во рту, особенно во время игр, бега. Запрещайте им смеяться во время еды.

6.Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания по теме:

1. Уровень травматизма зависит от следующих причин:

А. Политика государства в области здравоохранения

Б. Климатогеографическое положение региона

В. Профилактическая работа по улучшению безопасности труда

2. Какое место занимает смертность от травм в общей структуре смертности?

А. I

Б. II

В. III

Г. IV

3. Какой вид травматизма превалирует в общей структуре данного класса?

А. Производственный

Б. Бытовой

В. Уличный

Г. Дорожно-транспортный

4. Высокий уровень инвалидности от травм является следствием:

А. Недостаточная эффективность мероприятий по профилактике травм

Б. Нарастающая тяжесть повреждений при травме

В. Рост генетических отклонений

Г. Высокий уровень автоматизации производства

5. На какие основные виды подразделяется производственный травматизм?

А. Промышленный

Б. Спортивный

В. Травматизм при проведении

научных экспериментов
Г. Сельскохозяйственный

6. К умышленному травматизму относится:

- А. Дорожно-транспортный
- Б. Убийства
- В. Военный
- Г. Самоубийства

7. Среди возможных мероприятий по борьбе с производственным

травматизмом можно определить:

- А. Улучшение условий техники безопасности
- Б. Повышение социальной защищенности трудящихся
- В. Повышение квалификации работников
- Г. Изменение условий политики государства

Ситуационные задачи:

Задача №1 Больная Иванова М. И., 45 лет обратилась в здравпункт на работе с жалобами на боли в области голеностопного сустава. Травма произошла на работе, говорит, что упала с высоты и подвернула ногу. Объективно: отмечают в области сустава отёк, припухлость, ограничение в движениях.

Вопросы:

1. Что наблюдается у больной?
2. В чём заключается первая медицинская помощь?
3. Принципы дальнейшей реабилитации

Задача №2.

Больная 35 лет по неосторожности обожгла руку горячим кипятком. На месте ожога образовались пузыри, наполненные серозной желтоватой жидкостью.

Вопросы:

1. Определите степень ожога
2. Перечислите правила определения площади ожогов
3. В чём заключается первая медицинская помощь?

7. Список тем по УИРС.

1. Роль среднего медицинского персонала в профилактике производственного травматизма.
2. Использование протезирования и инвалидных колясок в реабилитации травматологических больных.
3. Санаторно-курортное лечение инвалидов
4. Реабилитация больных с варикозной болезнью нижних конечностей

1. Тема № 13: Реабилитация больных с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы.

2. Значение изучения темы: Актуальность занятия данной темы характеризуется тем, что суставной синдром является проявлением очень многих заболеваний, выделенных по современной классификации в группу ревматических заболеваний, относящихся к категории не только наиболее частых, но и наиболее важных в социальном и медицинском аспекте. О чем

свидетельствует статистика распространенности, временной и стойкой нетрудоспособности, смертности и больничной летальности, как в нашей стране, так и за рубежом. Больные с патологией центральной и периферической нервной системы также нуждаются в комплексной реабилитации.

3. Учебная цель: после изучения темы обучающийся должен:

иметь представление: об основных методиках реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы.

знать-виды, основные принципы реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы.

уметь - составить реабилитационные программы на этапах медицинской реабилитации по вышеуказанным заболеваниям.

-заполнить карту физической реабилитации

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных

-заполнение карт физической реабилитации-45 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-45 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-55 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-45 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

5. Основные понятия и положения темы:

1. Общие принципы реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата.

2. Поэтапная реабилитация больных с остеоартрозами суставов. Задачи, средства и формы, методы.

3. Ревматоидный артрит. Основные клинические синдромы. Принципы лечения на стационарном этапе медицинской реабилитации.

4. Остеоартроз, подагра. Основные клинические синдромы. Принципы лечения на стационарном этапе медицинской реабилитации.

5. Физический аспект реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ЛФК, массаж)

6. Физиотерапия в реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

7. Санаторно-курортный этап в реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (бальнеотерапия, грязелечение).

8. Общие принципы реабилитации больных с патологией центральной и периферической нервной системы.

9. Поэтапная реабилитация больных с ОНМК. Задачи, средства и формы, методы.

10. Уход за больными с ОНМК.

11. Социальная реабилитация с ОНМК.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Остеоартроз - это наиболее часто встречающееся заболевание суставов. Оно поражает суставные поверхности и вызывает патологическую реакцию в кости под суставными поверхностями.

При остеоартрозе поражен хрящ. Он становится тоньше, и его поверхность огрубевает, в ней могут появиться небольшие разрывы. Кость под хрящом становится толще, чем обычно, и начинает разрастаться по сторонам сустава, что может привести к ограничению подвижности сустава, а в тяжелых случаях заболевания - и к деформации сустава.

2. Причины развития остеоартроза

1. Травма сустава
2. Неправильная нагрузка на сустав
3. Повышенная подвижность сустава
4. Возраст
5. Ожирение
6. Наследственность

3. Клиника

Основные проявления заболеваний: боли в суставах, хруст при движении, отечность сустава, деформация различной степени, ограничение движений в виде временной скованности, болевые контрактуры до полной неподвижности при анкилозах. При поражении суставов в процесс часто вовлекаются сухожильные влагалища, связки, близлежащие мышцы, нервы.

4. Классификация

1. Артросы инфекционного происхождения
2. Артросы неинфекционного происхождения
3. Травматические артриты (артросы)
4. Редкие формы поражений суставов (псориатический)

По течению

1. Острый
2. Под острый
3. Хронический

Медицинская реабилитация

При выборе стратегии лечения остеоартроза для конкретного больного следует учитывать:

1. Выбор вмешательства, хотя бы частично, будет определяться локализацией поражения.
2. Индивидуальные черты и определенные характеристики самого больного.
3. Начинать лечение следует с назначения простых и безопасных препаратов.
4. Следует иметь в виду, что статус больного и потребности в терапии изменяются, как правило, медленно, но в отдельных случаях происходит быстрое изменение состояния больного, поэтому требуется регулярная оценка заболевания и коррекция плана лечения.
5. Большое разнообразие методов лечения диктует необходимость привлечения специалистов разного профиля для лечения больного ОА.

