Контрольная работа

по дисциплине: «Физическая реабилитация в кардиохирургии»

по теме: «Кинезотерапия при хирургическом вмешательстве по поводу врожденных пороков сердца»

Разработала:

студентка VI курса группы ФР-04

ИГРЕ ВНЗ ВМУРоЛ «Украина»

Завражна Ирина

Горловка 2009г.

План

Введение

Основная часть

1. Этиология, клиническая картина врожденных пороков сердца.
2. Клиническая характеристика больного с врожденным пороком сердца (дефект межжелудочковой перегородки).
3. ЛФК при хирургических вмешательствах по поводу врожденных пороков сердца.
4. Санаторно-курортное лечение

Заключение

Список литературы

Введение

В последние десятилетия в США рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в значительной мере уменьшился благодаря развитию кардиохирургии. Операции на сердце выполняются при ранениях сердца и кровеносных сосудов, приобретенных и врожденных пороках сердца, ишемической болезни, аневризме, нарушениях сердечного ритма.

Данная контрольная работа посвящена теме «Кинезотерапия после хирургического вмешательства по поводу врожденных пороков сердца».

Кинезотерапию больных с врожденными пороками сердца применяют для полного восстановления утраченных возможностей организма, но если это не достижимо, ставится задача частичного восстановления либо компенсация нарушенной или утраченной функции и в любом случае – замедление прогрессирования заболевания.

Кинезотерапия дает положительный эффект в лечении, когда она, во-первых, адекватна возможностям больного, а во-вторых, оказывает тренирующее действие и повышает адаптационные возможности, при условии, что реабилитолог знает и учитывает ряд методических правил и принципов физической тренировки.

1. Этиология, клиническая картина врожденных пороков сердца

Врожденные пороки сердца - это аномалии морфологического развития сердца и кровеносных сосудов, которые возникают на 2-8-й неделях беременности вследствие нарушения эмбриогенеза.

Среди пороков развития внутренних органов врожденные пороки сердца стоят на втором месте после аномалий ЦНС. Встречаются они среди новорожденных детей с частотой 0,3-0,8%. Среди врожденных пороков сердца чаще всего диагностируют такие: открытый артериальный проток - с частотой 10-25%, дефект межпредсердной перегородки - с частотой 8-16%, дефект межжелудочковой перегородки — с частотой 15-25%, коарктация аорты - 15%, тетрада Фалла — 11-16%.

Частота патологии в раннем детском возрасте, тяжелое течение, неблагоприятный прогноз в некоторых случаях обусловливают значение раннего выявления врожденных пороков сердца и сосудов, своевременного направления больных детей в специализированные кардиологические центры.

Причины.

Основные причины связаны с дефектами генетического кода и нарушениями эмбриогенеза, которые возникают вследствие алкоголизма, сахарного диабета. Тиреотоксикоза, вирусных инфекций (особенно краснухи, гриппа, ангины, инфекционного гепатита), перенесенных в первые месяцы беременности, хронических инфекций (туберкулеза, токсоплазмоза, сифилиса), приема некоторых медикаментозных препаратов.

Факторы, которые способствуют возникновению аномалий, связаны с наследственностью. Пороки сердца сопровождают хромосомные болезни (синдромы Шершевского-Тернера, Морфана, болезнь Дауна) и аномалии развития других органов, которые встречаются в поколениях у некоторых членов одной семьи.

Классификация.

1 группа – врожденные пороки сердца с увеличенным легочным кровотоком (открытый артериальный проток, дефекты перегородок предсердий).

2 группа – пороки сердца с неизмененным легочным кровотоком (коарктация аорты).

3 группа – пороки сердца с уменьшенным кровотоком (триада и тетрада Фалло).

Клинические проявления.

Клинические проявления врожденных пороков сердца с увеличенным легочным кровотоком.

1) Дефект межпредсердной перегородки сердца диагностируют сразу после рождения ребенка у 40% больных. У большинства детей его диагностируют в возрасте 2-5 лет.

