ПВНЗ "МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВО-ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ АКАДЕМІКА Ю. БУГАЯ"

факультет психолого - фізичної реабілітації

Кафедра реабілітації

**КУРСОВА РОБОТА**

**З дисципліни «Фізична реабілітація»**

З напрямку підготовки - 6.010203 «Здоров’я людини»

Спеціальність - «Фізична реабілітація»

**На тему «Фізична реабілітація при пневманії»**

Виконав студент групи ЗФР - 21

Максименко В.В.

Керівник: к фіз.вих., доцент **КОПОЧИНСЬКА Ю.В.**

Засвідчую, що у цій курсовій

роботі немає запозичань з праць інших

авторів без відповідних посилань.

Студент:Левякової Е.А.

Київ - 2015 рік

***Зміст***

Введення

. Загальна характеристика пневмонії

. Особливості фізичної реабілітації при пневмонії на стаціонарному етапі

.1 Загальна характеристика етапів реабілітації

.2 Завдання реабілітації при пневмонії

.3 Принципи медичної реабілітації

.4 Фізіотерапія

.5 Масаж

.6 ЛФК на стаціонарному етапі реабілітації хворих, які перенесли пневмонію

.6.1 Механізм лікувальної дії фізичних вправ

.6.2 Завдання, засоби і форми ЛФК на стаціонарному етапі

.6.3 Приблизний комплекс вправ лікувальної гімнастики

.6.4 Оцінка ефективності фізичної реабілітації при пневмонії

.7 Санаторно-курортний період

. Індивідуальна програма реабілітації пацієнта, який переніс пневмонію, за допомогою фізичних методів

Висновок

Список літератури

Введення

В даний час в усьому світі захворюваність пневмоніями продовжує займати провідні позиції в класі хвороб органів дихання, який, у свою чергу, є одним з лідируючих по захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Крім зазначеного, спостерігається велика частка (до 25% випадків) і зростання числа ускладнень пневмоній.

При цьому, незважаючи на підвищення ефективності медикаментозної, зокрема, антибіотикотерапії, представляється необхідним застосування немедикаментозних методів у комплексному лікуванні даного виду нозології, зважаючи на наявність ряду побічних ефектів лікарської терапії, особливо, алергічних реакцій, а також з метою скорочення термінів лікування [13] .

За даними різних авторів, до 72% хворих на пневмонію виписуються зі стаціонару з різними залишковими клініко-рентгенологічними змінами, а до 82% хворих - із змінами функції зовнішнього дихання, кровообігу та газообміну [14].

Медична реабілітація впевнено входить в практику лікування легеневих захворювань, у тому числі і пневмоній. Даній проблемі присвячена велика кількість публікацій, автори яких пропонують і обгрунтовують різні методи реабілітаційної терапії. Багато з цих методів ефективні, однак, в цілому, комплексна програма відновного лікування хворих пневмоніями далека від досконалості [28].

Створення реабілітаційної системи для хворих із захворюваннями легень вимагає наукового обгрунтування лікувально-реабілітаційних дій. Необхідна подальша диференціація та індивідуалізація реабілітаційних програм для конкретних хворих [17].

Лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапевтичні процедури сприяють підвищенню ефективності комплексного лікування хворих пневмоніями, а наявні дані про зв'язки між вісцеральними і соматичними структурами, завдяки вісцеро-вісцеральним, вісцеро-моторних і моторно-вісцеральним взаємозв'язкам, дозволяють припустити можливість підвищення ефективності лікування пацієнтів з пневмоніями шляхом комплексного впливу на міофасціальні структури, залучені в патологічний процес, за допомогою диференційованих програм фізичних тренувань [17].

Мета дослідження

Розробити ефективну програму фізичної реабілітації в комплексному лікуванні хворих пневмоніями різної етіології.

Завдання дослідження

) вивчити особливості і тривалість збереження змін функції зовнішнього дихання при пневмоніях різної етіології;

) вивчити зміни міофасциальних структур у пацієнтів з пневмоніями в залежності від етіології захворювання;

) виявити найбільш часту локалізацію пневмонії в залежності від її етіології;

) дослідити і довести доцільність індивідуального вибору найбільш ефективних фізичних вправ і їх дозування безпосередньо під час проведення процедури лікувальної гімнастики;

) вивчити вплив запропонованої нами програми лікувальної фізкультури на функцію зовнішнього дихання і стан скелетної мускулатури і порівняти її ефективність з результатами лікування за загальноприйнятою програмою рухової терапії [17].

***1. Загальна характеристика пневмонії***

Пневмонія (в побуті використовується термін «запалення легенів») - це гостре захворювання дихальної системи, яке характеризується великим інфекційним ураженням легеневих тканин людини. Бактерії (гемофільна паличка, стрептококи, стафілококи), внутрішньоклітинні паразити (мікоплазми, хламідії) і віруси (герпес, грип, парагрип) - ось найактивніші збудники, в результаті дії яких виникає пневмонія. Лікування захворювання будується на усуненні причини і наслідків шкідливого впливу [7].

Пневмонія - симптоми і різновиди захворювання

В даний час лікарі виділяють кілька різновидів захворювання. Про них ми розповімо трохи нижче, а поки перерахуємо загальні ознаки пневмонії:

• постійний кашель;

• простудні хвороби, що тривають більше 7 днів, особливо, коли за поліпшенням слід різке погіршення стану хворого;

• сильний кашель при глибоких вдихів;

• температура і нежить, що супроводжуються зблідненням шкіри;

• задишка;

• відсутність позитивної динаміки і зниження температури при прийнятті парацетамолу (ефералган, панадола, тайленола).

Даних ознак недостатньо для того, щоб поставити точний діагноз, але вони є вагомим приводом для звернення до лікаря, адже пневмонія у дітей і дорослих супроводжується низкою серйозних ускладнень, тому її краще запобігти, ніж лікувати. Тепер перейдемо до розгляду видів пневмонії [18].

Крупозна пневмонія

Як правило, хвороба розвивається після переохолодження організму. Це гостра пневмонія, що характеризується швидким підйомом температури (до 40-41 градуса), разбитостью і головним болем. Характерні також сильна задишка і неприємні відчуття в області грудей, кашель, рясна мокрота. Нежиті немає.

Крупозна пневмонія легких дуже небезпечна. Якщо вчасно не діагностувати захворювання і не призначити адекватне лікування, воно призводить до абсцесу легень, ураження серця, сепсису і, як результат, летального результату. Щоб уникнути серйозних ускладнень після пневмонії, необхідно вчасно звернутися до профільного медичного закладу, де лікарі проведуть пацієнтові радіографію легенів і підтвердять або спростують наявність інфекції в організмі.

