Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики «Основы Реабилитации»

Ф.И.О. Гужва Альбина Николаевна

Место прохождения практики: ФМБА Мед. Сан. Часть.

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с « 1 » Июня 2020г. по « 6 » Июня 2020г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность): Преподаватель дисциплины «Основы реабилитации» Шпитальная Ольга Владимировна

Красноярск 2020 г

**Цель** учебной практики «Основы реабилитации» состоит в приобретении первоначального практического опыта по участию в лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений, обучающихся по сестринскому уходу за больными, находящимися в реабилитационном периоде.
2. Ознакомление со структурой физиотерапевтического отделения и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности организаций здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с пациентами с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения реабилитационных мероприятий.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

**В результате учебной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией;

**Освоить умения:**

* осуществлять сестринский уход за больными в периоде реабилитации;
* осуществлять приемы классического массажа, проводить комплексы лечебной физкультуры;
* консультировать пациента и его окружение по применению средств реабилитации;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях поликлиники;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* виды, формы и методы медицинской реабилитации;
* принципы медицинской реабилитации;
* средства реабилитации;
* задачи медицинской реабилитации;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;
* алгоритмы проведения основных физиотерапевтических процедур;
* методику построения и проведения лечебной гимнастики и медицинского массажа с учетом оценки состояния пациента

**Тематический план**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | всего часов |
| 1. | Работа в физиотерапевтическом отделении (кабинет светолечения, электролечения, тепловодолечения, ингаляторий) | 18 |
| 2. | Работа в кабинетах лечебной физкультуры | 6 |
| 3. | Работа в кабинетах массажа (ФТО) | 6 |
| 4. | Дифференцированный зачет | 6 |
| 5. | **Итого** | **36** |
| 6. | Вид промежуточной аттестации – дифференцированный зачет |  |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | дата |
| 1. | Работа в физиотерапевтическом отделении (кабинет светолечения, электролечения, тепловодолечения, ингаляторий) | 1.06.2020 2.06.2020 |
| 2. | Работа в кабинетах лечебной физкультуры | 3.06.2020 4.06.2020 |
| 3. | Работа в кабинетах массажа (ФТО) | 5.06.2020 |
| 4. | Дифференцированный зачет | 6.06.2020 |
| 5. | Зачет по учебной практике | 6.06.2020 |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен.