Методы лечения остеоартроза

А. Нефармакологические методы	Образование больных	Обучение больного самостоятельно справляться с болью Телефонные контакты
	Лечебная физкультура	Аэробные упражнения Изометрические упражнения Упражнения на увеличение объема движения в суставах
	Уменьшение воздействия механических факторов	Снижение веса Использование подходящей обуви Дозирование двигательной активности Использование палочки при ходьбе Использование ортопедических приспособлений: наколенники, супинаторы и т. д.
	Локальная физиотерапия	Тепло, холод. Электроимпульсная стимуляция
В. Фармакологические методы	Локальная терапия	Мази, гели и свечи на основе НПВП Внутрисуставное и периартикулярное введение стероидов.
	Системная терапия	Простые анальгетики (парацетомол) НПВП Хондроитин сульфат Глюкозамин сульфат Комбинация хондроитин сульфата и глюкозамина
С. Хирургические методы		

В последние годы постоянно дискутируются вопросы о риске/пользе НПВП при ОА, затратах при гастроэнтерологических побочных реакциях. По-видимому, селективные ингибиторы ЦОГ-2 скорее помогут решить эти проблемы, особенно у пожилых больных с высокими факторами риска, чем отказ от НПВП или назначение профилактического лечения аналогами простагландинов или ингибиторами протонного насоса. Все новые селективные НПВП по эффективности сравнимы со «стандартными» препаратами, но обладают значительно меньшей токсичностью для желудочно-кишечного тракта.

Медленно действующие препараты являются весьма перспективными для симптоматической, а возможно, и патогенетической терапии ОА. Эти препараты, с одной стороны, обладают выраженным действием на боль и

функциональное состояние суставов, как и НПВП, с другой - некоторыми хондропротективными свойствами. Эффективность при ОА для ряда лекарств уже доказана - это хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат. Возможное модифицирующее структуру болезни действие этих препаратов поднимает вопрос о назначении их уже на ранних стадиях ОА.

При неэффективности консервативной терапии рассматривается вопрос о **хирургическом лечении остеоартроза**, которое включает артроскопические операции, остеотомии и тотальное замещение суставов. Эндопротезирование эффективно почти в 90% случаев, а «выживаемость» искусственного сустава в течение 10 лет наблюдается у 90-95% больных, что безусловно способствует улучшению качества жизни больных с тяжелым ОА составов нижних конечностей.

При наличии признаков воспаления у больных ОА коленных суставов показано введение стероидов, на фоне которых отмечается уменьшение боли в суставе в течение нескольких недель. Эту процедуру можно сочетать с занятиями лечебной физкультурой, но число инъекций в течение года не должно превышать 3-4 раз. Введение стероидов в тазобедренные суставы не рекомендуется.

Для лечения больных с ОА коленных суставов используется внутрисуставное введение производных гиалуроновой кислоты различного молекулярного веса. Эти препараты эффективно уменьшают болевой синдром часто в течение нескольких месяцев.

Профилактические мероприятия для защиты суставов.

1. Ношение обуви с мягкой подошвой (например, гелевые кроссовки) или применение супинаторов.
2. Выполнение работы сидя, если она продолжается больше 10 мин. Если работу необходимо выполнять стоя, нужно делать 5-минутный перерыв каждый час.
3. Избегать положения с согнутыми коленями и приседания на колени.
4. Использовать длинные приспособления для поднятия предметов с пола.
5. Избегать занятий спортом, приводящих в будущем к повреждению хряща (теннис, бег), отдавая предпочтение плаванию, ходьбе.
6. При подъеме по лестнице, если возможно - пользоваться эскалатором. если нет - подъем с обязательным отдыхом.
7. Больные с ОА коленных и тазобедренных суставов должны избегать: низких стульев, кресел, кроватей, туалетов. Принимать душ желательно сидя. Нельзя становиться на колени, приседать и сидеть в положении «нога на ногу».

При артрозах требуются специальные диеты. Важно сбросить лишний вес, так как он увеличивает нагрузку на больные суставы. При ожирении, для того чтобы снизить нагрузку на суставы, можно использовать диету № 8. Это низкокалорийная диета с уменьшением в рационе животных жиров и углеводов, но с достаточным количеством белка. Она требует уменьшения соли, жидкости, сахара. Предусматривается 5-6 разовое питание. Используются и народные средства.

Физическая реабилитация.

В процессе физической реабилитации стоят следующие задачи:

- воздействие на пораженные суставы с целью развития их подвижности и профилактики дальнейшего нарушения функций;
- укрепление мышечной системы и повышение ее работоспособности;
- улучшение кровообращения в суставах, борьба с атрофией в мышцах;
- противодействие отрицательному влиянию постельного режима;
- уменьшение болевых ощущений путем приспособления пораженных суставов к дозированной физической нагрузке;
- реабилитация физической работоспособности.

I. Острый период.

Лечение строится на принципах сохранения покоя для больного сустава. Проводится лечение положением, для уменьшения болезненности в пораженных суставах.

II. Подострый период.

1. Пассивные упражнения для больных суставов. Они не должны сопровождаться болезненностью и выраженной защитной реакцией в виде рефлекторного напряжения мышц. Пассивным движениям должен предшествовать лечебный массаж для расслабления мышц. Дозировка пассивных упражнений 4-6 раз с последующей паузой отдыха для расслабления мышц. Кроме пассивных упражнений применяются активные для здоровых конечностей. Продолжительность занятий лечебной гимнастикой 25-30 мин.

2. Во второй период на этом этапе с уменьшением экссудативных явлений больной может производить первые активные движения в больных суставах в наиболее удобных исходных положениях. Применяют активные и пассивные упражнения, а также пассивные упражнения с помощью здоровой конечности для увеличения амплитуды движений.

Занятия лечебной гимнастикой проводятся в медленном или среднем темпе. Период выполнения упражнений проводится лечебный массаж, применяются физиотерапевтические процедуры (УФО, парафиновые аппликации, озокерит).

Целью лечебной физкультуры для больных ОА является:

- уменьшение функциональной недостаточности и улучшение функции суставов, другими словами, уменьшение суставной боли, увеличение объема движений в суставах и силы, улучшение повседневной двигательной активности;
- профилактика повреждения сустава с течением времени посредством уменьшения воздействия на суставах, повышения выносливости сустава и улучшения биомеханики;
- профилактика нетрудоспособности.

В период ремиссии.

