## Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

Кафедра физической реабилитации

Заведующий кафедрой: доц. Томашевский Н.И.

РЕФЕРАТ

ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

ТЕМА:

**«Физическая реабилитация детей дошкольного возраста с ЛОР-заболеваниями»**

Выполнил:

студент 5-го курса группы ФР-04

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Виктюк Геннадий Васильевич

Руководитель: Симарова А.В.

2008

**Физическая реабилитация детей дошкольного возраста с ЛОР-заболеваниями**

Респираторные заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Это связано как с анатомо-физиологическими особенностями, так и со своеобразием реактивности организма ребёнка. К наиболее характерным из них относятся меньшие размеры органов дыхания у детей и соответственно меньшая величина ЖЁЛ по сравнению со взрослыми. Аэродинамическое сопротивление у детей в расчёте на единицу массы лёгких меньше, чем у взрослых, так же, как и длина бронхов, носовые и лёгочные ходы сравнительно уже.

Основными причинами, вызывающие ЛОР-заболевания у детей, являются инфекции, экологическая обстановка, аллергены, наследственность.

К основным ЛОР-заболеваниям у детей относятся: насморк острый (ринит), гайморит, ангина, фарингит, истинный круп, ларингит острый (ложный круп), тонзиллит, аденоиды и др.

**Насморк острый** - самое частое заболевание верхних дыхательных путей у детей. Наблюдается как самостоятельное заболевание или сопутствует некоторым инфекциям. В основе острого воспаления слизистой носа лежит нервно-рефлекторный механизм. Чаще всего возникает как реакция организма на общее или местное охлаждение, приводящее к активизации условнопатогенной флоры, постоянно находящейся в полости рта, носа и носоглотки. Кроме того, инфекционные агенты могут попасть в полость носа извне. Причиной острого насморка могут быть и вредные примеси во вдыхаемом воздухе (пыль, дым, пары кислот и т.п.).

Симптомы и течение. Острый насморк всегда поражает обе половины носа одновременно. Болезнь начинается с чихания, ощущения жжения или покалывания в горле, особенно в носоглотке, иногда хрипотой. Нередко повышение температуры до 37 и выше. В этой - первой стадии ощущается большая сухость в носу и носоглотке. Нередко развивается конъюнктивит вследствие распространения процесса на слезопроводящие пути. Заложенность носа вызывает ощущение тяжести в голове, изменяется тембр голоса, понижается обоняние. Через 2-3 дня, а иногда через несколько часов появляется обильное серозно-слизистое отделяемое из носа. Это вторая стадия - стадия разрешения. Затем отделяемое становится слизистогнойным, вязким и через 7-10 дней процесс заканчивается выздоровлением.

Диагноз нетрудно поставить и без осмотра носа. Следует, однако, помнить, что причиной насморка может быть специфическая инфекция, которую необходимо дифференцировать по другим клиническим и лабораторным проявлениям (посев на флору).

*Лечение*. Постельный режим при повышении температуры и тяжелом течении. В начальной стадии рекомендуются потогонные процедуры (чай с малиной, медом, ножные горячие ванны, горчичники на икроножные мышцы и т.п.). Иногда удается остановить развитие насморка жаропонижающими (аспирин по 0,5-1 г). При головной боли дают анальгин (0,3-0,5 г). Местное лечение направлено на улучшение носового дыхания (эфедрин, нафтизин, сапорин, адреналин - в виде капель в нос 3-4 раза в сутки). Хороший эффект дает вдувание в нос тройного сульфаниламидного порошка с пенициллином и эфедрином.

В современном арсенале медикаментов для лечения насморка имеется много различных средств, в состав которых входят различные сосудосуживающие, противовоспалительные, противоаллергические препараты, выполненные в виде мазей и аэрозолей. Их применение необходимо согласовывать с врачом.

**Гайморит**. Воспаление верхнечелюстной пазухи возникает как осложнение при остром насморке, гриппе, кори, скарлатине и других инфекционных заболеваниях. Второй по частоте причиной являются заболевания корней четырех задних верхних зубов.

Симптомы и течение. Чувство давления и напряжения в области пазухи, затем присоединяются боли и в области лба, скуловой, височной, захватывая всю половину лица. Нарушается носовое дыхание, появляются выделения из носа, светобоязнь, слезотечение, понижается обоняние. Температура в первые дни повышенная, озноб, расстройство общего состояния. Иногда отекает щека на стороне поражения и даже нижнее веко глаза. Щека при ощупывании болезненна.

