Кафедра физического воспитания

Реферат

«Лечебная физическая культура при экссудативном плеврите»

Выполнила: Бастракова Виктория

Проверила: Крутикова И.А.

Киров 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

. Характеристика экссудативного плеврита

. Показания и противопоказания к физическим упражнениям при экссудативном плеврите

. Обоснование лечебного комплекса физических упражнений

Заключение

Список используемой литературы

Приложения

ВВЕДЕНИЕ

Лечебная физическая культура - совокупность методов лечения, профилактики и медицинской реабилитации, основанных на использовании физических упражнений, специально подобранных и методически разработанных. При их назначении врач учитывает особенности заболевания, характер, степень и стадию болезненного процесса в системах и органах.

В основе лечебного действия физических упражнений лежат строго дозированные нагрузки применительно к больным и ослабленным. Различают общую тренировку - для укрепления и оздоровления организма в целом, и тренировки специальные - направленные на устранение нарушенных функций определенных систем и органов.

Актуальность выбранной темы диктуется тем, что экссудативный плеврит является общим заболеванием организма. При экссудативном плеврите в патологический процесс, кроме дыхательного аппарата, вовлекается ряд других систем и органов: сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, печень. Изменения со стороны этих органов носят функциональный характер. (Березовский Б.А, 1988 г.)

Целью данной работы является выявление и обоснование методики ЛФК при экссудативном плеврите.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

. Охарактеризовать экссудативный плеврит как заболевание дыхательного аппарата.

. Выявить и обосновать показания и противопоказания к физическим упражнениям при экссудативном плеврите.

. Обосновать выбранную методику ЛФК при экссудативном плеврите.

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

Плеврит - воспаление листков плевры, покрывающих легкие, внутреннюю часть грудной клетки, диафрагму и органы средостения, является чаще всего вторичным заболеванием, связанным с туберкулезным процессом в перибронхиальных и медиастинальных железах или с ревматизмом, пневмониями, скорбутом, раком.

Клиническая картина. У некоторых больных заболевание развивается постепенно, появляются субфебрильная температура, боль в груди, кашель, общая слабость, потливость, понижается аппетит, расстраивается сон. Только через 3-4 нед состояние больных более или менее резко ухудшается: температура достигает высоких цифр, усиливается боль в груди, кашель, обнаруживаются признаки плеврального выпота. Нередко экссудативный плеврит начинается остро: температура повышается (часто с потрясающим ознобом) до 39-40°С, возникает колющая боль в боку, усиливающаяся при вдохе, быстро нарастает одышка, беспокоят головная боль, потливость, иногда тошнота, рвота. Возможно также (сравнительно редко) бессимптомное накопление выпота в плевральной полости, который выявляется подчас совершенно случайно.

При осмотре больного в разгар болезни отмечают отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, выбухание ее и сглаженность межреберных промежутков. Голосовое дрожание над выпотом ослабевает или исчезает, перкуторно здесь определяется тупость. Дыхание над экссудатом резко ослаблено или становится бронхиальным. В периферической крови отмечается повышение СОЭ и умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево.

В течении заболевания выделяют три фазы: экссудации, стабилизации и резорбции. Длительность и тяжесть плеврита определяются характером ведущего патогенетического фактора и состоянием макроорганизма. При туберкулезно-аллергическом экссудативном плеврите болезнь нередко продолжается 1-2 нед, тогда как у стариков и ослабленных больных экссудат может рассасываться в течение нескольких месяцев, причем болезнь протекает со стертой клинической картиной (субфебрильная или даже нормальная температура, лейкопения вместо лейкоцитоза и т. д.). Экссудат может рассосаться полностью, не оставив после себя никаких изменений. Однако у большинства больных после рассасывания экссудата остаются спайки. При плохом рассасывании выпота большие фибринозные наложения ведут к образованию массивных шварт, серьезно затрудняющих вентиляцию легких. Развитие спаек может привести к осумкованию экссудата, который в этих условиях плохо рассасывается и нередко нагнаивается. Различают осумкованные костальный, наддиафрагмальный, медиастинальный, междолевой и верхушечный плевриты. (Лепорский А.А., 1955г.)

Наиболее часто скопление экссудата при серозно-фибринозном плеврите происходит в нижнебоковых участках грудной клетки, но экссудат может располагаться и в междолевой щели (междолевой плеврит) или быть фиксирован спайками (осумкованный плеврит). В зависимости от локализации процесса, различают приставочные, междолевые, медиастанальные и диафрагмальные осумкованные плевриты.