Дата 1.06.2020г Роспись Гужва Альбина

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Тема | Содержание работы |
| 1.06.2020  2.06.2020 | Работа в физиотерапевтическом отделении (кабинет светолечения, тепловодолечения, ингаляторий) | Работа С/У основы реабилитации в физиотерапевтическом отделении, выполнение следующих заданий: - Решение задачи;  - Решение тестового задания - Расписать алгоритмы.  Работа С/У основы реабилитации в физиотерапевтическом отделении, выполнение следующих заданий:  - Решение задачи;  - Решение тестового задания - Расписать алгоритмы |
| 3.06.2020 4.06.2020 | Работа в кабинетах лечебной физкультуры | Работа С/У основы реабилитации в кабинетах лечебной физкультуры, выполнение следующих заданий:  - Решение задачи;  - Решение тестового задания - Расписать алгоритмы  - Повторение документации  Работа С/У основы реабилитации в кабинетах лечебной физкультуры, выполнение следующих заданий: - Расписать алгоритмы  - Повторение документации |
| 5.06.2020 | Работа в кабинетах массажа (ФТО) | Работа С/У основы реабилитации в кабинетах массажа(ФТО), выполнение следующих заданий:  - Решение задачи;  - Решение тестового задания - Расписать алгоритмы  - Повторение документации |
| 6.06.2020 | Зачет по учебной практике | Работа С/У основы реабилитации в кабинетах массажа (ФТО), выполнение следующих заданий. Дифференцированный зачет:  - Решение задачи;  - Решение тестового задания - Расписать алгоритмы  - Повторение документации |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 1.06.2020 | Дата *01.06.20* Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 1  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема: «Работа в физиотерапевтическом отделении (кабинет светолечения, электролечения, тепловодолечения, ингаляторий)»  ЗАДАНИЯ:  Выполнение/повторение манипуляций:  **1. Измерение артериального давления.**  **Цель:** получение объективных данных о состоянии пациента  **Показания:** по назначению врача и просьбе пациента.  **Противопоказания:** нет  **Подготовить:**  1. Тонометр  2. Фонендоскоп  3. Ручку с синей пастой  4. Температурный лист  5. 70% спирт  6.Ватные шарики  **Подготовка пациента:**  1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить суть и ход процедуры, получить согласие пациента на процедуру  2.Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.  3.Уточнить у пациента его «рабочее» давление.  **Техника выполнения:**  1.Вымыть и высушить руки.  2.Придать удобное положение пациенту сидя или лежа, руки пациента в разогнутом положении ладонью вверх.  3.Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил один палец; трубки манжетки обращены вниз.  4.Укрепить манометр на манжетке. Проверить положение стрелки манометра на «нулевой» отметке шкалы.  5.Приложить фонендоскоп к локтевой ямке и выслушать удары пульса.  6.Закрыть вентиль груши и нагнетать воздух в манжетку сначала до исчезновения пульсации в локтевой артерии, потом 20-30 мм.рт.ст выше, чем «рабочее» давление пациента.  7.Открыть вентиль груши и медленно выпускать воздух. Следить за показаниями манометра, одновременно выслушивая тоны.  8.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД. Выпускать дальше медленно воздух из манжетки и «отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД. Выпустить весь воздух их манжетки.  9.Снять манжетку с пациента. Оценить результат и сообщить пациенту результат измерения.  10. Вымыть и высушить руки. Провести регистрацию результата измерения АД в температурном листе.  **Последующий уход:**  1.Продезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% спиртом.  **Возможные осложнения:** нет  *Примечания***:**  1. «Рабочее» давление – давление, при котором самочувствие пациента удовлетворительное.  2. Показатели АД взрослого человека в норме – 120/ 80 мм.рт.ст.- 130/90 мм.рт.ст.  3. Повышение АД выше нормальных цифр – гипертензия; понижение АД ниже нормальных цифр – гипотензия.  4.Пульсовое давление – разница между систолическим и диастолическим давлением, в норме составляет 40-50 мм.рт.ст.  5.Измерение АД у пациента проводят двукратно, с интервалом в 5 минут.  6. Измерение АД проводится на обеих руках (для определения разницы результатов).  7.Регистрация данных измерения АД проводится в температурном листе. Запись выполняется в виде дроби: в числителе – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое (120/70 мм.рт.ст).  **2. Соблюдение ТБ при проведении электролечения.**  Помещение — наземные этажи.  Покрытие пола — деревянный, линолеум по дереву.  Электроснабжение — силовая (трехфазная) подводка для подключения аппаратов и двухфазная для освещения.  Вентиляция — приточно-вытяжная.  Подключение аппаратов — через пусковые щитки.  Размеры лечебной кабины — 2×1,6 метра.  Заземление — контурное.  Температура воздуха — от 21 до 25°С.  Допуск к работе в физиокабинете — допускается медицинский персонал, имеющий специальную подготовку по физиотерапии и прошедший инструктаж по технике безопасности.  Специфика физиотерапии в педиатрии определяется анатомо-физиологическими особенностями детей в различные возрастные периоды. Наибольшее значение имеют особенности центральной и периферической нервной системы, кожных покровов, терморегуляции, в связи с чем при назначении физиолечения необходимо соблюдать ряд правил, особенно в раннем детском возрасте:  Кожа детей раннего возраста отличается богатой васкуляризацией, рыхлым эпидермисом с тонким роговым слоем, гидрофильностью, что делает ее более электропроводной и более ранимой. Особенности кожи в детском возрасте должны учитываться при проведении контактных физиотерапевтических процедур (электролечение гальваническим и низкочастотными импульсными токами, свето­лечение, дарсонвализация и др.).  Функциональная незавершенность структур центральной и периферической нервной системы, продолжающийся до 4–5 лет процесс миелинизации обусловливают более высокую чувствительность ребенка к раздражителям. Неадекватная доза при местном воздействии может вызвать патологическую диффузную реакцию организма, заключающуюся в ухудшении общего самочувствия, нарушении сна, снижении аппетита, появлении возбуждения, плаксивости, капризности. В целях предупреждения передозировки физиотерапевтических воздействий в детском возрасте общее количество физической энергии (интенсивность, площадь воздействия и продолжительность процедур) должно быть в 1,5–3 раза меньше, чем при лечении взрослых. Методики рефлекторно-сегментарного и общего воздействия проводятся с 2–3 лет.  Несовершенство терморегуляции у детей грудного и раннего возраста требует особого внимания при проведении тепловых и водных процедур, гелиотерапии, закаливающих мероприятий.  Выбор метода физиотерапии определяется не только диагнозом, стадией заболевания, индивидуальной переносимостью фактора, но и возрастом ребенка:  — *новорожденным*физиотерапия назначается ограниченно, можно проводить лекарственный электрофорез гальваническим током, УВЧ-терапию, УВЧ-индуктотермию, фототерапию (инфракрасные, видимые и ультрафиолетовые лучи), локальные аппликации озокерита или парафина, крахмальные и марганцевые ванны;  — *в грудном возрасте*назначаются те же виды физиотерапии, а также амплипульстерапия (с 2–3 месяцев), ультратонтерапия (с 1 месяца), хлоридные натриевые ванны (с 6 месяцев);  — *в преддошкольном (раннем — от 1 года до 3–4 лет)*добавляется СМВ и ДМВ-терапия (с 1,5–2 лет), магнитотерапия (с 1 года), лазеротерапия (с 1 года, по жизненным показаниям — с первых дней жизни), электросон (с 3 лет), ультразвуковая терапия (с 2–3 лет), грязелечение (с 3 лет);  — *в дошкольном возрасте*с 5 лет можно проводить индуктотермию, углекислые, сероводородные и радоновые ванны, разрешается назначение КВЧ-терапии.  **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.  ОТВЕТ:  1) Углекислые ванны, азотные ванны, йодобромные ванны.  2) Радонотерапия показана (т.к. у него нет никак осложнений/противопоказаний к ним).  3) Циркулярный, подводный душ-массаж.  **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?  ОТВЕТ: 1) Медсестра связи с состоянием больного и его заболеванием по рекомендует – Души (циркулярный); Ванны (хвойные, радоновые, азотные, йодобромные); Внутренний прием минеральной воды.  2) Может рекомендовать в реабилитации данного заболевания – Кожановская, Ханкуль, Нанжуль, Баржоми и др.  3)Водолечение можно комбинировать с грязелечением, преформированными физическими факторами.  **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? 2. Какие ванны наиболее показаны?  3. Какая документация заполняется при назначении методик водолечения?  4. Этапы сестринского процесса в отделении водолечения.  ОТВЕТ:  1) Может рекомендовать – Гидромассаж, различные ванны.  2) Показаны: - Радоновые, сероводородные, азотные.  3) Ф. 044/у - направление на физиолечение.  4) 1. Обследование пациента;  2. Постановка сестринского диагноза;  3. Планирование медицинской помощи;  4. Реализация медицинской помощи; 5. Оценка  **Итоговый** **тестовый** **контроль**  **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  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** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.06.2020 | Дата *02.06.20* Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 2  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема «Работа в физиотерапевтическом отделении(кабинет светолечения, электролечения, тепловодолечения, ингаляторий)»  ЗАДАНИЯ  1. Подробно описать Светолечение (инфракрасное излучение, лазерное излучение, ультрафиолетовое излучение).  - *Инфракрасное излучение*– спектр электромагнитных колебаний с длиной волны от 400 мкм до 760 нм. Эти лучи поглощаются тканями на глубине до 1 см. Более длинные инфракрасные лучи проникают на 2-3 см глубже. Поскольку энергия инфракрасных лучей относительно мала, то при их поглощении наблюдается, в основном, усиление колебательных и вращательных движений молекул и атомов. Все это в первую очередь приводит к образованию тепла. Источником инфракрасного излучения является любое нагретое до 450 – 500 ºС тело. Образование тепла приводит к повышению температуры облучаемых кожных покровов на 1-2º С и вызывает местные терморегуляционные реакции поверхностной сосудистой сети.  Вначале возникает  кратковременный спазм поверхностных сосудов кожи, затем увеличивается локальный кровоток и возрастает объем циркулирующей в тканях крови. Возникает гиперемия облученных участков тела, вызванная увеличением притока крови в тканях. Появляются красные пятна на коже, которые не имеют четких границ и исчезают бесследно через 20-30 мин после окончания облучения.  Тепловая энергия значительно ускоряет метаболические процессы в облучаемых тканях. Активация микроциркуляторного русла и повышение проницаемости сосудов способствуют удалению из него продуктов аутолиза клеток. Часть перфузируемой жидкости выделяется с потом и испаряется. Инфракрасное излучение стимулирует процессы репаративной регенерации в очаге воспаления и может быть наиболее эффективно использовано для лечения на заключительных стадиях воспалительного процесса.  Расширяются сосуды внутренних органов, ускорение грануляции ран и трофических язв. Интенсивное нагревание  кожи приводит к распаду её белковых молекул и высвобождению биологически активных, в том числе гистаминоподобных,  веществ.  Все эти местные реакции способны обусловить генерализованное действие. Раздражение кожных рецепторов может вызвать процессы сегментарного типа. Циркуляция крови, даже при небольшом  повышении её температуры влияет на центральные структуры вегетативной нервной системы, а циркуляция всасывающихся в зоне прогрева биологически активных веществ ведет к общей сосудистой реакции, проявляющейся потоотделением, усилением и учащением сердечных сокращений.  Нарушение правил проведения процедур инфракрасного облучения может привести к опасному перегреву тканей и возникновению термических ожогов I и даже II степени, а также  к перегрузке кровообращения, опасной при сердечно – сосудистых заболеваниях.  При воздействии тепловыми лучами на рефлексогенные зоны отмечается уменьшение спазма гладкой мускулатуры внутренних органов, улучшение в них кровообращения.  Лечебный эффект инфракрасных лучей определяется механизмом его физиологического действия. Светолечебные процедуры с инфракрасным облучением применяются, главным образом, для местного действия даже на обширных участках тела. Усиление местной микроциркуляции оказывает  выраженное противовоспалительное действие, ускоряет обратное развитие воспалительных процессов, повышает тканевую регенерацию, местную сопротивляемость и противоинфекционную защиту. Общее действие инфракрасного облучения проявляется антиспастическим действием, в частности на гладкомышечные органы брюшной полости, что сопровождается снижением болевых ощущений, особенно при хронических воспалительных процессах. Показания Вялозаживающие  раны и язвы, хронические и подострые негнойные воспалительные заболевания внутренних органов, ожоги и отморожения, заболевания переферической нервной системы с болевым синдромом (миозиты, невралгии), последствия травм опорно-двигательного аппарата. Противопоказания Острые воспалительно-гнойные заболевания, недостаточность мозгового кровообращения, вегетативные дисфункции,  симпаталгия, склонность к кровотечению, активный туберкулез, новообразования. Аппаратура Чаще всего источником инфракрасного излучения служат лампы накаливания .  Температура нити накаливания в них  достигает 2800 – 3600 °С. Испускаемые ими в небольшом количестве ультрафиолетовые лучи почти полностью поглощаются стеклом лампы.  Лампа Минина состоит из рефлектора параболической формы с деревянной рукояткой, в котором помещается излучатель мощностью 25 – 40 Вт. Нередко используется лампа синего цвета . простота и портативность аппарата позволяют его применять в домашних условиях . Расстояние регулируется по ощущениям приятного тепла на область воздействия , 15 – 30 см от пациента. Продолжительность 15 – 20 минут ежедневно. Курс 10 – 15 процедур.  Лампа соллюкс (Рисунок 28.) представляет собой значительно более мощный источник излучения  мощностью 200 – 500 Вт . Лампа заключена в параболический рефлектор со съёмным тубусом, смонтированный на стационарном или переносном штативе. Облучатель устанавливают  на расстоянии 40 – 80 см от поверхности тела пациента. Продолжительность процедуры 15 – 30 минут ежедневно или через день. На курс 10 – 15 процедур.  Ванна светотепловая (Рисунок 29.) представляет собой каркас с фанерными стенками, на внутренней поверхности которого в несколько рядов расположены лампы накаливания мощностью по 25 – 40 Вт. В зависимости от назначения ванны может быть использовано 12 ламп или 8 ( для туловища или конечностей). В течении процедуры пациент, частично или полностью обнаженный ,находится в положении лежа на кушетке, каркас ванны устанавливают над соответствующей частью тела, накрывают простынёй и шерстяным одеялом. Во время процедуры пациент подвергается воздействию видимого и инфракрасного излучения и нагретого до 60 – 70 ° С воздуха. Процедура проводится 1 – 2 раза в день и продолжается 20 – 30 минут. На курс 12 – 15 процедур.  - *Лазеротерапия* – это лечебное применение низкоэнергетического лазерного излучения.  Лазерное излучение не имеет аналога в природе. Способно нести высокую энергию, является монохроматичным (одноцветным), когерентным (имеет одинаковую фазу излучения фотонов) и поляризованным, хорошо фокусируется, имеет малую расходимость пучка. В медицине применяют низкоэнергетическое лазерное излучение – для формирования биостимуляционных эффектов (физиотерапевтическое направление).  В России лазеры применяются в биологии и медицине уже более 30 лет. Исторически сложилось так, что приоритет в раскрытии механизмов и в биологическом применении находится в странах бывшего СССР.  За последние 15 лет механизмы действия во многом раскрыты и уточнены. Воздействие низкоинтенсивных лазеров приводит к быстрому стиханию острых воспалительных явлений, стимулирует репаративные (восстановительные) процессы, улучшает микроциркуляцию тканей, нормализует общий иммунитет, повышает резистентность (устойчивость) организма.  Лазерное излучение является неспецифическим биостимулятором репаративных и обменных процессов в различных тканях. Ускоряет заживление ран, оказывая при этом бактериостатический эффект в отношении возбудителей раневой инфекции, улучшает регенерацию нервной и костной ткани. Обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Оказывает стимулирующее действие на клеточный и гуморальный иммунитет. При бактериальном загрязнении раневой поверхности и при обострении хронического воспалительного процесса более целесообразно применение лазера ультрафиолетового диапазона. При вялотекущих воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессах необходимо воздействовать излучением только красного или инфракрасного спектра. Показания Хирургические болезни (трофические язвы, длительно незаживающие раны, гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, проктит, парапроктит, трещины заднего прохода, геморрой, простатит, заболевания артерий и вен, остеомиелиты, переломы костей с замедленной консолидацией, деформирующий артроз, артриты и др.); кожные болезни (зудящие дерматозы, экзема, токсидермия, красный плоский лишай и др.); стоматологические заболевания (пародонтоз, пульпиты, альвеолиты, стоматиты и др.); заболевания внутренних органов (бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, ИБС, гипертоническая болезнь I-II стадии, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, холециститы, колиты и др.); болезни нервной системы (неврологические проявления остеохондроза позвоночника, нейропатии, невралгии, симпатоганглиониты, травмы периферических нервов, вегетативная дистония, мигрень, детский церебральный паралич, рассеянный склероз, сирингомиелия); гинекологические заболевания (хронические и острые воспалительные заболевания, эрозии шейки матки, дисфункциональные маточные кровотечения, маститы, трещины и отек сосков молочных желез); заболевания лор-органов воспалительного характера (тонзиллит, фарингит, отит, ларингит, синусит), тимус-зависимые иммунодифицитные состояния. Противопоказания Активный туберкулез, злокачественные новообразования, системные заболевания крови, инфекционные болезни, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, тиреотоксикоз, индивидуальная непереносимость фактора**.**  **Аппаратура.**  Для получения монохроматических лучей в настоящее время применяют такие аппараты, как « Узор – 1», « Узор – 2», « Лазурит», «Раскос», « Рикта»  - *Ультрафиолетовое облучение* – метод лечения с применением ультрафиолетового излучения.  Механизм действия ультрафиолетовых лучей обусловлен способностью атомов и молекул избирательно поглощать энергию света. В указанном состоянии молекула может находиться очень долго. Выделяющийся при этом избыток энергии вызывает разнообразные процессы. В коже протекают определенные фотохимические и фотобиологические реакции: разрушение белковых молекул (фотолиз), образование более сложных биологических молекул (фотобиосинтез) ил молекул с новыми физико-химическими свойствами (фотоизомеризация), а также образование биорадикалов. В зависимости от длины волны УФ-спектр условно делят на три зоны:  (400-320 нм) – длинноволновое (ДУФ) излучение;  (320-280 нм) – средневолновое (СУФ) излучение;  (280-180 нм) – коротковолновое (КУФ) излучение;  Наибольшей проникающей способностью обладает ДУФ-излучение (до 1 мм). В энергетическом отношении КУФ-лучи превосходят другие виды излучений.  Наиболее чувствительны к УФ-излучению ДНК и РНК белковых молекул. Вследствие фотолиза высвобождается биологически активные вещества (ацетилхолин, гистамин, простагландины). Также повышается активность ферментов: пероксидазы, гистаминазы, тирозиназы и др. В результате указанных процессов происходит изменение жизнедеятельности органов и систем организма, стимуляция его защитных механизмов и функции эндокринных желез.  Результат взаимодействия белковой молекулы с  ультрафиолетовым излучением в основном зависит от вида излучения.  Под действием ультрафиолетовых лучей в тканях активируются окислительно-восстановительные процессы, появляются и усиливаются процессы фотоизомеризации, в результате чего образуется витамин D, происходит стимуляция процессов пигментообразования.  Одним из ведущих компонентов являются эффекты, связанные с формированием ультрафиолетовой (или фотохимической) эритемы.  УФ-эритема является четко очерченной и образуется только в зоне облучения спустя 4-12 ч (латентный период). *Ультрафиолетовая эритема* – это участок асептического воспаления, сопровождающийся расширением и переполнением кровью капилляров, фибриноидным набуханием и изменением проницаемости сосудистой стенки, отечностью и болезненностью кожи.  Формирование ультрафиолетовой эритемы сопровождается различными лечебными эффектами: отмечается выраженное противовоспалительное и десенсибилизирующее действие за счет повышения фагоцитоза, увеличения содержания противовоспалительных гормонов и серотонина, роста активности гиалуронидазы. Обезболивающий эффект эритемы наступает в момент ее угасания. Ультрафиолетовая эритема оказывает выраженное трофико-регенераторное действие, ускоряет эпителизацию, улучшает обменные процессы в зоне воздействия. Эритема оказывает и бактерицидное действие.  