Вогнищева пневмонія

Виникає на тлі бронхіту та інших захворювань дихальних шляхів. Розвивається менш гостро, ніж крупозна пневмонія. Температура піднімається поступово, кашель спочатку слабкий, мокротиння практично немає, тому багато людей вважають, що хворобу можна без проблем перенести «на ногах». Свою помилку вони розуміють тоді, коли вогнищева пневмонія починає розвиватися. Виникає сильний, наполегливий кашель, гнійна мокрота та інші важкі наслідки. При відсутності лікування у пацієнтів можлива поява абсцесів або прорив гною в плевральну порожнину.

Діагностика пневмонії проводиться на підставі клінічної картини і рентгенологічного дослідження легень, яке дозволяє виявити ущільнення легеневої тканини.

Атипова пневмонія

Симптоми захворювання залежать від того, якими збудниками воно було викликане - мікоплазмами, легионелла або хламідіями. Мікоплазменної пневмонія у дітей і дорослих проявляється у вигляді першіння в горлі, нежиті, збільшення шийних лімфатичних вузлів і головного болю. Утруднення в грудях і мокрота для даної форми хвороби характерні. Легіонеллезная атипова пневмонія супроводжується сухим

кашлем, болями в грудях, високою температурою, проносом, уповільненням пульсу і ураженням нирок. Після пневмонії можливі ускладнення з боку органів серцево-судинної системи і головного мозку.

При перших підозрах на атипову форму необхідно терміново звернутися до лікаря. Якщо це дійсно пневмонія, лікування повинно бути призначене якнайшвидше, оскільки відсоток смертності пацієнтів з пізнім діагнозом становить від 16 до 30% [30].

***. Особливості фізичної реабілітації при пневмонії на стаціонарному етапі***

За визначенням ВООЗ, медична реабілітація - це процес, спрямований на відновлення та компенсацію медичними та іншими методами функціональних можливостей організму, порушених внаслідок вродженого дефекту, перенесених захворювань і травм. Стратегічною метою медичної реабілітації є відновлення функцій на органному рівні (морфофункциональное відновлення органу або системи) і відновлення інтеграційних функцій цілісного організму.

За визначенням Всеросійського товариства пульмонологів (2002), пневмонії - це група різних по етіології, патогенезу, морфологічним особливостям гострих інфекційних (переважно бактеріальних) захворювань, що характеризуються вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень з обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

Для запальних захворювань бронхолегеневої системи характерні схильність до затяжного перебігу і хронізації процесу, раннє приєднання алергічних ускладнень. Антібактермальная терапія часто не забезпечує повного лікування з відновленням функції зовнішнього дихання, що створює передумови для збільшення числа пацієнтів з хронічними неспецифічними захворюваннями легенів.

Принципами медичної реабілітації пульмонологічних хворих є ранній початок, комплексність і раціональність, облік клінічних особливостей патології, індивідуальних, психологічних факторів, безперервність і спадкоємність лікування (в стаціонарі, поліклініці, на санаторно-курортному етапі) [17].

***2.1 Загальна характеристика етапів реабілітації***

На стаціонарному етапі хворим гострою пневмонією поряд з раціональної медикаментозною терапією призначаються фізіотерапія та ЛФК.

Фізичні фактори мають протизапальну, десенсибілізуючу, бактеріостатичну дію, покращують кровопостачання легенів, сприяють активації адаптивно-пристосувальних механізмів у дихальної та серцево-судинній системах, знижують вираженість патологічних аутоімунних процесів в організмі. Раннє призначення фізичних процедур (з 3-4-7-го дня від початку захворювання) значно підвищує ефективність комплексних терапевтичних заходів.

Загальними протипоказаннями до призначення фізіотерапії є:

• гарячковий стан (температура тіла вище 38 ° С),

• гострі гнійно-запальні захворювання,

• кровотеча і схильність до нього,

• легенева і серцева недостатність II-III ступеня,

• важко протікає серцево-судинна патологія,

• буллезная емфізема легенів,

• системні захворювання крові,

• новоутворення або підозра таких.

При пневмонії в період ексудативно-проліферативного запалення і при відсутності явищ різко вираженій інтоксикації (температури тіла близько 37,5 ° С) доцільне застосування наступних фізіотерапевтичних методів [17].

***.2 Завдання реабілітації при пневмонії***

• посилення крово-, лімфообігу в легенях для прискорення розсмоктування запального ексудату та попередження ускладнення;

• сприяння більш повному виведенню мокротиння, профілактика розвитку бронхів, бронхоектазів;

• зміцнення дихальних м'язів, збільшення екскурсії легень і життєвої ємності легень;

• нормалізація механіки дихання: уражень і поглиблення дихання;

• відновлення адаптації дихального апарату і всього організму до фізичного навантаження;

• реабілітаційну дію на серцево-судинну, дихальну, нервову та інші системи організму для підвищення їх функції і підтримання загальної фізичної працездатності [6].

***.3 Принципи медичної реабілітації***

При пневмонії в умовах стаціонару хворому рекомендується один з перерахованих рухових режимів: строгий постільний (рідко при необхідності), постільний, розширений постільний (палатний) і вільний. Призначення рухового режиму залежить від тяжкості хвороби, її перебігу та інших факторів. При поліпшенні клінічної картини захворювання хворий послідовно переводиться на наступний руховий режим [3].

***.4 Фізіотерапія***

Важливою складовою частиною комплексного лікування пневмоній є фізіотерапія. Фізичні фактори мають протизапальну, десенсибілізуючу, бактеріостатичну дію, покращують кровопостачання легенів, сприяють активізації адаптивно-пристосувальних процесів в дихальної та серцево-4 судинній системах, знижують вираженість патологічних аутоімунних процесів в організмі. Раннє призначення фізичних факторів (з 3-4 дня - кінця першого тижня від початку захворювання) значно підвищує ефективність комплексних терапевтичних заходів. Загальними протипоказаннями до призначення фізіотерапії є: гарячковий стан, гострі гнійно-запальні захворювання, кровотечі та нахили до нього, легенева серцева недостатність II-IIIст., Важко протікають серцево-судинні захворювання, буллезная емфізема легенів, системні захворювання крові, новоутворення або підозра на них . При пневмонії в період ексудативно-проліферативного запалення і відсутності явищ різко вираженій інтоксикації (температури вище 37,5 ° С) доцільно включення наступних фізіотерапевтичних впливів:

. Електричне поле УВЧ. У період розвитку активного запального процесу одночасно з антибактеріальною терапією призначають електричне поле ультрависокої частоти (Е.П.Увч) на область проекції вогнища в легкому. Електромагнітне поле УВЧ сприяє зменшенню ексудації в тканинах, зменшує їх набряклість, відновлює мікроциркуляцію. Під впливом Е.П.Увч посилюється місцевий фагоцитоз, утворюється лейкоцитарний вал, відмежовується вогнище запалення від здорових тканин. Процедура надає також бактеріостатичну дію. Ел.п. УВЧ призначають на область проекції запального вогнища. Конденсаторні пластини розташовують із зазором 2,5-3 см від поверхні грудної клітки, поперечно в нетепловий або слаботепловой дозі, по 10-12 хв. Курс лікування 5-6 процедур, щодня. 2.Індуктотермія. При впливі на організм магнітного поля високої частоти посилюється крово- і лімфообіг, підвищується обмін речовин, розслабляються гладкі і поперечно-смугасті м'язи. Индуктотермия надає протизапальну і антисептичну дію. Процедуру можна проводити на апаратах ИКВ-4 - положення перемикача - 1 -3. Використовують індуктор-диск або спіраль у вигляді плоскої петлі. Тривалість дії - 15-20 хв., 10-12 процедур, щодня. і УВЧ-30, УВЧ-80 «Ундатерм» індуктором з налаштованим контуром (електрод вихрових струмів), який встановлюється над областю проекції осередку ураження. Дозування слаботепловая, по 10 хв., 8-10 процедур, щодня. 5

. Деціметроволновая терапія сприяє усуненню застійних явищ, зменшенню набряків, зниження в тканинах запальних і аутоімунних реакцій, посилення бар'єрних функцій сполучної тканини. Вплив проводиться на межлопаточную область (перше поле) і область проекції надниркових залоз, відповідно сегментам Th10 - L3 (друге поле). Випромінювач циліндричний. Зазор - 3-4 см, потужність 30-40 Вт, по 7-10 хв. на полі. Курс лікування 10 процедур, щодня. При необхідності циліндричний або довгастий випромінювач встановлюють над поверхнею грудної клітки в області осередку ураження.

. Сантіметроволновая терапія. Сантиметрові хвилі мають виражений протизапальний ефект, покращують тканинний метаболізм і кровообіг в осередку ураження, помітно прискорюють строки розсмоктування запального процесу. На стаціонарних апаратах на область вогнища запалення проводиться дистанційне вплив з зазором 3 - 5 см випромінювачем 14 см при вихідної потужності 30-40 Вт, тривалістю 10 хв. Курс лікування - 10-12 процедур, щодня

. Магнітотерапія. При наявності явищ вираженій інтоксикації і відсутність лихоманки в гострій стадії захворювання для зменшення набряклості тканин, поліпшення капілярного кровообігу, стимуляції обмінних процесів у вогнищі запалення призначають змінне низькочастотне магнітне поле з магнітною індукцією 35-50 мТл. Тривалість дії 5-10 хв на поле. Курс лікування 10-14 процедур щодня. Змінне магнітне поле (апарат «Полюс 1») над областю проекції осередку ураження в легкому з боку спини. При двосторонньому процесі використовують два індуктора, відстань між якими не менше 5 см. Магнітне поле синусоидальное, режим

безперервний. Положення ручки «Інтенсивність» 2 або 4, по 15-20-30 хв, 15-20 процедур, щодня. При дотриманні зазначених параметрів вплив можна проводити двома індукторами паравертебрально відповідно проекції надниркових залоз (Д10-1з) або на межлопаточную область.

. Аерозольтерапія. або інгаляції призначаються для збільшення площі контакту лікарських речовин зі слизовою оболонкою дихальних шляхів і альвеол, що збільшує резорбцію лікарських речовин слизовою оболонкою, прискорює розсмоктування запального процесу і, паралельно, покращує функцію апарату зовнішнього дихання, потенціює бактерицидну або бактеріостатичну дію фармакологічних препаратів. У цей період найбільш ефективні тепловлажние інгаляції розчинів антибіотиків або інших антибактеріальних средств6 (диоксидин, фурагин та ін), муколитиков (ацетилцистеїн, мукосольвін, лужні розчини), протеолітичні ферменти (дезоксорібонуклеаза, трипсин, панкреатин та ін.), Які викликають гіперемію слизової оболонки, розріджують в'язкий слиз, прискорюють її евакуацію, полегшують відхаркування мокротиння, покращують функцію миготливого епітелію. Для ослаблення бронхоспазму - бронхолитические засоби (еуфілін, ефедрин, солутан, новодрин або еуспірана). Більш глибоке проникнення інгаліруемих речовин в осередок запалення спостерігається при використанні ультразвукових інгаляцій, що забезпечують мелкодисперсное розпорошення ліків. Для очищення бронхів від слизу, клітинного детриту, з метою надання прямого впливу на запальний процес в бронхолегеневої тканини призначають аерозоль- і електроаерозольтерапія наступних лікарських речовин:

а) антибактеріальних препаратів-(фурациліну (1: 5000), фурагина (0,1%), диоксидина (1%) та ін.

б) антибіотиків - пеніциліну, стрептоміцину, новоіманіна та ін.

в) фітонцидів - соку часнику, цибулі в розведенні 1:10, 1:20, 1:50, соку каланхое, настою листя евкаліпта та ін.

г) речовин, розріджують мокротиння і полегшують його відходження - лужних розчинів -1-2% р-р харчової соди, морської солі, соляно - лужних мінеральних вод та ін., відвару подорожника, мати-мачухи, шавлії; протеолітичних ферментів і муколітичних препаратів (трипсин, хімотрипсин, дізоксірібонуклеаза в дозі 10-25 мг на інгаляцію, рибонуклеаза в дозі 50 мг на інгаляцію) та ін [18].

. Ультрафіолетове опромінення (УФО) в ерітемних дозах має виражену протизапальну дію за рахунок підвищення фагоцитарної активності лейкоцитів, збільшення вмісту протизапальних гормонів. УФО передній, бічний і задній поверхні грудної клітки проводиться в ерітемних дозах (2-5 полів), щодня 1 поле площею 250-400 см2. Кожне поле опромінюється 2-3 рази, через 2 дні на третій у міру згасання попередньої еритеми. Процедуру починають з 2 біодоз, при наступних опромінюваннях інтенсивність збільшують на 1 биодозу [8].