В результате скопления экссудата в полости плевры и изменения соотношения эластических сил внутри грудной клетки последняя принимает инспираторное положение с выбуханием грудной стенки на больной стороне. Инспираторное положение грудной клетки, ограничение ее экскурсии, оттеснение диафрагмы экссудатом книзу, Наличие болезненности при дыхании и сдавливание экссудатом легкого - все это приводит у больного экссудативным плевритом к затруднению дыхания, к поверхностному дыханию, уменьшению жизненной емкости легких и присасывающей силы грудной полости. Это ведет к возникновению у больного одышки, особенно при движении.

По мере утихания воспалительных явлений в очаге постепенно ликвидируется и зона перифокального воспаления в плевре. Нарастание экссудата прекращается (II фаза течения болезни). Больной к этому времени значительно слабеет, становится вялым, апатичным, с трудом передвигается и боится движений из-за возникновения при них болей. Энергичные движения сопровождаются у него одышкой я сердцебиением; нарастает анемия, РОЭ повышена.

В период выздоровления у больного происходит обратное развитие экссудата (III период болезни). Этот процесс сопровождается рассасыванием экссудата и образованием у больного плевральных сращений. Сращения могут иметь вид или широких наложений (шварт), или форму тяжей (спайки). Лентообразные спайки возникают чаще всего в нижнебоковых частях грудной клетки. Обычно спайками фиксируется висцеральная, париетальная и диафрагмальная плевра в различных сочетаниях. Процесс организации экссудата в отдельных случаях может закончиться даже полной облитерацией плевральной полости. (Александров А.Н., 2000г.)

Небольшие плевральные сращения, оставшиеся после болезни, не вызывают у больных существенных расстройств дыхания. Распространенные же плевральные сращения могут вызывать у них нарушение функций дыхательного аппарата и кровообращения, что отражается на функциональном состоянии всего организма и сопровождается снижением трудоспособности больных. При распространенном спаечном процессе жалобы больных бывают различными. В одних случаях одышка и боли в грудной клетке у больных возникают только при очень интенсивных или длительных физических напряжениях, в других - боли и одышка появляются уже при умеренных физических нагрузках. Спайки в условиях форсированного дыхания (при физической работе) могут являться причиной надрыва плевры и возникновения спонтанного пневмоторакса. Последствием распространенного спаечного процесса в отдельных случаях может быть развитие у больных сколиоза, перетягивание средостения в больную сторону, западение соответствующей половины грудной клетки и сужение межреберий.

Все вышеописанные патологические изменения требуют своевременного вмешательства врача, соответствующего лечения и заставляют настойчиво добиваться возможно полного излечения больного экссудативным плевритам и восстановления у него полноценных функций дыхательного аппарата с целью сохранения трудоспособности. Лечебная физическая культура является одной из обязательных составных частей комплексного лечения больного, страдающего экссудативным плевритом (за исключением заболеваний карциноматозной этиологии).

Диагноз ставят на основании жалоб, клинической картины данных физического обследования больного. Большое значение имеет рентгенологическое исследование, особенно при осумкованных плевритах. Нередко решающим методом диагностики становится плевральная пункция. При осумкованных плевритах место пункции лучше определять под контролем рентгеновского экрана. Содержание белка в плевральной жидкости обычно превышает 3%, относительная плотность - больше 1015. При микроскопическом исследовании выпота обнаруживают лейкоциты, лимфоциты, эритроциты. Появление измененных лейкоцитов свидетельствует о переходе серозно-фибринозного плеврита в гнойный. При раке легкого, инфарктных пневмониях, травмах грудной клетки, геморрагических диатезах в экссудате находят большое количество эритроцитов. При плеврите туберкулезной этиологии туберкулезные микобактерии находят в экссудате далеко не всегда, однако при посевах на специальные среды их удается обнаружить в 80-90% случаев. (Александров А.Н., 2000г.)