В месте образования эритемы усиливается фотосинтез и из меланогена и тирозина образуется пигмент меланин, который обладает следующими лечебными эффектами: защищает организм от перегревания; усиливает потоотделение; задерживает и обезвреживает продукты фотолиза белковых молекул, предохраняя тем самым от их проникновения внутренние среды организма.  Десенсибилизирующие и иммуностимулирующие эффекты также возникают  и после курса общих (всего организма) УФ-облучений. Однако при неправильном дозировании УФ-лучей возможен противоположный эффект – сенсибилизация организма, который проявляется обострением патологического процесса или же ухудшением общего самочувствием больного.  УФ-лучи оказывают активное влияние на все виды обмена. Под их воздействием в коже синтезируется витамин D, контролирующий фосфорно-кальциевый обмен. УФ-лучи усиливают белковый и углеводный обмены, нормализуют метаболизм липидов. УФ-излучение оказывает действие на функционирование различных органов и систем организма. Большие дозы УФ-лучей снижают тонус симпатической части вегетативной нервной системы, а малые стимулируют симпатоадреналовую систему, гипофиз, функцию коры надпочечников, щитовидной и половых желез.  Повышается сократительная способность миокарда. Уф-облучение широко используется в лечении и профилактике различных заболеваний.  **Дозирование УФ-излучения**  Осуществляется с учетом индивидуальной биодозы.  *Биодоза* – это минимальное время облучения с определенного расстояния определенным источником Уф-лучей для получения слабой, четко очерченной эритемы.  В зависимости от интенсивности облучения различают малые эритемные дозы (1-2 биодозы), средние (3-4 биодозы), большие (5-8 биодоз) и гиперэритемные (свыше 8 биодоз).  При выборе дозы для групповых облучений можно ориентироваться на средние результаты определения биодозы от данной лампы, полученные не менее чем у 10 больных (средняя биодоза горелки).  Необходимо также учитывать, что чувствительность кожи к УФ-лучам зависит от многих причин, среди которых наиболее важны локализация воздействия, цвет кожи, время года, возраст и исходное функциональное состояние больного. Чувствительность к УФ-лучам повышена у детей, особенно в раннем возрасте, и понижена у стариков. Существенную роль играют и заболевания, которыми страдает человек. Такие заболевания, как фото дерматозы, экзема, подагра, заболевания печени, гипертиорез, болезнь Рейно и др., способны повышать чувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам. Другие же – пролежни, отморожения, трофические раны, газовая гангрена, рожистое воспаление, заболевания периферических нервов и спинного мозга ниже уровня поражения и др. – наоборот, снижают ее. На чувствительность также влияют и медикаменты. Повышают ее салицилаты, препараты ртути и висмута, сульфаниламиды, хинин, акрихин; снижают – препараты кальция, инсулин, различные мази.  В зависимости от воздействия на весь организм выделяют общее и местное облучение.  **Общее облучение**  Бывает групповым и индивидуальным. Групповое облучение применяется, в основном, для профилактики, индивидуальное – для лечения.  При индивидуальном облучении последовательно воздействуют на переднюю и заднюю поверхность обнаженного тела постоянно возрастающими биодозами. Начинают курс облучение с ¼ - ½ индивидуально определенной биодозы. Через каждые 2 проце5дуры дозу увеличивают на первоначальное количество биодоз и доводят к концу лечения до 2 – 3 биодоз. Существуют три схемы общего облучения: основная, ускоренная и замедленная.  В педиатрии облучение начинают с 1/10– ¼ биодозы, постепенно увеличивая её до 1 ½ - 1 ¾ биодозы, сохраняя на этом уровне до конца лечения.   Процедуры общего облучения проводят через день. Во время курса лечения покраснения кожи, как правило, не наблюдается, так как интенсивность облучения наращивается постепенно. Замедленная схема применяется у ослабленных пациентов и детей в период выздоровления после острых инфекционных заболеваний, при вторичном малокровии. Ускоренная схема применяется при необходимости более интенсивного воздействия , при наличии малого времени.  Местное облучение  *Для местного облучения* применяют эритемные дозы ультрафиолетовых лучей. Облучение обычно проводят на расстоянии 50 см от лампы. Площадь участка, подвергаемого одномоментному воздействию (поле облучения), обычно не превышает 600 – 800 см². В один день облучают не более одного поля. Облучение вызывает появление эритемы. Повторные облучения одного и того же поля выполняют по мере уменьшения эритемы – через 2 – 3 дня, а иногда и позже, суммарно не более 5 раз. Первоначальная доза облучения 1 – 2 и более биодоз. При повторных воздействиях на одно и тоже поле доза облучения увеличивается в ½ - 2 раза в зависимости от выраженности реакции на предыдущее облучение.  Виды местного облучения  Местное облучение имеет несколько основных вариантов.  *Облучение очага поражения* применяется при локальных патологических процессах  кожи. При рожистом воспалении воздействию подвергают место поражения с обязательным захватом 4 – 8 см окружающей здоровой кожи. Доза облучения при локализации на теле составляет 3 – 6 биодоз, на конечностях – 6 – 10 биодоз. Курс лечения 2 – 6 процедур. При облучении ран и трофических язв также необходимо захватывать 3 – 5 см неповрежденной кожи. При обильном гнойном отделяемом доза облучения составляет 4 – 8 биодоз, при чистых ранах 1 – 3 биодозы. Если зона поражения превышает по площади 600 – 800 см², то её разделяют на поля для отдельного облучения.  *Внеочаговое облучение* применяют при патологических процессах, непосредственно воздействовать на которые невозможно, например, из-за гипсовой повязки. Облучение симметричного участка непораженных тканей может оказать положительное воздействие нервно – рефлекторным путем.  *Облучение кожных полей* размером 400 – 600 см ² применяется для воздействия на очаги поражения во внутренних органах. Так, облучение грудной клетки при пневмонии проводят по 5 полям. Первое и второе поля : половина задней поверхности грудной клетки – правая или левая, верхняя или нижняя. Положение пациента – лежа на животе. Третье и четвертое поля: боковые поверхности грудной клетки. Положение пациента – лежа на противоположном боку, рука запрокинута за голову. Пятое поле: передняя поверхность грудной клетки справа, в положении пациента лежа на спине. Доза облучения от 3 – 4 биодоз до 5 – 6 биодоз на каждое поле. В один день облучают одно поле. Облучения проводят ежедневно, каждое поле облучают 2 – 3 раза.  Облучение пояснично – крестцовой области и по ходу седалищного нерва проводят на 4 – 5 полях. Первое поле: пояснично – крестцовая область до межъягодичной складки. Второе поле: ягодичная область до ягодичной складки. Третье поле: задняя поверхность бедра до подколенной ямки. Доза на 1, 2, 3 поля от 3 – 4 до 6 – 7 биодоз на каждое. Четвертое поле: задняя поверхность голени, доза от 4 – 5 до 8 – 10 биодоз. Облучение 1 – 4 полей выполняется в положении пациента лежа на животе. Пятое поле: передняя поверхность бедра, облучается в положении пациента лежа на спине, доза 3 – 6 биодоз. При повторных облучениях дозу увеличивают на 1 – 2 биодозы. Каждое поле облучают 2 – 4 раза.  *Облучение рефлексогенных зон* производят для воздействия на пути кожных висцеральных рефлексов. Оно применяется при заболеваниях внутренних органов. Примером может служить облучение воротниковой зоны. Облучают три поля. Первое поле6 задняя поверхность шеи и верхняя часть спины до середины лопаток. Положение больного лежа на животе. Второе и третье поля – над – и подключичные области до II ребра справа и слева. Положение пациента лежа на спине, повернув голову в противоположную облучению сторону. Доза облучения 2 – 5 биодоз. Облучение проводят ежедневно, по одному полю в день. На курс лечения по 3 – 4 облучения каждого поля. Процедура проводится для воздействия на шейные симпатические ганглии.  *Фракционированное облучение* обеспечивает возможность одномоментного воздействия на большую площадь тела. Для этого облучаемый участок зарывают  клеёнчатым локализатором, площадью 30 x 30 см, в котором на равных расстояниях одно от другого выбиты 150 – 300 перфорационных отверстий диаметром по 1 см. Облучение, производимое через такое приспособление, носит пятнистый , островковый характер, но охватывает большую поверхность. При последующих облучениях локализатор несколько сдвигают , чтобы воздействовать на необлученные участки. Данный метод применяется , например, при бронхиальной астме. Показания *Общее* Уф-облучение применяется: для повышения сопротивляемости организма к различным инфекциям, в том числе гриппозной, для закаливания; для профилактики и лечения рахита у детей, беременных и кормящих женщин; для лечения распространенных гнойничковых заболеваний кожи и подкожной клетчатки; для нормализации иммунного статуса при хронических вялотекущих воспалительных процессах; для стимуляции гемопоэза; для компенсации ультрафиолетовой недостаточности.  *Местное* УФ-облучение применяется: для лечения артритов различной этиологии, трахеитов, бронхитов, пневмоний, плевритов, бронхиальной астмы, язвенной болезни; для лечения гнойных ран и язв, пролежней, ожогов и отморожений, инфильтратов, гнойных воспалительных поражений кожи и подкожной клетчатки, маститов, остеомиелитов, рожистого воспаления, начальных стадий облитерирующих поражений сосудов конечностей; для лечения острых болевых синдромов при патологии периферической нервной системы, последствий травм спинного и головного мозга, полирадикулоневропатий, рассеянного склероза, паркинсонизма, каузалгических и фантомных болей; для лечения стоматитов, парадонтоза, гингивитов, инфильтратов после удаления зубов; в лор-практике для лечения ринитов, тонзиллитов, гайморитов, паратонзиллярных абсцессов; в гинекологии в комплексоном лечении острых и подострых воспалительных процессов, при трещинах сосков, после операций на промежности; для лечения маститов новорожденных, экссудативного диатеза, пневмоний, ревматизма; при лечении псориаза, экземы, пиодермии и др. Противопоказания Злокачественные новообразования, системная красная волчанка, активная форма туберкулеза легких, лихорадка, наклонность к кровотечению, декомпенсация сердечно-сосудистой системы, гипертиорез, заболевания почек и печени с недостаточностью функции, кахексия, малярия.  **Аппаратура.**  Источником ультрафиолетового излучения для лечебного применения являются газоразрядные лампы из кварцевого стекла, пропускающие ультрафиолетовые лучи. По области излучаемого спектра облучатели разделяют на интегральные  и селективные.  Интегральные облучатели испускают лучи полного ультрафиолетового спектра. Такими облучателями являются люминесцентные лампы высокого давления типа дуговых ртутно - кварцевых ламп ( ДРТ ) различной мощности, соответствующей цифровому индексу лампы.  По своему устройству лампа представляет собой кварцевую трубку, в концы которой впаяны вольфрамовые электроды. Воздух из трубки выкачан, она заполнена парами ртути и небольшим количеством инертного газа аргона. При включении тока в парах ртути возникает дуговой разряд. Наличие аргона облегчает зажигание лампы. Нормальный режим её работы устанавливается через 10 – 15 минут после включения. Спектр излучения ртутно-кварцевой лампы содержит большое количество ультрафиолетовых лучей, а также видимый свет преимущественно синего и зеленого цвета и незначительное количество инфракрасных лучей .  2. Тепловодолечение: местные процедуры: (грелки, припарки, компрессы), общие воздействия: (обливания, укутывания, ванны, души).  - ***Грелки*** применяются для лечения со времен Гиппократа. Вызывают расслабление гладкой мускулатуры и активную гиперемию, благодаря чему обладают болеутоляющим, рассасывающим и трофическим действием, причем грелка опосредованно действует на те органы, вегетативные нервы которых исходят из того же сегмента спинного мозга, в который вступают чувствительные нервы обогреваемого участка кожи. Рассасывающее действие зависит в первую очередь от длительности процедуры, и в меньшей степени — от температуры грелки.  Грелку используют как средство первой помощи при переохлаждении. Грелка, воздействуя сухим теплом, может помогать при хронических воспалительных процессах, последствиях травм. Однако применение грелки при острых воспалительных процессах в брюшной полости (например, острый аппендицит, острый холецистит), а также при повреждениях кожи, при ушибах (в первые сутки) может вызвать осложнения. Не рекомендуется применение грелки при болях в животе невыясненного происхождения  Некоторые виды грелок (грелки-жаровни, нем. *Bettwärmer*, устар. «нагревальник») широко использовались раньше для нагревания постели; такие грелки изготовлялись из металла или керамики в форме контейнера с крышкой на длиной ручке, наполняли их углями и золой, а ручка служила для передвижения грелки в постели — ради равномерного прогрева. В настоящее время функция грелки для постели перешла к электропростыням и электроодеялам.  -***Припарка***, называемая также **припарками**, является мягкой влажной массой, часто нагревается и медикаментозный, которая распространяется на ткань по коже , чтобы лечить болящий, воспаленные или болезненные части тела. Он может быть использован на раны , такие как порезы.  *Компресс* может также относиться к пористому твердому веществу заполнен растворителем , используемому для удаления пятен от пористого камня , таких как мрамор или гранит.  Слово «припарка» происходит от латинского *Puls, pultes* , что означает «кашу».  Типы   * Некоторые американские индейцы использовали растертую тыкву или клуб Дьявола как припарка. * В дополнении к хлебу и крупам, отруби также могут быть использованы в качестве припарки из - за его впитывающего качество. Он упакован в рану, а затем покрывается куском мешковины или аналогичного материала перед тем , как перевязали на месте раны. * Есть также много коммерческих припарок, которые в готовом виде. Некоторые из них могут быть помечены как «рисунок бальзамов». * Зола припарка может вызвать химический ожог.   Припарки являются распространенным методом лечения используется на лошадь, чтобы уменьшить воспаление. Это, как правило , используется на нижней части ног, под стабильную повязку, чтобы сосредоточиться на лечение легко травмированных сухожилий в области. Припарки иногда применяются в качестве меры предосторожности после того, как лошадь работала, например, после беговой перспективы, чтобы предотвратить тепло и начинку. Они также используются для лечения абсцесса ран, где накопление гноя должен быть вытянут.  Припарки также могут быть нагреты и помещены на участке, где желательно дополнительная циркуляция.  Камень представляет собой пористый материал , который является чувствительным к окрашиванию. Гранит и мрамор часто используются в жилищном строительстве ванных комнат и кухонь и восприимчивы к различным пятнам.  С химической точки зрения, пористый камень становится окрашивало , когда раствор , содержащий растворенное вещество проникает его поверхность , а затем испаряется , оставляя твердое растворенное вещество позади в камне. Кроме того , смазка может проникать в пористую поверхность и остается в камне без испарения. В любом случае, камень станет заметно «окрашивают».  Припарки для удаления пятен изготовлены из ковкого массы пористого материала (бумаги, белил, диатомовая земля, мука, известняк) , заполненный растворителем, который может быть нанесен на поверхность камня. Растворитель , используемый (аммиак, ацетон, спирт, пероксид, и т.д.) зависит от того, какое вещество вызвало пятно. В качестве растворителя проникает в поверхность пористого камня , содержащего краситель, он образует единое непрерывное решение между камнем и припарки на поверхности. Припарки хранятся влажными и покрыты , чтобы дать время для растворителя , чтобы в достаточной степени проникнуть в камень и растворение окрашивающего материала, будьте то смазывать или растворенное вещество. Растворенное вещество будет уравновешиваться путем пассивной диффузии между камнем и припарки. После достаточного времени , чтобы этот процесс происходит, припарка удаляется , и вместе с ней раствором , содержащая часть растворенного вещества или «пятнами». Несколько повторов этого процесса в конечном итоге уменьшить концентрацию растворенного вещества или «пятна» в камне , пока он не является невидимым или минимально видимым.  - **Компресс** — повязка, смоченная водой или лекарственным раствором, которую накладывают на больное место для лечения (разг. *примочка*). Является разновидностью оттяжной терапии. Компрессы применяют для рассасывания местных воспалительных процессов на коже, в подкожной жировой клетчатке и тканях, расположенных ниже.  Разновидности   * Общие и местные * Согревающие * Холодные и горячие   К *общим компрессам* относят общее влажное укутывание. Согревающий *Согревающий компресс* вызывает приток крови к очагу воспаления, способствует рассасыванию инфильтрата и устранению отёка. Такой компресс состоит из трёх слоев. Первый — из ткани в несколько слоёв, смоченной водой комнатной температуры. Ткань отжимают и прикладывают к коже. Сверху (второй слой) кладут клеёнку, вощёную бумагу или целлофан, что на 2—3 см отступает от края влажной ткани. Далее кладут толстый слой ваты ещё большего размера. Все слои плотно прикрепляют к телу несколькими оборотами бинта, укутывают платком или шарфом. Через 6—8 часов компресс меняют сухой тёплой повязкой или протирают кожу спиртом для предотвращения мацерации. Кроме воды, растворами для компресса могут быть водка, разбавленный (50-процентный) этиловый спирт, одеколон, слабый раствор уксуса (1 чайная ложка на 500 мл воды), камфорное масло.  **Горчичный**  *Горчичный компресc* является разновидностью согревающего. Применяется при воспалительных заболеваниях суставов, после травм, ушибов (со второго-третьего дня), инфильтратах после лекарственных инъекций, ограниченных острых и хронических болевых синдромах, воспалительных процессах зева и гортани, острых тромбофлебитах конечностей. Холодный *Холодные компрессы* (примочки) накладывают при ушибе, лихорадке (на голову), травмах, кровотечениях, острых воспалительных процессах на коже. Для этого берут кусок ткани, сложенный в несколько слоёв, смачивают в холодной (лучше со льдом) воде, отжимают и прикладывают на нужное место. Каждые 2—3 минуты в течение часа компресс меняют на новый. Иногда к воде добавляют свинцовую воду, уксус, жидкость Бурова (2 столовые ложки на 500 мл воды). Для лечебных примочек используют раствор борной кислоты, фурацилина (1:1000). Горячий *Горячий компресс* делают из ткани, сложенной в несколько слоёв и смоченной горячей водой (50—60 °C), поверх которой накладывают клеёнку и накрывают шерстяной тканью. Каждые 5—10 минут компресс меняют. Горячие компрессы применяют для согревания при миозитах, радикулитах. Разновидностью горячего компресса является **припарка**. При припарке используют грелку или мешочек, наполненный льняными зёрнами (отрубями, ромашкой), предварительно проваренными или распаренными. Мешочек отжимают, остужают (чтобы не обжечь кожу), накладывают на кожу, сверху накрывают клеёнкой и тёплой тканью (ватой), закрепляют бинтом. Горячий компресс оказывает рассасывающее и обезболивающее действие на очаг воспаления.  - **Обливание** — разновидность водолечебной гигиенической и лечебно-профилактической процедуры.  Суть данной процедуры заключается в обливании всей поверхности тела пациента водой, температура которой во время прохождения первой процедуры составляет 32—34 °С, а при последующих — постепенно понижается до 30—28 °С.  Как правило, обливание назначается пациенту на начальном этапе курса водолечения, с целью постепенно приспособить его к водолечебным процедурам, оказывающим более раздражающее воздействие, для дальнейшего плавного перехода к ним[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5#cite_note-%D0%91%D0%A1%D0%AD-1). В русской народной традиции — обряд, направленный на зазывание дождя (в этом значении обливание изображено на картине Николая Фешина «Обливание», созданной в 1914 году).  Различают общее и местное обливание. При *общем*обливании (Рисунок 32. )обнаженного больного*,*стоящего на деревянной решетке, в большом тазу или ванне обливают 2-3 ведрами, а затем энергично растирают согретой грубой простыней до легкого покраснения кожи. Обливать больного следует медленно, держа ведро на уровне его плеч, ближе к телу так, чтобы вода равномерно стекала по задней и передней поверхности тела. Процедуру проводят ежедневно или через день, постепенно понижая температуру воды с 34-33˚С при каждом последующем обливании на 1-2˚С и доводя ее до 22-20˚С к концу курса лечения. Курс лечения составляет 15-30 процедур. Оказывает возбуждающее и тонизирующее действие на организм человека. *Местное*(частичное) обливание проводят из резинового шланга или кувшина чаще холодной (16-20˚С) водой. Обливают не все тело, а лишь какую-нибудь его часть.  - **Влажное укутывание** *–*лечебное воздействие на тело больного тканью, смоченной водой комнатной температуры. Различают общее влажное укутывание и местное воздействие влажной ткани – компресс. При укутывании больного влажной простыней и поверх нее одеялом изменяются условия теплоотдачи организма. На протяжении процедуры происходят фазные изменения терморегуляции больного.  