. Опромінення інфрачервоними променями сприяє активізації периферичного кровообігу, стимуляції фагоцитозу, розсмоктуванню інфільтратів і дегідратації тканин, особливо при підгострій і хронічній стадії запалення. Вплив проводиться на передню і задню поверхню грудної клітки в слаботепловой дозі, по 15-20 хв. Курс лікування 10-15 процедур, щодня. Процедури можно7 поєднувати з подальшим ультрафіолетовим опроміненням грудної клітки по полях.

. Біоптронтерапія. Протизапальну дію поляризованого світла з довжиною хвилі від 400 до 2000 нм обумовлено поліпшенням регіонального кровотоку і лімфотоку, посиленням метаболізму в запалених тканинах. Вплив від лампи «Біптрон» проводиться на оголену поверхню тіла в області осередку ураження з відстані 5см (від портативної лампи), 20 см (від стаціонарної лампи). Щільність потоку потужності 40 мВт / см

Пацієнт відчуває легке тепло. Світловий потік від лампи направляється строго перпендикулярно. Якщо необхідно впливати на велику поверхню, то її ділять на ділянки і по черзі опромінюють їх. Під час процедури світловий потік не переміщують. Час опромінення однієї ділянки шкіри 4-8 хв, щодня. Можна опромінювати 2-3 рази на день. Курс лікування до 20 процедур [10].

. лазертерапія. Мета лазеротерапії або магнітолазеротерапії при гострої пневмонії або її залишкових явищах - поліпшення мікроциркуляції в легеневій тканині, ослаблення спазму гладкої мускулатури бронхів, місцева і загальна иммуностимуляция, потенціірованіе дії антибіотиків шляхом збільшення концентрації їх в легеневої тканини за рахунок інтенсифікації тканинного кровотоку.

Методика полягає у впливі лазерного випромінювання на рефлексогенні зони в поєднанні з надвенне лазерним або МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ опроміненням крові в області кубітальної вени. Опромінення проводиться на шкірну зону в області проекції запального вогнища, правого і лівого головних бронхів, полів Креніга (обох надплечій), паравертебральних зон (2 поля праворуч, 2 зліва на рівні Тh3-9), область крил носа праворуч і ліворуч [15].

Перший день: вогнище запалення, 2 зони паравертебрально з двох сторін на рівні Тh3-4 і дві зони крил носа.

Другий день: вогнище запалення, 2 середніх зони паравертебрально на рівні Тh5-6 і поля Креніга

Третій день: вогнище запалення, 2 середніх зони паравертебрально на рівні Тh7-8. В одну процедуру дія проводиться на 7 зон. Діаметр світлової плями - 2 см, щільність потоку на одну зону 1,9 мВт / см, експозиція - 2-4 хвилини, 10-12 процедур.

***.5 Масаж***

фізичний реабілітація пневмонія

***1. Масаж спини***

Процес необхідно починати з погладжування, а потім приступити до «вижімательним» рухам. Необхідно виконувати колоподібні руху подушечками пальців, фалангами і кулачками. Рухи не повинні бути квапливими.

***2. Масаж передньої поверхні грудної клітки.***

Необхідно виконувати рухи знизу вгору у напрямку до лімфатичних вузлів. Потім необхідно переступити до разминанию міжреберних проміжків, по черзі, прямолінійно перебираючи подушечками пальців. Наприкінці необхідно розтерти грудину, ключиці і прилеглі до них області [5].

***3. Масаж шиї.***

Масажувати шию варто ретельно і неквапливо круговими рухами. Розминати м'язи шиї необхідно пальчиками і фалангами пальців.

***4. Повторний масаж поверхні грудної клітки***.

Перший етап масажу виконується так само, як і в перший раз. На другому етапі необхідно опрацювати великий грудний м'яз. Виконуйте по черзі кругові і подвійні кільцеві руху [16].

***5. Дихальний масаж***.

Варіант дихального масажу грунтується на наступних принципах. Необхідно встановити кінцеві фаланги пальців в міжреберні проміжки якомога ближче до хребта. На видиху хворого штовхоподібними рухами здавлюйте грудну клітку, поступово переміщаючись від хребта до боків. Виконувати необхідно по 5-6 підходів [5].

***.6 ЛФК на стаціонарному етапі реабілітації хворих, які перенесли пневмонію***

Серед методів немедикаментозного відновлювального лікування пневмонії в умовах стаціонару одне з провідних місць посідає лікувальна фізкультура і дихальна гімнастика, які сприяють прискореному розсмоктуванню запальних вогнищ, поліпшенню регенерації, відновленню вентиляції та дренажу легенів, підвищенню захисних сил організму [1].

***.6.1 Механізм лікувальної дії фізичних вправ***

ЛФК протипоказана хворим з вираженою інтоксикацією, високою температурою, дихальною недостатністю III ступеня. Призначення дихальних вправ з поступовим розширенням рухової активності доцільно вже з 2-3-го дня після зниження температури тіла.

У гострому періоді показано лікування «становищем в ліжку»: пацієнту рекомендують лежати на здоровому боці 3-4 год в день з валиком під грудною кліткою з періодичними поворотами на живіт. Доцільно лежати на спині з розвантаженням ураженої сторони (рука піднята вгору і повернена назовні). Раціональні пози сприяють рівномірній вентиляції легенів і перешкоджають утворенню спайок. Поряд з цим поступово підключаються статичні вправи для посилення вдиху і видиху. Хворого слід навчити правильному диханню з глибоким вдихом через ніс і повільним повним видихом через рот, з активним включенням діафрагмального дихання (черевний і нижнегрудной тип дихання) [11].

При рясному скупченні бронхіального секрету і утрудненою експектораціі вибирають положення дренажного типу в залежності від локалізації вогнища запалення. Дренажну гімнастику слід поєднувати з форсованим откашливанием і вібромасажем грудної клітки [19].

У міру поліпшення стану хворого в комплекс ЛФК включають динамічні вправи для рук і ніг з поступовим поглибленням дихання, а також дихальні вправи з подоланням опору на вдиху і видиху, в т. Ч. Звукову гімнастику, дихання через звужені отвори рота і носа [8] .

Перед випискою зі стаціонару обсяг рухової активності збільшується (під контролем крокової проби), призначаються вправи, пов'язані зі снарядами [11].