Основные задачи ЛФК: укрепление мышечных групп конечности с целью разгрузки и стабилизации пораженного сустава, восстановление их выносливости к длительным статистическим и динамическим нагрузкам:

профилактика или коррекция сопутствующих нарушений опорно-двигательного аппарата; выработка и тренировка компенсаторных навыков. В этом периоде решаются и общие задачи: борьба с избыточной массой тела, тренировка сердечно-сосудистой системы, повышение физической работоспособности больного.

Необходимым условием устойчивой компенсации является систематическая тренировка. При II-III стадиях заболевания больным с ДА суставов нижних конечностей необходимо ходить на костылях или с тростью. Даже в период ремиссии следует избегать тяжелой физической работы.

Медикаментозные средства и физиотерапия направлены в основном на купирование болевого синдрома и воспаления, в то время как правильный режим статических нагрузок. ЛФК способствуют стабилизации артрозов, т.е. профилактике прогрессирования заболевания.

ЛФК является методом функциональной, патогенетической терапии больных артрозом крупных суставов.

Патогенетические механизмы действия средств **ЛФК** направлены на уменьшение гипоксии тканей за счет активизации общего и местного кровообращения, уменьшение венозного стаза и отека вследствие улучшения микроциркуляции, улучшение регуляции водно-солевого обмена и нормализацию метаболизма, разгрузку и стабилизацию сустава за счет укрепления мышечной системы. Регулярная дозированная тренировка физическими упражнениями, которые являются основным средством **ЛФК**, приводит к функциональной адаптации организма больного, выработке компенсаторных механизмов, замещая дефект нарушенной функции опорно-двигательного аппарата.

В состоянии ремиссии можно посещать баню и сауну.

Окачиваться ледяным душем, нырять в холодный бассейн или того чище - в прорубь людям с заболеваниями суставов ни в коем случае нельзя. Нужно лишь окатиться прохладной водой, начиная с шеи, постепенно направлять струю вниз.

При всех видах артрита и артроза чаще всего рекомендуется делать согревающий компресс.

Массаж

Для больных суставными заболеваниями массаж необходим, ведь он повышает кровоснабжение в массируемой области, стимулирует работу кожных желез, улучшает тонус мышц, восстанавливает суставной аппарат, под влиянием массажа увеличиваются эластичность и подвижность связочного аппарата, рассасываются отеки, уменьшается боль, так как он оказывает воздействие и на нервную систему, усиливает поглощение тканями кислорода. Массаж увеличивает приток питательных веществ к тканям массируемой области, освобождая одновременно клетки от продуктов обмена и распада.

Существует несколько видов массажа: 1. Классический; 2. Вакуумный; 3. Точечный.

Физиотерапия.

Магнитотерапия.

Используются импульсивные магнитные поля, способные вызывать в тканях, на которые направлено воздействие, круговое движение электрических зарядов на глубине до 5 см. Такое воздействие приводит к расширению сосудов, улучшению кровообращения, уменьшает боль и отечность. Применяют магнитные поля высокой и низкой частоты.

Лазеротерапия

Используют поток света со строго фиксированной длиной волны, малым расхождением лучей и одинаковой фазой излучения квантов энергии в пространстве. Лазеротерапия позволяет уменьшить боль, улучшить кровообращение и питание тканей и органов.

Электрофорез.

В организм больного вводятся лекарства с помощью электрического тока. Лекарства вводят в виде раствора, который проникает в организм через кожу.

КВЧ - терапия.

Применяют для локального воздействия на отдельные небольшие участки тела больного, то есть в основном на биологически активные точки и рефлексогенные зоны. КВЧ - терапия часто заменяет акупунктурное воздействие.

Лечение парафином.

Парафин - воскоподобное вещество, получаемое из нефти. Лечебное действие его основано на том, что при нанесении на кожу расплавленный парафин быстро застывает и образует пленку, защищающую. От воздействия нагретых до более высокой температуры других слоев парафина. Тепловое воздействие на больной орган получается более длительным и равномерным.

Грязелечение.

Для лечения используют грязь иловую, сапропелевую, торфяную.

Полезно химическое воздействие грязей, ведь в них столько полезных веществ, которые, попадая в организм, оказывают на суставы лечебное воздействие.

Санаторно-курортное лечение

Показано санаторное и амбулаторное лечение. Следует предпочесть местные специализированные санатории, бальнеологические и грязевые курорты.

СОЦИАЛЬНО – МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Социальное обслуживание - самостоятельный институт системы социального обеспечения наряду с пенсией и системой денежных пособий и компенсаций, который объединяет нормы, регулирующие общественные отношения, связанные с предоставлением гражданам социального обеспечения в виде конкретных благ бесплатно или со скидкой.

Виды социального обслуживания:

- содержание инвалидов в учреждениях социальной защиты населения;
- обслуживание инвалидов на дому;
- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативная помощь;

-обеспечение средствами передвижения, транспортными средствами, протезно-ортопедическая помощь.

Социальные услуги предоставляются на дому, в полу стационарных и стационарных учреждениях социального обеспечения бесплатно.

Для уменьшения нагрузки на сустав нужно:

- не набирать лишний вес;
- использовать костыли, трость;
- использовать надколенники;
- использовать ортопедическую обувь.

ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется в учебных заведениях общего и социального типа, а также непосредственно на предприятиях в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (в том числе по индивидуальному графику, занятия на дому, экстернат, заочная форма обучения и т. д.).

Профессиональная подготовка и переподготовка инвалидов осуществляется в первую очередь по приоритетным профессиям и специальностям. Овладение, которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Остеохондроз (ОХ) - это дегенеративно-дистрофическое заболевание межпозвоночных дисков, сопровождающееся биохимическими изменениями ткани позвонков. Позвоночный столб выполняет опорную, защитную, амортизационную и двигательную функции. Позвонки соединены друг с другом связками и межпозвоночными дисками. Отверстия в позвонках образуют канал, в котором находится спинной мозг; его корешки, содержащие чувствительные нервные волокна, выходят между каждой парой позвонков.

При сгибании позвоночника межпозвоночные диски несколько уплотняются на стороне наклона, а их ядра смещаются в противоположную сторону.

