МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

«НИЖЕГОРОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ БАЗОВЫЙ КОЛЛЕДЖ»

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

КУРСОВАЯ РАБОТА

Тема: Реабилитация при пневмонии

Выполнила студентка группы 331-СД

Крючкова Екатерина Сергеевна

г. Нижний Новгород 2014г.

Оглавление

Введение

. Общая характеристика пневмонии

2. Особенности физической реабилитации при пневмонии на стационарном этапе

2.1 Общая характеристика этапов реабилитации

2.2 Задачи реабилитации при пневмонии

.3 Принципы медицинской реабилитации

.4 Физиотерапия

.5 Массаж

.6 ЛФК на стационарном этапе реабилитации больных, перенесших пневмонию

2.6.1 Механизм лечебного действия физических упражнений

.6.2 Задачи, средства и формы ЛФК на стационарном этапе

.6.3 Примерный комплекс упражнений лечебной гимнастики

.6.4 Оценка эффективности физической реабилитации при пневмонии

.7 Санаторно-курортный период

. Индивидуальная программа реабилитации пациента, перенесшего пневмонию, с помощью физических методов

Заключение

Список литературы

Введение

В настоящее время во всём мире заболеваемость пневмониями продолжает занимать ведущие позиции в классе болезней органов дыхания, который, в свою очередь, является одним из лидирующих по заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Помимо указанного, наблюдается большая доля (до 25% случаев) и рост числа осложнений пневмоний.

При этом, несмотря на повышение эффективности медикаментозной, в частности, антибиотикотерапии, представляется необходимым применение немедикаментозных методов в комплексном лечении данного вида нозологии, ввиду наличия ряда побочных эффектов лекарственной терапии, в особенности, аллергических реакций, а также с целью сокращения сроков лечения[13].

По данным разных авторов, до 72% больных пневмонией выписываются из стационара с разными остаточными клинико-рентгенологическими изменениями, а до 82% больных - с изменениями функции внешнего дыхания, кровообращения и газообмена [14].

Медицинская реабилитация уверенно входит в практику лечения лёгочных заболеваний, в том числе и пневмоний. Данной проблеме посвящено большое число публикаций, авторы которых предлагают и обосновывают различные методы реабилитационной терапии. Многие из этих методов эффективны, однако, в целом, комплексная программа восстановительного лечения больных пневмониями далека от совершенства[28].

Создание реабилитационной системы для больных с заболеваниями легких требует научного обоснования лечебно-реабилитационных действий. Необходима дальнейшая дифференциация и индивидуализация реабилитационных программ для конкретных больных[17].

Лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры способствуют повышению эффективности комплексного лечения больных пневмониями, а имеющиеся данные о связях между висцеральными и соматическими структурами, благодаря висцеро-висцеральным, висцеро-моторным и моторно-висцеральным взаимосвязям, позволяют предположить возможность повышения эффективности лечения пациентов с пневмониями путём комплексного воздействия на миофасциальные структуры, вовлеченные в патологический процесс, с помощью дифференцированных программ физических тренировок[17].

Цель исследования

Разработать эффективную программу физической реабилитации в комплексном лечении больных пневмониями различной этиологии.

Задачи исследования

) изучить особенности и длительность сохранения изменений функции внешнего дыхания при пневмониях различной этиологии;

) изучить изменения миофасциальных структур у пациентов с пневмониями в зависимости от этиологии заболевания;

) выявить наиболее частую локализацию пневмонии в зависимости от её этиологии;

) исследовать и доказать целесообразность индивидуального выбора наиболее эффективных физических упражнений и их дозирования непосредственно во время проведения процедуры лечебной гимнастики;

) изучить влияние предложенной нами программы лечебной физкультуры на функцию внешнего дыхания и состояние скелетной мускулатуры и сравнить её эффективность с результатами лечения по общепринятой программе двигательной терапии[17].

. Общая характеристика пневмонии

Пневмония (в обиходе используется термин «воспаление легких») - это острое заболевание дыхательной системы, которое характеризуется обширным инфекционным поражением легочных тканей человека. Бактерии (гемофильная палочка, стрептококки, стафилококки), внутриклеточные паразиты (микоплазмы, хламидии) и вирусы (герпес, грипп, парагрипп) - вот самые активные возбудители, в результате действия которых возникает пневмония. Лечение заболевания строится на устранении причины и последствий вредоносного воздействия[7].

Пневмония - симптомы и разновидности заболевания

В настоящее время врачи выделяют несколько разновидностей заболевания. О них мы расскажем чуть ниже, а пока перечислим общие признаки пневмонии:

· постоянный кашель;

· простудные болезни, длящиеся более 7 дней, особенно, когда за улучшением следует резкое ухудшение состояния больного;

· сильный кашель при глубоких вдохах;

· температура и насморк, сопровождающиеся побледнением кожи;

· одышка;

· отсутствие положительной динамики и снижения температуры при принятии парацетамола (эфералгана, панадола, тайленола).

Данных признаков недостаточно для того, чтобы поставить точный диагноз, но они являются веским поводом для обращения к врачу, ведь пневмония у детей и взрослых сопровождается рядом серьезных осложнений, поэтому ее лучше предотвратить, чем лечить. Теперь перейдем к рассмотрению видов пневмонии[18].

Крупозная пневмония

Как правило, болезнь развивается после переохлаждения организма. Это острая пневмония, характеризующаяся быстрым подъемом температуры (до 40-41 градуса), разбитостью и головной болью. Характерны также сильная одышка и неприятные ощущения в области груди, кашель, обильная мокрота. Насморка нет.

Крупозная пневмония легких очень опасна. Если вовремя не диагностировать заболевание и не назначить адекватное лечение, оно приводит к абсцессу легких, поражению сердца, сепсису и, как результат, летальному исходу. Чтобы избежать серьезных осложнений после пневмонии, необходимо вовремя обратиться в профильное медицинское учреждение, где врачи проведут пациенту радиографию легких и подтвердят или опровергнут наличие инфекции в организме.

