СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Поллютант - загрязняющее вещество, один из видов загрязнителей, любое химическое вещество или соединение, которое находиться в объекте окружающей среды в количествах, превышающих фоновые значения и вызывающие тем самым химическое загрязнение.

ФТО - физиотерапевтическое отделение.

Введение

Важным индикатором экологического неблагополучия воздушной среды является система органов дыхания. Агрессивным влиянием индустриальных и бытовых поллютантов объясняется стремительный рост распространенности хронических легочных заболеваний, появление нозологических форм в виде аллергических реакций дыхательных путей. Снижением защитных возможностей организма в результате отрицательного влияния множества факторов окружающей среды обусловлены перемены в клинических проявлениях воспалительных процессов респираторного тракта. Эти факторы указывают на необходимость коррекции и поддержки его защитных свойств.

В последние годы врачи часто используют метод физиотерапии, способствующих повышению эффективности лекарственных средств, уменьшению медикаментозной нагрузки и предотвращению побочных действий медикаментов в лечении дыхательной системы. Одним из таких методов, используемых в реабилитации заболеваний органов дыхания является электрофорез.

Актуальность.

Болезни органов дыхания у детей занимают значительное место среди детской патологии. По данным статистики около 70% заболеваний составляют заболевания дыхательных путей у детей. Пневмония является одной из основных причин детской смертности, особенно детей раннего возраста. Чем младше ребенок, тем легче он заражается и тем чаще болеет. Это обусловлено особенностями детской дыхательной системы. Особенно в Якутии из-за экстремальной температуры максимально высокая температура летом -+38,4,а максимально низкая зимой- -40 градусов ( в Оймяконе достигает до -60 градусов) что является причиной детской болезни так как иммунитет до 13-15 лет еще окончательно не сформировался.

Цель работы: изучение использования методов электрофореза и ингаляционной терапии в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания.

Задачи:

. Изучение использования физиотерапевтических методов в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания по литературным данным.

. Изучение использования методов электрофореза и ингаляционной в реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания на примере ФТО ГБУ «Поликлиника №1».

ГЛАВА 1.АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

пневмония электрофорез ингаляционный бронхиальный

1.1 Характеристика заболеваний органов дыхания

Система органов дыхания состоит из носовых ходов, гортани, трахеи, бронхов, легких и плевры (соединительнотканной оболочки, покрывающей легкие).

Система органов дыхания обеспечивает поступление в организм кислорода, его попадание в кровь и выделение из организма углекислого газа.

Среди всех заболеваний детского возраста болезни органов дыхания регистрируются чаще всего.

Основные заболевания органов дыхания - бронхит, пневмония, хроническое обструктивное заболевание легких, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь,острые респираторные заболевания.

Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей

. У детей носовые ходы узкие, нижний носовой ход почти отсутствует у маленьких детей до 4-х лет.

. Разрастание носоглоточного скопления лимфоидной ткани в раннем возрасте может привести к затруднению носового дыхания.

. Голосовые связки короткие, голосовая щель узкая, что способствует частому возникновению ложного крупа

. Глубина дыхания у детей меньше, чем у взрослого, так как ребра расположены горизонтально, а диафрагма слабо сокращается и высоко расположена.

. Легкие плотные и мало воздушны.

. Дыхательные мышцы слабо развиты.

. Частота дыхания больше, чем у взрослого. Причем она тем больше, чем младше ребенок.

. Ритм дыхания у грудных детей неустойчивый. Возможны неравные паузы между дыхательными движениями.

. Тип дыхания меняется с возрастом.

.Просвет бронхов у детей суживается легче, чем у взрослого.

. Зрелость дыхательной системы достигается только к 14-15 годам.

Причинами развития заболевания органов дыхания является вирусы, бактерии, грибы (инфекционная), аллергены, аутоимунная и наслественный фактор так же наша экстемально низкая температура.

Все эти прчины могут вызвать ряд заболеваний таких как бронхит - воспалительное заболевание, характеризующееся поражением бронхов. Основной симптом бронхита - кашель. Бронхит может быть острым и хроническим. Хронический бронхит выставляют в том случае, если кашель с отделением мокроты наблюдается не менее трех месяцев в году в течение двух лет и более.