Экссудативный плеврит часто приходится дифференцировать от крупозной и сливной очаговой пневмоний. Клиническая картина, рентгенологическое исследование, а также плевральная пункция позволяют распознать характер заболевания. При дифференциальной диагностике надо иметь также в виду рак легкого, эхинококкоз, абсцесс, которые имеют ряд сходных с плевритом симптомов (тупость, ослабленное дыхание и др.). Прогноз у большинства больных хороший. Лишь при образовании массивных шварт может наступить дыхательная недостаточность. Неврогенные механизмы при плеврите еще недостаточно изучены, но они играют, несомненно, первостепенную роль в возникновении этого заболевания. В возникновении плеврита огромное значение имеет нарушение трофической иннервации легких. Тяжесть общих проявлений болезни зависит не столько от величины и свойств выпота, сколько от степени воспалительного раздражения и нервнорефлекторных реакций, отражающихся на состоянии всего организма больного в целом.

. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ФИЗИЧЕСКИМ УПРАЖНЕНИЯМ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ

экссудативный плеврит лечебный физический

Клинические показания к назначению лечебной гимнастики в остром периоде болезни, когда воспалительный процесс еще «выражен», применение лечебной гимнастики противопоказано, и больному должен предоставляться полный покой: раннее применение движений может сопровождаться обострением болезни.

Как показали клинические наблюдения, лечебную гимнастику целесообразно вводить в общий комплекс лечения больного (режим, диета, медикаментозная терапия) не тогда, когда у больного уже образовались крепкие спайки, а тогда, когда они только начинают развиваться. При начале применения лечебной гимнастики в этот период результаты лечения получаются лучшие, и у больных удается добиться сохранения функции дыхательного аппарата.

Показаниями для начала занятий лечебной гимнастикой следует считать наступление III периода болезни, когда у больного затихает острый воспалительный процесс и начинается период выздоровления. Клиническими признаками затихания воспалительного процесса и начала организации экссудата является: снижение температуры до пределов нормальной или стойко субфебрильной, уменьшение экссудата, появление шума трения плевры. (Тамбиан Н.Б., 1998)

Показанные упражнения:

· в основном специальные упражнения, направленные на увеличение подвижности грудной клетки и диафрагмы,

· упражнения, направленные на увеличение подвижности диафрагмы, грудной клетки и легких, способствует активному участию плевры в рассасывании экссудата и обратному развитию еще непрочно сформированных плевральных спаек, ликвидации участков гиповентиляции и их профилактике.

· «парадоксальное дыхание» с максимальной амплитудой движения;

· физические упражнения с маховыми движениями с полной амплитудой, особенно для верхних конечностей, в сочетании с дыханием;

· упражнения с гимнастическими предметами и снарядами для усиления растягивающего действия;

· висы, подтягивание в висе на гимнастической стенке в сочетании с дыханием;

· обучение полному дыханию;

· рывковые движения для мышц туловища, верхних конечностей; маховые движения при отсутствии болей в грудной клетке;

· упражнения, направленные на коррекцию и восстановление правильной осанки;

· физические нагрузки циклического характера (велотренировки, гребля, дозированная ходьба);

· всасывание экссудата ускоряют специальные дыхательные упражнения, расширяющие грудную клетку в нижних отделах, где имеется развитая сеть лимфатических сосудов, при их растяжении улучшается всасывание плевральной жидкости;

· специальные упражнения для туловища, направленные на ускорение рассасывания экссудата и профилактику образования спаек: разгибание туловища назад с одновременным подниманием рук вверх, наклоны и повороты туловища в стороны, вращение туловища с различным положением рук. (Булич Э.Г., 1986г.)

Противопоказанные упражнения: исключаются (сроком до полугода) упражнения на выносливость, бег на любые дистанции

. ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

Во время выполнения физических упражнений у больных не должно возникать чувство боли. Это могут быть не резко выраженная болезненность, чувство натяжения, тяжести в пораженной половине грудной клетки. (Лепорский А.А.,1955 г.)

. Во вводный период упражнения применяют главным образом простейшие, гимнастические упражнения для рук и ног, с постоянным увеличением амплитуды и темпа движения, в сочетании с дыхательными и специальными упражнениями для туловища.

Исходное положение - лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднимание руки на пораженной стороне с помощью другой руки. 3-4 раза. Дыхание не задерживать. Поднимая руку на стороне поражения, больной должен делать глубокий вдох, что будет способствовать натяжению плевры, и наиболее быстрому рассасыванию экссудата и расправлению легкого. По мере уменьшения экссудата руку на больной стороне поднимать можно с помощью гимнастической палки и рекомендовать больному осуществлять на глубоком вдохе небольшой наклон туловища в здоровую сторону (до появления легкой болезненности). Упражнения следует выполнять (по 3-4 раза) через каждый час до полного исчезновения экссудата. Такое натяжение плевры способствует улучшению в ней крово- и лимфообращения, что обусловит ликвидацию остаточных явлений воспаления, профилактику спаечного процесса. (Забродина Н.П.,2000г.)