Очаговая пневмония

Возникает на фоне бронхита и других заболеваний дыхательных путей. Развивается менее остро, чем крупозная пневмония. Температура поднимается постепенно, кашель поначалу слабый, мокроты практически нет, поэтому многие люди считают, что болезнь можно без проблем перенести «на ногах». Свою ошибку они понимают тогда, когда очаговая пневмония начинает развиваться. Возникает сильный, настойчивый кашель, гнойная мокрота и прочие тяжелые последствия. При отсутствии лечения у пациентов возможно появление абсцессов или прорыв гноя в плевральную полость.

Диагностика пневмонии проводится на основании клинической картины и рентгенологического исследования легких, которое позволяет выявить уплотнения легочной ткани.

Атипичная пневмония

Симптомы заболевания зависят от того, какими возбудителями оно было вызвано - микоплазмами, легионеллой или хламидиями. Микоплазменная пневмония у детей и взрослых проявляется в виде першения в горле, насморка, увеличения шейных лимфатических узлов и головной боли. Стеснение в груди и мокрота для данной формы болезни нехарактерны. Легионеллезная атипичная пневмония сопровождается сухим кашлем, болями в груди, высокой температурой, поносом, замедлением пульса и поражением почек. После пневмонии возможны осложнения со стороны органов сердечнососудистой системы и головного мозга.

При первых подозрениях на атипичную форму необходимо срочно обратиться к врачу. Если это действительно пневмония, лечение должно быть назначено как можно быстрее, поскольку процент смертности пациентов с поздним диагнозом составляет от 16 до 30%[30].

пневмония болезнь массаж физиотерапевтический

. Особенности физической реабилитации при пневмонии на стационарном этапе

По определению ВОЗ, медицинская реабилитация - это процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма, нарушенных в результате врожденного дефекта, перенесенных заболеваний и травм. Стратегической целью медицинской реабилитации является восстановление функций на органном уровне (морфофункциональное восстановление органа или системы) и восстановление интегративных функций целостного организма.

По определению Всероссийского общества пульмонологов (2002), пневмонии - это группа различных по этиологии, патогенезу, морфологическим особенностям острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Для воспалительных заболеваний бронхолегочной системы характерны склонность к затяжному течению и хронизация процесса, раннее присоединение аллергических осложнений. Антибактермальная терапия часто не обеспечивает полного излечения с восстановлением функции внешнего дыхания, что создает предпосылки для увеличения числа пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Принципами медицинской реабилитации пульмонологических больных являются раннее начало, комплексность и рациональность, учет клинических особенностей патологии, индивидуальных, психологических факторов, непрерывность и преемственность лечения (в стационаре, поликлинике, на санаторно-курортном этапе)[17].

2.1 Общая характеристика этапов реабилитации

На стационарном этапе больным острой пневмонией наряду с рациональной медикаментозной терапией назначаются физиотерапия и ЛФК.

Физические факторы оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее, бактериостатическое действие, улучшают кровоснабжение легких, способствуют активации адаптивно-приспособительных механизмов в дыхательной и сердечно-сосудистой системах, снижают выраженность патологических аутоиммунных процессов в организме. Раннее назначение физических процедур (с 3-4-7-го дня от начала заболевания) значительно повышает эффективность комплексных терапевтических мероприятий.

Общими противопоказаниями к назначению физиотерапии являются:

· лихорадочное состояние (температура тела выше 38° С),

· острые гнойно-воспалительные заболевания,

· кровотечение и склонность к нему,

· легочная и сердечная недостаточность II-III степени,

· тяжело протекающая сердечно-сосудистая патология,

· буллезная эмфизема легких,

· системные заболевания крови,

· новообразования или подозрение таковых.

При пневмонии в период экссудативно-пролиферативного воспаления и при отсутствии явлений резко выраженной интоксикации (температуры тела около 37,5° С) целесообразно применение следующих физиотерапевтических методов[17].

.2 Задачи реабилитации при пневмонии

· усиление крово-, лимфообращения в легких для ускорения рассасывания воспалительного экссудата и предупреждения осложнения;

· способствование более полному выведению мокроты, профилактика развития бронхов, бронхоэктазов;

· укрепление дыхательных мышц, увеличение экскурсии легких и жизненной емкости легких;

· нормализация механики дыхания: урежение и углубление дыхания;

· восстановление адаптации дыхательного аппарата и всего организма к физической нагрузке;

· реабилитирующее воздействие на сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную и другие системы организма для повышения их функции и поддержания общей физической работоспособности[6].

.3 Принципы медицинской реабилитации

При пневмонии в условиях стационара больному рекомендуется один из перечисленных двигательных режимов: строгий постельный (редко при необходимости), постельный, расширенный постельный (палатный) и свободный. Назначение двигательного режима зависит от тяжести болезни, ее течения и других факторов. При улучшении клинической картины заболевания больной последовательно переводится на следующий двигательный режим[3].

.4 Физиотерапия

Важной составной частью комплексного лечения пневмоний является физиотерапия. Физические факторы оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее, бактериостатическое действие, улучшают кровоснабжение легких, способствуют активизации адаптивно-приспособительных процессов в дыхательной и сердечно-4 сосудистой системах, снижают выраженность патологических аутоиммунных процессов в организме. Раннее назначение физических факторов (с 3-4 дня - конца первой недели от начала заболевания) значительно повышает эффективность комплексных терапевтических мероприятий. Общими противопоказаниями к назначению физиотерапии являются: лихорадочное состояние, острые гнойно-воспалительные заболевания, кровотечения и наклонности к нему, легочная сердечная недостаточность II-IIIст., тяжело протекающие сердечно-сосудистые заболевания, буллезная эмфизема легких, системные заболевания крови, новообразования или подозрение на них. При пневмонии в период экссудативно-пролиферативного воспаления и отсутствии явлений резко выраженной интоксикации (температуры выше 37,5°С) целесообразно включение следующих физиотерапевтических воздействий:

. Электрическое поле УВЧ. В период развития активного воспалительного процесса одновременно с антибактериальной терапией назначают электрическое поле ультравысокой частоты (э.п.УВЧ) на область проекции очага в легком. Электромагнитное поле УВЧ способствует уменьшению экссудации в тканях, уменьшает их отечность, восстанавливает микроциркуляцию. Под влиянием э.п.УВЧ усиливается местный фагоцитоз, образуется лейкоцитарный вал, отграничивается очаг воспаления от здоровых тканей. Процедура оказывает также бактериостатическое действие. Эл.п. УВЧ назначают на область проекции воспалительного очага. Конденсаторные пластины располагают с зазором 2,5-3 см от поверхности грудной клетки, поперечно в нетепловой или слаботепловой дозе, по 10-12 мин. Курс лечения 5-6 процедур, ежедневно. 2.Индуктотермия. При воздействии на организм магнитного поля высокой частоты усиливается крово- и лимфообращение, повышается обмен веществ, расслабляются гладкие и поперечно-полосатые мышцы. Индуктотермия оказывает противовоспалительное и антисептическое действие. Процедуру можно проводить на аппаратах ИКВ-4 - положение переключателя - 1 -3. Используют индуктор-диск или спираль в виде плоской петли. Продолжительность воздействия - 15-20 мин., 10-12 процедур, ежедневно. и УВЧ-30, УВЧ-80 «Ундатерм» индуктором с настроенным контуром (электрод вихревых токов), который устанавливается над областью проекции очага поражения. Дозировка слаботепловая, по 10 мин., 8-10 процедур, ежедневно. 5

. Дециметроволновая терапия способствует устранению застойных явлений, уменьшению отеков, снижению в тканях воспалительных и аутоиммунных реакций, усилению барьерных функций соединительной ткани. Воздействие проводится на межлопаточную область (первое поле) и область проекции надпочечников, соответственно сегментам Th10 - L3 (второе поле). Излучатель цилиндрический. Зазор - 3-4 см, мощность 30-40 Вт, по 7-10 мин. на поле. Курс лечения 10 процедур, ежедневно. При необходимости цилиндрический или продолговатый излучатель устанавливают над поверхностью грудной клетки в области очага поражения.

. Сантиметроволновая терапия. Сантиметровые волны обладают выраженным противовоспалительным эффектом, улучшают тканевой метаболизм и кровообращение в очаге поражения, заметно ускоряют сроки рассасывания воспалительного процесса. На стационарных аппаратах на область очага воспаления проводится дистанционное воздействие с зазором 3 - 5 см излучателем 14 см при выходной мощности 30-40 Вт,продолжительностью 10 мин. Курс лечения - 10-12 процедур, ежедневно

. Магнитотерапия. При наличии явлений выраженной интоксикации иотсутствии лихорадки в острой стадии заболевания для уменьшения отечности тканей, улучшения капилярного кровообращения, стимуляции обменных процессов в очаге воспаления назначают переменное низкочастотное магнитное поле с магнитной индукцией 35-50 мТл. Продолжительность воздействия 5-10 мин на поле. Курс лечения 10-14 процедур ежедневно. Переменное магнитное поле (аппарат «Полюс 1») над областью проекции очага поражения в легком со стороны спины. При двухстороннем процессе используют два индуктора, расстояние между которыми не менее 5 см. Магнитное поле синусоидальное, режим непрерывный. Положение ручки «Интенсивность» 2 или 4, по 15-20-30 мин, 15-20 процедур, ежедневно. При соблюдении указанных параметров воздействие можно проводить двумя индукторами паравертебрально соответственно проекции надпочечников (Д10-1з) или на межлопаточную область.

. Аэрозольтерапия. или ингаляции назначаются для увеличения площади контакта лекарственных веществ со слизистой оболочкой дыхательных путей и альвеол, что увеличивает резорбцию лекарственных веществ слизистой оболочкой, ускоряет рассасывание воспалительного процесса и, параллельно, улучшает функцию аппарата внешнего дыхания, потенцирует бактерицидное или бактериостатическое действие фармакологических препаратов. В этот период наиболее эффективны тепловлажные ингаляции растворов антибиотиков или других антибактериальных средств6 (диоксидин, фурагин и др), муколитиков (ацетилцистеин, мукосольвин, щелочные растворы), протеолитические ферменты (дезоксорибонуклеаза, трипсин, панкреатин и др.), которые вызывают гиперемию слизистой оболочки, разжижают вязкую слизь, ускоряют ее эвакуацию, облегчают отхаркивание мокроты, улучшают функцию мерцательного эпителия. Для ослабления бронхоспазма - бронхолитические средства (эуфиллин, эфедрин, солутан, новодрин или эуспиран). Более глубокое проникновение ингалируемых веществ в очаг воспаления наблюдается при использовании ультразвуковых ингаляций, обеспечивающих мелкодисперсное распыление лекарств. Для очищения бронхов от слизи, клеточного детрита, с целью оказания прямого воздействия на воспалительный процесс в бронхолегочной ткани назначают аэрозоль- и электроаэрозольтерапию следующих лекарственных веществ:

а) антибактериальных препаратов- (фурациллина (1:5000), фурагина (0,1%), диоксидина (1%) и др.

б) антибиотиков - пенициллина, стрептомицина, новоиманина и др.

в) фитонцидов - сока чеснока, лука в разведении 1:10, 1:20, 1:50, сока каланхоэ, настоя листьев эвкалипта и др.

г) веществ, разжижающих мокроту и облегчающих ее отхождение - щелочных растворов -1-2% р-р пищевой соды, морской соли, соляно - щелочных минеральных вод и др., отвара подорожника, мать-мачехи, шалфея; протеолитических ферментов и муколитических препаратов (трипсин, химотрипсин, дизоксирибонуклеаза в дозе 10-25 мг на ингаляцию, рибонуклеаза в дозе 50 мг на ингаляцию) и др[18].