При *общем влажном*укутывании обнаженного больного укладывают спиной (руки должны быть отведены за голову) на кушетку, покрытую суконным одеялом и сверху холщовой простыней, смоченной водой температуры 25-30˚С и хорошо отжатой. Затем его  заворачивают во влажную простыню, при этом из ее краев покрывают переднюю поверхность тела, проводя простыню под мышками. После этого больной протягивает руки вдоль туловища, и его покрывают поверх рук второй половиной простыни. Между ногами оба слоя простыни закладывают глубокой складкой. Нижний конец подворачивают под ноги. Поверх простыни больного укутывают одеялом, шею спереди обкладывают сухим полотенцем, на лоб накладывают холодный компресс. После процедуры больного тщательно обтирают, укрывают сухой простыней и одеялом и оставляют лежать. Для возбуждающего и жаропонижающего действия длительность процедуры составляет 10-15 мин; для успокаивающего эффекта при гиперстенической форме неврастении, при бессоннице, в начальных стадиях гипертонической болезни – 30-40 мин; для потогонного действия при нарушениях обмена веществ и с целью дезинтоксикации – 50-60 мин и более. Курс лечения составляет 15-20 процедур.    - **Души**представляют собой водолечебные процедуры, при которых на организм воздействуют струями воды различной формы, направления, температуры и давления.  Основными действующими факторами душей являются температурный и механический. Их физиологическое действие на организм зависит от силы механического раздражения, степени отклонения температуры воды от индифферентной температуры и от продолжительности температуры.  Струи воды, воздействующие на больного, вызывают кратковременную периодическую деформацию различных участков кожи с последующим раздражением многочисленных механорецепторов и термочувствительных структур. Вследствие чего в коже нарастает содержание гистамина, брадикинина, простагландинов, которые, в зависимости от температуры падающей воды, вызывают кратковременные изменения тонуса артериол, подсосочкового слоя дермы и расположенных глубже лимфатических сосудов кожи.  Горячие и кратковременные холодные души повышают тонус скелетных мышц и сосудов, вследствие чего увеличивается общее периферическое сопротивление сосудистой сети. Они изменяют продолжительность фаз сердечного цикла, вызывают увеличение ударного объема и укорочение периода изгнания. Холодные и горячие души возбуждают корковые процессы, стимулируют гипоталамо- гипофизарную систему и трофические процессы во внутренних органах, оказывают тренирующее действие на сердечно- сосудистую и мышечную системы организма.  Теплые и прохладные души снижают тонус сосудов, уменьшают артериальное давление и индуцируют  иммунные процессы в коже, активируют тормозные процессы в коре и ограничивают приток сенсорной информации из болевого очага.  Параметры.  [По виду воздействия души](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/aqua_terapiya.htm#%D0%B0%D0%BB%D0%B3%D0%B4%D1%83%D1%88) разделяют на местные и общие. По возрастающей интенсивности механического воздействия общих душей последлвательно выделяют пылевой, дождевой, игольчатый, циркулярный, веерный, струевые (душ Шарко, шотландский) души и подводный душ- массаж. Из местных душей наиболее часто применяют промежностный (восходящий).  В зависимости от давления струи воды различают души низкого (30-100 кПа), среднего (100-200 кПа) и высокого (200-400 кПа) давления.  В зависимости от температуры воды выделяют холодные (ниже 20˚С), прохладные (20-34˚индифферентные (35-37˚С), теплые (38-39˚С) и горячие (40˚С и выше) души. Также применяют контрастный (шотландский) душ переменной температуры – от 15 до 45˚С.  По направлению и форме водяной струи различают нисходящие (падающие), восходящие, циркулярные и струевые души.  *Пылевой душ* воздействует на тело человека водяной пылью, образующейся при подаче воды в специальный наконечник – распылитель, имеющий форму шара с мельчайшими отверстиями. Капли падают на тело пациента под действием силы тяжести. Механическое действие этого душа незначительно, выражено температурное воздействие.  При *дождевом душе* вода через специальную сетку с отверстиями разбивается на струи, падающие на тело пациента в виде дождевых капель. Направление струй вертикальное или под небольшим углом. Действие на пациента механическое. Температура воды 25 – 36 °С, давление 1 – 1,5 ат, продолжительность процедуры 2 – 5 мин, ежедневно или через день. На курс 10 – 12 процедур.  *Игольчатый душ* представляет собой разновидность дождевого, но с отверстиями меньшего диаметра, чем в дождевом. Воздействие на кожу проявляется в ощущении множественных уколов иголками. Направление струй близко к вертикальному. Показатели давления, температуры воды и времени процедуры такие же, как для проведения дождевого душа.  *Циркулярный душ* обеспечивает равномерное воздействие горизонтальных тонких струй воды на всю поверхность тела пациента. Вода поступает из отверстий труб установки под повышенным давлением и вызывает у пациента ощущение, напоминающее покалывающее действие игольчатого душа, оказывая тем самым интенсивное механическое раздражение и отчетливое возбуждающее и тонизирующее действие. Температура воды в процессе процедуры снижается с 36 до 25 °С, давление воды 1 – 1,5 ат. Продолжительность процедуры 2 – 5 мин ежедневно или через день. На курс 15 – 20 процедур.  *Струевой душ или душ Шарко* представляет собой процедуру, при которой вода подается непосредственно от душевой кафедры коротким шлангом с наконечником. С помощью этого шланга создается компактная струя воды, которую направляют на пациента, находящегося на расстоянии3 – 3,5 м то кафедры. Давление воды высокое , 2,5 – 3,5 ат, температура воды постепенно понижается с 36 до 15 – 20 °С, продолжительность воздействия от 1 до 3 – 5 мин, ежедневно. На курс 12 – 15 процедур. Давление воды и вид струи можно изменять,  в частности придавая ей форму веера («веерный душ»). При проведении процедуры струю воды перемещают по телу пациента в определенной последовательности, с таким расчетом, чтобы обеспечить воздействие на участки тела с мощными мышечными слоями или костной основой (спина, верхние и нижние конечности, боковые поверхности грудной клетки) и избежать попадания струи на чувствительные участки тела (лицо, шея, половые органы, молочные железы, область сердца, позвоночник).  ***Рекомендуется следующая последовательность струевого воздействия:***   1. Веерной струей обдать пациента с головы до ног 1 – 2 раза; 2. Компактной струей провести медленно по задней поверхности нижней конечности сначала по одной, затем по другой снизу вверх до поясницы, повторить 2 – 3 раза; 3. Слегка распыленной струей провести по спине; 4. Компактной струей провести по одной и другой вытянутой руке по 1 – 2 раза; 5. По боковой поверхности туловища провести струей справа и слева от поясницы до подмышечной впадины (руки пациента подняты); 6. По передней поверхности нижних конечностей компактной струей провести снизу вверх по 2 – 3 раза; 7. Веерной струей воздействовать на живот; 8. Провести общее воздействие веерной струей на все тело пациента спереди и сзади.   Правильно проведенная процедура вызывает выраженное покраснение кожи.  *Шотландский душ* представляет собой комбинации двух струевых душей контрастной температуры – холодной и горячей. Мощное механическое воздействие сочетается с высокоинтенсивным термическим раздражением. Горячую и холодную воду чередуют. Обе струи подают под одинаковым и постоянным давлением – 2 – 3 ат.  Техника проведения процедуры аналогична процедуре душа Шарко. Сначала подается струя горячей воды (37 - 45°С), в течение 30 – 40 с, затем – холодной (25 - 10°С) в течение 15 – 20 с. Такую смену воды повторяют 4 – 6 раз в течение 1 – 3 мин. Начинают курс с относительно малой разницы температур (2 – 3 °С). Постепенно увеличивают эту разницу, доводя её к концу курса лечения до 30 – 35 °С. Процедуры проводят ежедневно или через день. На курс 15 – 20 процедур.  Шотландский душ может проводиться и как местная процедура. В этом случае курс лечения увеличивается до 30 процедур.  *Подводный душ – массаж* представляет собой водолечебную процедуру, при которой тело пациента, погруженного в воду, массируют струей воды, подаваемой через шланг. Процедура проводиться в специальной большой ванне емкостью 400 – 600 л или специальном микробассейне. Вода подается под давлением 1 – 4 ат (0.1 – 0.4 кПа) в шланг. Струей воды из шланга осуществляется массаж . Теплая вода ванны, в которой находиться пациент, вызывает расслабление мышц и уменьшение болей, что обусловливает энергичное и безболезненное температурное и механическое воздействие, распространяющееся на глубокие ткани. Процедура значительно улучшает кровообращение в коже и подлежащих тканях, улучшает отток лимфы, ускоряет рассасывание остаточных явлений воспалительных процессов.  Температуру воды в ванне устанавливают около 35°С. Массаж начинают после 5–минутного пребывания пациента в ванне. Массаж осуществляют по направлению массажных линий. Процедуры продолжительностью 5 – 20 мин проводят ежедневно или через день. На курс – 15 – 30 процедур.  Лечение проводиться при последствиях заболеваний и травм опорно – двигательного аппарата, периферической нервной системы, нарушениях периферического кровообращения, запорах, нарушениях обмена веществ.  *Кишечные промывания –*это периодическое орошение стенок толстого кишечника жидкостью.  При некоторых заболеваниях толстой кишки, сопровождающихся нарушением ее эвакуаторной функции, нарушается выведение каловых масс (диарея, запоры). Они выводятся с поступившей в толстую кишку промывной жидкостью, в результате восстанавливается моторно-эвакуаторная функция толстой кишки.  Введенная в толстую кишку промывная жидкость очищает стенки кишечника от клеток отторгшегося эпителия, слизи, шлаков, токсинов, экскретов и гнилостных аэробных бактерий. Она восстанавливает нормальное соотношение микроорганизмов кишечной микрофлоры. В результате процедур усиливается местный кровоток слизистой толстой кишки и восстанавливается нарушенное при болезни всасывание газов и минеральных веществ в кровь. Опорожнение нижних отделов толстой кишки от экскрементов устраняет токсическое действие их продуктов на слизистую и восстанавливает ее моторную и секреторную функции.  *Восходящий или промежностный душ* представляет собой распыленную струю воды (по типу дождевого душа), но направленную снизу вверх. Над душем устроено на специальном треножнике сидение для пациента, которое позволяет направить душевую струю на промежность. Температура воды зависит от показаний. Холодные души кратковременны, теплые – более продолжительны. Продолжительность процедуры 2 – 5 мин ежедневно. На курс 15 – 20 процедур.  Показаниями для назначения восходящего душа являются хронические воспалительные заболевания предстательной железы и прямой кишки, геморрой. Холодные души назначают при некоторых проявлениях половой слабости.  - **Ванны** являются наиболее распространенными гидротерапевтическими процедурами. В зависимости от воздействия на весь организм пациента они разделяются на общие ванны, поясные или полуванны и местные ванны.  В зависимости от используемой температуры воды различают холодные (ниже 20˚С), прохладные (20-30˚С), индифферентные (34-37˚С), теплые (38-39˚С) и горячие (40˚С и выше) ванны. По составу воды ванны разделяют на пресные, ароматические, лекарственные, минеральные, газовые.  Общие холодные и прохладные ванны назначают в виде коротких (1-5 мин) процедур с одновременным или последующим растиранием тела. При систематическом применении такие ванны оказывают тонизирующее действие на организм, активируют обмен веществ, тренируют адаптационно-приспособительные механизмы, понижают чувствительность к холоду. Холодные и прохладные ванны противопоказаны пациентам с заболеваниями органов дыхания, почек и суставов.  Ванны индифферентной температуры обладают седативным и противозудным эффектами.  Теплые ванны уменьшают раздражительность, нормализуют сон, оказывают болеутоляющее, спазмолитическое и сосудорасширяющее действие. Продолжительность индифферентных и теплых ванн обычно составляет 10-20 мин.  Горячие ванны улучшают капиллярное кровообращение, повышают скорость обменных процессов, действуют анальгезирующе и антиспастически. Горячие ванны являются более интенсивным раздражителем, их проводят в течение 2-5 мин. Общие ванны с постепенно повышаемой от 37 до 42˚С) температурой и продолжительностью до 20 мин вызывают выраженную кожную гиперемию, обильное потоотделение, ускоряют обменные процессы. Горячие ванны нельзя применять при наклонности к кровотечениям, при беременности, при сахарном диабете.  Контрастные ванны проводят в двух ваннах большой емкости или в небольших бассейнах. Температура  воды в одном из бассейнов может достигать 38-42˚С, во втором – 10-24˚С, причем разница температур в начале курса лечения не должна превышать 5-10˚С. Продолжительность пребывания в горячей воде составляет 2-3 мин, в холодной  - до 1 мин. Так повторяют 3-6 раз, заканчивая процедуру холодной ванной, если нужно оказать тонизирующее действие, или горячей, если эффект должен быть успокаивающим.  Местные ванны различных температур применяют более продолжительно: холодные и прохладные – 3-6 мин, теплые и горячие – 20-30 мин.  *Пресные ванны*. Обычные пресные ванны оказывают на организм главным образом термическое воздействие, механический фактор большого значения не имеет.  Продолжительность общих и частичных пресных ванн зависит от их температуры. Холодные и горячие ванны проводятся кратковременно , 2 – 5 мин. Продолжительность теплых и индифферентных ванн составляет от 10 – 15 до 20 – 30 мин. Процедуры проводят ежедневно или через день. На курс 15 – 20 процедур.  Терапевтическое действие пресных ванн может быть усилено действием химического фактора при добавлении в воду ароматических и лекарственных веществ.  *Ароматические ванны* – это лечебное воздействие на пациента, погруженного в пресную воду с растворенными в ней ароматическими веществами.  При таких ваннах на пациента вместе с термическим и механическим факторами оказывает действие химический фактор в виде растворенных в воде веществ растительного происхождения. Ароматические вещества, проникая через кожу в организм пациента, могут оказывать специфическое действие. Раздражающие средства и пенообразователи усиливают психофизиологический эффект тепловых факторов, тогда как вяжущие, ослабляют его и снижают тактильную чувствительность кожи. Пары растворенных летучих ароматических веществ и эфирных масел возбуждают обонятельные рецепторы полости носа и вызывают ответную реакцию в коре головного  мозга, которая зависит от действия аромата. Издаваемый некоторыми из этих веществ специфический аромат обусловливает выраженный психотерапевтический эффект.  Показаниями для назначения ароматических ванн являются заболевания и последствия травм опорно – двигательного аппарата, заболевания периферической нервной системы, такие как, миозит, пояснично – крестцовый радикулит, неврастения , заболевания сосудов, хронический простатит, зудящие дерматозы, хронические заболевания женских половых органов, утомление, депрессия.  Противопоказания: острые воспалительные заболевания, истерия ,мокнущие дерматиты, декомпенсация работы внутренних органов, хронический гломерулонефрит, хронический гепатит, цирроз печени, рецидивирующий тромбофлебит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, эпилепсия, грибковые заболевания кожи, повышенная чувствительность к ароматическому веществу.  *Хвойные ванны* готовят путем добавления в пресную ванну порошкообразного или жидкого хвойного экстракта. Они оказывают седативное, болеутоляющее, антиспастическое и сосудорасширяющее действие. Применяются при неврозах, нейроциркулярной дистонии, гипертонической болезни, последствиях черепно – мозговой травмы, язвенной болезни.  Температура воды индифферентная – 35 – 37ºС, время приема ванны – 10 – 15 минут. На курс лечения 10 – 15 ванн ежедневно или через день.  *Шалфейные ванны* приготавливают, растворяя в воде жидкий конденсат мускатного шалфея в количестве 250 – 300 мл на ванну. Шалфейные ванны оказывают обезболивающее и успокаивающее действие. Их применяют при заболеваниях и последствиях травм нервной системы и опорно – двигательного аппарата, при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, дерматологических заболеваниях. Температура воды 35 – 37 ºС, продолжительность ванны 8 – 15 минут. Курс лечения 12 – 15 процедур. Процедуры проводят 2 – 3 раза в неделю.  *Горчичные ванны* могут быть  местными о общими. Для приготовления горчичной ванны сухую горчицу из расчета от 100 до 200 г на общую (200 л пресной воды) или от 10 до 15 г на местную (10-15 л пресной воды) процедуры предварительно разводят в теплой (38-40 ºС) воде до консистенции жидкой сметаны. После чего необходимую порцию горчицы вливают в предварительно налитую ванну и производят тщательное размешивание. Температура общих горничных ванн должна составлять 36-38ºС, местных – до 39-40ºС, продолжительность процедур соответственно 5-10 и 10-15 мин. Для усиления терапевтического эффекта ванну во время процедуры нужно покрывать плотной простыней или одеялом. После ванны больного обмывают теплой водой и укутывают одеялом на 30-60 мин. Общие горчичные ванны применяются при хронической пневмонии, хроническом бронхите.  Местные ванны используют при острых респираторных заболеваниях, особенно у детей, бронхиальной астме, ИБС, неврозах.  *Скипидарные ванны* готовят путем разбавления в пресной воде чистого скипидара или скипидарной  «белой эмульсии» или « желтого раствора».для приготовления ванны заданное количество «белой эмульсии» или «желтого раствора» тщательно размешивают в небольшом количестве воды в отдельном сосуде с горячей водой и вливают , тщательно размешивая , в ванну с температурой воды 36 – 38ºС до полного растворения эмульсии или раствора.  Перед приемом ванны пациенту рекомендуется отдохнуть в течении 20 – 30 минут. Перед погружением в ванну пациент смазывает вазелином облать промежности и половые органы. После погружения в ванну  температуру воды в ванне медленно доводят до 38 – 39 ºС, добавляя горячую воду. Продолжительность приема ванны 8 – 15 минут. Скипидарные ванны обладают выраженным раздражающим и местным обезболивающим действием. Они применяются при хронических заболеваниях и травмах опорно – двигательного аппарата, периферической нервной системы.  *Жемчужные ванны* бывают только искусственными. Их приготавливают путем насыщения пресной воды атмосферным воздухом под давлением 0,5 – 1,5 ат. Воздух с помощью компрессора поступает в ванну через отверстия в системе трубок, вмонтированную в раму, размещенную на дне ванны. В результате этого пациент находится в ванне , в которой вода бурлит огромным количеством движущихся пузырьков различного размера.  Жемчужные ванны нормализуют возбудимость нервной системы, тонус мышц, оказывают тренирующее действие на механизмы регуляции гемодинамики. Ванны применяются при неврастении, астенических синдромах различного происхождения, нейроциркуляторной дистонии, гипертонической болезни, ДЦП, общем утомлении.  Ванны проводят ежедневно или через день при температуре 36 – 34ºС. Продолжительность процедур составляет 10 – 15 мин, курс лечения 10 – 15  процедур.  3. Небулайзерную терапию (ингаляторий). Техника применения небулайзера. Небулайзерная терапия проводится с помощью специального прибора, состоящего из самого небулайзера и компрессора, создающего поток частиц размером 2-5 мкм со скоростью не менее 4 л/мин.  Слово «небулайзер» происходит от латинского слова nebula, что значит туман.  Небулайзер - устройство для преобразования жидкости в аэрозоль с особо мелкодисперсными частицами способными проникать преимущественно в периферические  Бронхи.  Осуществляется данный процесс под воздействием сжатого воздуха через компрессор  (компрессорный небулайзер) или под влиянием ультразвука (ультразвуковой небулайзер).  Небулайзерная терапия, создавая высокие концентрации лекарственного вещества в  Легких, не требует координации ингаляции с актом вдоха.  Она эффективна и безопасна.  ***Цели:***  • доставка терапевтической дозы препарата в аэрозольной форме непосредственно в бронхи больного  • получение эффекта за короткий период времени (5-10 минут).  ***Показания:***   * + ринит,   + атрофические заболевания носа, носоглотки,   + ангина,   + ларингит,   + трахеит,   + бронхит,   + пневмония,   + бронхиальная астма,   + туберкулезное поражение верхних дыхательных путей.   ***Противопоказания:***   * + обширное разрушение слизистой верхних дыхательных путей,   + кровотечение и наклонность к нему,   + почечная недостаточность,   + недостаточность кровообращения 1 -2 степени,   + общее истощение организма,   + индивидуальная непереносимость некоторых аэрозолей.   *Подготовка к процедуре:*   1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки 2. Открыть небулайзер 3. Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата); 4. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру); 5. Собрать небулайзер, проверить его работу 6. Присоединить мундштук или лицевую маску;   *Выполнение процедуры:*   * Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие * Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить * Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор; * Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)   *Завершение процедуры:*   * Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут * Разобрать и обработать небулайзер * Вымыть и осушить руки   **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.  ОТВЕТ:  1.Данный аппарат нужно убрать из кабинета, на нём работать нельзя, нужно сделать заявку на медтехника.  2.Процедуру проводить нельзя по правилам ТБ, медсестре следует правильно подготовить больную к процедуре.  **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?  ОТВЕТ:  1. Нет, т.к. все металлические предметы/украшения должны быть сняты. 2. Попросить пациентку снять оставшиеся предметы, объясняя ей что нельзя проводить процедуры/лечение.  **Задача № 3**  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?  ОТВЕТ: 1. УФО; Ультразвуковая терапия, лазеротерапия, магнитотерапия, бальнеотерапия, грязелечение. 2. Да, можно. 3. Инфракрасное излучение, Ультрафиолетовое излучения, хромотерапия.  **Задача №4**  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?  ОТВЕТ: 1. Комплекс физ. упражнений при остеохондрозе. Плавание в бассейне назначается на санаторно – курортном, амбулаторно – поликлинических этапах и на стационарном этапе без наличия болей 2. Да, дарсонвализация не противопоказана.  3. Инфракрасное излучение, Ультрафиолетовое излучения, хромотерапия.  **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 лекарственногоэлектрофареза  В. Аппарат для ультразвуковой терапии  Г. Стандартные высокочастотные аппараты  **З**. 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**  **9**. 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**  **10**. Основные лечебные эффекты магнитотерапии:  **А. Седативный**  Б. Повышение АД  В. Снижение АД  **11.** В реабилитации каких заболеваний используют методики ультразвуковой терапии?  **А. Заболевания опорно-двигательного аппарата**  Б. Заболевание ЖКТ  В. Гинекологические заболевания  Г. Заболевания, сопровождающиеся выраженной лихорадкой  **12**. В реабилитации каких заболеваний используют методики магнитотерапии?  А. Гинекологические заболевания  Б. Выраженная декомпенсация сердечной деятельности  **В. Остеохондроз позвоночника**  Г. Грипп с t-З9° С  **13**. В лечении каких заболеваний применяют методики УВЧ-терапии?  А. ЛОР-заболевания  Б. Активный туберкулез  В. Онкологические заболевания  **Г. Заболевания суставов**  **14.** В реабилитации каких заболеваний применяют методики микроволновой терапии?  **А. Заболевания суставов**  Б. Хронический холецистит  В. Хронический сальпингоофорит  Г. Активный туберкулез  **15**. Противопоказания для назначения микроволновой, УВЧ-терапии:  **А. Лихорадочное состояние t -39° С**  Б. Онкологические заболевания  В. Ревматоидный артрит  Г. Острый отит  **16.** 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**  **17.** При проведении УВЧ-терапии больной должен ощущать:  **А. Слабое тепло**  Б. Жжение  В. Покалывание  Г. Вибрацию  **18.** При проведении ультразвуковой терапии в качестве контактной среды применяют:  А. Вазелин  **Б. Лечебные мази**  В. Воду  Г. Все перечисленное  **19.** В реабилитации каких заболеваний используют методики лазеротерапии?  **А. Язвенная болезнь ДПК**  Б. Гинекологические заболевания  В. Злокачественная опухоль  Г. Трофические язвы  **20.** В реабилитации каких заболеваний используют методики ИК — излучения?  А. ЛОР — заболевания  **Б. Остеохондроз**  В. Лихорадочные состояния (t-З9° С)  Г. Активный туберкулез  **21**. В реабилитации каких заболеваний используют методики УФ - излучения?  А. Системная красная волчанка  **Б. Корешковый синдром при остеохондрозе**  В. Острый трахеобронхит  Г. Псориаз  **22**. Лечебные эффекты лазеротерапии:  А. Противовоспалительный  Б. Рассасывающий  В. Трофический  **Г. Все перечисленное**  **23**. Лечебные эффекты УФ - излучения:  А. Противовоспалительный  Б. Седативный  В. Резко возбуждающий  **Г. Повышает иммунитет** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Содержание работы | | Оценка | | Подпись | |
| 3.06.2020 | | Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 3  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема: «Работа в физиотерапевтическом отделении (кабинет светолечения, электролечения, тепловодолечения, ингаляторий)»    ЗАДАНИЯ  Подробно описать:  Устройство и оборудование физиотерапевтического кабинета, технику безопасности, первую помощь при электротравмах.  Общие правила проведения физиотерапевтических процедур.  – При устройстве и оборудовании физиотерапевтического каби­нета должны быть соблюдены: техника безопасности; удобство для больных; нормальные условия работы персонала.  **Помещение**выделяется не ниже 1-го этажа. Оно должно быть сухим (влажность не выше 70%), теплым (температура не ниже +20 °С), светлым, просторным (площадь кабинета выделяется из расчета 6 м2 на 1 стационарный аппарат, но не менее 24 м), необхо­дима приточно-вытяжная вентиляция, электропроводка только скрытая, стены на высоту 2 м покрываются масляной краской, полы покрываются линолеумом.  Все металлические заземленные предметы огораживаются де­ревянными кожухами. На высоте 1,6 м от пола устанавливается щит с общим рубильником.  По числу стационарных аппаратов оборудуются кабины:  • высотой 2 м;  • шириной 1,6 м;  • длиной 2 м.  Отдельно выделяется служебная кабина для подготовки к про­цедурам. Вне служебной кабины ставится стол для медсестры. На столе располагаются: картотека с карточками больных и процедур­ные электрические часы. В столе медсестры лежат секундомер, сан­тиметровая лента, резиновые перчатки, защитные очки.  **Аппаратура**размещается строго по плану, утвержденному за­ведующим. Все аппараты, смонтированные в металлических кор­пусах, должны заземляться. Необходимо проводить профилакти­ческий осмотр аппаратуры не реже 1 раза в 7 дней. Профилакти­ческий осмотр проводит физиотехник. Контроль за соблюдением кратности профилактических осмотров осуществляется медсест­рой, о чем делается специальная запись в журнале. Аппараты не­обходимо предохранять от пыли, сырости и перегрузок. Уход **за**аппаратурой входит в обязанность медсестры.  **Документация:**  1)   журнал по технике безопасности;  2)  журнал профосмотра аппаратуры;  3)  журнал учета аппаратов;  4)  карточка больного;  5)  журнал ежедневной работы кабинета;  6)  журнал годовых отчетов.  – Инструкция по технике безопасности и охране труда для физиотерапевтического отделения (кабинета):  1. Перед началом работы медицинская сестра обязана проверить исправность всех терапевтических аппаратов и заземляющих проводов. При обнаружении дефектов она должна сообщить об этом врачу и сделать запись о выявленных неисправностях в контрольно-техническом журнале. До устранения дефекта проводить процедуры на неисправном аппарате запрещается.  2. Металлические заземленные корпуса аппаратов при проведении процедур с контактным наложением электродов следует устанавливать вне досягаемости для больного.  3. Запрещается использовать в качестве заземления батареи отопительной системы, водопроводные и канализационные трубы. Они должны быть закрыты деревянными кожухами, окрашенными масляной краской.  4. Перед вкл. аппарата проверяют установку всех переключателей в исходное положение. Изменение параметров воздействия или выкл. аппарата допустимо только при нулевом положении ручек амплитуды или интенсивности.  5. Категорически запрещается устранять неисправности, менять предохранители и протирать панели аппаратов, включенных в сеть. Нерабочие аппараты нельзя оставлять подсоединенными к сети.  6. При проведении ультрафиолетовых и лазерных облучений необходимо защищать глаза больных и мед. персонала очками с темной окраской стекол и боковой защитной (кожаной или резиновой) оправой. Нельзя смотреть навстречу первичному и отраженному лазерному лучу.  7. Ртутно-кварцевый облучатель и лампу «Соллюкс» необходимо устанавливать сбоку от больного во избежание опасного падения горячих стеклянных осколков или деталей лампы (облучателя) при случайных поломках. Лампу Соллюкс» необходимо снабжать предохранительными проволочными сетками с окном диаметром 4--5 мм в выходном отверстии рефлекторов.  8. Запрещается проводить УВЧ-терапию при суммарном зазоре между тканями и конденсаторными пластинами свыше 6 см.  9. Перед проведением ванны (душа) необходимо обязательно измерить ее (его) температуру при помощи термометра.  10. При разогревании парафина (озокерита) и проведении процедур термотерапии необходимо исключить попадание в них воды во избежание ожогов у больных.  11. При проведении газовых ванн необходимо оберегать газовые баллоны от ударов и падений. Запрещается прикасаться к кислородным баллонам предметами, содержащими жир и масло.  12. Сероводородные ванны необходимо проводить в изолированных отсеках с приточно-вытяжной вентиляцией.  13. Запрещается проводить ингаляции в электро- и светолечебных кабинетах.  14. Во время проведения процедур медицинская сестра не имеет права отлучаться из физиотерапевтического кабинета. Она обязана постоянно следить за работой аппаратов и состоянием больных.  15. По окончании рабочего дня все рубильники, выключатели аппаратов, а также вилки штепсельных розеток должны быть отключены от сети.  16. Средний медицинский персонал, не имеющий специализации по физиотерапии, к проведению процедур не допускается.  17. Ремонт физиотерапевтической аппаратуры случайными лицами категорически запрещен.  – Первая помощь при электротравмах. Электротравмы бывают двух типов: **I** тип - электротравма вследствие короткого замыкания, когда происходит замыкание через тело человека обоих полюсов электрической цепи. **II**тип - электротравмы вследствие заземления, это возникает, когда человек контак­тирует с одним полюсом аппарата и одновременно касается водопроводных труб или радиаторов отопления.  Признаки электротравм:  Общие: тонические судороги, потеря сознания, остановка дыхания, остановка сердца  Местные: ожог.  **Первая помощь:**  Прекратить действие электрического тока на пациента, привести пациента в сознание, начать искусственное дыхание рот в рот и закрытый массаж сердца, легкий массаж (поглаживание), укутывание больного, сладкий чай внутрь, в/м р-р кофеина 20% - 1 мл или 20% р-р камфары 2-3 мл.  – 1. Каждый процедурный кабинет должен иметь график работы, вывешиваемый на видном месте, в котором указывается:  а) время приема больных врачом;  б) время проведения процедур в кабинете;  в) время проведения процедур в палате;  г) если кабинет рассчитан на обслуживание стационарных и амбулаторных больных, указываются часы приема этих групп больных.  2. Каждому больному должно выделяться определенное время для проведения процедуры. Очередность отпуска процедур определяется временем, указанным в процедурной карточке.  3. Процедуры не рекомендуется проводить натощак и сразу после еды. Наиболее целесообразное время для проведения процедур -- через 30-40 минут после легкого завтрака или через 1,5-2 часа после обеда.  4. Перед первой процедурой медицинская сестра подробно знакомит больного с правилами поведения во время и после процедуры и характером ощущений, которые у него будут возникать в процессе процедуры. Перед каждой следующей процедурой необходимо кратко напоминать больным эти правила.  5. Там, где возможно, процедуры следует проводить больным в лежачем положении. По окончании процедуры больные, особенно пожилого возраста, должны медленно переходить в вертикальное положение во избежание головокружения.  6. При проведении любой процедуры больному долж но быть придано удобное ему положение. Чтобы предупредить появление у больных во время процедуры болей, онемения, судорог, подкладывают мешки с песком под поясницу и коленные суставы. Больным с нарушением сердечной деятельности и заболеванием легких на время процедуры придают возвышенное положение головы и грудной клетки.  7. Для фиксации электродов целесообразно выделять бинты для каждого больного и складывать их в шкафу в специальные гнезда с указанием фамилии больного. При недостатке бинтов необходимо выделять бинты для лица, конечностей и хранить их отдельно.  8. Больные с инфекционными заболеваниями (грибковые поражения и т.д.) должны обслуживаться в специально выделенное время с обязательным использованием индивидуального белья.  9. Во время проведения процедур нельзя оставлять провода непосредственно на теле больного.  10. После процедуры больные должны отдыхать в течение 20-30 минут.  **Ситуационные задачи**  **Задача №1** Пациентка В., 40 лет поступила в кардиологическое отделение областной больницы по направлению терапевта с диагнозом: “ревматоидный полиартрит”. Во время сестринского обследования были выявлены жалобы на боли в малых суставах стоп и кистей, скованность в них по утрам, ограничение движений в этих суставах, субфебрильную лихорадку.  Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кисти и стопы отечны, гиперемированы, горячие на ощупь, движение в них ограничено изза болезненности, температура 37,3 град., пульс 86 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 130/90.  Пациентка обеспокоена своим состоянием, боится стать инвалидом.  Пациентке назначено:  1. Биохимический анализ крови.  2. Согревающий компресс на пораженные суставы после снижения температуры  **Задания:**  1. Определите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациентки и выявите проблемы. 2. Выявите приоритетные проблемы, поставьте цели и составьте план сестринских вмешательств.  ОТВЕТ: 1. У пациентки нарушены удовлетворение потребностей: быть здоровым, одеваться, раздеваться, есть, пить, работать, избегать опасности.  Проблемы пациентки: боль в суставах, утренняя скованность, нарушение движений в суставах, субфебрильная лихорадка, дефицит самоухода, беспокойство за исход заболевания.  Потенциальная проблема: высокий риск развития инвалидности.  Приоритетная проблема: боль в суставах  2. Краткосрочная цель: пациентка отметит уменьшение болей до терпимых  Долгосрочная цель: пациентку не будет беспокоить боль в суставах к моменту выписки.   |  |  | | --- | --- | | План | Мотивация | | 1. М/с обеспечит пациентке физический и психический покой | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах | | 2. М/с придаст пациентке удобное положение суставам, положит подушки и валики под пораженные суставы. | Для фиксации сустава в физиологическом положении и уменьшении боли | | 3. М/с будет соблюдать щадящий режим при изменении положения пациента (переодевании) | Для уменьшения травматизации пораженных суставов | | 4. М/с применит согревающие компрессы после стихания острого воспаления | Для уменьшения воспаления и уменьшения боли | | 5. После стихания воспалительного процесса м/с обеспечит посещение пациентом кабинета ЛФК | Для улучшения функций суставов | | 6. М/с осуществит сестринский контроль за соблюдением пациенткой предписанного режима физической активности | Для уменьшения нагрузки и уменьшения боли в суставах | | 7. М/с обеспечит диету богатую витаминами С (овощи, фрукты, соки) и ограничением соли) | Для уменьшения воспалительных явлений и уменьшения боли в суставах | | 8.М/с обеспечит прием обезболивающих и противовоспалительный средств по назначению врача и будет контролировать состояние пациента. | Для уменьшения боли в суставах и профилактики развития осложнений |   **Задача №2**  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 показаны данному пациенту?  2. Какой этап реабилитации может рекомендовать медсестра данному пациенту?  3. Показана ли в данном случае психологическая реабилитация?  ОТВЕТ: 1. Следующие основные средства ЛФК: физические упражнения (гимнастические, спортивно-прикладные, идеомоторные, упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц), игры, естественные факторы природы (солнце, воздух, вода), лечебный массаж. Утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, самостоятельные занятия физическими упражнениями, дозированная ходьба. Щадящий двигательный режим – первая неделя после стационарного лечения. Щадяще-тренирующий – следующие две недели. Тренирующий двигательный – последующий месяц. 2. Амбулаторно-поликлинический; Санаторно-курортный. 3. Да, данному пациенту нужна психологическая реабилитация.  **Задача №3**  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?  2. Можно ли рекомендовать санаторно-курортный этап?  3.Какие этапы медицинской реабилитации должна указать медсестра при составлении индивидуальной программы реабилитации?  ОТВЕТ: 1. Прохождение поликлинического этапа реабилитации.  2. Да, можно.  3. Стационарный; Амбулаторно-поликлинический; Санаторно-курортный.  **Итоговый** **тестовый** **контроль**  **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  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**  Повторение алгоритмов/манипуляций:   1. **Подсчет пульса.**  I. Подготовка к манипуляции.  1. *Подготовка к процедуре*  * Представьтесь пациенту, объясните ход и цель процедуры * Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) * Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его  1. *Подготовьте:*  * Часы с секундной стрелкой, * Бумагу, * Красный карандаш.  II. Выполнение манипуляции.  1. Положите II, III, IV пальцы на область лучевых артерий обеих рук пациента, I палец должен находиться со стороны тыла кисти пациента. 2. Прижмите слегка артерии, почувствуйте пульсацию,сравните, одинаково ли они пульсируют на обеих руках. 3. На одной руке определите ритм пульсовых колебаний. 4. Если пульс ритмичный, подсчитайте число ударов пульса за 15 секунд и умножьте на 4; если пульс аритмичный, подсчитайте число ударов за 1 минуту. 5. Определите наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну), прижимая лучевую артерию с разной силой. 6. Прижмите артерию лучевой кости до полного прекращения пульсовых колебаний, определите напряжение пульса.  III. Окончание манипуляции.  1. Сообщите пациенту результат. 2. Результат исследования отметьте в температурном листе в шкале «П» красным карандашом и листе динамического наблюдения за больным (в сестринской истории болезни). 3. Вымойте руки. 4. **Подсчет частоты дыхания.**   **Показания:**  1. Оценка физического состояния пациента.  2. Заболевания органов дыхания.  3. Назначение врача и др.  **Противопоказания:** Нет.  **Оснащение.**  1. Часы с секундной стрелкой или секундомер.  2. Ручка.  3. Температурный лист.  Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:  1) взять часы с секундной стрелкой или секундомер;  2) выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками;  3) психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;  4) попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать;  5) положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;  6) подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;  7) обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;  8) зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.  *Примечания:* 1. В норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени). Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин. Во время сна дыхание обычно становиться реже (до 14 - 16 уд в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении.  2. Учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД - брадипноэ; апноэ - отсутствие дыхания.  3. Типы дыхания: грудное - у женщин, брюшное - у мужчин, смешанное - у детей.  4. Проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запищите тип дыхания.  **Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы:** Методика проведения функциональной пробы 20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин., затем подсчитывается ЧСС за 15 с с перерасчетом на 1 мин. (исходная частота). Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу же после приседаний студент садится и у него подсчитывается ЧСС в течение 15 с с перерасчетом на 1 мин.  Определяется увеличение ЧСС после приседания по сравнению с исходной, в %. Например, ЧСС исходная – 60 уд/мин, после 20 приседаний – 81 уд/мин, поэтому (81 – 60) : 60 × 100 = 35% . \* \* Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению.  Проведение (ГСТ) заключается в восхождении и спуске со ступеньки стандартной величины в определенном темпе в течение определенного времени.  ГСТ заключается в подъемах на ступеньку высотой 50 см для мужчин и 41 см для женщин в течение 5 мин. в темпе 30 подъемов/мин. Если исследуемый не может поддерживать заданный темп в течение указанного времени, то работу можно прекратить, зафиксировать ее продолжительность и частоту сердечных сокращений в течение 30 с 2-й мин. восстановления.   * **Ортостатическая проба**. Занимающийся лежит на спине и у него определяют ЧСС (до получения стабильных цифр). После этого исследуемый спокойно встает и вновь измеряется ЧСС. В норме при переходе из положения лежа в положение стоя отмечается учащение пульса на 10–12 уд./мин. Считается, что учащение его более 20 уд./мин. – неудовлетворительная реакция, что указывает на недостаточную нервную регуляцию сердечно-сосудистой системы. | |  | |  | |
| Дата | | Содержание работы | | Оценка | | Подпись | |