. В основной период необходимо использовать дыхательные упражнения с положением рук на голове или с подниманием их вверх в фазе вдоха. Наклон туловища в здоровую сторону с задержкой дыхания способствует лучшему расправлению легкого и предупреждению патологических и физиологических ателектазов.

Исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. На вдохе поднять руки вверх, на выдохе опустить с последующим надавливанием на грудную клетку в области диафрагмы. 5-6 раз. Темп средний, выдох через нос, продолжительный.

Исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. Сгибание рук с касанием плеч, выпрямление рук в стороны, сгибание рук с касанием пальцами плеч, возвратиться в и. п. 3-4 раза. Дыхание произвольное, вдох и выдох через нос, темп средний.

Дыхательные упражнения следует выполнять ритмично, с постепенным форсированием как вдоха, так и выдоха. (Луткова И.Н., 1998г.)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

. В ходе изучения темы было выяснено, что плеврит - это воспаление листков плевры, покрывающих легкие, внутреннюю часть грудной клетки, диафрагму и органы средостения, является чаще всего вторичным заболеванием, связанным с туберкулезным процессом в перибронхиальных и медиастинальных железах или с ревматизмом, пневмониями, скорбутом, раком.

. Показанными упражнениями являются упражнения, направленные на увеличение подвижности диафрагмы, грудной клетки и легких, способствующие активному участию плевры в рассасывании экссудата и обратному развитию еще непрочно сформированных плевральных спаек, ликвидации участков гиповентиляции и их профилактике, физические упражнения с маховыми движениями с полной амплитудой, особенно для верхних конечностей, в сочетании с дыханием, упражнения с гимнастическими предметами и снарядами для усиления растягивающего действия

. Выбранная методика ЛФК при экссудативном плеврите включает упражнения, укрепляющие дыхательную мускулатуру, увеличивающие подвижность грудной клетки и диафрагмы, способствующие растягиванию плевральных спаек, выведению мокроты, уменьшению застойных явлений в легких, совершенствующие механизм дыхания и координации дыхательных движений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А.Н., Лавренов Г.В., Шахнозаров А.Э. «Заболевания органов дыхания / СПб - Издательство «Диалог» - 2000 - 288 с.

2. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. - М.: Физкультура и спорт, 1988 - 208с

3. Березовский Б.А. Лечебная физкультура при заболеваниях дыхательных путей и легких. - Киев: «Здоровья», 1988 г.

4. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах. - М: Высшая школа, 1986г-255с

. Велитченко В.Н. Организация занятий с учащимися, отнесенными к специальной медицинской группе // Настольная книга учителя физической культуры / Под ред. Л.Б.Кофмана. - М.: Физкультура и спорт, 1998. - с.60-66

6. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура. - М.: Владос, 1999. - 608 с.

7. Забродина Н.П. Работа со специальными медицинскими группами //Физическая культура в школе-2000-№6-с22-25

8. Лепорский А.А. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания. - М.: «Медгиз», 1955 г.

9. Луткова И.Н. Лечебная физическая культура для студентов специальных медицинских групп: Учеб.пособие (ПГПУ им. В.Г.Белинского) - Пенза, 1998г -39с.

. Николаевская В.П. «Физические методы лечения» - М.: Медицина, 1989 - 265 с.

. Тамбиан Н.Б. Сроки возобновления занятий физическими упражнениями после перенесенных заболеваний//Настольная книга учителя физической культуры/Под ред. Л.Б. Кофмана, - М.: Физкультура и спорт, 1998. - с.55-60.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Физические упражнения можно разделить на 2 периода: вводный (1-5дней) и тренировочный (основной), продолжительность которого зависит от тяжести заболевания.

Вводная часть

. Упражнения для мелких и средних мышечных групп рук и ног. 2-3 мин. Цель: подготовка организма к выполнению упражнений основной части.

. Дыхательные упражнения.

Основная часть

. Упражнения для туловища в сочетании с глубоким дыханием (12-20 мин). Цель: восстановление нормальных функций нервно-регуляторных механизмов и ликвидация патологических рефлексов.