. Ультрафиолетовое облучение (УФО) в эритемных дозах оказывает выраженное противовоспалительное действие за счет повышения фагоцитарной активности лейкоцитов, увеличения содержания противовоспалительных гормонов. УФО передней, боковой и задней поверхности грудной клетки проводится в эритемных дозах (2-5 полей), ежедневно 1 поле площадью 250-400 см2. Каждое поле облучается 2-3 раза, через 2 дня на третий по мере угасания предыдущей эритемы. Процедуру начинают с 2 биодоз, при последующих облучениях интенсивность увеличивают на 1 биодозу[8].

. Облучение инфракрасными лучами способствует активизации периферического кровообращения, стимуляции фагоцитоза, рассасыванию инфильтратов и дегидратации тканей, особенно при подострой и хронической стадии воспаления. Воздействие проводится на переднюю и заднюю поверхность грудной клетки в слаботепловой дозе, по 15-20 мин. Курс лечения 10-15 процедур, ежедневно. Процедуры можно7 сочетать с последующим ультрафиолетовым облучением грудной клетки по полям .

. Биоптронтерапия. Противовоспалительное действие поляризованного света с длиной волны от 400 до 2000 нм обусловлено улучшением регионального кровотока и лимфотока, усилением метаболизма в воспаленных тканях. Воздействие от лампы «Биптрон» проводится на обнаженную поверхность тела в области очага поражения с расстояния 5см (от портативной лампы), 20 см (от стационарной лампы). Плотность потока мощности 40 мВт/см

Пациент ощущает легкое тепло. Световой поток от лампы направляется строго перпендикулярно. Если необходимо воздействовать на большую поверхность, то ее делят на участки и поочередно облучают их. Во время процедуры световой поток не перемещают. Время облучения одного участка кожи 4-8 мин, ежедневно. Можно облучать 2-3 раза в день. Курс лечения до 20 процедур[10].

. Лазертерапия. Цель лазеротерапии или магнитолазеротерапии при острой пневмонии или ее остаточных явлениях - улучшение микроциркуляции в легочной ткани, ослабление спазма гладкой мускулатуры бронхов, местная и общая иммуностимуляция, потенциирование действия антибиотиков путем увеличения концентрации их в легочной ткани за счет интенсификации тканевого кровотока.

Методика заключается в воздействии лазерного излучения на рефлексогенные зоны в сочетании с надвенным лазерным или магнитолазерным облучением крови в области кубитальной вены. Облучение проводится на кожную зону в области проекции воспалительного очага, правого и левого главных бронхов, полей Кренига (обоих надплечий), паравертебральных зон (2 поля справа, 2 слева на уровне Тh3-9), область крыльев носа справа и слева[15].

Первый день: очаг воспаления, 2 зоны паравертебрально с двух сторон на уровне Тh3-4 и две зоны крыльев носа.

Второй день: очаг воспаления, 2 средних зоны паравертебрально на уровне Тh5-6 и поля Кренига

Третий день: очаг воспаления, 2 средних зоны паравертебрально на уровне Тh7-8. В одну процедуру воздействие проводится на 7 зон. Диаметр светового пятна - 2 см, плотность потока на одну зону 1,9 мВт/см, экспозиция - 2-4 минуты, 10-12 процедур.

2.5 Массаж

. Массаж спины

Процесс необходимо начинать с поглаживания, а затем приступить к «выжимательным» движениям. Необходимо выполнять кругообразные движения подушечками пальцев, фалангами и кулачками. Движения не должны быть торопливыми.

. Массаж передней поверхности грудной клетки.

Необходимо выполнять движения снизу вверх по направлению к лимфатическим узлам. Затем необходимо преступить к разминанию межреберных промежутков, поочередно, прямолинейно перебирая подушечками пальцев. В конце необходимо растереть грудину, ключицы и прилегающие к ним области[5].

. Массаж шеи.

Массировать шею стоит тщательно и неторопливо круговыми движениями. Разминать мышцы шеи необходимо пальчиками и фалангами пальцев.

. Повторный массаж поверхности грудной клетки.

Первый этап массажа выполняется так же, как и в первый раз. На втором этапе необходимо проработать большую грудную мышцу. Выполняйте поочередно круговые и двойные кольцевые движения[16].

. Дыхательный массаж.

Вариант дыхательного массажа основывается на следующих принципах. Необходимо установить концевые фаланги пальцев в межреберные промежутки как можно ближе к позвоночнику. На выдохе больного толчкообразными движениями сдавливайте грудную клетку, постепенно перемещаясь от позвоночника к бокам. Выполнять необходимо по 5-6 подходов[5].

2.6 ЛФК на стационарном этапе реабилитации больных, перенесших пневмонию

Среди методов немедикаментозного восстановительного лечения пневмонии в условиях стационара одно из ведущих мест занимает лечебная физкультура и дыхательная гимнастика, которые способствуют ускоренному рассасыванию воспалительных очагов, улучшению регенерации, восстановлению вентиляции и дренажа легких, повышению защитных сил организма[1].

.6.1 Механизм лечебного действия физических упражнений

ЛФК противопоказана больным с выраженной интоксикацией, высокой температурой, дыхательной недостаточностью III степени. Назначение дыхательных упражнений с постепенным расширением двигательной активности целесообразно уже со 2-3-го дня после снижения температуры тела.

В остром периоде показано лечение «положением в постели»: пациенту рекомендуют лежать на здоровом боку 3-4 ч в день с валиком под грудной клеткой с периодическими поворотами на живот. Целесообразно лежать на спине с разгрузкой пораженной стороны (рука поднята вверх и повернута кнаружи). Рациональные позы способствуют равномерной вентиляции легких и препятствуют образованию спаек. Наряду с этим постепенно подключаются статические упражнения для усиления вдоха и выдоха. Больного следует научить правильному дыханию с глубоким вдохом через нос и медленным полным выдохом через рот, с активным включением диафрагмального дыхания (брюшной и нижнегрудной тип дыхания)[11].

При обильном скоплении бронхиального отделяемого и затрудненной экспекторации выбирают положения дренажного типа в зависимости от локализации очага воспаления. Дренажную гимнастику следует сочетать с форсированным откашливанием и вибромассажем грудной клетки[19].