| 4.06.2020 | | Дата *04.06.20* Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 4  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема: «Работа в кабинетах лечебной физкультуры»  ЗАДАНИЯ  Подробно описать:  1. Методы сестринского ухода в ЛФК.   1. Воздействие на человека происходит через физические упражнения. 2. Пациент принимает активное участие в реабилитационном и оздоровительном процессе.   Средства физической культуры, используемые в ЛФК:   * Физ. упражнения * Двигательные режимы * Массажные комплексы упражнений * Естественные окружающие факторы * Трудотерапия.   **1. Физические упражнения**, применяемые в ЛФК, подразделяются на:   * гимнастические: общие и дыхательные, пассивные и подвижные; на снарядах и без снарядов; * спортивно-прикладные: бег, плавание, ходьба, катание на коньках, метание мяча, прыжки и др.; * игры: активные, спортивные, малоподвижные. Из игр в условиях санаториев могут применяться: городки, теннис, волейбол и др.   **2. Двигательные режимы** определяют рекомендуемую подвижность пациента и подразделяются на:   1. Строгий постельный режим – весь уход осуществляется медицинской сестрой или медицинским работником. Пациенту запрещено садиться или переворачиваться на другой бок. 2. Постельный режим – поворачиваться можно, присаживаться также (не свешивая ног), а все методы лечебной физкультуры проводятся с больным в положении сидя. 3. Полупостельный режим – больной может быть на постели или около нее на стуле. Многие действия все еще выполняет медицинский персонал. 4. Палатный режим – пациент уже переходит на самоуход. ЛФК выполняется самостоятельно – сидя, стоя, лежа. 5. Свободный режим – пациент проявляет полную самостоятельность – перемещается по палате и коридорам. В зависимости от заболевания применяются различные реабилитационные упражнения ЛФК.   **3. Массаж**может использоваться для реабилитации больного, если отсутствуют явные противопоказания:   * любой инфекционный процесс, находящийся в острой фазе; * новообразования злокачественного и доброкачественного характера; * туберкулезные заболевания – любые; * нагноительные процессы любой локализации; * сыпь самых различных этиологий; * заболевания кожи, кожных покровов; * любые заболевания или болезни крови; * расстройства сердечно-сосудистой системы, недостаточность кровообращения третьей степени; * остеомиелиты в хронической стадии, стадии ремиссии; * лимфатические узлы увеличены; * наличие любого болевого синдрома; * остаточные явления после перенесенной травмы мозга головы.   **4. Естественные факторы окружающей среды (природные факторы)** имеют место практически в каждом реабилитационном процессе.   * солнечные ванны (закаливание), облучение солнечными лучами в период выполнения ЛФК; * воздушные ванны (закаливание), аэрация, нахождение на свежем воздухе во время выполнения ЛФК; * водные процедуры (закаливание), обтирания, обливания, гигиенические души, купание в море или пресном водоеме.   **5. Трудотерапия**, при грамотной организации, учитывающей медицинские рекомендации, оказывает благотворное влияние на восстановление нормальной жизнедеятельности пациента.  Помогая вернуть утраченные профессиональные и психологические установки, восстановить функции пораженной части организма.  Трудотерапия – хорошее лекарство от чувства неполноценности, ущербности, беспомощности, бесполезности.  По мере протекания [процесса реабилитации](http://xn----7sbbnedsaspp4bidbq2d6j.xn--p1ai/terapija/49-fazy-reabilitacii-reabilitacionnye-periody.html), восстановления двигательной способности, больной обязан на добровольной основе заняться каким-нибудь делом.  Трудотерапия – это не только работа на благо общества по производству полезных предметов. Достаточно того, что пациент будет выполнять близкую ему работу.  Такая деятельность помогает вернуть утраченное душевное спокойствие, чувство радости, эмоциональный настрой.  2. Средства ЛФК.  - Основными средствами в лечебной физической культуре являются:  - физические упражнения;  - природные факторы (солнце, воздух, вода);  - лечебный массаж;  - двигательный режим.  Кроме того, применяются дополнительные средства: трудотерапия и механотерапия.  *Под****трудотерапией****понимается восстановление нарушенных функций с помощью избирательно подобранных трудовых процессов*.  ***Механотерапия****- это восстановление утраченных функций с помощью специальных аппаратов*. Она применяется главным образом для предупреждения и разработки контрактур (тугоподвижности в суставах).  В спортивной практике после повреждений опорно-двигательного аппарата механотерапию можно использовать для увеличения амплитуды движений в суставах; для укрепления мышц эффективны занятия на различных тренажерах.  Лечебный массаж (классический, точечный, сегментарно-рефлекторный, аппаратный, гидромассаж) применяется в комплексе с физическими упражнениями в процессе как лечения, так и реабилитации.  3. Документация сестринского процесса в ЛФК.  К ней относятся:  - история болезни,  - карта больного (форма № 042/У), отмечается переносимость занятий, пульс до и после каждого занятия, антропометрические показатели, эффективность занятий.  - журнал учета отпущенных процедур (форма № 029/У), у инструктора и методиста.  - дневник работы врача в форме № 039/У  - дневник работы медицинской сестры в форме № 39-1/У.  4. Средства ЛФК с комплексной психофизической тренировкой.  1. Физические упражнения.  2. Произвольная экономизация дыхания  3. Закаливание.  4. Самомассаж.  5. Психопотенцирование.  Для практического применения наиболее удобна классификация, подразделяющая все физические упражнения на четыре вида:  1. Динамические.  2. Изометрические.  3. Релаксационные.  4. Идеомоторные.  В процессе выполнения физических упражнений необходимо учитывать: дозировку, темп, интенсивность.  Дозировка – объем физической нагрузки зависит от функционального состояния различных систем организма. Общий объем определяется временем и плотностью занятия. Время занятия – общее время взаимоотношения медицинской сестры и пациента. Плотность занятия – время выполнения пациентом физических упражнений по отношению ко всему времени занятия. Плотность занятия в стационарном лечении 50-60% . Темп – количество движений, выполняемых за 1 минуту. Величина нагрузки зависит от темпа выполнения движений. Различают медленный, средний и быстрый темп движений. Для мелких мышечных групп: 24; до 60; более 60 движений в 1 мин. Для средних мышечных групп: 12-14; до 24; более 24 движений в 1 мин. Для крупных мышечных групп: 10; до 20; более 20 движений в 1 мин.  5. Режимы энергетических затрат.  Режим энергетических затрат определяется частотой сердечных сокращений. Режим умеренных энергетических затрат. Соблюдение этого режима важно при проведении курса лечебной физкультуры с комплексной психофизической тренировкой. При соблюдении режима умеренных энергетических затрат сохраняется баланс между энергетическими затратами и их восстановлением за счет вырабатываемой организмом энергии. После окончания работы возникает дополнительное уменьшение энергетических затрат, благодаря этому обеспечивается успешное развитие реакции экономизации, характеризующееся восстановлением достаточно высокого энергетического потенциала пациентов. При соблюдении режима умеренных энергетических затрат от работающей скелетной и дыхательной мускулатуры в нервные центры поступает поток слабых раздражений. Стимулируя нервные центры, поток слабых раздражений создает благоприятные условия для восстановления нормальной регуляции жизнедеятельности организма на всех его уровнях. Энергетические затраты в физической деятельности в режиме умеренных энергетических затрат соответствуют 10-17 за 10 секунд и 60-102 за 1 минуту по частоте сердечных сокращений. Режим средних энергетических затрат С начала физической деятельности в этом режиме возникает, затем возрастает дисбаланс между энергетическими затратами и их восстановлением. У пациентов эти изменения развиваются с особенной интенсивностью. Сразу же возникают, а затем возрастают избыточные энергетические затраты, снижающие продуктивность физической деятельности. Субъективные ощущения – быстрое наступление утомления, сопровождающееся возникновением наступления различных болезненных ощущений: одышки, удушья, болей и т. п. В процессе физической деятельности в режиме средних энергетических затрат в нервные центры поступает от работающей мускулатуры интенсивное раздражение, способное усилить имеющееся у больных патологическое возбуждение и увеличить патологические нарушения вегетативной нервной регуляции. Зачастую увеличение патологического возбуждения на некоторое время создает ощ ущение бодрости, хорошего 6 эмоционального настроя, устранение болезненных ощущений. Отрицательное воздействие перевозбуждения в этих случаях может проявляться в отдаленные сроки: через несколько часов отдыха или во время ночного сна. Энергетические затраты в этом режиме соответствуют 18-28 за 10 секунд и 108-168 за 1 минуту по частоте сердечных сокращений. Режим предельных энергетических затрат Этот режим соответствует работе с максимальной интенсивностью. Энергетические затраты соответствуют приросту частоты сердечных сокращений от 170 до 220 в 1 минуту. Образование энергии в организме лишь в незначительной степени восполняет энергетические затраты. Возникшее предельное напряжение вызывает стрессовую реакцию. Режим предельных энергетических затрат должен быть полностью исключен в комплексной психофизической тренировке пациентов. Из вышесказанного следует, что режим умеренных энергетических затрат является благоприятным для использования его в целях лечения и реабилитации пациентов в различных периодах стационарного и постстационарного лечения.  6. Средства комплексной психофизической тренировки.  Система психофизической тренировки состоит из 5 блоков:  ***1. Теоретический***, на котором дети получают информацию о своем  заболевании и доступных путях самооздоровления, снимая тем самым тревогу, вызванную непониманием причин своего недомогания.  ***2. Мотивационно-целевой***, на нем определяются ближайшие цели  занятия и долговременные цели приобщения к движению, максимально личностно-ориентированные.  ***3. Диагностический***, на нем выбираются основные способы само-  контроля состояния здоровья в ходе тренировки.  ***4. Практический.***  ***5. Методического обеспечения самостоятельных занятий***, дает  возможность пролонгирования и тиражирования данной технологии.  Особенностью данной системы является то, что каждое занятие  практического блока имеет новую структуру и состоит из трех последовательных этапов:  - динамические упражнения аэробного характера;  - мышечное напряжение с последующим расслаблением в форме  определенных статических поз;  - сеанс психофизической саморегуляции в состоянии релаксации.  *Остановимся более подробно на характеристике каждой части*  *занятия.*  **Динамические упражнения аэробного характера**  ***Аэробные нагрузки***– достаточно длительные нагрузки средней ин-  тенсивности, развивающие такое важное качество, как выносливость.  К ним относятся: ходьба, бег, плавание, лыжи, велосипед, гребля, ритмопластические упражнения, танцы и т. д. Все эти упражнения только тогда дают аэробный эффект, когда выполняются в невысоком темпе (то есть тренировочный пульс на занятии колеблется от 110 до 150–170 ударов в минуту).  Каковы основные эффекты аэробных нагрузок?  В течение каждого отдельного занятия аэробикой при правильно  подобранной нагрузке незначительно возрастают легочная вентиляция, частота сердечных сокращений, артериальное давление. В кровь в небольшом объеме выбрасываются гормоны симпатоадреналовой и глюкокортикоидных систем, то есть основных систем, которые противостоят стрессу, делают человека более выносливым как к психическим, так и физическим перегрузкам.  В результате систематических аэробных занятий организму предъ-  являются требования, заставляющие его увеличить потребление кислорода, в результате чего происходит положительная структурная перестройка в дыхательной, сердечно-сосудистой системах, в работающих мышцах. Происходит гипертрофия мышечных стенок сердца, повышается плотность митохондрий – все это улучшает сократимость миокарда, повышает максимальный сердечный выброс и устойчивость работы сердца при длительной мышечной нагрузке. Кроме этого, увеличиваются просвет и эластичность магистральных и периферических сосудов, открываются дополнительные капилляры. Это улучшает обеспечение тканей кислородом, гормонами и питательными веществами. В мышцах нарастает плотность митохондрий, концентрация миоглобина, увеличивается запас гликогена. В целом такие перестройки увеличивают выносливость мышц при выполнении работы аэробного характера. Кислородный долг при этом в отличие от анаэробных нагрузок почти не нарастает.  Нагрузки аэробного характера используют в качестве энергетического субстрата жир и способствуют ликвидации излишней полноты. Исправляя различные недостатки телосложения и тем самым избавляясь от одной из причин по поводу переживания собственной неполноценности, дети имеют возможность приобрести такое важное качество, как действенность чувств и уверенность в своих силах. Кроме того, аэробные тренировки выгодно отличаются от других видов мышечной деятельности тем, что не ведут к нарастанию мышечной массы. Повышение последней, как известно, сопровождается увеличением холестерина в крови. Аэробные тренировки, напротив, имеют некоторый антисклеротический эффект, понижая уровень холестерина в крови. Очень важным является и тот факт, что нагрузки аэробного характера хорошо восполняют дефицит двигательной активности, который, к  сожалению, способствует развитию целого ряда болезней цивилизации, столь характерного для нашего времени.  Такой широкий спектр благотворного действия аэробных нагрузок  на органы, системы, психику человека позволил нам выбрать именно этот вид динамических физических упражнений.  Итак, первая часть психофизической тренировки предоставлена аэ-  робикой (упражнения ритмической гимнастики, выполняемые под музыку), которая достаточно известна и популярна среди подростков. Особое значение при построении аэробных композиций мы придаем их внешней простоте, легкости разучивания и выполнения, возможности сконцентрироваться на периодичности движений, их циклической повторяемости, что создает условия для снятия нервно-мышечного напряжения и достижения состояния психологической разгрузки. Именно такие несложные и легко запоминающиеся композиции наиболее рационально тренируют весь мышечный аппарат, вызывают приятное эмоциональное состояние, которое еще И.П. Павлов назвал «мышечной радостью».  ***Второй этап психофизической тренировки****–****мышечное напря-***  ***жение с последующим расслаблением в форме определенных ста-***  ***тических поз.***Статические (изометрические) упражнения подбираются в зависимости от уровня здоровья и функционального состояния организма ребёнка. Для статических упражнений типичным является фиксация тела в одном определенном положении в течение некоторого промежутка времени.  При выполнении статистических упражнений основному воздейст-  вию подвергаются мышцы, их оболочки, фасции, сухожилия и суставные сумки. Всю эту группу называют соединительнотканными образованиями (СТО). Именно она в большинстве своем и лимитирует гибкость человека.  Процесс растягивания, который лежит в основе статических упраж-  нений, помогает улучшить осанку, манеру двигаться, снижает утомление. Упражнения в изометрическом режиме за счет наличия в них фазы напряжения помогают сформировать хороший мышечный корсет. При выполнении статических упражнений происходит перераспределение кровообращения и создается целенаправленное усиление кровоснабжения и питание определенных внутренних органов и желез внутренней секреции. В конечном итоге можно так подобрать статические упражнения, чтобы усилить кровоснабжение и питание именно тех органов, которые в этом больше всего нуждаются на данный момент  (*например: поза «угол» улучшает кровообращение органов малого таза; все «перевернутые» позы улучшают питание и кровоснабжение головного мозга; позы с прогибанием и напряжением мышц спины улучшают питание позвоночного столба и т. д.).*  Изометрические упражнения способствуют гимнастике нервных  центров, в том числе вегетативной нервной системы, оказывают регулирующее влияние на гладкую мускулатуру всех внутренних органов и сосудов.  Чередование напряжения и расслабления мышц при выполнении  статических упражнений может рассматриваться как своеобразная тренировка способности к произвольному регулированию мышечного тонуса, к произвольному переключению и концентрации внимания.  В целом, осваивая различные физические упражнения (как динами-  ческие, так и статические), оттачивая технику их выполнения, получая возможность свободно владеть своим телом, ребенок значительно повышает собственную самооценку.  Такая гармонизация самооценки является одной из важных целей  регулярных занятий психофизической тренировкой.  ***Заключительная часть практического занятия системы психо-***  ***физической тренировки – сеанс***\_\_\_\_\_\_психофизической саморегуляции в состоянии релаксации***.***Расслабление происходит на фоне функциональной музыки, во время него дети получают сеанс психофизической настройки на добро, успех, здоровье, благополучие.  Освоение расслабления после активного выполнения различных  физических упражнений не случайно. Давно доказано, что лучше всего осваивают состояние релаксации спортсмены.  Итак, по окончании выполнения статических упражнений детям  предоставляется возможность самостоятельно выбрать себе место для расслабления, субъективно воспринимаемое как комфортное. После принятия ими удобной позы (предпочтительно лежа) включается магнитофонная запись. На фоне спокойной негромкой мелодии звучат слова ведущего, которые помогают детям достичь состояния расслабления и внушить себе желаемый уровень здоровья, настроения и самочувствия.  Для достижения релаксационного состояния мы опираемся на клас-  сический принцип аутогенности, используя блоки формул, которые  приводят к следующим эффектам:  - расслаблению мышц лица, достижению «маски релаксации»;  - расслаблению мышц рук, достижению ощущения тяжести рук;  - расслаблению кровеносных сосудов, ощущению тепла рук;  - нормализации дыхания, достижению поверхностного дыхания;  - концентрации внимания на солнечном сплетении, ощущению  тепла в области солнечного сплетения;  - нормализации сердечной деятельности, ощущению легкости в  груди;  - ощущению прохлады в области лба.  В результате организм переходит в релаксационное состояние, при  котором характерная для сна заторможенность центральной нервной  системы сочетается с ясностью и непрерывностью сознания, присущей  состоянию бодрствования. Именно в релаксационном состоянии закономерно возникают следующие эффекты: восстановление сил, снятие эмоционального возбуждения, возможность управлять так называемыми непроизвольными процессами организма и состоянием психики с помощью мысленных образов, внушения и самовнушения. Познакомимся \_\_\_\_\_\_\_с ключевыми формулами сеанса психофизической саморегуляции для детей старшего школьного возраста.  *Я всегда и везде буду чувствовать себя жизнерадостным и веселым.*  *Я знаю, как мне жить и что делать, чтобы добиться своих целей.*  *Я уверен, что моя судьба во многом зависит от меня, от моего*  *жизненного настроя.*  *С каждым днем я становлюсь все более спокойным и внутренне*  *расслабленным.*  *Я принимаю людей такими, каковы они есть, со всеми недостат-*  *ками и мелочами.*  *Я спокоен и уравновешен, со всеми людьми становлюсь приветли-*  *вым и обходительным.*  *Чем чаще я занимаюсь психофизической тренировкой, тем реже*  *обостряется моя болезнь.*  *Я верю в себя и в свои силы. Внутри меня есть огромные резервы, и*  *я твердо намерен использовать их для своего оздоровления.*  *Я отбрасываю все сомнения и колебания – им нет места в моей жизни.*  *Я постепенно становлюсь настоящим хозяином себя.*  *Я знаю, что все – моя жизнь и здоровье, мои достижения и мои не-*  *удачи, мои радости и мои горести – все зависит только от меня.*  *Я начинаю делать все для того, чтобы добиться желаемого. Я*  *обязательно добьюсь всех поставленных перед собой целей.*  *И это меня радует, вселяет в меня силы и уверенность!*  *Все победы начинаются с победы над собой.*  *Будущее – это светлый мир, все трудности будут преодолены, у*  *меня все получится.*  7. Классификацию физических упражнений (динамические, изометрические, релаксационные, идеомоторные).  - Физические упражнения, применяемые с лечебной целью, делятся на гимнастические, идеомоторные, спортивно-прикладные, упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц, дозированные игры и др.  ***Гимнастические упражнения***. Представляют собой специально подобранные сочетания естественных для человека движений, разделенных на элементы. Применяя гимнастические упражнения, избирательно воздействуя на отдельные мышечные группы или суставы, можно совершенствовать общую координацию движений, восстанавливать и развивать такие физические качества, как сила, быстрота движений и ловкость.  Гимнастические упражнения классифицируются по нескольким основным признакам: анатомическому; по признаку активности; принципу использования гимнастических предметов и снарядов; по видовому признаку и характеру выполнения.  По анатомическому признаку - упражнения для мышц шеи, туловища, плечевого пояса, верхних конечностей, брюшного пресса, тазового дна, нижних конечностей.  По признаку активности - активные (выполняемые самим больным), пассивные (выполняемые инструктором ЛФК с волевым усилием больного), активно-пассивные упражнения (выполняемые самим больным с помощью инструктора ЛФК).  По принципу использования гимнастических предметов и снарядов - упражнения без использования предметов и снарядов; упражнения с предметами (гимнастической палкой, резиновым, теннисным или волейбольным мячом, набивным мячом, с булавами, гантелями, эспандерами, скакалкой и др.); упражнения на снарядах (гимнастической стенке, наклонной плоскости, гимнастической скамейке, кольцах, механотерапевтической аппаратуре, брусьях, перекладине, бревне); упражнения на тренажерах и т.п.  По видовому признаку и характеру выполнения - порядковые и строевые, подготовительные (вводные), корригирующие, на координацию движений и в равновесии, в сопротивлении, дыхательные, висы, упоры, подскоки и прыжки, ритмопластические упражнения и др.  ***Идеомоторные упражнения*** также используются в ЛФК (особенно на больничном этапе). Выполняемые мысленно, они не только вызывают слабое сокращение мышц, но и улучшают их функциональное состояние, оказывают трофическое действие. Эти упражнения применяются при параличах и парезах, при длительной иммобилизации, когда больной не может активно выполнять упражнения.  ***Изометрические (статические) упражнения***. Больному предлагается сокращать и расслаблять мышцы иммобилизированного сустава при мысленном представлении выполняемого движения. Эти упражнения применяются при иммобилизации конечностей для профилактики атрофии мышц, улучшения в них кровообращения и обмена веществ (например, при наложении гипсовой повязки на бедро и коленный сустав больной активно сокращает четырехглавую мышцу бедра, не производя движений в коленном суставе, и т.п.  ***Упражнения на тренажерах*** находят все большее применение в ЛФК при реабилитации больных и инвалидов. Использование тренажеров позволяет точно дозировать нагрузку и развивать необходимые физические качества: выносливость, силу мышц и др. Для тренировки сердечно-сосудистой системы применяются: велотренажеры (ножные и ручные), гребные тренажеры, тредбаны («бегущая дорожка»), лыжный тренажер и др. Для развития силы различных групп мышц существуют разнообразные тренажеры: блоковые, Кеттлера, Давида и др. В нашей стране разработаны тренажеры нового поколения профессора В.К. Зайцева.  ***Спортивно-прикладные упражнения***. Из этой группы упражнений в ЛФК наиболее часто используют дозированные ходьбу, бег, прыжки; метания и лазания; упражнения в равновесии; поднимание и переноску тяжестей; дозированные греблю, ходьбу на лыжах, катание на коньках, езду на велосипеде, лечебное плавание.  Применение в ЛФК спортивно-прикладных упражнений способствует окончательному восстановлению поврежденного органа и организма в целом; воспитывает у больных сознательное отношение к занятиям ЛФК и уверенность в своих силах.  *Дозированная ходьба.* Укрепляет мышцы не только нижних конечностей, но и всего организма за счет ритмичного чередования их напряжения и расслабления. В результате улучшаются крово- и лимфообращение, дыхание, обмен веществ, оказывается общеукрепляющее воздействие на организм.  *Дозированный бег.* Равномерно развивает мускулатуру тела, тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшает обмен веществ и функцию дыхания. На занятиях лечебной гимнастикой бег применяется для достаточно тренированных к нему больных с индивидуальной дозировкой (при тщательном врачебно-педагогическом контроле).  *Дозированные прыжки*. Относятся к кратковременным интенсивным упражнениям, применяемым в период выздоровления с индивидуальной дозировкой (с контролем пульса).  *Упражнения в метании*. Помогают восстановить координацию движений, улучшают подвижность суставов, развивают силу мышц конечностей и туловища, увеличивают скорость двигательных реакций. На занятиях лечебной гимнастикой используются набивные мячи, диски, мячи с петлей, гранаты.  *Лазания по гимнастической стенке и канату*. Способствуют увеличению подвижности в суставах, развитию силы мышц туловища и конечностей, координации движений.  *Упражнения в равновесии*. Применяются при поражении вестибулярного аппарата, при ампутации нижней конечности, заболеваниях и повреждениях нервной системы.  *Дозированная гребля*. В ЛФК применяется с целью общей тренировки организма, выработки ритмичности движений, способствующих углублению дыхания, развитию и укреплению мышц верхних конечностей и туловища, подвижности позвоночника. Повышение внутрибрюшного давления при гребле положительно влияет на процесс пищеварения и тканевый обмен. Применение гребли в условиях чистого, ионизированного воздуха, насыщенного водяными парами, оказывает оздоровительное влияние на организм.  Занятия греблей назначаются в дозированной форме, с указанием кратковременных пауз для отдыха и глубокого дыхания (при врачебно-педагогическом контроле).  *Дозированная ходьба на лыжах*. Активизирует работу мышц всего тела, улучшает обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, тренирует вестибулярный аппарат, повышает мышечный тонус, улучшает настроение, способствует нормализации состояния нервной системы.  *Дозированное катание на коньках.* Тренирует сердечно-сосудистую, дыхательную и нервную системы, улучшает обмен веществ, развивает координацию движений, укрепляет вестибулярный аппарат. Назначается в период выздоровления хорошо тренированным лицам, умеющим кататься на коньках (при врачебно-педагогическом контроле).  Дозированное лечебное плавание. Повышает теплоотдачу, улучшает обмен веществ, кровообращение и дыхание, укрепляет мышцы всего тела, нервную систему, закаливает организм.  Дозированная езда на велосипеде. Применяется с общеоздоровительной целью, для укрепления мышц и развития движений в суставах нижних конечностей; тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, вестибулярный аппарат.  ***Упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц*** (к выполнению движений) применяются при параличах и парезах, когда активные движения отсутствуют или резко ослаблены. Рекомендуется сочетать посылки импульсов с пассивными движениями - это способствует улучшению проводимости по центростремительным и центробежным нервам.  ***Дозированные игры (на месте, малоподвижные, подвижные и спортивные)*** применяются в ЛФК для воспитания у больного решительности, настойчивости, сообразительности, ловкости, смелости, дисциплинированности; положительно воздействуют на деятельность всех органов и систем. Игры включают в занятия на этапе выздоровления. Проведение всех видов игр осуществляется при врачебно-педагогическом контроле. | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.06.2020 | Дата *05.06.20* Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 5  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема: «Работа в кабинетах массажа»  ЗАДАНИЕ  Подробно описать:  1.Определение массажа, организацию лечебного процесса в кабинете массажа.  - **Массаж –** это лечение через прикосновение. Он представляет собой совокупность приемов дозированного механического воздействия на различные участки тела. Для наилучшего эффекта массажа на организм, рекомендуется проводить курс сеансов в количестве от 5 до 15, в зависимости от особенностей организма.  *Помещение*. Для проведения лечебного массажа оборудуют отдельное помещение из расчета 8 м2 на рабочее место, высотой не менее 3 м. Если массажист занимает отдельную комнату, минимальная площадь ее должна быть 12 м2. Смежные массажные кабинеты соединяются рабочим проходом. При работе в одном помещении нескольких массажистов рабочее место каждого следует изолировать. Для этого устраивают кабины из легкого драпировочного материала, который на кольцах подвешивают к металлическим каркасам, вмонтированным в потолке или стенах. Кабина должна быть в длину не менее 3,4 м и в ширину 2,2. Это позволяет установить массажный стол так, чтобы доступ массажиста к нему был обеспечен со всех сторон, и разместить в кабине необходимый инвентарь.  Кабинет массажа должен быть обеспечен приточно-вытяжной вентиляцией с пятикратным обменом воздуха в час. Отношение площади окон к площади пола должно быть 1:7. Пол - деревянный, окрашенный или покрытый линолеумом. Стены на высоту 2 м окрашены масляной краской светлых тонов. Температура воздуха в помещении должна быть не ниже 20°С. Для мытья и обработки рук устанавливают раковину с подводом холодной и горячей воды. Над раковиной монтируют настенное зеркало размером 60×40 см и полочку для мыла, крема, дезинфицирующих растворов, щеток и инструмента для обработки рук. При одновременной работе в смене 4 и более массажистов в смежной комнате для них оборудуют душевую установку. Для подключения электромассажной и другой аппаратуры кабинет должен иметь самостоятельную электролинию, проложенную медными проводами с соответствующим сечением. Подключение аппаратов, заземляющих и изолирующих устройств осуществляется в строгом соответствии с "Правилами устройства, эксплуатации и техники безопасности физиотерапевтических кабинетов" (1970).  *Оборудование*. Для эффективного проведения лечебных методик массажа с учетом сегментарно-рефлекторных воздействий рекомендуется массажный стеллаж (стол).  Массажный стеллаж (рис. 61) представляет собой металлическую конструкцию из рамы-столешницы размером 2100×800 мм, сваренной из уголкового железа (40×40 мм) и каркаса-подставки, 1600×600×800 мм. К раме снизу, на расстоянии 800 мм друг от друга, приварены две железные полосы, с помощью которых рама соединяется с каркасом четырьмя болтами. Раму сверху покрывают трехслойной фанерой, а на нее укладывают поролоновый матрац (толщиной 100 мм) размером 2080×780 мм. Рационально пользоваться подкладными подголовником (300×200×120 мм) и валиком (диаметром 200 мм, длиной 600 мм). При положении массируемого лежа на спине голову затылком помещают на подголовник, при положении лежа на животе массируемый кладет на него лоб. Валики служат для придания нижним конечностям среднефизиологического положения: когда массируемый лежит на спине, валик помешают под колени; при положении массируемого на животе - валик кладут под стопы. Массируя спину, валик можно поместить больному под живот.  Большинство лечебных методик предусматривают массаж верхних конечностей в положении лежа. В таком случае его производят также на стеллаже, при этом больной располагается на спине. Массируемой руке придают непосредственно на стеллаже среднефизиологическое положение (отведение плеча 45°, в локтевом суставе сгибание 110°). Когда массируют верхние конечности в положении пациента сидя, стеллаж используют как массажный столик. Подкладные поролоновые валики применяют и для массажа верхних конечностей.  При ряде методик лечебного массажа предпочтительно исходное положение массируемого сидя с опорой головы на руки. Такую позу рекомендуют для больных гипертонической болезнью, пороками сердца, стенокардией и др. Вообще сегментарно-рефлекторные воздействия в области воротниковой зоны, головы и грудной клетки осуществляются более эффективно в положении сидя, когда достигается расслабление всей мускулатуры плечевого пояса и туловища. Для этого применяют подвижной кронштейн, фиксирующий голову пациента (рис. 62). Кронштейн укрепляют на раме-столешнице с помощью зажимного устройства, позволяющего менять уровень опоры головы в зависимости от роста пациента. Сидя на табурете, пациент кладет лоб на подушечку кронштейна, а руки располагает на стеллаже. Такая поза спокойна, она исключает побочные сотрясения тела, в том числе головы. Достигается максимальное расслабление мышц шеи и туловища, что позволяет массажисту эффективно применять технику, правильно дозируя приемы.  *Белье*. Для каждого больного на курс лечения предусмотрен индивидуальный комплект белья (по показаниям - простыни, полупростыни, салфетки). Хранится белье у массажиста в шкафу в индивидуальных полиэтиленовых пакетах.  *Массажные средства*. Тальк, предварительно прокаленный, содержится в специальных пудреницах для порошков, имеющих в крышке мелкие отверстия для распыления на коже пациента. Помимо талька, пользуются рисовой пудрой, детской присыпкой. Иногда применяют вазелин или вазелиновое масло. Если вазелин хранится долго в теплом месте, он густеет и из-за повышенной вязкости становится непригодным. В таких случаях вязкость устраняют кипячением его в воде. Растаяв, он всплывает и застывает тонким слоем. В таком виде он пригоден для массажа. По специальному назначению врача применяют випратокс, випратин, капсин, слонц, финалгон, апизатрон и др.  *Гигиена массажиста*. Массажист должен заботиться о чистоте и здоровье тела, следить за внешностью, применяя средства естественной профилактической косметики (закаливание, самомассаж, использование целебных сил природы). Особенно тщательно массажист должен ухаживать за руками. Чтобы предупредить появление заусениц, трещин, мозолей, надо коротко стричь ногти, один раз в 7-10 дней делать маникюр. Во время работы нельзя иметь на руках никаких предметов украшения (колец, браслетов, часов и т. п.), что может травмировать кожу и у массажиста, и у массируемого. Мыть руки следует водой комнатной температуры (18-20°С). Если кожа рук от частого мытья становится сухой, полезны мыла: "Косметическое", "Спермацетовое", "Глицериновое", "Вазелиновое", "Янтарь".  2. Гигиенические основы массажа, требования к пациенту.  - При первом посещении пациенту необходимо разъяснить, что массаж проводят на чистой коже, так как загрязнённая кожа способствует опасности её инфицирования во время массажа. Если пациент впервые прибыл на массаж с недостаточно чистой кожей, то перед массажем необходимо кожу массируемого участка протереть ватным тампоном, смоченным водно-спиртовым раствором или расствором хлоромина. Густой волосяной покров на поверхности массируемого участка препятствует проведению массажа. Захват волос руками массажиста вызывает у пациента боль, при этом волосяная луковица раздражается и может воспалиться, что делает дальнейшее проведение массажа невозможным. В таком случае можно порекомендовать снять волосы машинкой, но не брить, потому что бритва снимает не только волосы, но и поверхностный слой эпидермиса, отчего кожа становится тонкой и легко ранимой. На первой процедуре для лучшего скольжения можно применить вазелин или тальк. После массажа вазелин следует убрать с поверхности кожи ватным тампоном, смоченным в спирте. Совершенно недопустимо, чтобы пациент ложился на массажный стол в брюках и ботинках. Незрячие и массажисты со сниженным зрением особенно тщательно должны следить за этим.  Одно из самых главных требований, предъявляемых к пациенту - это сознательность и ответственность, его серьезное отношение к массажной терапии, а также точное следование рекомендациям врача/реабилитолога/массажиста. Пациент обязан заранее предупредить массажиста о имеющихся у него патологиях (естественно, если он знает о них), т.к. ряд заболеваний является противопоказанием к массажу (о них - ниже). Также пациент должен предупредить о наличии у него различных повреждений кожи (порезов и ссадин). Эти места массажист обрабатывает йодом, бриллиантовой зеленью или клеем БФ-6 и во время выполнения массажа обходит стороной. Если на коже имеются высыпания неизвестного характера, а также при наличии ряда кожных заболеваний (лишай, экзема) массаж проводить нельзя. Перед проведением процедуры массажа пациенту необходимо принять теплый душ, а если это невозможно по каким-либо причинам, достаточно обтереть все тело влажным полотенцем и вымыть ноги. Во время сеанса массажа разрешается, чтобы на пациенте оставалось нижнее белье, но массируемый участок тела должен быть "открыт". Существует ряд моментов, когда невозможно проводить процедуру на обнаженном теле (например, из-за религиозных убеждений). В данном случае массаж можно проводить поверх тонкой чистой ткани из натуральных волокон. Большое значение для массажа имеет положение пациента во время процедуры. Главное требование - это устойчивость массируемого участка тела (при отсутствии прочной опоры, пациент не может достичь максимального расслабления, т.к. вынужден сохранять позу, напрягая мышцы конечностей) и максимальное удобство и расслабленность пациента (они достигаются за счет придания телу среднего физиологического положения). Если массируемый лежит на спине, то для придания среднего физиологического положения необходимо отвести нижнюю конечность от вертикали на угол в 35 градусов и согнуть ее в коленном суставе под углом 45градусов. Путем отведения плеча от вертикальной плоскости на 45 градусов, сгибания предплечья в локтевом суставе под углом 110 градусов и сгибания кисти в лучезапястном суставе под углом 100 градусов, достигается среднее физиологическое положение для мышц верхней конечности. Если массируемый лежит на животе, то для придания среднего физиологического положения необходимо подложить под голени валик (угол сгибания в коленном суставе варьирует от 25 до 40 градусов), руки необходимо разместить вдоль туловища (угол сгибания между предплечьем и плечом должен составить 110 градусов).  3. Требования к массажисту.  - Эффективность и качество массажа находятся в прямой зависимости от профессиональных навыков и объема знаний специалиста, выполняющего массаж. Для массажиста очень важны такие качества личности как: уверенность в себе, уравновешенность, тактичность, способность быть терпеливым, внимательным и дружелюбным. По нашему глубокому убеждению, любой массажист должен иметь знания в области анатомии (особенно топографической), физиологии, биохимии, биомеханники, реабилитилогии, физической культуры, хорошо знать клинику различных травм и заболеваний, иметь ясное представление о физиологическом действии того или иного приема массажа, а также знать все показания и противопоказания к массажу. Естественно, что на первом месте для специалиста по массажной терапии стоит совершенное владение техникой массажа. При этом, чем больше массажист знает разнообразных техник, методов и методик массажа, тем это лучше для него, как для профессионала. Большое значение имеет то, как массажист следит за собой (своим телом и внешним видом), а также насколько рационально он работает (один из главных признаков профессионализма). Массажист должен уделять особое внимание своему главному "инструменту" - рукам. Они должны быть без ссадин, царапин, трещин и омозоленности, ногти должны быть коротко подстрижены. Необходимо мыть руки проточной водой с мылом перед каждой процедурой массажа. После выполнения работы вымытые руки необходимо смазывать кремом или увлажняющей жидкостью. При проведении массажа больным с сосудистыми заболеваниями, травмами и детям руки должны быть не только чистыми, но и теплыми (необходимо предварительно их вымыть горячей водой), так как холодные руки вызывают спазм сосудов, мышц и неприятны для пациента. Если отмечается потливость рук, то их протирают 1% раствором формальдегида, моют холодной водой и покрывают тальком. При сухой коже можно использовать смесь следующего состава: 25г глицерина, 25мл 3% раствора аммиака, 5г 96% этилового спирта. Также хорошо помогают ванночки из отвара овсяных хлопьев или сборов различных лекарственных растений (например, цветов липы, ромашки, крапивы). Массажист должен проводить массаж в чистом халате, легкой и свободной обуви. На руках не должно быть колец, часов и других украшений, способных травмировать кожу пациента. Рабочая поза массажиста должна быть удобной. Следует чередовать работу стоя и сидя, чтобы избежать длительных статических перегрузок. Для рационализации работы огромное значение имеет способность массажиста работать одинаково обеими руками. Необходимо постоянно разивать силу кистей и пальцев, а также гибкость в лучезапястных суставах. Пальцы должны быть сильными, а движения - плавными. Бытует мнение, что массажист должен обладать недюжинной силой, но это заблуждение. Выполнение массажа не требует большой силы, необходимо лишь соизмерять движения рук с правильным (ритмичным) дыханием. Большое значение играет умение пользоваться большими и малыми рычагами собственного тела, а также способность правильно работать корпусом и вкладывать в движения массу тела (при работе только одними руками происходит перенапряжение мышц плечевого пояса, что приводит к возникновению ряда профессиональных заболеваний).  Квалификация массажиста (по Фокину В.Н., "Массаж и другие методы лечения"): Массажист третьей категории - человек, окончивший курсы или учебное заведение по специальности "массаж", получивший навыки применения приемов на частях тела и способный выполнять гигиенический массаж в частной или общей форме.  Массажист второй категории - квалифицированный массажист, в совершенстве овладевший техникой приемов массажа, способный выполнять массаж по предложенной методике, а также отметить изменение покровов тела и общего состояния пациента в связи с воздействием массажа.  Массажист первой категории - способен самостоятельно, определенными методами (осмотр, опрос, пальпация и т.п.) поставить или подтвердить поставленный пациенту диагноз, составить на основе этого лечебную методику и добиться положительных результатов. Специалист в области массажа высшей категории (ученый) - известный специалист в области массажа, имеющий свои разработки, школу, опубликованные книги. Учитель в области массажа - это крупный специалист в области массажа, создавший такую систему массажа, которая дала новое направление и распространилась не только по нашей стране, но и за рубежом.  4. Показания, противопоказания к массажу.  - Массаж необходим всем: взрослым, детям, пожилым. В первую очередь, массаж нужен здоровым людям для поддержания хорошего самочувствия и профилактики различных заболеваний. Но есть и медицинские показания для назначения массажа.  **Заболевания опорно-двигательного аппарата**  1. Боли в спине, пояснице, шее  2. Ушибы, растяжения мышц, сухожилий и связок  3. Функциональные расстройства после перелома и вывиха (тугоподвижность суставов, мышечные изменения, рубцовые сращения тканей)  4. Артриты и артрозы в подострой и хронической стадии  5. Сколиозы и кифозы  6. Плоскостопие  **Заболевания нервной системы**  1. Головные боли  2. Остеохондроз  3. Невралгии и невриты  4. Радикулиты  5. Параличи и парезы  6. Восстановительный период после острого нарушения мозгового кровообращения  7. Детский церебральный паралич  **Заболевания легких**  Как правило, у нас не возникает вопросов, если массаж назначается при заболеваниях опорно-двигательного аппарата или нервной системы. Но как может помочь массаж при заболеваниях легких? – спрашивают многие. На самом деле, массаж помогает вывести мокроту из легких и бронхов, а также оказывает бронхорасслабляющее действие. Итак, показания для массажа:  1. Пневмония  2. Бронхит  3. Бронхиальная астма  **Заболевания сердечнососудистой системы**  Главное действие массажа при заболеваниях сердца - улучшение кровообращения в сердечной мышце, а это как раз способствует скорейшему восстановлению функции сердца.  