Острый бронхиолит - это вирусное поражение мельчайших бронхов и бронхиол. Болеют бронхиолитом часто дети первого года жизни, особенно первых 3 - 7 месяцев. Бронхиолит чаще возникает при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции. Вирусы внедряются, размножаются и проявляют свою жизнедеятельность в эпителии слизистой мелких бронхов и бронхиол. Механизм возникновения сложен. Считается, что бронхиолит возникает по типу аллергической реакции, то есть в основе его лежит взаимодействие антигена (вируса) и антител, в результате чего возникает бронхоспазм. В месте внедрения вирусов слизистая оболочка бронхов и бронхиол утолщается, отекает, инфильтрируется, что приводит к повышенной секреции слизи. При этом возникает и бронхоспазм. Все это приводит к сужению просвета мелких бронхов и бронхиол и к возрастанию сопротивления дыхательных путей, вызывая затруднение дыхания, что может привести к гипоксии (кислородное голодание). Таков в общих чертах механизм бронхиолита.

Клиника. Заболевание чаще начинается остро, с повышения температуры тела до 37,8 - 39 °С, появления сильного кашля, насморка, отказа от груди. Бросается в глаза сильная одышка; она усиливается во время осмотра врачом, при появлении незнакомых людей. Дыхание шумное, свистящее, слышное на расстоянии. Обычно нарастают беспокойство, потеря аппетита. Ребенок плохо спит. Всегда выражено раздувание крыльев носа. Мать во время пеленания ребенка, а врач во время осмотра могут заметить втяжение уступчивых мест грудной клетки: над- и подключичных ямок, эпигастрия (подложечной области). Врач при выслушивании больного может обнаружить свистящие хрипы, нередко мелко- и среднепузырчатые, влажные, затрудненный выдох. В тяжелых случаях, которые, к счастью, редки, может иметь место внезапная остановка дыхания. Бронхиолит опасен тем, что может перейти в пневмонию. Однако при своевременном обращении родителей к врачу и тщательном лечении дело до воспаления легких не доходит. Обычно через 14 дней после начала болезни наступает полное выздоровление. Однако дети, перенесшие бронхиолит на первом году жизни, более склонны к частым респираторным заболеваниям и бронхитам, чем другие дети. Лечение симптоматическое. Госпитализация в большинстве случаев не показана. Основное внимание должно уделяться поддержанию адекватного жидкостного режима и, при необходимости, респираторной терапии. Антибиотики не показаны. В многочисленных исследованиях не удалось показать эффективности β2-агонистов, эуфиллина или преднизолона а также противовирусных средств в лечении бронхиолита. Хотя связь бронхиолита с аллергией находится в стадии изучения, на данном этапе целесообразно включать детей с острым бронхиолитом в группу риска по развитию бронхиальной астмы с соответствующим диспансерным наблюдением.

Острый бронхит - воспалительное заболевание бронхов, преимущественно инфекционного происхождения, проявляющееся кашлем, (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более 3 недель.

Этиология. Острый бронхит вызывают вирусы (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные, коревые, коклюшные и др.), бактерии (стафилококки, стрептококки, пневмококки и др.); физические и химические факторы (сухой, холодный, горячий воздух, окислы азота, сернистый газ и др.). Предрасполагают к заболеванию: охлаждение, употребление алкоголя, хроническая очаговая инфекция в назофарингеальной области, нарушение носового дыхания, деформация грудной клетки. Повреждающий агент проникает в трахею и бронхи с вдыхаемым воздухом, гематогенным или лимфогенным путем (уремический бронхит).

Клиника. Основными признаками бронхита у детей являются частый сильный кашель, который через 2 - 3 дня сопровождается выделением мокроты, затянувшаяся волнообразная температура тела, умеренное нарушение общего состояния.

Симптомы заболевания, особенно в первые дни болезни, сходны с признаками той респираторной вирусной инфекции, на фоне которой возникло поражение бронхов. Признаки бронхита могут появиться как с первых дней болезни, так и спустя 5 - 6 дней после ее начала. При парагриппозной инфекции бронхит может быть как с первых дней, так и с 6 - 7-го дня от начала болезни. Обычно заболевание у маленького ребенка начинается с повышения температуры тела, насморка, ухудшения состояния, капризов. Рано возникающий грубый, лающий кашель часто свидетельствует о том, что у ребенка парагриппозный ларингит. Но парагриппозная инфекция может протекать и без ларингита. Иногда с первых дней болезни у ребенка может возникнуть острый бронхит. Особенно часто он появляется у детей дошкольного возраста. В детских коллективах, особенно у маленьких детей, которые воспитываются в них только первый год, нередко в одной и в той же группе во время вспышек парагриппозной инфекции острым бронхитом заболевают одновременно несколько детей.