По мере улучшения состояния больного в комплекс ЛФК включают динамические упражнения для рук и ног с постепенным углублением дыхания, а также дыхательные упражнения с преодолением сопротивления на вдохе и выдохе, в т. ч. звуковую гимнастику, дыхание через суженные отверстия рта и носа[8].

Перед выпиской из стационара объем двигательной активности увеличивается (под контролем шаговой пробы), назначаются упражнения, связанные со снарядами[11].

.6.2 Задачи, средства и формы ЛФК на стационарном этапе

. восстановление дыхательного акта с целью поддержания равномерной вентиляции и увеличения насыщения артериальной крови кислородом путем:

· снижения напряжения дыхательной мускулатуры;

· выработки нормальных соотношений дыхательных фаз;

· развития ритмичного дыхания с более продолжительным выдохом;

· увеличения дыхательных экскурсий диафрагмы;

. развитие компенсаторных механизмов, обеспечивающих увеличение вентиляции легких и повышение газообмена путем:

· укрепления дыхательной мускулатуры;

· увеличения подвижности грудной клетки;

. улучшение функции системы кровообращения;

. адаптация кардиореспираторной системы к возрастающей физической нагрузке.

Средства ЛФК: физические упражнения, преимущественно изотонического (динамического) характера, охватывающие мелкие и средние мышечные группы; дыхательные упражнения - статические (изометрические) и динамические(изотонические), произвольно управляемое (локализованное) дыхание. Выполняются повороты и наклоны туловища для предупреждения плевральных спаек. На выдохе больной кашляет, а методист может сдавливать грудную клетку синхронно с кашлевыми толчками, помогая выведению мокроты, с этой же целью используется и толчкообразный выдох. При кашлевом толчке кратковременно повышается внутригрудное давление, что способствует более полному расправлению легкого. Дозировка каждого упражнения 2-4 раза, темп выполнения - медленный, для мелких мышечных групп - средний, соотношение дыхательных упражнений к гимнастическим - 1:1, 1:2 Сначала выполняются статические упражнения, а затем динамические. В конце занятия пульс увеличивается на 8- 12 уд/мин по сравнению с исходным. Нагрузки малой интенсивности. Кроме того, используются УГГ, самостоятельные занятия. Метод проведения ЛГ(10-15 мин) и УГГ(5-7 мин) - индивидуальный и малогрупповой. После окончания занятия рекомендуется массаж (особенно лицам пожилого возраста) конечностей и грудной клетки (поглаживание, растирание, ударные приемы - для отхождения мокроты) в течение 8-10 мин[1].

Формы ЛФК: УГГ (10-15 мин), ЛГ (20-25 мин), самостоятельные занятия физическими упражнениями, тренировочная ходьба по ступенькам лестницы, дозированная ходьба и др. Занятия проводятся в положении больного сидя и стоя, упражнения охватывают все мышечные группы, используются различные предметы и снаряды. Так, часть упражнений проводится у гимнастической стенки - наклоны туловища в сочетании с дыхательными упражнениями в соотношении с гимнастическими 1:2, 1:3. Занятия включают также подвижные игры и ряд общеразвивающих и дыхательных упражнений, выполняемых при ходьбе. Лечебный массаж назначается по показаниям и после занятий физическими упражнениями. Тренировочная ходьба по ступенькам лестницы начинается с освоения 9-11 ступеней, с каждым занятием увеличиваясь на 3-5 ступеней. Скорость подъема - I ступень за 1-2 с. Дозированная ходьба назначается больному на территории парковой зоны стационара (если она имеется). В первый день ему рекомендуют пройти 300-500 м со скоростью 50-60 шагов/мин. Расстояние ежедневно следует увеличивать на 100-200 м, а скорость ходьбы - на 5-7 шагов/мин. Во время занятий необходим контроль за состоянием больного[20].

.6.3 Примерный комплекс упражнений лечебной гимнастики

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Спокойное дыхание. Число повторений 40-60. Темп средний.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Супинация и пронация кистей; дыхание произвольное. Число повторений 6-8. Темп средний.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Поднять руки вверх к спинке кровати - вдох; принять исходное положение - выдох; дыхание слегка углубленное. Число повторений 3-4. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Сгибание и разгибание стоп; дыхание произвольное. Число повторений 8-10. Темп средний.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Развести руки в стороны - вдох; принять исходное положение - выдох. Число повторений 3-4. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки на поясе. Сгибание поочередно правой и левой ноги в коленном суставе, пятка скользит по постели; дыхание произвольное. Число повторений 3-4. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки согнуты в локтях. Сделать упор локтями и затылком, прогнуться в грудной части позвоночника - вдох, принять исходное положение - выдох. Число повторений - 2-3. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Спокойное дыхание. Число повторений 40-60. Темп средний.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Кисти в «замок», поднять руки вверх, ладонями повернуть от себя - вдох, принять исходное положение 0 выдох. Число повторений 3-4. Темп средний.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Попеременное отведение ног в стороны, дыхание произвольное. Число повторений 2-3. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Спокойное дыхание. Число повторений 30-40. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Поочередно правой и левой рукой достать предмет на тумбочке; дыхание произвольное. Число повторений 2-3. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки согнуты в локтях, кисти приведены к плечам. Развести плечи в стороны - вдох, принять исходное положение - выдох. Число повторений 3-4. Темп медленный[12].

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Спокойное дыхание. Число повторений 30-40. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Поднять поочередно правую и левую ногу вверх, опустить на кровать; дыхание произвольное. Число повторений 2-3. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Поднять руки вверх, достать до спинки кровати - вдох, принять исходное положение - выдох. Число повторений 3-4. Темп медленный.

. Исходное положение: лежа, руки вдоль корпуса. Спокойное дыхание. Число повторений 40-60. Темп медленный.

Дальнейшая активизация реконвалесцента в рамках проведения лечебной физкультуры при пневмонии происходит за счет постепенного повышения нагрузки, в частности, путем увеличения числа повторений[12].