***.6.2 Завдання, засоби і форми ЛФК на стаціонарному етапі***

1. відновлення дихального акту з метою підтримки рівномірної вентиляції і збільшення насичення артеріальної крові киснем шляхом:

• зниження напруги дихальної мускулатури;

• вироблення нормальних співвідношень дихальних фаз;

• розвитку ритмічного дихання з більш тривалим видихом;

• збільшення дихальних екскурсій діафрагми;

. розвиток компенсаторних механізмів, що забезпечують збільшення вентиляції легенів і підвищення газообміну шляхом:

• зміцнення дихальної мускулатури;

• збільшення рухливості грудної клітки;

. поліпшення функції системи кровообігу;

. адаптація кардіореспіраторної системи до зростаючої фізичному навантаженні.

Засоби ЛФК: фізичні вправи, переважно ізотонічного (динамічного) характеру, що охоплюють дрібні і середні м'язові групи; дихальні вправи - статичні (ізометричні) і динамічні (ізотонічні), довільно кероване (локалізоване) дихання. Виконуються повороти і нахили тулуба для попередження плевральних спайок. На видиху хворий кашляє, а методист може здавлювати грудну клітку синхронно з кашльові поштовхами, допомагаючи виведенню мокротиння, з цією ж метою використовується і толчкообразний видих. При кашлевом поштовху короткочасно підвищується внутрішньо грудний тиск, що сприяє більш повному расправлению легені. Дозування кожної вправи 2-4 рази, темп виконання - повільний, для дрібних м'язових груп - середній, співвідношення дихальних вправ до гімнастичним - 1: 1, 1: 2 Спочатку виконуються статичні вправи, а потім динамічні. В кінці заняття пульс збільшується на 8- 12 уд / хв у порівнянні з вихідним. Навантаження малої інтенсивності. Крім того, використовуються УГГ, самостійні заняття. Метод проведення ЛГ (10-15 хв) і УГГ (5-7 хв) - індивідуальний і малогруповий. Після закінчення заняття рекомендується масаж (особливо особам похилого віку) кінцівок і грудної клітки (погладжування, розтирання, ударні прийоми - для відходження мокроти) протягом 8-10 хв [1].

Форми ЛФК: УГГ (10-15 хв), ЛГ (20-25 хв), самостійні заняття фізичними вправами, тренувальна ходьба сходами, дозована ходьба та ін. Заняття проводяться в положенні хворого сидячи і стоячи, вправи охоплюють всі м'язові групи, використовуються різні предмети і снаряди. Так, частина вправ проводиться у гімнастичної стінки - нахили тулуба в поєднанні з дихальними вправами у співвідношенні з гімнастичними 1: 2, 1: 3. Заняття включають також рухливі ігри та ряд загальнорозвиваючих і дихальних вправ, що виконуються при ходьбі. Лікувальний масаж призначається за показаннями і після занять фізичними вправами. Тренувальна ходьба сходами починається з освоєння 9-11 ступенів, з кожним заняттям збільшуючись на 3-5 ступенів. Швидкість підйому - I ступінь за 1-2 с. Дозована ходьба призначається хворому на території паркової зони стаціонару (якщо вона є). У перший день йому рекомендують пройти 300-500 м зі швидкістю 50-60 кроків / хв. Відстань щодня слід збільшувати на 100-200 м, а швидкість ходьби - на 5-7 кроків / хв. Під час занять необхідний контроль за станом хворого [20].

***.6.3 Приблизний комплекс вправ лікувальної гімнастики***

1. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Спокійне дихання. Число повторень 40-60. Темп середній.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Супінація і пронація кистей; дихання довільне. Число повторень 6-8. Темп середній.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Підняти руки вгору до спинки ліжка - вдих; прийняти вихідне положення - видих; дихання злегка поглиблене. Число повторень 3-4. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Згинання та розгинання стоп; дихання довільне. Число повторень 8-10. Темп середній.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Розвести руки в сторони - вдих; прийняти вихідне положення - видих. Число повторень 3-4. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки на поясі. Згинання по черзі правої і лівої ноги в колінному суглобі, п'ятка ковзає по ліжку; дихання довільне. Число повторень 3-4. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки зігнуті в ліктях. Зробити упор ліктями і потилицею, прогнутися в грудній частині хребта - вдих, прийняти вихідне положення - видих. Число повторень - 2-3. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Спокійне дихання. Число повторень 40-60. Темп середній.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Кисті в «замок», підняти руки вгору, долонями повернути від себе - вдих, прийняти вихідне положення 0 видих. Число повторень 3-4. Темп середній.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Поперемінне відведення ніг в сторони, дихання довільне. Число повторень 2-3. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Спокійне дихання. Число повторень 30-40. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. По черзі правою і лівою рукою дістати предмет на тумбочці; дихання довільне. Число повторень 2-3. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки зігнуті в ліктях, кисті наведені до плечей. Розвести плечі в сторони - вдих, прийняти вихідне положення - видих. Число повторень 3-4. Темп повільний [12].

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Спокійне дихання. Число повторень 30-40. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Підняти черзі праву і ліву ногу вгору, опустити на ліжко; дихання довільне. Число повторень 2-3. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Підняти руки вгору, дістати до спинки ліжка - вдих, прийняти вихідне положення - видих. Число повторень 3-4. Темп повільний.

. Початкове положення: лежачи, руки вздовж корпусу. Спокійне дихання. Число повторень 40-60. Темп повільний.

Подальша активізація реконвалесцента в рамках проведення лікувальної фізкультури при пневмонії відбувається за рахунок поступового підвищення навантаження, зокрема, шляхом збільшення числа повторень [12].

***.6.4 Оцінка ефективності фізичної реабілітації при пневмонії***

Лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапевтичні процедури сприяють підвищенню ефективності комплексного лікування хворих

пневмоніями, а наявні дані про зв'язки між вісцеральними і соматичними структурами, завдяки вісцеро-вісцеральним, вісцеро-моторних і моторно-вісцеральним взаємозв'язкам, дозволяють припустити можливість підвищення ефективності лікування пацієнтів з пневмоніями шляхом комплексного впливу на міофасціальні структури, залучені в патологічний процес, за допомогою диференційованих програм фізичних тренувань [17].

***.7 Санаторно-курортний період***

Реабілітація пацієнтів після пневмонії проводиться на місцевих курортах, а також в приморських санаторіях, розташованих на Південному березі Криму, на Чорноморському узбережжі Кавказу, під Владивостоцької зоні. Санаторно-курортне лікування проводиться тільки в теплу пору року, з травня по жовтень. У санаторіях пацієнтам призначаються різноманітні лікувально-реабілітаційні заходи. Вони включають в себе призначення лікувального харчування, спеціальної фітотерапії, проведення масажу. У санаторіях з метою поліпшення проникнення лікарських речовин в клітини використовують методику поперечної гальванізації постійним електричним струмом. Курс складається з 10-15 щоденних процедур по 20 хв [17].