. Дыхательные упражнения. Цель: борьба с развивающимся спаечным процессом, тренировка дыхательного аппарата, укрепление организма больного.

. Ходьба.

Заключительная часть

. Упражнения для мелких мышечных групп рук и ног. 2-3 мин. Цель: постепенное снижение нагрузки.

. Дыхательные упражнения. Продолжительность процедуры - 16-26 мин.

Упражнения лечебной гимнастики выполняют в исходном положении лежа на больном боку, на здоровом, а если количество экссудата незначительное, то также и в и. п. сидя. Физические упражнения должны состоять в основном из дыхательных упражнений, способствующих растяжению плевры, особенно на стороне поражения. При хорошем состоянии больного и удовлетворительной реакции сердечнососудистой и дыхательной систем дополнительную физическую нагрузку можно назначать уже во вводный период. Первые 3-5 дней с начала курса лечения продолжительность физических упражнений при средней степени тяжести заболевания составляет 8-10 мин, затем ее увеличивают до 12-18 мин. В тренировочный период процедуры можно проводить в зимнее время в кабинете ЛФК, а летом на специально оборудованных площадках.

Комплексы физических упражнений включают гимнастические, дыхательные и специальные упражнения, выполняемые без снарядов, со снарядами и на снарядах (на гимнастической скамейке, стенке) в исходном положении (и.п.) сидя и стоя. В этот период необходимо использовать дыхательные упражнения с положением рук на голове или с подниманием их вверх в фазе вдоха. Наклон туловища в здоровую сторону с задержкой дыхания способствует лучшему расправлению легкого и предупреждению патологических и физиологических ателектазов.

Примерный комплекс физических упражнений для больных экссудативным плевритом (вводный период).

Вводная часть

. И. п.- лежа на спине, руки вдоль туловища. Полное и спокойное дыхание. 4-5 раз. Ритмичное дыхание, вдох через нос.

. И. п.- то же. Поднимание руки на пораженной стороне с помощью другой руки. 3-4 раза. Дыхание не задерживать.

. И. п.- то же. Поочередное подтягивание ног к животу и груди. 2-3 раза. Подтягивание ноги на выдохе.

Основная часть

. И. п.- лежа на больном боку. Поднимание руки вверх - вдох, на выдохе рукой надавливать на боковую поверхность грудной клетки. 3-4 раза. Активизировать дыхание на здоровой стороне.

. И. п.- то же. Поочередное подтягивание ног, согнутых в коленном и тазобедренном суставах, к грудной клетке 2-3 раза. Темп медленный, обращать внимание на ритмичность и правильность дыхания.

. И. п.- лежа на спине. «Ходьба» лежа в течение 20-30 с. Темп средний.

. И. п.- полусидя в постели. Поднимание на глубоком вдохе руки на пораженной стороне с помощью гимнастической палки, на выдохе наклон туловища в здоровую сторону. 2-3 раза. По возможности делать максимально глубокий вдох. Сильной болезненности не допускать.

. Пауза отдыха - 30-40 с.

. И. п.- лежа на спине. Наклоны туловища в стороны. 2-4 раза. Темп медленный. Дыхание ритмичное.

. И. п.- лежа на спине, руки на боковой поверхности грудной клетки. Дыхательное упражнение. 3-4 раза. На выдохе надавливать на боковую поверхность грудной клетки.

Заключительная часть

. И. п.- лежа на спине, руки согнуты в локтях. Круговые движения в лучезапястных суставах. 4-6 раз. Темп средний. Дыхание произвольное.

. И. п.- лежа на спине, руки вдоль туловища. Полное и спокойное дыхание. 4 раза. Вдох и выдох через нос.

В дальнейшем больные выполняют простые гимнастические упражнения для мышц рук и ног и туловища в сочетании с ритмичным и глубоким дыханием; при хорошей переносимости нагрузки - упражнения с гимнастической палкой, метание мячей различным способом, упражнения с булавами, а также облегченные смешанные висы и упоры. Кроме того, используют ходьбу с изменением темпа движения и в сочетании с дыхательными упражнениями.

Приложение 2

Примерный комплекс физических упражнений для больных экссудативным плевритом (основной период).

Вводная часть

. И. п.- сидя на постели, кисти рук на плечах. После глубокого вдоха на выдохе поочередно осуществлять круговые движения локтями в одну и другую сторону. 3-5 раз. Следить за правильным ритмом дыхания. Темп средний.