Распознавание. Диагноз ставится на основании жалоб, осмотра, данных рентгенологического исследования и пробного прокола верхнечелюстной пазухи с помощью специальной иглы. На рентгенограмме определяется затемнение пазухи, а при пункции - характер ее содержимого.

*Лечение*. Обычно консервативное. Сосудосуживающие препараты в виде капель, мазей, порошков вводятся в носовую полость (эфедрин, галазолин, нафтизин, санорин, адреналин) для уменьшения отека слизистой. Назначают антибиотики, сульфаниламиды по тяжести заболевания. В качестве противовоспалительных средств применяют физиолечение (синий свет, соллюкс, УВЧ,микроволны). Наиболее эффективно промывание пазух и введение в них лекарств (антибиотики, ферменты, гормоны и др.) с помощью пункции, которая производится под местной анестезией.

Прогноз: при отсутствии осложнений - благоприятный. Возможен переход в хронические формы, клинически мало отличающиеся от острых. В таких случаях решается вопрос о хирургическом лечении.

**Ангина**. Воспаление лимфаденоидной ткани глотки, небных миндалин. Ангина - общее инфекционное заболевание организма, возбудителем которой является самая разнообразная бактериальная флора, чаще всего стрептококк. Источником могут служить кариозные зубы, воспалительные процессы придаточных пазух носа. Иногда наблюдается заражение недоброкачественными продуктами, например, молоком, обсемененным гнойными бактериями.

Симптомы и течение. Начинается с болей в горле при глотании, повышения температуры, головной боли, слабости, иногда рвоты. При осмотре обнаруживается покраснение слизистой оболочки зева, отечность миндалин, увеличение шейных лимфоузлов, иррадирующие боли в ухо. Состояние больного иногда может быть довольно тяжелым с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией. В анализах крови и мочи отмечаются резкие изменения.

*Лечение*. Постельный режим, антибиотики широкого спектра, щадящая диета, витамины, местно - полоскание, ингаляция, согревающий компресс, физиотерапия (УВЧ, УФО, аэрозоль-терапия). Прогноз - чаще всего благоприятный.

**Острый фарингит.** Фарингит. Воспаление слизистой оболочки глотки. Различают острую и хроническую формы. Первая возникает, как правило, в результате насморка или раздражающих факторов (острая, горячая или холодная пища, алкоголь, курение). Бактериальная флора разнообразна.

Симптомы и течение. Начинается с сухости, легкой болезненности или напряжения в глотке, кашля, саднения. Пустой глоток (глотание слюны) более неприятен, чем при приеме пищи, сопровождается иррадиацией боли в ухо. При осмотре: гиперемия слизистой глотки, она покрыта слизисто-гнойным налетом, на задней стенке видны выступающие фолликулы в виде красных зерен. Общее состояние страдает мало, температура невысокая.

Хронический фарингит бывает простым, гипертрофическим, атрофическим. Причины возникновения: частые воспаления горла и носа, нарушение обмена веществ, диабет, болезни кишечника, желудка, сердца, легких, печени и почек, вредные факторы в виде сухости воздуха, пыли, химических веществ, дыма, алкоголя и т.п.

Симптомы и течение. Боли в горле при глотании, сухость или обильное слизистое отделяемое, покашливание, отхаркивание, тошнота по утрам, иногда рвота.

*Лечение*. При острой форме такое же, как при ангине, при хронических в зависимости от состояния слизистой. При гипертрофии - частые полоскания, орошения раствором соды, поваренной соли (слабый раствор), буры, противовоспалительными травами. Смазывание растворами колларгола, протаргола, нитрата серебра, йодинола, Люголя. Гранулы лимфоидной ткани прижигают трихлоруксусной кислотой, обрабатывают жидким азотом, облучают лазером.

Назначают физиолечение (ингаляции с гидрокортизоном, УВЧ, ультразвук, фонофорез с прополисом и др.). При атрофии слизистая не восстанавливается, проводится симптоматическое лечение.

**Круп истинный.** Поражение гортани при дифтерии. Возбудитель - палочка Лефлера.

Симптомы и течение. Лающий кашель, охриплость, интоксикация, высокая температура - первая стадия. Затруднение дыхания, одышка, напряженный вдох, учащенный пульс, пот на лице, синюшность губ - вторая стадия. Вялость, сонливость, расслабление мышц, синюшность кожи, бледность лица, нарушение пульса, приступы удушья переходят в агонию - последняя стадия.