Больные жалуются на одышку, утомление, иногда боль в сердце. Во время объективного обследования определяют такие симптомы:

* вовремя осмотра— сердечный «горб»;
* во время перкуссии - расширение границ сердца больше вправо, отсутствие талии сердца;
* во время аускультации - акцент и расщепление ІІ тона над легочной артерией, короткий систолический шум во ІІ-ІІІ межреберье слева от грудины;
* рентгенологически - расширение тени сердца за счет гипертрофии правого желудочка, увеличение правого предсердия, выпирание дуги легочной артерии, расширение корней легких и усиление сосудистого рисунка к легких;
* на ЭКГ — гипертрофия правых отделов сердца, аритмия, пароксизмальная тахикардия, блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка (пучка Гиса).

2) Дефект межжелудочковой перегородки диагностируют сразу после рождения ребенка, нарушение гемодинамики проявляется со 2-4-го месяца жизни. Но проявление этого порока сердца зависит от расположения и размеров дефекта: Небольшой дефект в нижней части перегородки (болезнь Роже) практически, не приводит к нарушению гемодинамики. Высокий дефект межжелудочковой перегородки приводит к гипертрофии правой половины сердца и легочной гипертензии.

У больных детей появляются кашель, одышка, общая слабость, дети отстают в физическом развитии

Во время объективного обследования определяют такие симптомы:

* во время осмотра — бледность кожи и цианоз губ, сердечный «горб», пульсация в епигастрии;
* во время перкуссии- границы сердца значительно расширены вправо;
* во время аускультации сердца - акцент II тона над легочной артерией, грубый систолический шум в III-IV межреберьях, который проводится во все точки сердца. У большинства больных одновременно определяют во время пальпации систолическое дрожание, у некоторых больных - ритм галопа;
* во время аускультации легких - влажные хрипы, которые свидетельствуют о переполнении малого круга кровообращения;
* рентгенологически - увеличение тени сердца за счет обоих желудочков и левого предсердия, расширение легочной артерии и ее ветвей, усиление сосудистого рисунка в легких;
* на ЭКГ - признаки гипертрофии и перенаполнения всех камер сердца.

3) Открытый аортальный (боталов) проток значительного диаметра клинически проявляется значительным шумом после рождения.

Больные дети жалуются на боль в сердце, одышку, утомление. Во время, объективного обследования определяют такие симптомы:

* во время осмотра - бледность кожи, сердечный "горб";
* во время пальпации - усиленный и разлитой сердечный толчок с систалодиастолическим дрожанием;
* артериальное давление с большим пульсовым градиентом (систолическое АД нормальное, а диастолическое АД низкое и еще больше снижается в положении стоя);
* во время перкуссии — расширение границ сердца влево и вверх;
* во время аускультации - усиление, а иногда расщепление ІІ тона над легочной артерией, шум быстро нарастает и становится систолодиастолическим, «машинным», во ІІ-ІІІ межреберьях слева от грудины, проводится во все другие точки и на спину. В случае увеличения легочной гипертензии шум снова становится систолическим, а в терминальной стадии шум полностью исчезает;
* рентгенологически - увеличение левых отделов сердца, расширение аорты, корни легких расширены, усилен легочной рисунок;
* на ЭКГ - гипертрофия и переполнение левого желудочка.

4) Стеноз легочной артерии диагностируют в возрасте 5-15 лет. Дети жалуются на одышку, нарушение сознания, боль в сердце, утомление.

Во время объективного обследования определяют такие симптомы:

* во время осмотра - бледность кожи;
* во время пальпации -усиленный сердечный толчок, систолическое дрожание во ІІ межреберье справа;
* во время перкуссии - границы сердца расширены вправо;
* во время аускультации - грубый (дующий) систолический шум, который проводится во все точки сердца, на сосуды шеи, спину;
* АД снижено;
* рентгенологически и на ЭКГ- гипертрофия правого желудочка.