. И. п.- сидя на постели, руки на поясе. Поочередное подтягивание ноги к груди и животу. 3-4 раза. Не допускать значительной болезненности. Темп средний, дыхание произвольное.

. И. п.- стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища. Ходьба с постепенным ускорением и замедлением. 60 с. Дыхание глубокое, ритмичное.

Основная часть

. И. п. - то же. Дыхательное упражнение. 2-3 раза. Вдох и выдох через нос.

. И. п.- стоя, ноги на ширине плеч, руки согнуты, кисти на затылке. Повороты туловища в стороны. 4-5 раз. Темп средний, дыхание произвольное.

. И. п.- стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. Сгибание рук с касанием плеч, выпрямление рук в стороны, сгибание рук с касанием пальцами плеч, возвратиться в и. п. 3-4 раза. Дыхание произвольное, вдох и выдох через нос, темп средний.

. И. п.- то же. Наклоны туловища в стороны. 4-6 раз. Темп средний.

. И. п.- то же. На вдохе поднять руки вверх, на выдохе опустить с последующим надавливанием на грудную клетку в области диафрагмы. 5-6 раз. Темп средний, выдох через нос, продолжительный.

. И. п.- стоя, ноги вместе, руки на поясе. Отведение выпрямленной ноги назад с одновременным отведением локтей назад, вернуться в и. п. 3-4 раза. Дыхание произвольное.

. И. п.- стоя, ноги на ширине плеч, гимнастическая палка за спиной. Наклон туловища вперед с отведением палки кверху - выдох. Вернуться в и.п.- вдох. 4-6 раз. Выдох энергичный.

. И. п.- стоя, ноги вместе, руки опущены. Попеременное отведение ног назад на носок с одновременным подниманием противоположной руки вперед. 3-4раза. Темп средний,

. И. п.- стоя, медицинбол перед грудью. Броски медицинбола от груди, сбоку, из-за головы. 2-4 раза каждый вид броска. Дыхание не задерживать.

Заключительная часть

. И. п.- стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища. Ходьба в течение 1 мин. Темп медленный.

. И. п.- сидя на стуле. Надувание резиновых игрушек. Не допускать болезненности при натуживании, тахикардии, одышки.

Комплекс упражнений следует выполнять не менее 3-4 раз в сутки, отдельные упражнения, способствующие рассасыванию экссудата, натяжению плевры, расправлению пораженного легкого и усилению его вентиляции, увеличению подвижности диафрагмы, особенно на больной стороне - до 10 раз в сутки.

Лечебные физические упражнения при сухом плеврите применяют в период снижения температуры тела до нормальной или субфебрильной и при ослаблении болевого синдрома с целью профилактики плевральных спаек, развития правильного механизма дыхания и общего укрепления и оздоровления организма больного, повышения тренированности к физическим нагрузкам. С учетом локализации процесса в плевре вначале применяют упражнения с движением верхних конечностей, особенно на стороне поражения, упражнения для туловища сидя на гимнастической скамейке. Общая нагрузка на организм больного несколько больше, чем при экссудативном плеврите, длительность процедуры - 20-25 мин. После ликвидации основных явлений сухого плеврита назначают терренкур, греблю, спортивные игры, в зимнее время года при безветренной погоде - лыжи и коньки.

После выписки из стационара больным, перенесшим как экссудативный, так и сухой плеврит, следует рекомендовать регулярные занятия физкультурой на дому, особенно теми видами, которые способствуют укреплению дыхательного аппарата. В зимнее время года - это катание на коньках и ходьба на лыжах, в летнее - спортивные игры, гребля, плавание, туризм. Объем физической нагрузки определяют в зависимости от возраста, физического развития и общего состояния больного, а также условий труда и быта.

Плеврит часто обусловливается охлаждением организма, поэтому с целью профилактики проводят курс закаливания. Первый этап (1 мес) - частичное обтирание, второй (1 мес) - обтирание половины тела. Затем переходят на обтирание всего тела. Очень полезны воздушные ванны в движении продолжительностью от 5 до 30мин.

Обязательными условиями достижения положительных - результатов в лечении плевритов являются строгая постепенность в увеличении нагрузок, а также регулярность в применении лечебных физических упражнений, элементов физической культуры и закаливающих воздействий.