Распознавание. По клиническим проявлениям, признакам дифтерии, бактериологическому исследованию мазков из зева и носа.

Лечение. Скорейшее введение противодифтерийной антитоксической сыворотки, ингаляции, полоскания, антибиотики. При удушье - хирургическое (трахеотомия). Прогноз при ранней диагностике и своевременном лечении - благоприятный. При тяжелых, токсических формах в сочетании с корью или скарлатиной - сомнительный. Профилактика - прививки.

**Ларингит острый (ложный круп).** Обусловлен обилием рыхлой клетчатки в подскладочном отделе гортани. Встречается преимущественно у детей 6-7 лет, является осложнением инфекционных болезней - кори, скарлатины.

Симптомы и течение. Лающий кашель, приступ беспокойства, особенно ночью, затрудненное дыхание, переходящие в удушье с посинением губ. Длится 2-3 дня. От истинного крупа отличается: сохраненной чистотой голоса, нет налетов на миндалинах, не увеличены лимфоузлы.

*Лечение*. Постельный режим, свежий влажный воздух, обильное щелочное питье, паровые ингаляции. При приступах есть опасность развития стеноза гортани с угрозой для жизни. В случае удушья - "скорая помощь" для введения гормонов (преднизолон) и немедленная госпитализация. При правильном лечении прогноз благоприятный.

***Ларингит хронический***. Возникает в результате частых воспалений гортани, длительного воздействия вредных факторов (алкоголь, курение, пыль, раздражающие химические вещества), сопутствует хроническим заболеваниям (насморки, синуситы, тонзиллиты, фарингиты, трахеобронхиты).

Симптомы и течение. Те же, что при остром ларингите, но слабее выражены. При обострении больные жалуются на хрипоту, утомляемость голоса, ощущение першения, царапания, постоянное откашливание. При атрофической форме образуются корки, вызывающие мучительный кашель.

*Лечение.* Устранение вредных привычек, исключение раздражающих факторов, щадящий голосовой режим. Ингаляции щелочных паров гидрокарбоната натрия (соды), смазывание гортани раствором танина в глицерине, йод с глицерином. По показаниям - антибиотики. Физиотерапия: диатермия, УВЧ, 10-12 процедур.

Профилактика. Следует избегать охлаждения горла, пения и громких разговоров на холоде, особенно после бани.

**Тонзиллит хронический.** Хроническое воспаление небных миндалин весьма частое заболевание как у взрослых, так и у детей. Возникает в результате повторных ангин или острых инфекционных заболеваний, протекающих с поражением лимфоидной ткани глотки (скарлатина, корь, дифтерия и др.). Различают компенсированную и декомпенсированную (с наличием осложнений - поражение почек, сердца, суставов, хроническая интоксикация) формы. В настоящее время считают, что хронический тонзиллит вызывает серьезные изменения в иммунной системе организма.

Симптомы и течение. Жалобы на частые ангины, субфебрилитет, общая интоксикация, вялость, головная боль, увеличение шейных лимфоузлов.

Распознавание. На основании патологических изменений в миндалинах - рубцы, гнойные пробки в лакунах, покраснение небных дужек и данных бактериологического исследования содержимого лакун миндалин - флора самая разнообразная.

*Лечение*. При компенсированной форме консервативное: полоскания растворами лекарств с противовоспалительным и бактерицидным действием, отварами трав. Промывание лакун миндалин, физиотерапия (УВЧ и СВЧ, ультразвук), биогенные стимуляторы (алоэ, прополис и др.), поливитамины, криотерапия, гомеопатическое лечение. При декомпенсированной форме лечение - оперативное.

**Аденоиды** - лимфоидная ткань, которая находится в своде носоглотки, выполняя защитную функцию. Выраженные в детском возрасте, после 16 лет атрофируются. В патологии увеличиваются из-за наличия в бухтах и складках обильной бактериальной флоры, становятся очагом хронического воспаления, вызывая множественные функциональные нарушения: слуха, голоса, кровообращения в полости черепа, ночное недержание мочи и др. Различают три степени размерив аденоидов: малые, средние, большие. Заболевания, протекающие с воспалением слизистой носа, носоглотки, ОРЗ, корь, коклюш, скарлатина, дифтерия, грипп и др. чаще всего дают толчок к гипертрофии аденоидной ткани.