Диагностика. Диагностика острого бронхита проводится на основании клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Аускультация (прослушивание лёгких и бронхов) выявляет:

· жесткое дыхание обструктивного типа;

· рассеянные сухие хрипы;

· мелкопузырчатые влажные хрипы - прослушиваются при скоплении жидкого секрета в бронхах и исчезают после откашливания.

Для диагностики острого бронхита проводят:

· анализ крови (общий, биохимический, иммунологический);

· общий анализ мочи;

· посев мокроты на микрофлору;

· рентгеновское обследование легких;

· бронхоскопию;

· спирографию, пикфлоуметрию (для исследования функций внешнего дыхания).

· ЭКГ;

· ЭХОКГ;

Исследование внешнего дыхания показывает нарушение вентиляции легких обструктивного типа.

Анализ крови выявляет:

· ускорение СОЭ;

· нейтрофильный лейкоцитоз;

· при аллергическом бронхите - повышенное количество эозинофилов.

Рентген при вирусном остром бронхите показывает нечеткость рисунка и среднюю расширенность корней легких.

Проводится также дифференциальная диагностика с милиарным туберкулезом легких и бронхопневмонией.

Лечение. При остром бронхите лечение в большинстве случаев проводят в амбулаторных условиях. В случае тяжелого течения требуется госпитализация.

Если острый бронхит сопровождается повышением температуры и лихорадкой, назначают:

· Постельный режим, диету и обильное питье.

· В помещении следует ежедневно проводить влажную уборку, поддерживать высокий уровень влажности.

· Для снятия болевого синдрома применяют компрессы, банки, горчичники на область грудины, между лопатками.

· Хороший эффект дают ножные горчичные ванны.

Использование медикаментов

· При остром бронхите на фоне ОРВИ медикаментозное лечение основано на использовании следующих средств:

· противовирусных препаратов: интерферон, ремантадин.

· обезболивающих;

· жаропонижающих;

· нестероидных противовоспалительных средств.

· При наличии вторичной бактериальной инфекции, длительном течении болезни, выраженности воспалительного процесса назначают антибиотики, сулафаниламиды.

Физиотерапевтические методы лечения острого бронхита включают:

· ультрафиолетовое облучение;

· диатермию области грудной клетки;

· индуктотермию;

· УВЧ.

Хорошо зарекомендовали себя специальный вибрационный массаж и лечебная физкультура.

Пневмония - острое инфекционно-воспалительное заболевание, при котором поражается легочная ткань, воспалительный процесс затрагивает альвеолы, и они наполняются жидкостью. Пневмония может вызываться различными возбудителями (вирусами, бактериями, грибами, простейшими, риккетсиями). Пневмония - заболевание, характеризующееся тяжелым течением. Наряду с общеинтоксикационными симптомами (повышение температуры тела, общая слабость) при пневмонии наблюдается кашель, одышка, боль в грудной клетке.

Респираторными отделами легких являются анатомические структуры, расположенные за терминальными бронхами, - респираторные, альвеолярные ходы и альвеолы. Заболеваемость пневмонией у детей на первом году жизни составляет 15-20 на 1 000 детей, от 1 года до 3 лет - 5-6 на 1000 детей. Предрасполагающими факторами у детей могут быть следующие заболевания: перинатальная патология аспирации, гипотрофия, врожденный порок сердца с недостаточностью кровообращения, иммунодефицитные состояния.

По этиологии острые пневмонии подразделяют на:

. бактериальные;

. вирусные;

. микоплазменные;

. риккетсиозные;

. грибковые;

. аллергические;

. пневмонии, возникающие при инвазиях гельминтами;

. пневмонии, возникающие при воздействии физических и химических факторов.

Различают семь форм бактериальной пневмонии:

· пневмококковая;

· фриднендеровская;

· синегнойная;

· гемофильная;

· стрептококковая;

· стафилококковая;

· группа пневмоний, вызванных протеем и кишечной палочкой.

Симптомы пневмонии. зависят от вида пневмонии, величины и распространенности процесса. При очаговой пневмонии (бронхопневмонии) процесс идет остро или подостро и развивается на 5-7-й день острого респираторного заболевания в виде его второй волны. Характерными являются следующие симптомы:

· повышение температуры;

· слабость;

· головная боль;

· боль в груди или под лопатками;

· кашель;

· усиление интоксикации.

Над зоной поражения отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - бронхофония, ослабленное дыхание, иногда крепитация. Рентгенологически определяется усиление легочного рисунка между очагами воспаления и корнями легкого. В анализе крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

Диагностика пневмонии. Диагностика проводится на основании клинико-рентгенлогических данных. Клиническими симптомами являются:

· температурная реакция;

· признаки дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры;

· стойкие аускультативные и перкуторные отклонения со стороны легких;

· рентгенологически - очаговые, сегментарные, лобарные инфильтративные тени;

· со стороны крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ;

· эффект от проводимой этиологической терапии.