Межпозвоночные диски - это амортизаторы, смягчающие давление на позвоночник при нагрузках. Массовая заболеваемость связана, прежде всего, с вертикальным положением человека, при котором нагрузка на позвоночник и межпозвоночные диски увеличивается. Если не научиться правильно сидеть, стоять, лежать, то диск потеряет способность к выполнению своей амортизационной функции и спустя некоторое время внешняя оболочка диска растрескается, и образуются грыжевые выпячивания. Они сдавливают кровеносные сосуды или корешки спинного мозга, а в редких случаях и сам спинной мозг (что приводит к нарушению спинального кровообращения). Эти изменения сопровождаются болевыми ощущениями и рефлекторным напряжением мышц спины.

Развитию и обострению ОП способствуют статические и динамические перегрузки, а также вибрация. Это может быть вызвано: работой, связанной с частыми изменениями положения туловища - сгибаниями и разгибаниями,

поворотами, рывковыми движениями; подниманием тяжелых грузов; неправильной позой в положении стоя, сидя, лежа и при переноске тяжестей; занятиями физкультурой и спортом под влиянием больших физических нагрузок; неблагоприятными метеоусловиями - низкая температура при большой влажности воздуха. Существует свыше 10 теорий, объясняющих начало развития ОП: инфекционная, ревматоидная, аутоиммунная, травматическая, аномалии развития позвоночника и статические нарушения, инволютивная, мышечная, эндокринная и обменная теории, наследственная теория и др.

Клиническое течение, принципы диагностики и лечения.

Течение межпозвоночного остеохондроза хроническое с обострениями и ремиссиями. Обострения провоцируются острой травмой позвоночника, статико-динамическими нагрузками, переохлаждениями, инфекцией. Различают стадии острого периода: обострения, неполной и полной ремиссии.

Клинические проявления остеохондроза позвоночника весьма многообразны: можно выделить как функциональные, так и органические изменения. Они зависят от многих факторов (локализации, степени нарушений, физического развития больного, его возраста и т. д.). По локализации остеохондроз позвоночника делится на шейный, грудной и поясничный, чаще всего встречается шейный и поясничный остеохондрозы.

Шейный остеохондроз. Различают следующие неврологические синдромы шейного остеохондроза: синдром плечелопаточного периартрита, корешковый синдром, кардиальный синдром, задний шейный симпатический или синдром позвоночной артерии. Синдром плечелопаточного периартрита проявляется прежде всего болями в области плечевого сустава, плеча и шеи. Нередко у больных развивается приводящая нейрогенная контрактура плечевого сустава, которая предохраняет подмышечный нерв от напряжения.

Корешковый синдром (шейный или шейно-плечевой радикулит). Этот синдром является наиболее часто встречающимся. Сдавливанию корешков спинномозговых нервов происходит в результате уменьшения величины межпозвонковых отверстий под действием снижения высоты межпозвонковых дисков. Кроме того, нервные корешки могут сдавливаться костными разрастаниями (остеофитами) или грыжевым выпучиванием диска в заднебоковом направлении. Явления компрессии корешков могут усугубиться патологической подвижностью позвонков в межпозвоночных суставах (вплоть до подвывиха позвонка).

Клинические проявления корешкового синдрома характеризуются двигательными, чувствительными и трофическими нарушениями в зонах иннервации сдавленных нервов. Боли, как правило, носят интенсивный и жгучий характер, усиливаясь при движениях головы. Двигательные нарушения отмечаются как в мышцах шеи, так и в мышцах, иннервируемых нервами плечевого сплетения. Мышцы шеи находятся в состоянии защитного

напряжения, создавая анталгическую позу, направленную на уменьшение

раздражения или компрессии вовлеченных в процесс корешков спинномозговых нервов.

Кардиальный синдром, напоминает стенокардию, но в отличие от нее органических изменений в сердце нет. За сердечные боли можно принять неприятные ощущения в области кожи над большой грудной мышцей вследствие раздражения (компрессии) корешков спинномозговых нервов на уровне С1-С4. Кроме болей, кардиальный синдром может проявляться тахикардией и экстрасистолией, что объясняется нарушением симпатической иннервации сердца, вызванной раздражением корешков сегментов Сg-Th1, где расположены центры симпатической иннервации сердца, а не поражением проводящей системы сердца.

Задний шейный симпатический синдром (синдром позвоночной артерии). Клиническая картина заболевания связана с нарушением функции нервного периартериального симпатического сплетения позвоночной артерии. Раздражение позвоночного нерва приводит к сужению просвета позвоночной артерии, которая играет большую роль в кровоснабжении головного и спинного мозга. Клинические проявления синдрома позвоночной артерии весьма разнообразны: головные боли, вестибулярные нарушения, головокружения, тошнота, рвота, глазные, глоточные и гортанные симптомы. Очень типичны жгучие боли или жжение в области затылка и по задней поверхности шеи. Головные боли редко бывают постоянными, чаще они носят приступообразный характер. Вестибулярные нарушения проявляются головокружениями с пошатываниями и потерей равновесия. Глазные симптомы проявляются ухудшением зрения, появлением «мушек», «пелены» перед глазами. Эти симптомы могут сочетаться с болями в глазнице, усиливающимися при поворотах глаз. Реже наблюдаются глоточно-гортанные симптомы. Больные предъявляют жалобы на боли и нарушения чувствительности в глотке, твердом небе, языке, голос иногда становится хриплым или пропадает совсем. Постоянными неспецифическими признаками этого синдрома являются общевротические признаки; слабость и вялость, раздражительность и обидчивость, тревога и неустойчивость настроения, расстройства сна, памяти, постоянные ощущения тяжести в голове.

Поясничный остеохондроз (синдром пояснично-крестцового радикулита) стоит на первом месте среди всех синдромов остеохондроза позвоночника. Каждый второй взрослый человек хотя бы раз в течение жизни имеет проявления этого синдрома. Среди больных преобладают мужчины наиболее работоспособного возраста (20-40 лет). Как правило, первыми клиническими проявлениями дискогенного пояснично-крестцового радикулита являются боли в поясничной области. Эти боли могут быть резкими, внезапно возникающими (люмбаго), либо возникающими постепенно, длительные, ноющего характера (люмбалгия). В большинстве случаев люмбаго связаны с острым мышечным перенапряжением (резким натуживанием, чиханием, кашлем, резким движением, подъемом тяжести и т.п.). Боли в области поясницы строго локализованы, усиливаясь при

физической нагрузке, длительном сохранении вынужденной позы. Иногда из-за боли больной не может повернуться с боку на бок, встать и т.п. Кроме боли ограничивается подвижность поясничного отдела позвоночника, появляются нарушения чувствительности и трофические расстройства. Боли по характеру жгучие, колющие, стреляющие, ломящие. Их локализация возможна в поясничной области, в области ягодицы, тазобедренного сустава, задней поверхности бедра (ишиас), голени и стопы. Нередко боли сопровождаются защитными напряжениями мышц поясницы.