Для профілактики застійних явищ у легенях пацієнтам показані процедури з використанням імпульсних струмів (діадинамічних, інтерферентними, синусоїдальних). Подібні імпульсні струми покращують лімфообіг і кровообіг в легенях, що сприяє прискоренню одужання. Якщо у хворого пневмонія протікала з розвитком плевриту, то в санаторії можна пройти курс електростимуляції діафрагми, що веде до поліпшення розсмоктування патологічного процесу та профілактики спайкообразования. Всім пацієнтам санаторію пропонується пройти курс інфрачервоного випромінювання, яке має виражений протизапальний ефект [15].

Якщо ж у хворого відзначається виражена інтоксикація і алергізація організму, йому рекомендовано застосування аутотрансфузії крові, опроміненої ультрафіолетом. У розпорядженні санаторіїв, що спеціалізуються на лікуванні і профілактиці захворювань органів дихання, є ртутно-кварцові ванни, обладнання для внутрішньовенного лазерного опромінення крові. Також пацієнт може отримати в санаторії курс парафінових і озокеритових аплікацій на область ураженої частки легені. Дуже ефективні і бальнеологічні процедури. Крім того, програма санаторно-курортної реабілітації включає в себе проведення занять лікувальною фізкультурою. Обов'язковим компонентом реабілітації є і психотерапевтична допомога [17].

. Індивідуальна програма реабілітації (практична частина курсової роботи по МДК 02.02 «Основи реабілітації»)

Пацієнт: Олена Миколаївна 46 років.

Діагноз: Пневмонія

Період реабілітації: Друга стадія

Етап реабілітації: Палатний режим

Розробник студентка331-СД навчальної групи

***Індивідуальна програма реабілітації***

***.1 Характеристика реабілітанта***

ПІБ Олена Вікторівна Вік 46 років

Національність Російська підлогу дружин сімейний стан заміжня

Віросповідання Христианка

. Причина звернення Сильний кашель при глибоких вдихів.

думка пацієнта про свій стан: сильна задишка і неприємні відчуття в області грудей очікуваний результат: Одужання

.Джерела інформації (сім'я, мед. Документація, мед. Персонал, та ін.) Мед. Документація можливість спілкуватися (так, ні)

.Жалоби пацієнта температура, сильний кашель, задишка, рясна мокрота

.Історія захворювання. Захворіла 3 дні тому

госпіталізація (де, коли, чому) ГБУЗ АЛЕ ГКБ №12

ліки

аллергія, побічна дія немає

.Історія життя

сексуальная (вагітність, пологи, аборти, менструальний цикл, менопауза)

вагітність, пологи в строк, аборти відсутні

контроль за народжуваністю, стерилізація, сексуальна активність

Соціальні дані (рід занять, освіта, мед. страхування)

Працює кухарем у дет. саді, освіта СР спеціальне

адресу (місце народження і де в даний час проживає)

м Арзамас вул. М. Горького д. 34 кв. 21

м Н. Новгород б-р Ювілейний д. 6 кв. 16

Подорожі (поза Росії) не було

.Родственние відносини підтримує стосунки з усіма членами сім'ї

дом (скільки людей проживає спільно) п'ятеро

робота кухар в дитячому садку

громадські організації

.Історія сім'ї:

Батьки Світлана Володимирівна, Микола Сергійович

Чоловік (а) Борис Миколайович

Діти син Сергій Борисович

Захворювання у членів сім'ї (підкресліть відповідні):

Цукровий діабет, гіпертонія, ішемічна хвороба серця, пороки серця, інсульт, анемія, алергія, рак, психічні розлади, захворювання опорно-рухового апарату, захворювання шлунка, захворювання нирок та ін.

. Об'єктивне обстеження хворого (потрібне підкреслити)

сознаніе: ясне, сплутана, відсутня

настроеніе (емоційний стан): спокійний, сумний, замкнутий, сердитий і т.д.

поведеніе: адекватне, неадекватне (загальмований, збуджений, агресивний)

становище в ліжку (активне, пасивне, вимушене)

ріст 169см вага 75кг ІМТ 26,8

Температура тіла 37,8

стан шкіри і слизових: чистота, тургор, вологість, колір (нормальний, гіперемія, ціаноз), видимі зміни шкіри (рубці, висипання, пролежні, расчеси, гнійники, депігментація, пухлини)

видимому збільшення лімфатичних вузлів: так, ні, пальпація:

наявність набряків: так, ні

кісткові-м'язова система: (деформації скелета, суглобів, атрофія м'язів)

дихательная система: ЧД 21 раз в хв. глибоке: так, ні; ритмічне: так, ні

грудная клітина (симетрична) так, ні

одишка: експіраторна, інспіраторна, змішана

кашель: так, ні

мокрота: так, ні; кол-во кол-во 5 мл.

від мокротиння (гнійна, серозна, геморагічна)

специфічний запах: так, ні

дихання (везикулярне, жорстке), хрипи: так, ні

Органи кровообігу:

Пульс на променевої артерії: права-77 ударів на хв. Ліва-77 ударів на хв.

Симетричність Симетричний

Напруга: хорошого наповнення: гарне

Ритмічність: рітмічен частота: 77 уд / хв

Артеріальний тиск: 130/90 мм / рт. Ліва рука 125/86 мм / рт. Права рука

Шлунковий-кишковий тракт:

мова: наявність нальоту: так, ні; запах з рота: так, ні

ковтання не утруднить апетит: не порушений, знижений, відсутня

блювота: так, ні; характер блювотних мас:

характер стільця: норма, рідкий, запор, колір, нетримання, частота

живіт: метеоризм: так, ні; симетричний да напружений немає

болючість при пальпації: так, ні

Анатомічні:

Затримка немає хворобливість немає норма

колір сечі: світло-жовтий гематурія

Ендокрінная Система:

характер оволосіння: жіночий тип, чоловічий тип

розподіл підшкірно жирового шару: жіночий тип, чоловічий тип

збільшення щитовидної залози: так, ні

акромегалія: так, ні

нервова Система:

Сон (нормальний, безсоння, неспокійний)

тремор: так, ні

порушення ходи: так, ні

наявність парезів, паралічів: так, ні

мова: нормальна, відсутня

зір: нормальне, відсутнє

слух: нормальний, відсутній

***.2 Реабілітаційне висновок***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  порушення | Обмеження життєдіяльності  |  Соціальна недостатність |
| Пошкодження дихальних шляхів  | Порушення Фізичної активності. | Тимчасове порушення професійної працездатності. |
| Болі в грудній клітці  | Неможливість виконувати повсякденну діяльність |  |
| Задишка  | Утруднення ефективно пересуватися у своєму оточенні | Неможливість інтегрувати в суспільство |

***3.3 Цілі реабілітації***

. посилення крово-, лімфообігу в легенях для прискорення розсмоктування запального ексудату та попередження ускладнення;

. сприяння більш повному виведенню мокротиння, профілактика розвитку бронхів, бронхоектазів;

. зміцнення дихальних м'язів, збільшення екскурсії легень і життєвої ємності легень;

. нормалізація механіки дихання: уражень і поглиблення дихання;

. відновлення адаптації дихального апарату і всього організму до фізичного навантаження;

. реабілітаційну дію на серцево-судинну, дихальну, нервову та інші системи організму для підвищення їх функції і підтримання загальної фізичної працездатності.