Лечение пневмонии у детей.

В случае среднетяжелых и тяжелых форм дети подлежат стационарному лечению. Дети первого года жизни - при любых формах.

Лечение пневмоний проводится комплексно и состоит в:

· применении этиотропных средств;

· оксигенотерапии при развитии дыхательной недостаточности;

· назначении средств, улучшающих бронхиальную проводимость;

· применении средств и методов, обеспечивающих транспорт кислорода крови;

· назначении препаратов, улучшающих процессы тканевого дыхания;

· использовании средств, улучшающих обменные процессы в организме.

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, с аллергическим компонентом. В ходе заболевания нарушается проходимость бронхов, может сужаться их просвет. Бронхиальная астма проявляется приступами удушья, кашлем, хрипами, затрудненным дыханием.

Симптомы бронхиальной астмы. Заболевание может начинаться незаметно, с проявлений атопического дерматита, плохо поддающегося лечению. Развивается бронхиальная астма чаще у детей до трехлетнего возраста, чаще болеют мальчики. Насторожить родителей и заставить предположить развитие у ребенка бронхиальной астмы должны такие проявления: периодически возникающее свистящее дыхание; появление кашля, преимущественно в ночное время; появление кашля или свистящего дыхания после контакта с аллергеном; кашель со свистящим дыханием после эмоциональной или физической нагрузки; отсутствие эффекта от противокашлевых препаратов и эффективность противоастматических средств. Основное проявление бронхиальной астмы - приступ удушья. Обычно такой приступ появляется на фоне ОРВИ. Вначале затруднение при дыхании может возникать при высокой температуре, кашле (особенно в ночное время), насморке. Затем приступы затрудненного свистящего дыхания становятся чаще, возникают вне связи с простудными заболеваниями - при контакте с животным или при физической нагрузке, вблизи растений с резким запахом или при перемене погоды. При возникновении приступа бронхиальной астмы у детей затруднен выдох. В норме продолжительность вдоха и выдоха одинакова по времени, а при астме выдох вдвое длиннее вдоха. Дыхание учащенное, свистящее, шумное, слышное на расстоянии. Грудная клетка во время приступа несколько раздута, лицо приобретает багровый оттенок. Ребенок принимает вынужденную позу: сидит, слегка наклонившись вперед, опираясь на руки, голова втянута, плечики приподняты ( так наз. «поза кучера»). Вдох короткий, не обеспечивающий поступление достаточного количества.

Лечение Для начала следует установить аллерген (провоцирующий фактор) и полностью исключить любой контакт ребенка с ним: регулярно проводить влажную уборку помещения (при необходимости с противоклещевыми средствами); при уборке использовать пылесос с водяным фильтром; применять воздухоочистители для фильтрации воздуха; приобрести для ребенка подушки и одеяла с гипоаллергенными синтетическими наполнителями; исключить игры с мягкими игрушками; разместить книги в застекленных шкафах; убрать лишнюю мягкую мебель, а необходимую зачехлить тканью без ворса; в случае значительного загрязнения воздуха поменять место проживания; в период цветения провоцирующих астматические приступы растений свести до минимума пребывание ребенка на свежем воздухе - только вечером, после выпадения росы, или после дождя; навесить на окна специальную сетку; при «астме физических усилий» значительно снизить нагрузки, в том числе прыжки и бег; при «аспириновой» астме исключить применение провоцирующих приступ медикаментов.

1.2 Традиционные эффективные методики электрофореза и ингаляционной терапии

Гальванизация- это воздействие на организм пациента постоянным непрерывным электрическим током малой силы (до 50 мА) и низкого напряжения (30-80 В) через контактно наложенные на тело электроды с лечебной целью.

Электрофорез - это введение лекарственных веществ с помощью постоянного тока.

Особенности метода.

Если матерчатую прокладку одного из электродов смочить раствором лекарственного вещества, наложить на кожу и соединить с аппаратом для гальванизации, то находящиеся в растворе ионы придут в движение. По закону физики, согласно которому одноименные заряды отталкиваются, а разноименные притягиваются, положительные ионы пойдут в сторону катода, отрицательные - в сторону анода.