В ряде случаев возможны двигательные нарушения. Поскольку при поясничном остеохондрозе наиболее часто поражаются сегменты L₅-S₂, соответственно атрофируются мышцы, иннервируемые нервами, исходящими из этих сегментов (седалищный нерв и его ветви): ягодичные мышцы, сгибатели голени, стопы, разгибатели стопы и пальцев. При раздражении и компрессии корешков верхних поясничных сегментов спинного мозга возможны поражение бедренного нерва и атрофия четырехглавого разгибателя голени. Вегетативные нарушения выражаются в вазомоторных расстройствах (цианоз, отечность), секреторных (потливость или сухость кожи) и трофических (шелушение кожи, усиленный рост волос и ногтей)

Диагностика синдромов начального периода остеохондроза представляет безусловные трудности и часто ведет к ошибкам. Только местно-болевые синдромы легко связываются с остеохондрозом. Что же касается отраженных болевых синдромов - они чаще всего ошибочно рассматриваются либо как заболевания органов, в которые происходит отражение боли, либо относятся врачами к функциональным расстройствам. Трудно диагностируются и рефлекторные процессы (ангиоспастические, миотонические, трофические).

Медицинская реабилитация.

Медицинская реабилитация (МР) - необходимый, а нередко обязательный этап лечения больных с патологией позвоночника. Основные концепции в методологическом подходе к реализации реабилитационных мероприятий - повреждение, нарушение жизнедеятельности, социальные ограничения. Они являются ключевыми в реализации МР, когда уже решён вопрос о сохранении жизни.

Течение болезни обычно хроническое, с периодами обострения. Курсы лечения приходится повторять, а методы варьировать. Лечение направлено, в первую очередь, на ликвидацию или снижение болевого синдрома. Существует очень много методов лечения. В первую очередь, этой покоей для разгрузки позвоночника. Применяют также отвлекающие (горчичники, банки) методы.

Выбор средств основан на дифференцированном подходе к тактике лечения в зависимости от стадии заболевания, выраженности болевого синдрома, характера и степени неврологических проявлений. В зависимости от стадии процесса проводится консервативное или хирургическое лечение (по показаниям).

Медикаментозная терапия. С целью уменьшения болевого синдрома, а также для подавления асептического (неинфекционного) воспаления, часто являющегося причиной вертебрального синдрома, назначаются нестероидные противовоспалительные средства (анальгин, парацетамол, аспирин, бутадон, ибупрофен, реопирин, ортофен, индометацин, темпалгин, баралгин, Пенталгин и др.). Выбор конкретного препарата зависит от выраженности болевого синдрома, наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальной непереносимости препарата. Поскольку болевой синдром приводит к невротизации больных, рекомендуется применение седативных средств в течение 1-3 недели (настойка валерианы, настойка пустырника, нозепам и др.).

Для стимулирования репаративных процессов применяются хондролон (нормализует синтез мукополисахаридов в хряще). Назначаются; биогенные стимуляторы - экстракт листьев алоэ, гумизоль, стекловидное тело; анаболические препараты: оротат калия, ретаболил. При раздражении рецепторов синовертебрального нерва за счет сосудистых нарушений назначают средства улучшающие кровообращение: эуфиллин, ксантинола никотинат, трентал. При болевом синдроме, вызванном спаечным процессом, применяется лидаза.

При поражениях межпозвонкового диска с целью укрепления его и предотвращения дальнейшего развития грыжевых выпячиваний вводят внутрь диска растительный протеолитический фермент папаин.

При корешковых синдромах, вызванных аутоиммунным воспалением, наблюдается эффект от применения глюкокортикостероидов (гормоны коры надпочечников и их синтетические аналоги): кортизон, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон. Они оказывают сильное противовоспалительное и антиаллергическое действие, подавляют аутоиммунные реакции. При лечении неврологических проявлений ОП также широко используются витамины и группы В: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин и другие.

Медикаментозное лечение подбирается каждому индивидуально с учетом сопутствующих заболеваний, показаний и противопоказаний к лекарственным средствам. Кроме приема анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, используют миорелаксанты (расслабляющие мышечную ткань) и хондропротекторы (улучшающие состояние хрящевой ткани). В целях снижения риска развития системных осложнений в последнее время используют лекарственные формы для местного применения (мази, пасты, гели).

Физическая реабилитация.

Физическая реабилитация при ОП почти всегда носит комплексный характер, используются: физиотерапия, тепловые ванны, иммобилизация шеи ватно-марлевым воротником Шанца, поясницы - эластичными бинтами, поясами, различные виды массажа и средства, уменьшающие взаимодавление позвонков, расширяющие межпозвонковые отверстия (различные виды вытяжения и специальные упражнения лечебной гимнастики, что ведет к разгрузке пораженного сегмента).

Диапазон применяемых физиотерапевтических средств весьма велик: эритемные и субэритемные дозы ультрафиолетового облучения, синусоидальные модулированные токи, диадинамические токи и с их помощью фонофорез лекарственных веществ (новокаина, эуфиллина и др.), ультразвук, УВЧ, электромагнитные поля деци- и сантиметрового диапазона, радоновые ванны, грязевые аппликации, различные виды массажа (ручного, вибрационного, точечного, подводного).

Лечебная физкультура (ЛФК) является одним из наиболее важных и действенных методов медицинской реабилитации. Это определяется, с одной стороны, широтой воздействия лечебных физических упражнений на различные функциональные системы организма - сердечно-сосудистую, дыхательную, опорно-двигательную, нервную, эндокринную, а с другой стороны, тренирующим и восстановительным эффектом этих упражнений при дефицитности или недостаточности различных функций организма.

Современные теоретические и практические аспекты лечебной физкультуры позволяют сформулировать наиболее общие принципы применения этого метода медицинской реабилитации в неврологической и нейрохирургической клиниках.