***.4 Реабілітаційний потенціал***

***Таблиця 2***

|  |  |
| --- | --- |
| позитивні фактори | негативні фактори |
| молодий вік | Не виконує ранкову гімнастику |
| правильне харчування | Екологічно забруднене середовище проживання |
| Добре обізнана про хар-ре свого захворювання | Низький рівень оплат праці |
| Виконує призначення лікаря |  |
| Не курить |  |
| Не вживає  |  |
| фізично активна |  |
| алкоголь Відсутність професійних шкідливих |  |
| підтримка родини |  |
| Гарне фізичне виховання |  |

Рівень реабілітаційного потенціалу: (високий, середній [задовільний], низький)

***.5 Індивідуальна програма реабілітації***

***Таблиця 3***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  Захід | Відповідальні (реабілітаційна бригада) | Терміни виконання | Оцінка ефективності |
| 1 | Режим палатний  | Лікуючий лікар, палатна м / с, процедурна м / с  | З моменту надходження до моменту вписки 5 днів до виписки | Руховий режим адекватний функціональним можливостям пацієнта, сприяє реабілітації |
| 2 | Дієта (стол№13)  | Лікуючий лікар, старша м / с, м / складова порционник, зав. відділення, м / с раздатка, працівник їдальні ЛПУ,  | кухар З моменту надходження до моменту виписки | Забезпечує енергетичні потреби пацієнта, повний та якісний склад основних поживних елементів, вітамінів, білків, жирів і вуглеводів. |
| 3 | Лікарська терапія (антибіотики, протизапальні та десенсибілізуючі препарати.  | Лікуючий лікар, старша м / с. Процедурна м / с, зав. відділення, співробітник аптеки | ) З моменту надходження до моменту одужання Регресія симптомів | Надання болезаспокійливого дії, швидкого відходження мокроти, сприяє реабілітації. |
| 4 | Фізіотерапія: -індуктотермія; -ЕП УВЧ; -інгаляціонная терапія  | Лікуючий лікар, старша м / с, процедурна м / с, зав. Відділення, лікар фізіотерапевт | З моменту надходження до моменту одужання Регресія симптомів. | Надання болезаспокійливого дії, швидкого відходження мокроти. сприяє реабілітації |
| 5 | ЛФК: - лікувальна гімнастика -ежедневная ранкова гімнастика -дозірованная ходьба  | Лікуючий лікар, старша м / с, лікар ЛФК, інструктор ЛФК  | З моменту надходження до моменту одужання | Підвищення стійкості до фізичних навантажень |

***3.6 Карта хворого, який лікується в фізіотерапевтичному відділенні***

Код форми по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код закладу за ЗКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблиця 4

|  |  |
| --- | --- |
| МОЗ РФ Медична документація) | найменування установи |
| Форма № 044 (у) |  |

КАРТА

хворого, який лікується в фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті)

Карта стаціонарного (амб.) Хворого № 237 Лікуючий лікар: Привалов С. А.

П.І.Б. Кривова Олена Вікторівна

Вік: 46 років Стать: чол

З якого відділення (кабінету) направлений хворий: пульмонологічного відділення

Діагноз: Пневмонія

Таблиця 5 Скарги хворого

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Призначення процедури лікуючим лікарем або лікарем фізіотерапевтом | Дата | Найменування процедури | Кількість | тривалість | Дозування |
| лікар | 22.11 | индуктотермия | 8 | 15-20 мин | 5 в день |

Місце проведення процедури (підкреслити): кабінет, перев'язочна, на дому

Види лікування, призначені крім фізіотерапії (в тому числі і медикаментозні)

Медсестра: Лаврова С. А.

Лікар - фізіотерапевт: Ариев П. Л.

Бесіда з пацієнтом.

Здрастуйте, Олена Миколаївна. Мене звуть Катерина Сергіївна, я ваша палатна мед. Сестра. Ваш лікуючий лікар - Сергій Олександрович призначив Вам фізіотерапевтичні процедури - индуктотермию.

Индуктотермия являє собою вплив на організм магнітним полем високої частоти. Ця процедура посилить Вам кровообіг, розслабить м'язи, надасть болезаспокійливу дію, у вас пройдуть болі в грудній клітці. Після цієї процедури Ви будете почувати себе краще.

Ця процедура досить широко використовується в сучасній медицині. Після даного методу лікування спостерігається позитивна динаміка.

Індуктотермія, призначена вашим лікарем із завтрашнього дня. О 9 годині ранку, Вам потрібно буде сходити в фізіотерапевтичне відділення, в кабінет №15, на фізіотерапію-индуктотермию. З собою взяти змінне взуття, чисту простирадло і направлення у ФТО.

При проведенні цієї процедури в будете відчувати приємне тепло. Тривалість на перший раз 15 хвилин, далі буде збільшуватися до 30-40 хвилин. Кількість процедур 15 на курс. Прийом їжі через годину після процедури. Після процедури слід відпочити 20-30 хвилин.

Якщо у вас виникнуть будь-які питання, Ви зможете звернутися до мене або вашого лікаря.

***Висновок***

Хвороби органів дихання займають одне з провідних місць в структурі захворюваності. Гостра пневмонія серед причин дитячої смертності в багатьох територіях Росії є найчастішою причиною смерті.

Профілактика гострих пневмоній полягає в санації вогнищ хронічної інфекції, загартовуванні організму, уникненні переохолодження. Пневмониям найбільш схильні особи дитячого та похилого віку, курці, які страждають хронічними захворюваннями, з імунодефіцитом, постійно контактують з птахами, гризунами.