.6.4 Оценка эффективности физической реабилитации при пневмонии

Лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры способствуют повышению эффективности комплексного лечения больных пневмониями, а имеющиеся данные о связях между висцеральными и соматическими структурами, благодаря висцеро-висцеральным, висцеро-моторным и моторно-висцеральным взаимосвязям, позволяют предположить возможность повышения эффективности лечения пациентов с пневмониями путём комплексного воздействия на миофасциальные структуры, вовлеченные в патологический процесс, с помощью дифференцированных программ физических тренировок[17].

2.7 Санаторно-курортный период

Реабилитация пациентов после пневмонии проводится на местных курортах, а также в приморских санаториях, расположенных на Южном берегу Крыма, на Черноморском побережье Кавказа, во Владивостокской зоне. Санаторно-курортное лечение проводится только в теплое время года, с мая по октябрь. В санаториях пациентам назначаются разнообразные лечебно-реабилитационные мероприятия. Они включают в себя назначение лечебного питания, специальной фитотерапии, проведение массажа. В санаториях с целью улучшения проникновения лекарственных веществ в клетки используют методику поперечной гальванизации постоянным электрическим током. Курс состоит из 10-15 ежедневных процедур по 20 мин[17].

Для профилактики застойных явлений в легких пациентам показаны процедуры с использованием импульсных токов (диадинамических, интерферентных, синусоидальных). Подобные импульсные токи улучшают лимфообращение и кровообращение в легких, что способствует ускорению выздоровления. Если у больного пневмония протекала с развитием плеврита, то в санатории можно пройти курс электростимуляции диафрагмы, что ведет к улучшению рассасывания патологического процесса и профилактики спайкообразования. Всем пациентам санатория предлагается пройти курс инфракрасного излучения, которое обладает выраженным противовоспалительным эффектом[15].

Если же у больного отмечается выраженная интоксикация и аллергизация организма, ему рекомендовано применение аутотрансфузий крови, облученной ультрафиолетом. В распоряжении санаториев, специализирующихся на лечении и профилактике заболеваний органов дыхания, имеются ртутно-кварцевые ванны, оборудование для внутривенного лазерного облучения крови. Также пациент может получить в санатории курс парафиновых и озокеритовых аппликаций на область пораженной доли легкого. Очень эффективны и бальнеологические процедуры. Кроме того, программа санаторно-курортной реабилитации включает в себя проведение занятий лечебной физкультурой. Обязательным компонентом реабилитации является и психотерапевтическая помощь[17].

3. Индивидуальная программа реабилитации (практическая часть курсовой работы по МДК 02.02 «Основы реабилитации»)

Пациент: Елена Николаевна 46 лет.

Диагноз: Пневмония

Период реабилитации: Вторая стадия

Этап реабилитации: Палатный режим

Разработчик студентка331-СД учебной группы

Индивидуальная программа реабилитации

.1 Характеристика реабилитанта

ФИО Елена Викторовна Возраст 46 лет

Национальность Русская пол жен семейное положение замужем

Вероисповедание Христианка

. Причина обращения Сильный кашель при глубоких вдохах.

мнение пациента о своем состоянии: сильная одышка и неприятные ощущения в области груди

ожидаемый результат: Выздоровление

.Источник информации (семья, мед. документация, мед. персонал, и др.) мед. документация

возможность общаться ( да, нет)

.Жалобы пациента температура, сильный кашель, одышка, обильная мокрота

.История заболевания. Заболела 3 дня назад

госпитализация (где, когда, почему) ГБУЗ НО ГКБ №12

лекарства

аллергия, побочное действие нет

.История жизни

сексуальная (беременность, роды, аборты, менструальный цикл, менопауза)

беременность, роды в срок, аборты отсутствуют

контроль за рождаемостью, стерилизация, сексуальная активность

социальные данные ( род занятий, образование, мед. страхование)

Работает поваром в дет. саде, образование ср. специальное

адрес (место рождения и где в настоящее время проживает)

г. Арзамас ул. М. Горького д. 34 кв. 21

г. Н. Новгород б-р Юбилейный д. 6 кв. 16

путешествия (вне России) не было

.Родственные отношения поддерживает отношения со всеми членами семьи

дом (сколько людей проживает совместно) пятеро

работа повар в детском саду

общественные организации

.История семьи:

Родители Светлана Владимировна, Николай Сергеевич

Супруг (а) Борис Николаевич

Дети сын Сергей Борисович

Заболевания у членов семьи (подчеркните соответствующие):

Сахарный диабет, гипертония, ИБС, пороки сердца, инсульт, анемия, аллергия, рак, психические расстройства, заболевания опорнодвигательного аппарата, заболевания желудка, заболевания почек и пр.

. Объективное обследование больного (нужное подчеркнуть)

сознание: ясное, спутанное, отсутствует

настроение (эмоциональное состояние): спокойный, печальный, замкнутый, сердитый и т.д.

поведение: адекватное, неадекватное (заторможен, возбужден, агрессивен)

положение в постели (активное, пассивное, вынужденное)

рост 169см вес 75кг ИМТ 26,8

Температура тела 37,8

состояние кожи и слизистых: чистота, тургор, влажность, цвет (нормальный, гиперемия, цианоз), видимые изменения кожи ( рубцы, сыпь, пролежни, расчесы, гнойники, депигментация, опухоли)

видимое увеличение лимфатических узлов: да, нет, пальпация:

наличие отеков: да, нет

костно-мышечная система: (деформации скелета, суставов, атрофия мышц)

дыхательная система: ЧД 21 раз в мин. глубокое: да, нет; ритмичное: да, нет

грудная клетка (симметрична) да, нет

одышка: экспираторная, инспираторная, смешанная

кашель: да, нет

мокрота: да, нет; кол-во кол-во 5 мл.

вид мокроты (гнойная, серозная, геморрагическая)

специфический запах: да, нет

дыхание ( везикулярное, жесткое), хрипы: да, нет

Органы кровообращения:

Пульс на лучевой артерии: правая-77 ударов в мин. Левая-77 ударов в мин.