1. Целенаправленность методик ЛФК, предопределяемая конкретным функциональным дефицитом в деятельности человека.
 2. Дифференцированность методик ЛФК в зависимости от типологии функционального дефицита, а также степени его выраженности.
 3. Адекватность нагрузки лечебной физкультурой индивидуально-динамическим возможностям пациента, оцениваемым по общему состоянию, с целью достижения тренирующего эффекта при оптимуме нагрузки.
 4. Своевременность применения методик ЛФК на ранних этапах с целью максимального возможного использования сохранных функций для восстановления нарушенных, а также наиболее эффективного и быстрого развития приспособления при невозможности полного восстановления функционального дефицита.
 5. Последовательная активизация лечебно-физкультурных воздействий путём расширения методического арсенала и объёма ЛФК, возрастания тренировочных нагрузок и тренирующего воздействия на определённые функции и на весь организм пациента.
 6. Функционально оправданная комбинированность применения различных средств ЛФК - лечебной гимнастики, массажа, и т.д.
 7. Комплексность применения методик ЛФК в медицинской реабилитации с другими методами - медикаментозной терапией, физиобальнеотерапией, иглорефлексотерапией, гипербарической оксигенацией, аппаратолечением, ортопедическими мероприятиями и др.
- Использование перечисленных принципов применения ЛФК является обязательным как при построении лечебного комплекса на конкретный сеанс и курс, так и при выработке программы реабилитации для данного пациента или группы одноплановых пациентов.

Массаж является одним из древнейших способов физического воздействия на организм больного человека. Ему посвящены многие руководства и монографии, в которых описаны техника, тактика и особенности различных видов массажа. Важными задачами, которые решаются с помощью массажа, являются:

1. Общетонизирующее воздействие - путём усиления крово- и лимфообращения, а также неспецифического стимулирования экстероцептивной и проприоцептивной чувствительности (классический, сегментарный, точечный массаж).

2. Регионарно-тоническое воздействие на вялопаретичные мышцы - достигается применением различных способов классического массажа в большом объёме, с достаточной силой, а также специального массажа типа редукции с экстерорецептивным облегчением, благодаря продольному растиранию и разминанию брюшка мышцы при различных её состояниях (расслаблении или разной степени напряжения) и последующему потряхиванию, мелкоточечной вибрации и кратковременному до болевого ощущения прижатию мышцы.

3. Расслабляющее воздействие на ригидные, спастичные и локально-спазмированные мышцы, осуществляемое с помощью общих расслабляющих приёмов классического массажа (поглаживания, потряхивания, мелкой вибрации), выполняемых в медленном темпе с обязательными паузами между приёмами, а также с помощью точечного и сегментарного массажа определённых точек и зон.

4. Противоболевое воздействие достигается рефлекторным влиянием точечного (акупрессура), сегментарного, восточного и классического (в расслабляющем варианте) массажа.

Все приёмы массажа должны сочетаться с различными методами лечебной гимнастики. Лишь в особых случаях, когда общее состояние больного не позволяет проводить занятия лечебной гимнастикой, проведение массажа становится самостоятельным, стратегически важным методом.

Массаж - это совокупность приёмов механического воздействия в виде трения, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека, как руками, так и специальными аппаратами, через воздушную, водную или другую среду. Массаж может быть общим и местным. В зависимости от задач различают следующие виды массажа: гигиенический, лечебный, спортивный, самомассаж.

Гигиенический массаж - активное средство профилактики заболеваний опорно-двигательно аппарата, сохранения работоспособности.

Лечебный массаж - является эффективным методом лечения ОП. Различают следующие его разновидности: классический, рефлекторный, соединительнотканый, периостальный, точечный, аппаратный массаж, лечебный самомассаж.

Физиотерапия. В комплексной реабилитации больных применяются различные виды физиотерапевтических процедур. Все они решают практически одни задачи: снижение активности воспалительного процесса,

активизация репаративных процессов, уменьшение болевого синдрома, улучшение крово- и лимфообращения, а также трофики тканей, предупреждение и устранение контрактур, восстановление важнейших иммунно-адаптационных систем организма.

Принципами физиотерапии являются своевременное использование физических факторов, правильное их сочетание, преемственность в лечении. Существует несколько групп искусственно получаемых и естественных лечебных физических факторов.

Наиболее распространенные из них - это токи низкого (гальванизация, лекарственный электрофорез, импульсные токи постоянного и переменного направления) и высокого напряжения.

Механотерапия представляет собой систему функционального лечения с помощью различных устройств и снарядов, применяемую в комплексе с другими средствами и методами современной медицинской реабилитации больных. По своей эффективности аппараты механотерапии могут быть подразделены на следующие группы:

1. «Диагностические» аппараты, помогающие учитывать и точно оценивать эффект двигательного восстановления.
2. Поддерживающие, фиксирующие аппараты, помогающие выделять отдельные фазы произвольных движений.
3. Тренировочные аппараты, помогающие дозировать механическую нагрузку при движениях.
4. Комбинированные аппараты из первых трёх групп.

В настоящее время в практике восстановительного лечения широко используются следующие группы аппаратов механотерапии:

1. Аппараты, основанные на принципе блока (функциональный механотерапевтический стол, блоковая установка стационарного типа, портативная блоковая установка), предназначенные для дозированного укрепления различных мышечных групп верхних и нижних конечностей.
2. Аппараты, основанные на принципе маятника, для восстановления подвижности и увеличения объёма движений в различных суставах верхних и нижних конечностей и аппараты для повышения общей работоспособности (тренажёры). Маятниковые аппараты надёжны в эксплуатации, стойки допускают изменение высоты крепления аппарата. На стойке, состоящей из основания, жёстко связанного четырьмя направляющими колонками с верхней крышкой, можно одновременно укрепить два аппарата механотерапии. На колонках располагаются две плиты, на которые устанавливаются аппараты. Наличие контргруза даёт возможность аппарату легко крепиться с помощью стопорного устройства на нужной высоте.

Психологическая реабилитация.

В связи с многоплановостью причинных факторов психологическая реабилитация при ОХ имеет различные направления. Она включает простую раскрывающую беседу, краткую или длительную психотерапию. Занятия проводят профессиональный психолог или врач-психотерапевт.

Готовность психотерапевта и мотивация больного определяют, захочет ли он вообще лечиться. Целесообразно применение таких форм лечения, как двигательные упражнения, направленные на снятие мышечного напряжения и улучшение осанки.