Експертами ВООЗ обмовляється необхідність виконання зазначених рекомендацій.

Таким чином, гостра пневмонія - серйозне випробування не тільки для хворого, але і для медичного персоналу, успішний вихід з якого визначається своєчасністю діагностики початку захворювання, адекватним лікуванням і уважним доглядом і турботою за пацієнтом.

Прогноз гострої пневмонії, як правило, сприятливий. Виняток можуть становити хворі похилого та старечого віку, хворі хронічними захворюваннями бронхів і легенів, серцево-судинними та ендокринними захворюваннями, алкоголіки, а також діти до п'яти років. У цих людей найчастіше виникають ускладнення, які часто і визначають результат захворювання.

Для попередження внутрішньолікарняної пневмонії показана госпіталізація хворих з гострими респіраторними вірусними інфекціями в боксированное відділення.

***Література***

1. Анашкина Є.І. Ефективність лікувальної фізкультури та способи її підвищення у хворих гострою пневмонією: Дис. ... Канд. мед. наук. - М., 1989.

. Баймуханова 3.Р. // Здравоохр. Казахстану. - 1980. - №6. -С. 31-33.

. Гаджієв Д.Р., Слесанов А.В., Новоженов В.Г. // 9-й Національний конгрес з хвороб органів дихання, Москва, 31 жовтня-3 листопада 1999: Збірник резюме. - М., 1999. - С. 284.

. Гембицький Є.В., Новоженов В.Г. // Клин. мед. - 1994. - Т. 72, № 5. - С. 7-12.

. Глезер О., Даліхо В. Сегментарний масаж: Пер. з нім. - М., 1965.

. грипу М.А. Патофізіологія легенів: Пер. з англ. - М., 1997.

. Гуляєв С.А. Гостра пневмонія і місцева бар'єрна функція органів дихання (аспекти діагностики та патогенезу) .Владівосток, 1996.

.Дворецкій Л.І. // Рус. мед. журн. - 1996. - Т. 4, № 11. С. 684-694.

.Дружініна В.С, Фетисов В.М., Соломін Г.В. // Тер. арх.1986. - № 1. -С. 86-88.

. Дуков Л.Г., Ворох А.І. Діагностика та лікування хвороб органів дихання. - 3-е изд. - Смоленськ, 1996.

. Єпіфанов В.А. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. - М., 2000.

. Кодолова І.М. // Арх. пат. - 1974. - Т. 36, вип. 2. - С. 77-80.

. Левіт К., Захсен Й., Янда В. Мануальна медицина: Пер. з нім. - М., 1993.

. Логунов О.В., Яковлєв В.М., Коритніков К.І. // Тер. арх.1984. - № 3. - С. 113-115.

. Макарова І.М., Єпіфанов В.А. Аутоміокоррекція. - М., 2002.

. Масаж / Под ред. Й.К. Кордеса та ін .: Пер. з нім. - М., 1983.

. Медична реабілітація: Керівництво для лікарів / За ред. В.А. Єпіфанова. - М., 2005.

. Меньшикова І.Г. Стан центральної гемодинаміки при затяжній пневмонії: Автореф. дис .... канд. мед. наук. Владивосток, 1983.

. Могендовича М.Р. // Моторно-вісцеральні і вісцеромоторние рефлекси. - Перм, 1963. - С. 7-17.

. Могендовича М.Р., Тьомкін І.Б. Фізіологічні основи лікувальної фізичної культури. - Іжевськ, 1975.

. Моторно-вісцеральні координації та їх порушення / Под ред. М. Р. Могендовича. - Перм, 1969.

. Мегоун Г.І. Краниальная остеопатія: Пер. з англ. - Бідові, 1992.

. Нагібін М.В., Нейфак Е.А., Крилов В.Ф. та ін. // Тер. арх.1996. - Т. 68, № 11. - С. 33-35.

. Нейко Є.М., Шпак Б.Ю. Гострі пневмонії. - Київ, 1990.

. Нонік В.Є., Воробйова М.Г., Батенкова С.В. та інших. // Кремлев. мед. Клин, Вісн. - 1999. - № 4. - С. 7-10.

. Патологічна анатомія пневмоній: питання географічної патології: Матеріали VIII пленуму правління Всесоюзного наукового товариства патологоанатомів. - Таш-кент, 1975.

. Пермяков Н.К., Баринова М.В., Магомедов М.К. // Арх. пат. - 1990. - Т. 52, вип. 6. - С. 3-7.

. Проект практичних рекомендацій МОЗ РФ. Позалікарняна пневмонія у дорослих: діагностика, лікування, профілактика. - М., 2002.

. Раціональна фармакотерапія захворювань органів дихання / Под ред. А.Г. Чучалина. - М., 2004.

. Саперів В.Н. Пневмонія. - Чебоксари, 1996.

. Силуянова В.А., Сокова Е.В. Лікувальна фізкультура при захворюваннях легенів. - М., 1978. - С. 73-125.

. Сильвестров В.П., Лутошкін С.Ф., Резніков Ю.П. та ін. // Тер. арх. - 1982. - № 10. - С. 69-72.

. Сильвестров В.П. Клініка і лікування затяжний пневмонії. - Л., 1986.

. Сильвестров В.П., Федотов П.І. Пневмонія. - М., 1987.

. Сильвестров В.П. // Клин. мед. - 1990. - Т. 68, № 10. - С. 111-118.

. Скиба В.Л. Трахеобронхиальная дискінезія (експіраторний пролапс мембранозної стінки трахеї і бронхів): Автореф. дис. ... Канд. мед. наук. - Мінськ, 1995.

. Скиба В.П. Пульмонологія. -1996. - № 2. - С. 54-57.

. Соболєва М.К., Себелева Г.Г., Чернов Ю.А. та ін. // 6-й Національний конгрес з хвороб органів дихання, Новосибірськ, 1-6 липня 1996 р .: Збірник резюме. - Новосибірськ, 1996. - С. 356.

. Токарева О.В. // Тези доповідей III Всеросійського з'їзду з лікувальної фізкультури та спортивної медицини. Свердловськ, 1986. - С. 307-308.

. Томсон В.В. Функціональна морфологія легень людини при гострому і хронічному неспецифічному запаленні: Дис. ... Д-ра мед. наук. - СПб., 1995.

. Фадєєва В.Н. // Пневмонія (етіологія, патогенез, патологічна анатомія). - Л., 1958. - С. 30-43.

. Цінзерлінг А.В. Сучасні інфекції: Патологічна анатомія і питання патогенезу: Керівництво. - СПб., 1993.