Физиологическое действие электрофореза различных лекарственных ионов складывается из действия самого гальванического тока и фармакологического действия вводимых с его помощью ионов. В коже под электродом, прокладка которого смочена лекарственным веществом, образуется скопление ионов, так называемое кожное депо. Из этого «депо» лекарственные ионы очень медленно и равномерно поступают в общий кровоток и достаточно медленно выводятся из организма.

Чтобы решить, с какого полюса следует вводить ион нужного лекарственного вещества, необходимо помнить правило - лекарственно вещество вводят с того полюса, зарядом которого оно обладает, или «ион вводится с одноименного полюса, а именно: положительный - с полюса, отрицательный - с минуса, или, как говорят «металлы идут вместе с током». Так анионы (отрицательный заряд) вводят с катода, катионы - с анода.

Методом электрофореза можно вводить одновременно два лекарственных вещества различной полярности, смачивая ими гидрофильные прокладки, соединенные через электроды с различными полюсами аппарата. Иногда одновременно вводят два лекарственных вещества одинаковой полярности, применяя для этого две прокладки с двумя электродами, соединенные сдвоенным проводом и одним полюсом тока (обе прокладки смачиваются разными лекарственными растворами).

Сегодня получает все большее распространение внутритканевой электрофорез. Суть метода состоит в том, что одним из общепринятых способов (внутривенно, подкожно, ингаляционным путем) вводится лекарственное вещество, а затем, когда его концентрация в крови будет максимальной, проводя поперечную гальванизацию на область патологического очага или вовлеченного в процесс органа. Важным достоинством этого варианта электрофореза является использование всей терапевтической дозы лекарственного вещества.

Лекарственные растворы, применяемые для электрофореза, готовятся на дистиллированной воде и хранятся в физиотерапевтическом кабинете в специальном шкафу или на полке. Если лекарственное средство плохо растворимо в воде, то при его электрофорезе в качестве растворителя можно использовать спирты и димексид (диметилсульфоксид, ДМСО). Не должны использоваться для приготовления рабочих лекарственных растворов неполярные растворители, а также растворы электролитов.

Ингаляционная терапия.

Ингаляции - метод введения в организм пациента различных лекарственных веществ в виде аэрозолей через дыхательные пути.

Особенности методики. Для клинических целей аэрозоль получают путем диспергирования - измельчение лекарственного препарата, используя механические и пневматические методы. Наиболее перспективным является способ приготовления аэрозолей с помощью ультразвука.

Для получение электроаэрозолей - портативные аппараты «Электроаэрозоль-1» и ЭИ-1, стационарные аппараты для групповых ингаляций ГЭК-1 и ГЭК-2.

Виды ингаляций: паровые, тепловлажные, влажные (аэрозоли комнатной темперратуры), масляные и нгаляции порошков.

Паровые ингаляции проводят с помощью парового ингалятора (типа ИП-2), но их можно осуществлять и в домашних условиях без специального аппарата. Готовят ингаляции, получая пар из смеси легкоиспаряющихся медикаментов (ментола, эвкалипта, тимола) с водой, а также из отвара листьев шалфея, ромашки. Температура пара - 57-63˚С, но при вдыхании она снижается на 5-8˚С. Вдыхаемый пар вызывает усиленный прилив крови к слизистой оболочке верхних дыхательных путей, способствует восстановлению ее функции и оказывает болеутоляющее действие.

Применяются паровые ингаляции при заболеваниях верхних дыхательных путей. В связи с высокой температурой пара эти ингаляции противопоказаны при тяжелых формах туберкулеза, при острой пневмонии, плеврите, кровохарканье, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца.

Тепловлажные ингаляции проводят при температуре вдыхаемого воздуха 38-42˚С. Они вызывают гиперемию слизистой оболочки дыхательных путей, разжижают вязкую слизь, улучшают ункцию мерцательного эпителия, ускоряют эвакуацию слизи, подавляют упорный кашель, приводят к свободному отделению мокроты. Используют аэрозоли солей и щелочей (натрия хлорид и гидрокарбонат), минеральных вод, анестетиков, антисептиков, гормонов и др. После их проведения больной должен откашляться в дренажном положении, сделать дыхательную гимнастику или вибромассаж грудной клетки. Противопоказания к проведению тепловлажных ингаляций те же, что и для паровых.

Влажные ингаляции - лекарственное вещество с помощью портативного ингалятора распылается и вводится в дыхательные пути без предварительного подогрева, его концентрация в растворе больше, а объем меньше, чем при тепловлажных ингаляциях. Используют анестезирующие и антигистаминные препараты, антибиотики, гормоны, фитонциды.