Симметричность Симметричен

Напряжение: хорошего наполнение: хорошее

Ритмичность: Ритмичен частота: 77 уд/мин

Артериальное давление:130/90 мм/рт. Левая рука 125/86 мм/рт. Правая рука

Желудочно-кишечный тракт:

язык: наличие налета: да, нет; запах изо рта: да, нет

глотание не затруднено аппетит: не нарушен, снижен, отсутствует

рвота: да, нет; характер рвотных масс:

характер стула: норма, жидкий, запор, цвет, недержание, частота

живот: метеоризм: да, нет; симметричный да напряжен нет

болезненность при пальпации: да, нет

Мочевыделительная система:

Задержка нет болезненность нет норма

цвет мочи: светло-желтый гематурия

Эндокринная система:

характер оволосения: женский тип, мужской тип

распределение подкожно- жирового слоя: женский тип, мужской тип

увеличение щитовидной железы: да, нет

акромегалия: да, нет

Нервная система:

Сон (нормальный, бессонница, беспокойный)

тремор: да, нет

нарушение походки: да, нет

наличие парезов, параличей: да, нет

речь: нормальная, отсутствует

зрение: нормальное, отсутствует

слух: нормальный, отсутствует

.2 Реабилитационное заключение

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нарушение | Ограничение жизнедеятельности | Социальная недостаточность |
| Повреждение дыхательных путей | Нарушение Физической активности. | Временное нарушение профессиональной трудоспособности. |
| Боли в грудной клетке | Невозможность выполнять повседневную деятельность |  |
| Одышка  | Затруднение эффективно передвигаться в своем окружении | Невозможность интегрировать в общество |

3.3 Цели реабилитации

. усиление крово-, лимфообращения в легких для ускорения рассасывания воспалительного экссудата и предупреждения осложнения;

. способствование более полному выведению мокроты, профилактика развития бронхов, бронхоэктазов;

. укрепление дыхательных мышц, увеличение экскурсии легких и жизненной емкости легких;

. нормализация механики дыхания: урежение и углубление дыхания;

. восстановление адаптации дыхательного аппарата и всего организма к физической нагрузке;

. реабилитирующее воздействие на сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную и другие системы организма для повышения их функции и поддержания общей физической работоспособности.

.4 Реабилитационный потенциал

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Положительные факторы | Отрицательные факторы |
| Молодой возраст | Не выполняет утреннюю гимнастику |
| Правильное питание | Экологически загрязненная среда проживания  |
| Хорошо осведомлена о хар-ре своего заболевания | Низкий уровень оплат труда |
| Выполняет назначения врача |  |
| Не курит |  |
| Не употребляет алкоголь  |  |
| Физически активна |  |
| Отсутствие профессиональных вредностей |  |
| Поддержка семьи |  |
| Хорошее физическое воспитание |  |

Уровень реабилитационного потенциала: (высокий, средний [удовлетворительный], низкий)

3.5 Индивидуальная программа реабилитации

Таблица 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятие | Ответственные (реабилитационная бригада) | Сроки исполнения | Оценка эффективности |
| 1 | Режим палатный  | Лечащий врач, палатная м/с, процедурная м/с | С момента поступления до момента вписки 5 дней до выписки | Двигательный режим адекватен функциональным возможностям пациента, способствует реабилитации |
| 2 | Диета (стол№13) | Лечащий врач, старшая м/с, м/составляющая порционник, зав. отделения, м/с раздатка, работник столовой ЛПУ, повар | С момента поступления до момента выписки | Обеспечивает энергетические потребности пациента, полный и качественный состав основных питательных элементов, витаминов, белков, жиров и углеводов. |
| 3 | Лекарственная терапия (антибиотики, противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты) | Лечащий врач, старшая м/с. Процедурная м/с, зав. отделения, сотрудник аптеки | С момента поступления до момента выздоровления | Регрессия симптомов. Оказание болеутоляющего действия, быстрого отхождения мокроты, способствует реабилитации.  |
| 4 | Физиотерапия: -индуктотермия; -ЭП УВЧ; -ингаляционная терапия | Лечащий врач, старшая м/с, процедурная м/с, зав. Отделения, врач физиотерапевт | С момента поступления до момента выздоровления | Регрессия симптомов. Оказание болеутоляющего действия, быстрого отхождения мокроты. Способствует реабилитации |
| 5 | ЛФК: - лечебная гимнастика -ежедневная утренняя гимнастика -дозированная ходьба | Лечащий врач, старшая м/с, врач ЛФК, инструктор ЛФК | С момента поступления до момента выздоровления | Повышение устойчивости к физическим нагрузкам |

3.6 Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении

Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 4

|  |  |
| --- | --- |
| Минздрав РФ | Медицинская документация Форма № 044(у) |
| Наименование учреждения |  |

КАРТА

больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного № 237 Лечащий врач: Привалов С. А.

Ф.И.О. Кривова Елена Викторовна

Возраст: 46 лет Пол: жен

Из какого отделения (кабинета) направлен больной: Пульмонологического отделения

Диагноз: Пневмония

Таблица 5 Жалобы больного

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назначение процедуры лечащим врачом или врачом физиотерапевтом | Дата | Наименование процедуры | Кол-во | Продолжительность | Дозировка |
| Лечащий врач | 22.11 | индуктотермия | 8 | 15-20 мин | 5 в день |

Место проведения процедуры (подчеркнуть): кабинет, перевязочная, на дому

Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)

Медсестра: Лаврова С. А.

Врач - физиотерапевт: Ариев П. Л.

Беседа с пациентом.

Здравствуйте, Елена Николаевна. Меня зовут Екатерина Сергеевна, я ваша палатная мед. Сестра. Ваш лечащий врач - Сергей Александрович назначил Вам физиотерапевтические процедуры - индуктотермию.

Индуктотермия представляет собой воздействие на организм магнитным полем высокой частоты. Эта процедура усилит Вам кровообращение, расслабит мышцы, окажет болеутоляющее действие, у вас пройдут боли в грудной клетке. После этой процедуры Вы будете чувствовать себя лучше.