Симптомы и течение. Периодическое или постоянное закладывание носа и выделение слизи, приоткрытый рот из-за затрудненного носового дыхания, храп во сне, утомляемость, вялость, апатичность из-за хронической кисло-

родной недостаточности. Затем могут появиться нарушения в произношении некоторых букв, гнусавость. При закрытии аденоидами отверстий слуховых труб развиваются острые и хронические отиты, может значительно понизиться слух. Длительное дыхание через рот ведет к различным аномалиям скелета, изменению формы лица (аденоидное лицо): клинообразная челюсть, высокое твердое небо - "готическое", деформации грудной клетки - "куриная грудь". Могут возникнуть нарушения функций желудочно-кишечного тракта: рвоты, запоры или понос, малокровие и исхудание (худосочие).

*Лечение.* При небольших размерах аденоид (1-2 ст.) применяют местно раствор колларгола; 3 ст. подлежит хирургии. Операция кратковременная, малоболезненная, может проводиться в амбулаторных условиях. Прогноз благоприятный.

Занятия ЛФК при всех вышеперечисленных заболеваниях проводится вне острой стадии. Для дошкольников и школьников занятия ЛГ надо начинать в первый же день выхода ребенка в детский сад или школу после заболевания. Холодный воздух улучшает дыхательную функцию. Прогулки разрешаются через 1—2 дня после падения температуры. Детей второго возрастного периода выносят на улицу 1—2 раза на 10—15 мин, постепенно увеличивая продолжительность прогулки до 1—1,5 ч (2—3 раза в день). Дети дошкольного и школьного возраста гуляют с родителями. Рекомендуется также закаливание — обливание водой с постепенным снижением температур с 22 до 16—13 °С. Зимние виды спорта, плавание, бег на открытом воздухе способствуют повышению неспецифической сопротивляемости детского организма.

**Санаторно-курортное лечение болезней уха, горла и носа**

Хронические нетуберкулезные катаральные риниты и фарингиты с частыми обострениями - санаторное лечение на курортах климатических (приморские, горные и лесные, преимущественно в теплое время года): Анапа, Апшеронская группа, Бакуриани, Боржоми, Гагра, Гудаута, Друскининкай, Евпатория, Зеленый Мыс, Кабардинка, Нальчик, Одесса, Новый Афон, Паланга, Рижское взморье. Южный берег Крыма.

Хронические болезни придаточных полостей носа и болезни уха – лечение на курортах: Гагра, Евпатория, Есентуки, Друскининкай, Нальчик, Саки, Южный берег Крыма, в теплое время года.

На санаторно-курортном этапе лечения болезней уха, горла, носа широко применяется такой метод восстановительного лечения, как гидрокинезотерапия. Показаниями к занятиям физическими упражнениями в воде являются такие болезни органов дыхания: хронические риниты, фарингиты, назофарингиты, синуиты, тонзиллиты, ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, трахеита, трахеобронхиты, хронические неспецифические заболевания легких в фазе ремиссии и неполной ремиссии при наличии легочной и легочно-сердечной недостаточности I степени, а также состояния после сегмент-, лоб- и пульмонэктомий при полном заживлении послеоперационого рубца.

Задачами кинезотерапии на этапе поддерживающей терапии могут быть: стимуляция резервных возможностей организма и противодействие влиянию гипокинезии; поддержание состояния ремиссии; ослабление или разрушение патологического стереотипа, возникшего в результате болезни, и закрепление нового динамического стереотипа, обеспечивающего адаптацию и поддержание общей работоспособности.

Для правильного использования физических упражнений при построении методики лечебной гимнастики рекомендуют учитывать следующие приемы: 1) выбор исходных положений; 2) подбор физических упражнений по анатомическому признаку; 3) повторяемость, темп и ритм движений; 4) амплитуду движений; 5) точность выполнения движений; 6) простоту и сложность движений; 7) степень усилия при выполнении физических упражнений; 8) использование дыхательных упражнений; 9) эмоциональный факт.

**Список литературы**

1. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1982. – 223 с.

2. Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И. Фонарёва. – Л.: Медицина, 1983. – 360 с.,ил.

3. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н / Д: изд-во «Феникс», 1999. – 608 с.