Масляные ингаляции - распыление подогретых аэрозолей различных масел. Используют масла растительного происхождения (эвкалиптовое, персиковое, миндальное и другие), животного происхождения (рыбий жир). Запрещается применение минеральных масел (вазелиновое). При ингаляции масло распылается покрывая, покрывая слизистую оболочку дыхательных путей тонким слоем, который защищает ее от различных раздражений и препятствует всасыванию вредных веществ в организм. Масляные ингаляции благоприятно действуют при воспалительных процессах гипертрофического характера, снижают ощущение сухости, способствуют отторжению корок в носу и в глотке, оказывают благоприятное действие при остром воспалении слизистой оболочки дыхательных путей, особенно в комбинации с антибиотиками.

Ингаляции порошков (сухие ингаляции, или инсуфляции) применяют преимущественно при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, для этого распыляемый препарат смешивается с сухим горячим воздухом. Используют порошкообразно измельченные антибиотики, сульфаннил амиды, сосудосуживающие, антиаллергические, противогриппозные средства. Для распыления используют порошковдуватель (инсуфлятор), пульверизаторы с баллоном или специальные распылители (спинхалер, турбохалер, ротахалер, дискхалер, изихалер, циклохале и др.)

Ультразвуковые ингаляции основаны на получении лекарственных растворов при помощи ультразвука. Ультразвуковые аэрозоли отличаются узким спектром частиц, высокой плотностью и устойчивостью, малой концентрацией кислорода, глубоким проникновением в дыхательные пути.

Все виды аппаратных ингаляций проводят ежедневно, только некоторые - через день. Продолжительность ингаляции - от 5-7 до 10-15 мин. На курс лечения назначают от 5 (при острых процессах) до 20 процедур. При необходимости повторный курс через 10-20 дней.

Детям можно назначать ингаляции с первых дней жизни с целью профилактики и лечения заболеваний органов дыхания.

1.3 Основные аспекты реабилитации при заболеваниях органов дыхания

Целями реабилитации детей с болезнями органов системы дыхания являются снижение классов функциональных нарушений до полного восстановления функций при острых и рецидивирующих заболеваниях и стабилизация минимальных нарушений при хронической патологии.

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

Задачи медицинской реабилитации.

Главной задачей медицинской реабилитации является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата (ОДА), а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

К частным задачам реабилитации относятся:

· восстановление бытовых возможностей больного, то есть способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;

· восстановление трудоспособности, то есть утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;

· предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, то есть осуществление мер вторичной профилактики.

В реабилитации заболеваний органов дыхания применяются: антибактериальная терапия, антибиотиками,сульфаниламидами

Отхаркивающая терапия отварами трав, сиропами, ингаляционная терапия. Кроме медикаментозной терапии эффективно применяют массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику, тепловые процедуры и другое. Одним из эффективных методов реабилитации заболеваний органов дыхания является применение электрофореза и ингаляционной терапии.

2. ГЛАВА ІІ.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОФАРЕЗА И ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

.1 Характеристика и показатели лечения пациентов физиотерапевтическом отделении в ГБУ РСЯ « Поликлиники №1» методом электрофареза и ингаляционной терапии

Организация работы физиотерапевтического кабинета в ГБУ РСЯ «Поликлиники1».

Работой физиотерапевтического отделения (кабинета) руководит заведующий отделением (кабинетом), который осуществляет контроль за лечебной и профилактической работой персонала, обеспечивает организацию работы отделения (кабинета), оснащение его аппаратурой, несет ответственность за правильность назначений и выполнение лечебных процедур, отвечает за безопасность работы на физиотерапевтической аппаратуре, контролирует надлежащее ведение медицинской документации.

Выбор физиотерапевтического метода, область воздействия, дозировка, кратность воздействия и количество процедур являются прерогативой лечащего врача, о чем он делает соответствующую запись в истории болезни или амбулаторной карте. Врач-физиотерапевт (врач-реабилитолог) вправе отменить назначения лечащего врача, если они сделаны без должного учета противопоказаний, несовместимы с уже проводимым физиолечением или противоречат иным основным принципам лечебно-профилактического использования физических факторов. В этом случае назначение оптимального терапевтического комплекса проводится физиотерапевтом (врачём-реабилитологом) совместно с лечащим врачом.