1. Хроническая недостаточность сердечной мышцы  2. Стенокардия  3. Гипертоническая болезнь  4. Артериальная гипотония  5. Реабилитационный период после инфаркта миокарда  **Заболевания желудочно-кишечного тракта**  Массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта не излечит без медикаментозного вмешательства, но в составе комплексной терапии крайне эффективен. Он оказывает обезболивающее действие, нормализует секреторную и двигательную функции желудка, активизирует крово – и лимфообращение, устраняет венозный застой и стимулирует функцию кишечника.  1. Гастриты  2. Нарушение моторной функции толстого кишечника  **Заболевания обмена веществ**  Поскольку массаж стимулирует действие всех органов, то и обменные процессы под действием массажа ускоряются.  1. Ожирение  2. Сахарный диабет  **Противопоказания к массажу**.  1. Острые лихорадочные состояния.  2. Острый воспалительный процесс.  3. Кровотечения, цинга.  4. Болезни крови.  5. Гнойные процессы любой локализации.  6. Кожные заболевания (грибковой или инфекционной этиологии).  7. Острое воспаление, тромбоз и значительное варикозное расширение вен с трофическими нарушениями.  8. Эндартериит, осложненный трофическими нарушениями и гангреной; ангииты.  9. Атеросклероз периферических и мозговых сосудов, сопровождающийся церебральными кризами.  10. Аневризмы сосудов.  11. Воспаление лимфатических узлов.  12. Аллергия с геморрагическими и другими высыпаниями, кровоизлияние в кожу.  13. Активная форма туберкулеза.  14. Сифилис I и II стадии.  15. Заболевания органов брюшной полости с наклонностью к кровотечению.  16. Хронический остеомиелит.  17. Доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации.  18. Психические заболевания с чрезмерным возбуждением и значительно измененной психикой.  19. Острейшие боли различной этиологии, требующие назначения наркотиков.  20. Послеоперационный период при:  а) острой сердечно-сосудистой недостаточности;  б) эмболии легочной артерии;  в) почечной и печеночной недостаточности;  г) распространенной острой кожной аллергической реакции (крапивница). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 6.06.2020 | Дата *06.06.20* Время *08:00-13:35*  Дисциплина: Ос. Реабилитации. Занятие № 6  Работу выполняла: Гужва Альбина 310-1гр.  Тема: «Дифференцированный зачет»  1. Механизм действия массажа на организм.  - Сущность массажа заключается в нанесении телу пациента раздражений различной интенсивности и силы. В механизме физиологического действия массажа на организм главная роль принадлежит нервной системе. Механическое раздражение, производимое руками массажиста, в первую очередь воспринимают нервные рецепторы, связанные нервными волокнами с соматической и вегетативной нервной системой. Происходит превращение механической энергии в энергию нервного импульса. От рецепторов по афферентным (чувствительным) нервным волокнам импульсы поступают в центральную нервную систему, а оттуда по эфферентным (двигательным) волокнам на периферию к мышцам, сосудам, внутренним органам. На периферии в мышцах, сосудах и во внутренних органах, под влиянием эфферентных нервных импульсов возникает рефлекторная реакция, которая проявляется в виде определённых изменений функционального состояния различных внутренних органов и систем.. Механический фактор физиологического действия массажа. Этот фактор в организме имеет место, но не играет существенной роли. Под влиянием механического действия очищается кожа больного, смещаются и растягиваются другие ткани, улучшается подвижность суставов и эластичность тканей, а также их сопротивляемость механическому воздействию.  2. Приемы массажа.  - 1. – Поглаживание. Поглаживание – это группа приёмов массажа с которых начинается массаж, которыми заканчивается массаж, а также сопровождается весь сеанс массажа. Начинается потому, что это самый первый щадящий приём, вступление, настройка перед дальнейшей работой. Заканчивается сеанс массажа поглаживанием потому, что это уже последние штрихи и переход к расслаблению после массажа (пациент должен полежать после сеанса 5-10 мин.), сопровождается потому, что нужно поддерживать расслабление мышц пациента, особенно в той зоне, где делается массаж, и, конечно, это отдых для самого массажиста, ведь массаж это физический труд, т.е. поглаживая пациента отдыхает сам массажист. Поглаживание, в основном, выполняется ладонными сторонами кистей, пальцы в это время чуть-чуть расставлены, кисти рук максимально расслаблены, иногда оно делается подушечками пальцев, иногда тыльными сторонами кистей. Главная отличительная особенность поглаживания это то, что не сдвигается кожа, руки скользят по ней, вторая отличительная особенность то, что эти приемы выполняются медленно, «ласкательно». Поглаживание делается в сторону лимфоузлов. Приёмы этой группы очень приятны и являются главными в расслабляющем массаже.  Физиологическое воздействие:  - оказывает седативное (успокаивающее) воздействие на нервную систему;  - расслабляет мышечную систему в массируемой зоне;  - воздействует на саму кожу, эпидермис, дерму и гиподерму;  - улучшает питание кожи;  - улучшает дыхание кожи;  - улучшает работу сальных и потовых желёз;  - расширяет кровеносные сосуды, которые находятся непосредственно в коже;  - улучшает эластичность и цвет кожи;  Приемы поглаживания:  1. Симметричное- двумя ладонями симметрично вверх к надплечьям, возврат по воздуху.  2. Раздельно- последовательное- аналогично первому приему, только руки при этом двигаются раздельно- последовательно.  3. Граблеобразное- аналогично первому приему, только положение кистей граблеобразное.  4. Ладонное спиралевидное- двумя ладонями спиралевидно поочередно вверх к надплечьям.  5. Глажение- тыльными сторонами кистей симметрично вверх к надплечьям и назад ладонями.  6. Поперечное- попеременно ладонями вперед поперек сегмента.  7. Круговое- одной или двумя ладонями по очереди вокруг сустава. 8. Щипцеобразное- подушечками 1-го и 2-го пальцев от периферии к центру.  2. – Выжимание. Выжимание - это группа приёмов, которая в начале сеанса массажа следует за поглаживанием. Приёмы выжимания применяется в лечебном, спортивном, расслабляющем массаже и являются одними из главных в антицеллюлитном массаже. Приёмы выжимания наряду с приёмами поглаживания можно перемежать с более сильными приемами, такими как разминание. Выжимание как и поглаживание довольно приятный приём, слишком больших усилий он не требует, но уже значительно больше, чем поглаживание. Выжимание выполняется разными краями кистей, пальцами. В отличие от поглаживания большинство приёмов выжимания выполняются с отягощением другой кистью сверху, кисти при этом обязательно расслаблены. Эти приёмы воздействуют не только на кожу, но и на подкожную клетчатку, мышечные фасции. При выполнении этих приёмов происходит «выдавливание» кровеносных и лимфатических сосудов, поэтому выжимание строго делается в сторону лимфоузлов, сначала ближе к ним, потом дальше от них. При выполнении этих приёмов обязательно должна образоваться кожная складка «валик».  Приёмы выполняются медленно, даже чуть медленнее, чем поглаживание.  Физиологическое воздействие:  - оказывает стимулирующее воздействие на кровеносные и лимфатические сосуды;  - оказывает воздействие на расслабление мышц;  - способствует освобождению тканей от шлаков и лишней жидкости;  - воздействует на подкожную жировую клетчатку уменьшая её; - положительно воздействует на устранение застоя и отёка;  - способствует улучшению питания кожи и мышечной системы; Приёмы выжимания:  1. Лучевым краем кисти - правой ладонью (большой палец отведен) с отягощением левой кистью сверху, к подмышечной впадине или к плечевому суставу.  2. Локтевым краем кисти- левой ладонью (большой палец прижат) с отягощением правой кистью сверху, к подмышечной впадине или к плечевому суставу.  3. Основанием ладони- основанием ладони правой кисти с отягощением левой кистью сверху, к шее, около позвоночника справа и слева.  3. – Растирание  Растирание – это группа приёмов, которая в сеансе массажа следует за выжиманием. Приёмы растирания применяются во всех видах массажа, особенно, когда нужно быстро усилить кровообращение. Большое значение растирание имеет при лечении заболеваний дыхательной системы.  Растирание – это самый быстрый прием в массаже. В отличие от приемов разминания, растирание применяется на костных образованиях в качестве приемов периостального массажа и на сухожилиях, что делает этот прием довольно специфическим. Растирание выполняется ладонными сторонами кистей с разными рисунками движений, а также ребрами ладоней, средними фалангами пальцев и подушечками пальцев на суставах и сухожилиях. Иногда этот приём делается с отягощением. Желательно при этом, что бы кисти не перенапрягались. Эти приёмы воздействуют на все слои кожи, подкожной клетчатки, мышечные фасции и поверхностные мышцы. Они резко усиливают кровообращение и обладают легким обезболивающим свойством. При растирании также как и при выжимании обязательно должна сдвигаться кожа. Некоторые приемы предусматривают лёгкое скольжение по коже, некоторые – нет. Звуки трения при этом должны быть сведены к минимуму. Руки при выполнении этих приёмов не должны отрываться от массируемой зоны. Приемы растирания делаются в любую сторону.  Физиологическое воздействие:  - резкое усиление кровообращения;  - улучшение обменных процессов в коже;  - улучшение обменных процессов в поверхностных мышцах;  - улучшение обменных процессов в суставах;  - оказывает выраженное обезболивающее действие на область применения;  - способствует уменьшению отёков, растягиванию рубцов, спаек; Приёмы растирания:  1. Продольное - ладонями двух рук попеременно вдоль сегмента.  2. Поперечное- ладонями двух рук попеременно поперек сегмента. 3. Ладонное спиралевидное - ладонями двух рук попеременно спиралевидно вдоль сегмента вперед и назад.  4. Гребнеобразное спиралевидное- аналогично предыдущему приему, только кисти находятся в гребнеобразном положении (кулаки).  5. Граблеобразное спиралевидное - аналогично предыдущему приему, только кисти находятся в граблеобразном положении (прямые пальцы растопырены).  6. Ладонное спиралевидное с отягощением- правой (левой) ладонью с отягощением спиралевидно от позвоночника.  7. Пиление - локтевыми сторонами сомкнутых прямых кистей вперед-назад коротко.  8. Строгание- локтевой стороной сомкнутой прямой кисти резкое движение вперед по межреберным промежуткам.  9. Штрихование- граблеобразное подталкивание кожи.  10. Пересекание- аналогично пилению, только лучевыми сторонами кистей с отведенными большими пальцами.  11. Круговое- ладонью по кругу на суставах.  12. Подушечками пальцев спиралевидно.  13. Основанием ладони спиралевидно.  14. Подушечками пальцев с отягощением спиралевидно.  15. Щипцеобразно- подушечками 1-го и 2-го пальцев спиралевидно. Примечание: все приемы растирания обязательно сопровождаются сдвиганием кожи.  4. – Разминание.  Разминание – это группа приёмов предназначенных для работы на мышцах. Это – главные приёмы в массаже, им отводится большая часть времени сеанса массажа. Это – пассивная гимнастика мышц. Суть этих приёмов в том, мышцы смещают с их ложа, мнут их, давят на них. Приемы разминания, то растягивают мышцы, то, наоборот, сокращают их, таким образом усиливая в них кровоток и обмен веществ. Разминание выполняется всеми образованиями кисти и предплечья до локтевого сустава и даже самим локтевым отростком. Разминание вызывает мощные сдвиги во всех системах организма: кровеносной, лимфатической, нервной. Снимает резко повышенный мышечный тонус у грудных детей, больных с параличами, спортсменов. Главная особенность разминания в том, что бы руки как можно меньше отрывались от массируемого участка, тогда прием будет выполняться глубоко и безболезненно. Физиологическое воздействие:  - снятие гипертонусов;  - увеличение сократительной способности мышц, их силы, выносливости, скорости сокращения;  - подготовка к физическим нагрузкам;  - восстановление после физических нагрузок;  - решение проблем опорно-двигательного аппарата и большого количества других заболеваний.  Приёмы разминания:  1. Двойное кольцевое или поперечное (тесто) - захватив мышцу, делать движения кистями попеременно к себе, не отпуская ее, поперек сегмента (по нескольким линиям).  2. Продольное - большими пальцами спиралевидно попеременно вдоль сегмента.  3. Растяжение - ладонями двух рук одновременно друг от друга с поворотом кистей. Делается в любых направлениях.  4. Сжатие - аналогично предыдущему приему, только кисти двигаются друг к другу с образованием складки.  5. Накатывание (прибой) - одна кисть делает выжимание вдоль сегмента, другая круговым движением накатывает на нее складку.  6. Сдвигание (волна)- состоит из двух движений. Сначала ладони двух рук двигаются к себе, натягивая кожу, затем от себя, двигая складку большими пальцами. Делается в любых направлениях.  7. Захват складки (коршун). Делается в любых направлениях.  8. Перекат складки (сороконожка). В любых направлениях.  9. Ординарное (4 к 1) - 4 пальца двигаются к большому спиралевидно с образованием складки. Делается в любых направлениях.  10. Клещи- встречное движение большим и указательным пальцем с подъемом мышц, вдоль них.  11. Приемы давлением делаются спиралевидно, в-основном, с отягощением, это- основанием ладони, гребнем, бугром большого пальца, бугром мизинца, подушечками пальцев, подушечкой большого пальца, локтевой костью, локтевым отростком.  5. – Вибрация.  Вибрация – это группа приёмов массажа, которые, в основном, расслабляют пациента. Они выполняются в конце сеанса массажа. Массируемой области придаются вибрирующие (дрожательные) воздействия, либо ударного характера, либо колебательного характера. Эти приёмы имеют большое значение при лечении заболеваний дыхательной системы, особенно когда есть мокрота в легких. Они очищают дыхательные пути. Эти приёмы выполняются ладонными сторонами кистей, а ударные приёмы различными поверхностями кисти. Приёмы должны выполняться безболезненно, приспосабливая частоту вибрации к нужной для данного пациента. Физиологическое воздействие:  - обладает выраженным рефлекторным действием; - оказывает обезболивающее действие;  - вызывает интенсивное сужение или расширение сосудов в зависимости от частоты колебаний;  - улучшаются моторная и секреторная функции желудочно-кишечного тракта;  - активизируются регенеративные процессы;  - усиливается прилив крови к массируемому участку, что улучшает питание, обмен и регенерацию повреждённых тканей;  - вызывает глубокую гиперемию, повышает мышечный тонус, улучшает функцию желёз внутренней секреции;  - при слабых и частых похлопываниях сосуды суживаются, а при редких и сильных ударах - расширяются.  Приемы вибрации:  1. Потряхивание - поперечное движение ладонями.  2. Встряхивание - сильное потряхивание без продвижения.  3. Сотрясение - дрожательное движение.  4. Раскачивание- колебательное движение сегментом.  5. Пунктирование - пальцевой душ.  6. Похлопывание - попеременные удары ладонями в виде «лодочек». 7. Рубление - попеременные удары локтевыми сторонами прямых кистей.  8. Поколачивание - попеременные удары локтевыми сторонами кулаков.  9. Стегание - попеременные удары то тыльной, то ладонной стороной кисти.  10. Пальцевые удары- попеременные удары кистями рук в клювовидном положении.  11. Пальцевые удары с щипками. Примечание: ударные приемы не выполняются на пояснице и на позвоночнике, в местах выпячивания костных образований и при заболеваниях ССС.  **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.  Вопросы:  1. Можно ли начинать делать массаж?  2. Дальнейшая тактика медсестры.  Ответ:  1. Массаж в данной ситуации противопоказан ввиду сыпи неясного генеза.  2. Сеанс отменить, отправить к врачу-дерматологу. Так же провести дезинфекцию в помещении.  **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.  Ответ:  1. В данной ситуации можно назначить массаж и ЛФК.  2. Может рекомендовать классический, лечебный, аппаратный, подводный душ-массаж. Комплекс физ. упражнений при остеохондрозе. Плавание в бассейне назначается на санаторно–курортном, амбулаторно–поликлинических этапах на стационарном этапе без наличия болей. 3. Стимулирующее воздействие на общий иммунитет.  Повышение активности кровотока внутренних органов.  Снятие мышечного спазма.  Снятие болевого синдрома.  Улучшение функциональных возможностей после перенесенных травм и болезней.  Нормализация осанки.  Улучшается качество кожи.  Повышается общее настроение.  4. Количество приемов выполнение трех – четырех поглаживаний, двух - трех видов растираний и разминаний и одой вибрации. Количество повторений каждого массажного приема от 3-4 до 6-8. При седативной методике массажа поглаживания и растирания повторяют 6-8 раз, при тонизирующем массаже увеличивают время разминания до 4-6 повторений, количество повторений поглаживаний и растираний 3-4.  Вибрацию, как правило, применяют в одном варианте. (Приведенные цифры приблизительны, служат для общей ориентации и некоторой конкретики.)  Длительность процедуры зависит от количества массируемых анатомических областей. В среднем процедура местного массажа занимает от 15 до 30 минут, общий массаж длится 45 - 60 мин.  На курс лечения чаще всего назначают 10-12 процедур. Интервал между процедурами – как правило массаж назначают ежедневно или через день, особенно при сочетании с аппаратными видами физиотерапии общего действия (электро - светолечение, гидро – бальнео – пелоидотерапия и т. п.) Общий массаж, интенсивный массаж асимметричных зон грудной клетки по Кузнецову, соединительнотканный массаж допускают возможность проведения 2-х – 3-х процедур в неделю. Ежегодно рекомендуется проводить 2-4 курса (из расчета: 2 недели массаж – 6 – 8 – 12 недель интервал перерыва между курсами).  **Итоговый тестовый контроль**  Выберите один вариант ответа.  **1**. 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**  **2.** Виды массажа:  А.ручной;  Б. аппаратный  В. комбинированный  **Г. все перечисленное**  **3.** Основные приемы классического массажа:  А. поглаживание  Б. растирание  В. разминание  Г. вибрация  **Д. все перечисленное**  **4.** Механизм действия массажа:  А. нервно-рефлекторный  Б. гуморальный  В. механическое воздействие  **Г. все верно**  **5**. Характер массажа определяется:  А. силой  Б. темпом  В. продолжительностью  **Г. все верно**  **6.** 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  **7.** Факторы механизма действия массажа на организм:  А. нейрорефлекторный  Б. гуморальный  В. механическое воздействие  **Г. всё верно**  Выберите несколько вариантов ответа.  **8.** В реабилитации каких заболеваний назначают массаж:  **А. остеохондроз**  **Б. гипертоническая болезнь**  В.активный туберкулез легких  **Г. артроз коленных суставов**  **9**. Противопоказания к назначению массажа:  **А. диффузная пиодермия кожи**  **Б. кишечное кровотечение**  В. остеохондроз  **Г. лихорадочное состояние** |  |  |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Термометрия | освоено |  |
| 2 | Подсчет пульса | освоено |  |
| 3 | Подсчет частоты дыхания | освоено |  |
| 4 | Измерение артериального давления | освоено |  |
| 5 | Соблюдение ТБ при проведении электролечения | освоено |  |
| 6 | Магнитотерапия | освоено |  |
| 7 | Ингаляции | освоено |  |
| 8 | Электростимуляция мышц | освоено |  |
| 9 | ЛФК | освоено |  |
| 10 | Массаж | освоено |  |
| 11 | Дыхательная гимнастика | освоено |  |
| 12 | Санитарное просвещение населения | освоено |  |
| 13 | Заполнение медицинской документации | освоено |  |
| 14 | Проведение текущей дезинфекции, генеральных уборок в кабинете ФТО. | освоено |  |

# Текстовой отчет

Самооценка по результатам учебной практики

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: Термометрия. Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. Соблюдение ТБ при проведении электролечения. Магнитотерапия. Ингаляции. Электростимуляция мышц. ЛФК. Массаж. Дыхательная гимнастика. Санитарное просвещение населения. Заполнение медицинской документации. Проведение текущей дезинфекции, генеральных уборок в кабинете ФТО.

сн-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я хорошо овладел(ла) умениями: Термометрия. Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. Соблюдение ТБ при проведении электролечения. Магнитотерапия. Ингаляции. Электростимуляция мышц. ЛФК. Массаж.

Особенно понравилось при прохождении практики: Электростимуляция мышц. ЛФК. Массаж. Дыхательная гимнастика. Санитарное просвещение населения. Заполнение медицинской документации. Проведение текущей дезинфекции, генеральных уборок в кабинете ФТО.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Недостаточно освоены: Отсутствует\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Замечания и предложения по прохождению практики : Отсутствует

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**Гужва А. Н.**\_\_\_**

подпись (расшифровка)