Клинические проявления пороков сердца с неизмененным легочным кровотоком.

5) Коартация аорты — сужение просвета аорты, чаще ниже от левой подключичной артерии. Жалобы появляются позднее, чем при других пороках сердца. Больные дети жалуются на головную боль, обмороки, шум в ушах, одышку, боль в животе и ногах.

Во время объективного обследования выявляют такие симптомы:

* во время осмотра — больше развита верхняя половина туловища но сравнению с нижней;
* во время пальпации - усиленный сердечный толчок;
* вовремя перкуссии - расширение границ сердца влево;
* во время аускультации - акцент ІІ тона над аортой, систолический шум над основанием сердца или в межлопаточной области;
* АД высокое на верхних конечностях (250-300 мм рт. ст.) и снижено на нижних конечностях;
* рентгенологически - расширение левых отделов сердца, восходящей и нисходящей
* на ЭКГ - брадикардия, перегрузка левых отделов сердца.

Клинические проявления пороков сердца с уменьшенным легочным кровотоком.

6) Тетрада Фалло состоит из 4 пороков;

1. стеноза легочной артерии;
2. высокого дефекта межжелудочковой перегородки;
3. декстрапозиции аорты;
4. гипертрофии правого желудочка.

Клинически проявляется после рождения ребенка, на 1-м году жизни нарастают одышка, цианоз во время напряжения (крик, кормление), а потом одышка проявляется в состоянии покоя.

Во время объективного обследования выявляют такие симптомы:

* во время осмотра - цианоз кожи и слизистых оболочек, пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол;
* во время пальпации – сердечный «горб» (диагностируют рано);
* во время перкусии – границы сердца умеренно расширены влево;
* во время аускультации – ослабленный ІІ тон над легочной артерией, грубый систолический шум во ІІ-ІІІ межреберьях слева от грудины;
* во время измерения АД – снижено систолическое АД и пульсовое (разница между систолическим и диастолическим АД);
* рентгенологически – сердце имеет вид деревянного башмака, левый контур сердца несколько поднят за счет гипертрофии правого желудочка. Легочной рисунок нечеткий, корни легких узкие;
* на ЭКГ – электрическая ось отклонена влево, признаки гипертрофии правого желудочка, гипоксии миокарда.

Особенностью врожденных пороков сердца с уменьшенным легочным кровотоком являются гипоксические приступы одышечно-цианотического синдрома. Для этих пороков сердца характерным является то, что дети принимают вынужденную позу - сидят на корточках.

Оценка состояния.

Состояние больного ребенка оценивают на основе таких признаков: появление в первые месяцы и годы жизни одышки, цианоза, деформации грудной клетки в области сердца; отставание ребенка в физическом и психомоторном развитии, диспропорциональность развития плечевого дожа и нижних конечностей; наличие постоянного грубого систолодиастолического шума, который проводится на спину и выявляется в первые 2 года жизни. Диагностировать заболевания помогают рентгеновское исследование, ЭКГ, ФКГ. В кардиологических центрах проводят зондирование полостей сердца, ангиовентрикулографию.

Особенности течениям врожденных пороков сердца у детей раннего возраста.

Клиническая картина врожденных пороков сердца и магистральных сосудов многообразна. Важным моментом следует считать наличие определенных фаз в течении врожденного порока сердца.

1 фаза — первичной адаптации - характеризуется приспособлением организма ребенка к нарушениям кровообращения (до 1,5 лет). Реакции и компенсации у ребенка раннего возраста находятся в состоянии неустойчивого равновесия или относительной слабости,

В раннем возрасте сравнительно простой анатомический порок может протекать очень тяжело и привести к гибели больного. Более. 50% детей е врожденным пороком сердца без оперативного вмешательства умирают уже на первом году жизни.

Если дети с врожденным пороком сердца не гибнут в первой фазе болезни, то обычно после 2-3 лет жизни наступает значительное улучшение их состояния и развития - 2 фаза — относительной компенсации (10-20 дет).