После осмотра больного врач-физиотерапевт (врач-реабилитолог) делает подробную запись в истории болезни (амбулаторной карте), в которой указывает название процедуры, зону воздействия, методику, дозировку и количество процедур. На основании назначения, заполняется процедурная карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете), форма № 44у. В ней для медицинской сестры указываются методика и параметры воздействия, а на схеме-силуэте человека графически отмечается локализация воздействия. В этой карте медицинская сестра делает отметки о выполнении каждой процедуры, отмечаются фактическая дозировка физического фактора и продолжительность воздействия. После окончания курса лечения процедурная карта хранится в течение года. В физиотерапевтическом отделении (кабинете) должна быть также следующая документация: журнал для регистрации первичных больных, дневник ежедневного учета работы медицинской сестры, журнал регистрации вводного инструктажа при приеме на работу, журнал инструктажа на рабочем месте, контрольно-технический журнал технического обслуживания, паспорт физиотерапевтического отделения (кабинета).

Физиотерапевтические процедуры проводят только средние медицинские работники, прошедшие специальную подготовку и имеющие удостоверение об окончании курсов специализации по физиотерапии. Отдельные процедуры проводятся только врачом-физиотерапевтом (врачом-реабилитологом) . Медицинская сестра должна подготовить больного к процедуре: кратко ознакомить с ее сутью и сообщить о возможных ощущениях в процессе лечения, проинструктировать о правилах поведения во время процедуры, помочь принять необходимое положение тела, обеспечить, при необходимости, защиту глаз или других участков тела, не подлежащих воздействию. Во время проведения процедуры медицин- ская сестра должна находится в лечебном кабинете, вести наблюдение за состоянием больного, а в случае его ухудшения - прекратить воздействие и вызвать врача-физиотерапевта (врача-реабилитолога) . Она должна строго соблюдать правила техники безопасности, знать и уметь оказывать неотложную медицинскую помощь больным в ситуациях, когда это необходимо. В обязанности медицинской сестры входит также ведение учета и представление отчета о проделанной работе. Через каждые 5 лет медицинская сестра по физиотерапии должна проходить усовершенствование по специальности.

Общие правила проведения физиотерапевтических процедур.

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.

. Каждому больному должно выделяться определенное время для проведения процедуры. Очередность отпуска процедур определяется временем, указанным в процедурной карточке.

. 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.

. 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.

. 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.

. При проведении любой процедуры больному должно 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.

. 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.

. Больные с инфекционными заболеваниями (грибковые поражения и т.д.) должны обслуживаться в специально выделенное время с обязательным использованием индивидуального белья.

. Во время проведения процедур нельзя оставлять провода непосредственно на теле больного.

. После процедуры больные должны отдыхать в течение 20-30 минут.

Мною проведено исследование использования электрофореза в ФТО ГБУ РСЯ «Поликлинике №1» за период 2012-2014 гг.

За анализируемый период в 2012г. 217 детей с заболеваниями органов дыхания получили электрофорез, в 2013г. - 218, в 2014г.-181, при этом по годам отмечается уменьшение количества больных детей. Это связано с улучшением методов физиотерапии, с улучшением методов профилактики, информированностью родителей, во время обращения к педиатру, защита детей от переохлаждения.



Рис. 1. Количество детей физиотерапевтического отделения, получивших электрофорез

Каждый больной ребенок с бронхитом, пневмонией принимал 7-10 сеансов, т.е. прошел курс лечения. В таблице №2 показаны количество физиотерапевтических процедур, отпущенных методом электрофореза.

Как видно на табл. 2, наблюдается уменьшение количества физиопроцедур. По сравнению с 2012году по 2013год было отпущено на 8 процедур больше, а в 2013 по 2014 годам по сравнению к 2012году процедуры заметно уменьшились на 296 процедур.



Рис.2 Количество физиопроцедур, отпущенных методом электрофореза больным с заболеваниями органов дыхания

По окончании курса лечения мы сделали оценку результатов. Как показывает анализ эффективности использования электрофореза больным с заболеваниями органов дыхания, что по годам отмечается улучшение результатов лечения удельного веса получивших электрофорез с положительной динамикой от 80% от общего количества больных, получивших электрофорез в 2012 году больных, до 82%, в 2013году 89%, в 2014 93%.



Рис. 3. Эффективность использования электрофореза больным детям при заболеваниях органов дыхания (%)

Таким образом, за анализируемый период в 2012г. 217 больных с заболеваниями органов дыхания получили электрофорез, в 2013г.-218, в 2014г.-181, при этом по годам отмечается уменьшение количества больных. Также отмечается уменьшение удельного веса получивших электрофорез с положительной динамикой от 82% от общего количества больных, получивших электрофорез в 2012году до 93% в 2014г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ГБУ «Поликлиники 1» отделении ФТО осуществляется комплексное лечение больных и перестает быть вспомогательной в лечебной практике. В комплексной реабилитации больных детей заболеваниями органов дыхания широко применяется метод электрофореза. Электрофорез является эффективным и даотупным методом в комплексной реабилитации больных детей заболеваниями органов дыхания.