Не следует начинать со вскрытия конфликтов, важнее вначале установить доверительные отношения с больным. Это становится возможным при тщательном исследовании соматического состояния. Позже можно начинать разрабатывать проблемы активности, самостоятельности, идеалов, нравственности, вырабатывать установку на оказание помощи другим людям и в целом способствовать регрессивным тенденциям в отношении психотерапевта. Вытесненная агрессивность не должна обсуждаться напрямую; если ее неосторожно затронуть, у больного может возрасти страх и усилятся защитные реакции, что может ухудшить его состояние.

Социальная реабилитация.

Остеохондроз позвоночника, наряду с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, часто сопровождается осложнениями, которые могут явиться причиной инвалидизации больных. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах.

Основная цель социальной защиты - сохранение здоровья и жизни клиентов, а значит, это медицинская задача. Любые услуги социальной защиты, так или иначе, защищают здоровье и жизнь людей. Речь идет о координационной работе, позволяющей охватить необеспеченных и лиц с утратой трудоспособности социально-медицинскими услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Социальная реабилитация больных осуществляется в центре социального обслуживания населения (ЦСОН), являющимся учреждением социальной защиты населения.

Целью деятельности ЦСОН является осуществление социальной помощи инвалидам, престарелым гражданам и другим группам населения, нуждающимся в социальной поддержке. Из этого вытекает ряд задач, от

решения которых зависит эффективность и качественность выполнения поставленной цели, а именно:

- выявление и учет граждан, нуждающихся в различных видах социального обслуживания;
- оказание социально-бытовой, медицинской, психологической, консультативной и иной помощи гражданам;
- содействие в оптимизации у граждан, обслуживаемых центром, возможности реализации своих потребностей;
- обеспечение обслуживаемым гражданам их прав и преимуществ, установленных действующим законодательством;
- анализ уровня социально-бытового обслуживания населения района, разработка перспективных планов развития этой сферы социальной поддержки населения, внедрение в практику новых видов и форм помощи в зависимости от характера нуждаемости граждан и местных условий;
- привлечение различных государственных и негосударственных структур к решению вопросов оказания социально-бытовой помощи нуждающимся слоям населения и координация их деятельности в этом направлении.

Трудовая реабилитация.

Экспертиза трудоспособности больных ОП.

Остеохондроз позвоночника часто становится причиной стойких нарушений трудоспособности. Однако в экспертной практике диагноз остеохондроза еще не получил широкого распространения. Обычно употребляются такие термины, как радикулит, ишиас, деформирующий спондилез, спондилоартроз, брахиалгия, плечелопаточный периартрит и др., хотя в подавляющем числе случаев эти клинические формы обусловлены остеохондрозом. По числу дней временной нетрудоспособности данная группа заболевания стоит на третьем месте. Из общего количества больничных листов, выдаваемых только невропатологами, больше 70% приходится на различные клинические проявления остеохондроза, а на некоторых предприятиях (особенно среди рабочих тяжелого физического труда) это заболевание занимает второе место, уступая лишь гриппу.

Хотя остеохондроз является частым поводом для экспертизы трудоспособности, количество допускаемых экспертных ошибок еще велико. Главными причинами ошибок являются отсутствие параллелизма между клинической картиной и рентгенологическими данными, хронический прогрессирующий характер заболевания с частыми обострениями процесса, недостаточное знакомство врачей МСЭК общего профиля с вопросами этиологии, патогенеза и новыми методами лечения, в том числе оперативного.

При решении вопроса о временной нетрудоспособности, а тем более об установлении группы инвалидности следует в первую очередь руководствоваться клинической картиной болезни и анамнезом, а уже затем данными рентгенологических и других вспомогательных обследований. Главным симптомом, который приводит к утрате трудоспособности, является боль.

Очень важным моментом при экспертизе трудоспособности является определение характера течения и стадии процесса. Остеохондроз как хроническое заболевание характеризуется длительным течением с обострениями и ремиссиями. Продолжительность обострения различна: от 1 недели до нескольких месяцев, а частота-1-2 раза в год и более. Обострения почти всегда обусловлены механическим воздействием (травма, физическое напряжение, длительное пребывание в неудобной позе, вибрация, резкие движения), неблагоприятными профессиональными условиями работы или простудным фактором. В то же время возможны длительные ремиссии, достигающие степени практического выздоровления: при этом рефлекторно-тонические синдромы почти полностью отсутствуют, другие же симптомы сохраняются.

Продолжительность пребывания больного на больничном листе различна. На практике еще встречаются две неправильные тенденции в этом вопросе. С одной стороны, имеет место преждевременное направление на работу больных при только что намечающемся улучшении. Это ведет к учащению рецидивов и, в конце концов, к инвалидности. С другой стороны, наблюдается неоправданно длительное пребывание на больничном листе больных с частыми и длительными рецидивами при отсутствии эффекта от настойчивой консервативной терапии. Этим больным необходимо направлять на оперативное лечение. К сожалению, из-за недостаточной осведомленности практических врачей (главным образом невропатологов и ортопедов) возможность хирургического лечения больных остеохондрозом не учитывается.

Трудоспособность считается также сохраненной, если перевод на другую работу с целью изменения и облегчения условий труда не приводит к снижению квалификации и заработка больного. Во избежание рецидивов перевод на облегченную работу должен быть не временный, а постоянный.

При поясничном остеохондрозе рекомендуется работа, не связанная со значительным физическим напряжением, переноской и поднятием больших тяжестей, длительной ходьбой, неудобным положением туловища (особенно полусогнутое), частым чередованием сгибания и разгибания, неблагоприятными метеорологическими условиями (на холоде, в воде, под землей).

При шейном остеохондрозе вредна работа, требующая резких рывков или частых размашистых движений рук, поворотов и наклонов головы (особенно при синдроме позвоночной артерии), на транспорте, у движущихся механизмов и на высоте, в жарком и шумном помещении.

После выписки из стационара больных следует направлять на МСЭК для определения группы и срока инвалидности или продления больничного листа для долечивания.

5. Задания на уяснение темы занятия:

Тестовые задания:

1. Какое заболевание характеризуется снижением костной массы, содержанием

минеральных веществ ведущих к увеличению ломкости костей?