Вслед за второй фазой, независимо от ее длительности, неизбежно наступает 3 фаза течения порока — терминальная. Она развивается. При исчерпании компенсаторных возможностей и развитии дистрофических и дегенеративных изменений в сердечной мышце и других органах. Различные заболевания осложнения приближают эту фазу болезни.

Рекомендуемые сроки оперативного вмешательства при врожденных пороках сердца:

* открытый артериальный проток - в любом возрасте;
* дефект межжелудочковой перегородки и дефект межпредсердной перегородки - 3-5 лет и старше;
* изолированный стеноз легочной артерии - 3 года и старше;
* коарктация аорты - 3-12 лет;
* болезнь Фалло - 5-6 лети старше.

Оперативное лечение врожденных порсков сердца, проводят только в стадии компенсации заболевания. В раннем возрасте иногда показаны оперативные вмешательства в виде паллиативной операции, которая позволяет поддержать жизнь ребенка до фазы относительной компенсации и оптимального срока радикальной операции.

2. Клиническая характеристика больного с врожденным пороком сердца (дефект межжелудочковой перегородки)

Вне всякой зависимости от характера и локализации заболевания проводится полное и местное обследование больного, всех его органов и систем, последовательно, с помощью осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Состояние больного: средней тяжести. Сознание: ясное. Положение: пассивное. Выражение лица: страдальческое.

Телосложение: имеются неправильности (сутулость).

Температура тела: 36,6 Со.

Кожа: бледность кожи и цианоз губ.

Видимые слизистые оболочки: бледные.

Подкожная клетчатка: слабо развита.

Лимфатическая система: лимфатические узлы не прощупываются, безболезненны.

Мышцы: развиты умеренно, тонус обычный.

Кости: без деформации, при ощупывании болезненности нет.

Суставы: обычной конфигурации, при пальпации болезненности нет, движения активные.

Грудная клетка и ее органы.

Форма грудной клетки: деформирована. Имеется сердечный «горб».

Тип дыхания: преимущественно реберный. ЧД – 20 вд. в мин.

Аускультация легких: влажные хрипы, которые свидетельствуют о переполнении малого круга кровообращения.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр и ощупывание артерий: артерии не извиты. ЧСС – 70 уд. в мин. Пульс ритмичный. АД 120/80 мм. рт. ст.

Осмотр и ощупывание вен: расширение вен грудной клетки, болезненны при ощупывании.

Осмотр области сердца: сердечный «горб».

Перкуссия сердца: границы сердца значительно расширены вправо.

Аускультация сердца: акцент II тона над легочной артерией, грубый систолический шум в III-IV межреберьях, который проводится во все точки сердца.

Пальпация сердца: определяется систолическое дрожание.

Органы пищеварения.

Губы, их цвет: цианотичный.

Язык: влажный.

Зев: обычной окраски.

Миндалины: обычной величины.

Живот: форма живота обычная, наблюдается пульсация в епигастрии.

Нервная система и органы чувств: речь обычная. Нарушения чувствительности отсутствуют. Сухожильные рефлексы обычные. Глоточный, роговичный и зрачковый рефлексы обычны.

Рентген: увеличение тени сердца за счет обоих желудочков и левого предсердия, расширение легочной артерии и ее ветвей, усиление сосудистого рисунка в легких.

ЭКГ: признаки гипертрофии и перенаполнения всех камер сердца.

3. ЛФК при хирургических вмешательствах по поводу врожденных пороков сердца

Предоперационный период.

Задачи ЛФК: умеренная мобилизация резервов кардиореспираторной системы; облегчение работы сердца за счет мобилизации экстракардиальных факторов кровообращения; борьба с проявлением невроза, беспокойства, формирование уверенности в исходе операции; овладение упражнениями раннего послеоперационного периода (обучение диафрагмальному типу дыхания; приемам безболезненного откашливания, приподнимания таза).