За анализируемый период в 2012г. 217 больных детей с заболеваниями органов дыхания получили электрофорез, в 2013г. 218 больные дети получили электрофорез, в 2014- 181, при этом по годам отмечается уменьшение количества больных (табл1). Это связано с улучшением методов физиотерапии, с улучшением методов профилактики, информированностью родителей, во время обращения к педиатру, защита детей от переохлаждения, самые распространенные заболевания детей при поражениях органов дыхания является в 2012г. трахеит-109, бронхит-92 , пнемония-16, в 2013г . заболели такими болезнями как хронический бронхит -106, трахеит-94, пневмония-13, бронхиальная астма-5. В 2014 году хронический бронхит 92, трахеит-48,бронхиальная астма-26, пневмония -15, итак самое распространенное заболевание детей при заболеваниях органов дыхания является трахеит, бронхит. По данным авторов около 70% заболеваний составляют заболевания дыхательных путей у детей.

Наблюдается количества физиопроцедур. Так, в 2013 году по сравнению с 2012 годом было отпущено на 8 процедур меньше, а в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 296 процедур меньше.

Как показывает анализ эффективности использования электрофореза больным детям с заболеваниями органов дыхания , что по годам отмечается уменьшение удельного веса получивших электрофорез с положительной динамикой от 82% до 93% в 2014г.

ВЫВОДЫ

. Применение метода электрофореза в реабилитации является одним из доступных и эффективных методов комплексной реабилитации больных детей с заболеваниями органов дыхания по литературным данным.

. За анализируемый период с 2012года по 2014год отмечается тенденция уменьшения количества больных детей с заболеваниями органов дыхания получивших электрофорез по сравнению с 2012 в 2013г. отмечается увеличение на 1ребенка. В 2014г. в сравнении с 2013г. отмечается уменьшение на 37человек. Так же отмечается увеличение удельного веса больных получивших электрофорез с положительной динамикой от 82% от общего количества больных получивших электрофорез в 2012году до 92% в 2014г. Больные отмечают уменьшение кашля, улучшение самочувствия, дыхание везикулярное. Сокращается сроки лечения. Это подтверждает, что электрофорез эффективный метод реабилитации при заболеваниях органов дыхания.

Практические рекомендации

. Рекомендуется закаливание детей с раннего возраста.

. Ввести здоровый образ жизни, повышать иммунитет у детей. 3.Витаминизированное питание.

.Ввести пропаганду против табакокурение.

.Рекомендовать детям занятия физкультурой, для профилактики заболеваний органов дыхания можно систематически включать в комплекс оздоровительных и физкультурных занятий дыхательные упражнения.

.Организовать благоприятную (гипоаллергенную) среду в комнате ребенка, воздух в комнате ребенка должен быть чистым, свежим и увлажненным.

. Создание хороших гигиенических условий.

Использованная литература

1. Общая физиотерапия - Боголюбов В.М., Пономаренко Г.

. Современные методы физиотерапии - Илларионов В.Е., Симоненко В.Б.

. Общая физиотерапия - Улащик В.С., Лукомский И.В.

. Педиатрия - Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И.

. Детские болезни - Почивалов А,В., Звягин А.А. год издания:2014

. Педиатрия - Дворкин П.Х., Володин Н.Н. год издания:1996г.

. Основы диагностики в педиатрии - Максимовия Н.А. год издания: 2013г.

. Внутренние болезни - В.И. Маколкин и др. -М. :ГЭОТАР-Медиа,2011.

. Популярная пульмонология детского возраста. (органы дыхания и их болезни в детском возрасте) - Таточенко В.К., -М:Медицина,1993.

. Пневмония в детском возрасте - Бачварова В.,-София, 1963.

. Болезни органов дыхания - Болотин Е.В., Горохов А.И., Бурмистрова Т.Б., и др., ;Под.общ. ред. Е.И. Чазова; под.ред., Н.Р.Палеева -М.:Медицина,1999г.

. Заболевания органов дыхания у детей - Б.М. Блохин,-М.:Медицина,2001

. Популярный справочник детских болезней - Ерофеева Л.Г.-Росов н/Д:Феникс,2010.

. Внутренние болезни - В.И.Маколин и др.-М.ГЭОТАР-Медиа,2011.

. Физиотерапия - Мариан Вейсс, Андрей Зембатый , г.1986г.