Эта процедура достаточно широко используется в современной медицине. После данного метода лечения наблюдается положительная динамика.

Индуктотермия, назначена вашим лечащим врачом с завтрашнего дня. В 9 часов утра, Вам нужно будет сходить в физиотерапевтическое отделение, в кабинет №15, на физиотерапию-индуктотермию. С собой взять сменную обувь, чистую простынь и направление в ФТО.

При проведении этой процедуры в будете ощущать приятное тепло. Продолжительность на первый раз 15 минут, далее будет увеличиваться до 30-40 минут. Количество процедур 15 на курс. Прием пищи через час после процедуры. После процедуры следует отдохнуть 20-30 минут.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, Вы сможете обратиться ко мне или вашему лечащему врачу.

Заключение

Болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости. Острая пневмония среди причин детской смертности во многих территориях России является наиболее частой причиной смерти.

Профилактика острых пневмоний заключается в санации очагов хронической инфекции, закаливании организма, избегании переохлаждения. Пневмониям наиболее подвержены лица детского и пожилого возраста, курящие, страдающие хроническими заболеваниями, с иммунодефицитом, постоянно контактирующие с птицами, грызунами.

Экспертами ВОЗ оговаривается необходимость выполнения указанных рекомендаций.

Таким образом, острая пневмония - серьезное испытание не только для больного, но и для медицинского персонала, успешный выход из которого определяется своевременностью диагностики начала заболевания, адекватным лечением и внимательным уходом и заботой за пациентом.

Прогноз острой пневмонии, как правило, благоприятный. Исключение могут составить больные пожилого и старческого возраста, больные хроническими заболеваниями бронхов и легких, сердечнососудистыми и эндокринными заболеваниями, алкоголики, а также дети до пяти лет. У этих людей чаще всего возникают осложнения, которые зачастую и определяют исход заболевания.

Для предупреждения внутрибольничной пневмонии показана госпитализация больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в боксированное отделение.

Литература

1. Анашкина Е.И. Эффективность лечебной физкультуры и способы ее повышения у больных острой пневмонией: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989.

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

. Гаджиев Д.Р., Слесанов А.В., Новоженов В.Г. // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Москва, 31 октября-3 ноября 1999: Сборник резюме. - М., 1999. - С. 284.

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

. Глезер О., Далихо В. Сегментарный массаж: Пер. с нем. - М., 1965.

6. Гриппы М.А. Патофизиология легких: Пер. с англ. - М., 1997.

7. Гуляев С.А. Острая пневмония и местная барьерная функция органов дыхания (аспекты диагностики и патогенеза).Владивосток, 1996.

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

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

. Дуков Л.Г., Ворохов А.И. Диагностика и лечение болезней органов дыхания. - 3-е изд. - Смоленск, 1996.

. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина. - М., 2000.

. Кодолова И.М. // Арх. пат. - 1974. - Т. 36, вып. 2. - С. 77-80.

. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина: Пер. с нем. - М., 1993.

. Логунов О.В., Яковлев В.Н., Корытников К.И. // Тер. арх.1984. - № 3. - С. 113-115.

. Макарова И.Н., Епифанов В.А. Аутомиокоррекция. - М., 2002.

. Массаж / Под ред. Й.К. Кордеса и др.: Пер. с нем. - М., 1983.

. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. - М., 2005.

. Меньшикова И.Г. Состояние центральной гемодинамики при затяжной пневмонии: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Владивосток, 1983.

. Могендович М.Р. // Моторно-висцеральные и висцеромоторные рефлексы. - Пермь, 1963. - С. 7-17.

. Могендович М.Р., Темкин И.Б. Физиологические основы лечебной физической культуры. - Ижевск, 1975.

. Моторно-висцеральные координации и их нарушения / Под ред. М. Р. Могендовича. - Пермь, 1969.

. Мэгоун Г.И. Краниальная остеопатия: Пер. с англ. - Бедово, 1992.

. Нагибин М.В., Нейфак Е.А., Крылов В.Ф. и др. // Тер. арх.1996. - Т. 68, № 11. - С. 33-35.

. Нейко Е.М., Шпак Б.Ю. Острые пневмонии. - Киев, 1990.

. Ноников В.Е., Воробьева М.Г., Батенкова С.В. и др. // Кремлев. мед. Клин, вестн. - 1999. - № 4. - С. 7-10.

. Патологическая анатомия пневмоний: вопросы географической патологии: Материалы VIII пленума правления Всесоюзного научного общества патологоанатомов. - Таш-кент, 1975.

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

. Проект практических рекомендаций МЗ РФ. Внебольничная пневмония у взрослых: диагностика, лечение, профилактика. - М., 2002.

. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания / Под ред. А.Г. Чучалина. - М., 2004.

. Саперов В.Н. Пневмония. - Чебоксары, 1996.

. Силуянова В.А., Сокова Э.В. Лечебная физкультура при заболеваниях легких. - М., 1978. - С. 73-125.

. Сильвестров В.П., Лутошкин С.Ф., Резников Ю.П. и др. // Тер. арх. - 1982. - № 10. - С. 69-72.

. Сильвестров В.П. Клиника и лечение затяжной пневмонии. - Л., 1986.

. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмония. - М., 1987.

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

. Скиба В.Л. Трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный пролапс мембранозной стенки трахеи и бронхов): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Минск, 1995.

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

. Соболева М.К., Себелева Г.Г., Чернов Ю.А. и др. // 6-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Новосибирск, 1-6 июля 1996 г.: Сборник резюме. - Новосибирск, 1996. - С. 356.

. Токарева О.В. // Тезисы докладов III Всероссийского съезда по лечебной физкультуре и спортивной медицине. Свердловск, 1986. - С. 307-308.

. Томсон В.В. Функциональная морфология легких человека при остром и хроническом неспецифическом воспалении: Дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 1995.

. Фадеева В.Н. // Пневмония (этиология, патогенез, патологическая анатомия). - Л., 1958. - С. 30-43.

. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции: Патологическая анатомия и вопросы патогенеза: Руководство. - СПб., 1993.