Противопоказания к назначению ЛФК: общее тяжелое состояние больного, дыхательная недостаточность, нарушение ритма сердца; активный ревматический процесс.

Занятия ЛГ назначают за несколько недель до операции индивидуально или малогрупповым методом. Методика ЛГ предусматривает выполнение статических и динамических дыхательных упражнений для всех мышечных групп с полной амплитудой движений и акцентом на тренировку дыхания в сочетании с динамическими упражнениями. Возможны применение снарядов (мячи, палки, гантели), малоподвижные игры. Темп средний и медленный, физическая нагрузка определяется степенью недостаточности кровообращения, формой порока сердца, общим состоянием больного.

Послеоперационный период.

Задачи ЛФК: профилактика осложнений (пневмонии, ателектаза, плевральных, плеврокардиальных спаек, флебитов, атонии кишечника, тромбозов, эмболии и др.); облегчение работы сердца за счет мобилизации экстракардиальных факторов кровообращения; профилактика нарушений осанки, тугоподвижности в левом плечевом суставе; адаптация сердца к новым условиям гемодинамики; нормализация деятельности основных систем организма.

Противопоказания к назначению ЛФК: тяжелое состояние больного, кровотечение или его опасность; состояние острой сердечной недостаточности, аритмия.

Методика ЛФК после оперативных вмешательств на сердце тесно связана с заболеванием, по поводу которого произведена операция, состоянием больного в пред- и послеоперационном периодах. При операциях на сердце по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца методика лечебной гимнастики делится на 3 периода с 5 двигательными режимами: І А; I Б; II А; II Б и III.

Период I А. ЛГ проводят в первые сутки после операции. Очень важно проводить очищение трахеобронхиального дерева, чтобы вывести как можно больше слизи. Следует помнить, что даже после хорошо выполненной операции больной может погибнуть от асфиксии, вызванной небольшой слизистой пробкой в дыхательных путях. В связи с этим ЛГ проводится ежечасно, больной делает 3—4 дыхательных движения и несколько последовательных кашлевых толчков. При этом методист ЛФК поддерживает руками грудную клетку больного с боков, избегая травмирования области шва; а во время выдоха — осуществляет незначительное вибрационное сдавливание грудной клетки больного, стимулируя этим грудные мышцы.

Дыхательные упражнения сочетаются с движениями пальцев стоп и рук. С помощью методиста больной поворачивается на бок и лежит 10—12 мин. В положении на боку методист массирует спину оперированного. Больные несколько раз в день надувают полиэтиленовые шары, игрушки.

Период I Б. Во время процедуры ЛГ больного постепенно переводят в положение сидя в постели, с опущенными на скамеечку ногами. Статические дыхательные упражнения дополняют динамическими с движениями мелких, средних и крупных мышц. Темп медленный, занятие проводят 2—3 раза в день индивидуально. Продолжается надувание игрушек.

Период II А. Больной выполняет упражнения сидя на стуле, включая движения, охватывающие большое количество групп мышц, вставание. Занятия проводят индивидуально или малогрупповым методом в палате; комплекс включает 12—15 упражнений. В течение всей процедуры рекомендуется следить за правильной осанкой больного, как в покое, так и в движении.

Период II Б. Занятия проводят активнее, малогрупповым методом. Больному разрешается вставать и с помощью медперсонала 2—3 раза в день проходить расстояние 15—20 м.

Период III — тренировочный. Процедуры проводят, объединяя больных в группы вначале по 3—5, а в дальнейшем, перед выпиской — по 8—10 человек. Занятия проводят в исходном положении сидя на стуле и стоя, длительность их 20— 25 мин 1 раз в день. Допускаются упражнения с небольшим напряжением, отягощением (гантели 1/2 — 1 кг). Широко применяются корригирующие упражнения, укрепляющие мышцы-разгибатели корпуса, преимущественно в исходном положении стоя и во время ходьбы. Корригирующее влияние упражнений усиливает применение снарядов (гимнастические палки, мячи и пр.). В занятия включают приседания, держась за опору, а также упражнения на развитие координации с постепенным усложнением согласованности движений. Темп упражнений различный: медленный и средний, для упражнений с небольшими мышечными группами — быстрый. Ходьба в медленном, среднем и быстром темпе с кратковременным ускорением и замедлением.