А. Остеопороз

Б. Остеохондроз

В. Артроз

Г. Остеохондропатия

2. Одно из отличий остеопороза от возрастных костных атрофий является:

А. Истончение горизонтальных трабекул и увеличение вертикальных трабекул

Б. Истончение всех структур трабекул

В. Увеличение всех структур трабекул

3. Наиболее информативный метод диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата является:

А. РG-графия

Б. Показатели крови

В. Показатели минеральной плотности

Г. УЗИ

4. Что необходимо для нормального проведения солей кальция и стимуляции остеогенеза:

А. Фруктоза

Б. Лактоза

В. Витамины D, E, C

Г. Полинасыщенные жирные кислоты

5. Какое заболевание сопряжено деформацией межпозвонковых дисков и расслоением фиброзного кольца?

Ситуационные задачи:

Задача №1. Пациент К., 35 лет с диагнозом: Ревматоидный артрит суставов кистей рук, коленных, голеностопных суставов.

В данный момент находится на стационарном лечении, получает медикаментозную терапию. Сохраняются синовиты, боль, воспалительный характер, утренняя скованность. СОЭ 35 мм/г.

Вопросы:

1. Что из методов физиотерапии можно назначить на данный момент?

2. Можно ли на данный момент назначить парафинотерапию, пелоидотерапию?

3. Дальнейшие рекомендации после выписки пациента.

А. Остеопороз

Б. Остеохондроз

В. Артроз

Г. Остеохондропатия

6. При каком осложнении остеохондроза в клинику присоединяются неврологические нарушения?

А. Остеофиты

Б. Ограничение движения

В. Грыжа

Г. Парез конечностей

7. При болевом синдроме остеохондроза более эффективным является:

А. Баралгин

Б. Новокаиновая блокада

В. Кетонал

Г. Смесь Сальникова

8. Показано ли при артрите коленных суставов парафинолечение?

А. да

Б. нет

9. Показано ли при остеоартрозе парафинолечение?

А. да

Б. нет

10. Один из основных препаратов лечения подагры:

А. кеторолак

Б. тавегил

В. немесулид

Г. аллопуринол

Задача №2. В отделение реабилитации поликлиники находится женщина 50 лет с диагнозом: Остеоартроз коленных суставов. Болеет в течение 10 лет. На данный момент беспокоят боли механического характера, синовитов нет.

Вопросы:

1. Что из преформированных физических факторов можно назначить?
2. Показано ли назначение ЛФК, массажа на данный момент?
3. Показано ли назначение парафино(грязе)лечения на данный момент?
4. Какие беседы по питанию и образу жизни может провести медсестра?
5. Какие курорты может рекомендовать медсестра данной пациентке?

7. Список тем по УИРС.

1. Физические факторы в реабилитации больных с подагрой.
2. Профилактика остеоартроза.
3. Комплексная реабилитация больных с черепно-мозговой травмой

1. Тема № 14: Итоговое занятие (зачёт).

2. Значение изучения темы:

На современном этапе значительное место в системе оздоровления различных групп населения, уделяется различным методам реабилитационного воздействия, призванным оптимизировать условия жизни и предупредить проявление болезни, осложнений на доклинической и клинической стадиях.

Реабилитация - это система научной и практической деятельности, которая направлена на частичное и полное восстановление (сохранение) личностного и социального статуса человека путем комплексного воздействия на личность медицинских, социальных, психологических, педагогических, правовых и других факторов.

Занимая определенное положение в структуре высшего медицинского образования, цикл реабилитологии органически вписывается в процесс формирования медицинского мышления студентов.

3. Цели занятия: На основе теоретических знаний и практических умений, обучающийся должен:

должен знать:

- основные причины возникновения патологических процессов, механизмы их развития и клинические проявления;
- основы функциональной диагностики;
- принципы действия физических, психических и социальных факторов на функции различных органов и систем человека в норме;
- общие принципы фармакодинамики и фармакокинетики основных лекарственных средств;
- законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения;
- систему организации реабилитационной службы;

- методы и способы реабилитации;
- требования к ведению учетно-отчетной документации;
- законодательство о труде и охране труда Российской Федерации;
- правила и нормы техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

должен уметь:

- самостоятельно определить степень выраженности ограничения или утраты функции того или иного органа или системы вследствие заболевания, используя современные средства диагностики;
- разработать программу физической реабилитации больного и провести реабилитационные мероприятия с использованием всех методов;
- определять показания и противопоказания к использованию различных методов реабилитации;
- установить с пациентом и семьей взаимоотношения, способствующие улучшению его состояния;
- определять проблемы, находящиеся в компетенции сестринского ухода, основываясь на оценке проблем пациента и его семьи;
- обучать пациента и его семью методикам реабилитации;
- помогать пациенту в выработке целей реабилитации;
- привлекать, при необходимости, других специалистов для максимально полного восстановления тех или иных функций организма больного человека;
- проводить контроль качества и эффективности реабилитационных мероприятий и вести учетно-отчетную документацию;
- организовать работу медицинского персонала кабинета, отделения или центра реабилитации.

4. План изучения темы:

4.1 Самостоятельная работа -60 мин.

- а) подготовка по тестам-45 мин.
- б) подготовка к собеседованию по ситуационным клиническим задачам -15 мин.

4.2 Итоговый контроль знаний-120 мин.

- а) практические навыки (обследование пациента по этапам сестринского процесса), заполнение бланков медицинской документации -60 мин.
- б) собеседование по ситуационным клиническим задачам –30 мин.
- в) проверка тестов-20 мин.
- г) оглашение итоговой оценки преподавателем -10 мин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Котельников Г. П. Основы сестринского дела: учебник.- М., 2004.
2. Боголюбов В. М. Физиотерапия: учебник.-М., 2005.
3. Ибатов А. Д., Пушкина С.П. Основы реабилитологии: учебное пособие.-М.: ГЭОТАР. Медиа , 2007.-153с.
4. Епифанов В.А. ЛФК и спортивная медицина: учебник.-М.: ГЭОТАР. Медиа, 2007.-568 с.
5. Васичкин В. И. Лечебный и гигиенический массаж.- М., 2003.
6. Попов С. П. Физическая реабилитация.- Ростов-на-Дону, 2005.
7. Никулина С. Ю. Артериальная гипертония: учебное пособие.- Красноярск: Версо, 2002.
8. Медицинская реабилитология: В 3-х Томах /под ред. Боголюбова В.М.- М.:Б/И.,2007.

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 01.07.09. Заказ №785

Тираж 63 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1