Заключительный период занятий с больным за 3—5 дней перед выпиской состоит из упражнений, ведущих к профилактике нарушений осанки, повышению функциональных возможностей дыхательной, сердечно-сосудистой системы, укреплению всех групп мышц, подготовке больного к обслуживанию себя дома. Большое внимание уделяется ходьбе по коридору и лестнице.

Время перевода больных с одного на другой двигательный режим после операции зависит от вида врожденного или приобретенного порока; от успешности операции и состояния больного после операции. Так, например, после устранения дефекта межпредсердной или межжелудочковой перегородки больного через 10 дней переводят на III режим, а после протезирования клапанов — на 22—23-й день.

При выписке из стационара больным с целью закрепления результатов лечения выдается «Памятка» с рекомендациями по применению физических упражнений в течение 1 года после операции.

* Детям, перенесшим операцию по поводу открытого артериального протока, дефекта межжелудочковой перегородки или межпредсердной перегородки, через 6 месяцев после- операции назначается ЛФК в поликлинике по индивидуальной программе. Через 1 год при неосложненном течении можно рекомендовать заниматься физкультурой в школе по облегченной программе, а спустя 2 года — в общей группе под строгим контролем врача. Разрешение на занятия в спортивной секции дается индивидуально.
* Дети, оперированные паллиативно по поводу синих пороков к занятиям в школе не допускаются. Лечебной физкультурой можно заниматься, через I год после операции.
* Дети, оперированные по поводу изолированного аортального или легочного стеноза, занятия в школе не посещают. Вопрос о допуске к занятиям ЛФК решают через 6 мес.
* После операции по поводу коарктации аорты занятия ЛФК разрешаются через год после операции. Увеличивать физические нагрузки можно индивидуально под контролем врача.

Консервативное лечение врожденных пороков сердца.

Для ребенка с врожденным пороком сердца необходимо создание режима с максимальным пребыванием на воздухе, посильными физическими упражнениями. Следует закалять ребенка, оберегать его от инфекций.

Число кормлений ребенка с врожденным пороком сердца должно быть увеличено, объем питания, напротив, несколько уменьшен. Предпочтение следует отдавать грудному молоку.

При компенсации кровообращения дети с пороками сердца находятся под наблюдением кардиоревматологических диспансеров (кабинетов).

При компенсации кровообращения дети с пороками сердца находятся под наблюдением кардиоревматологических диспансеров {кабинетов). Благоприятно текущие пороки (дефект межжелудочковой перегородки) при обеспечении стойкой компенсации дают основание для направления детей в подготовительную группу по физкультуре и даже в общую. При других формах порока сердца дети занимаются в специальных группах по физкультуре в школах или систематически посещают занятия в кабинете ЛФК детской поликлиники. Дети освобождаются от занятий: физкультурой в детском саду или школе при симптомах сердечной или дыхательной недостаточности.

Детям с врожденными пороками сердца противопоказаны занятия в спортивных секциях и участие в соревнованиях.

4. Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение детей с врожденными пороками сердца направлено на улучшение общего состояния здоровья, функционального состояния органов дыхания и кровообращения. Учитывая пониженные адаптационные возможности детей с врожденными пороками сердца, рекомендуется проводить санаторно-курортное лечение на местных курортах, в привычных климатических условиях.

Показания: открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, изолированный стеноз отверстия аорты при отсутствии признаков эндокардита, недостаточности кровообращения.

Противопоказания: те же врожденные пороки сердца при наличии признаков эндокардита, недостаточности кровообращения.

Лечение осуществляется в, специализированных детских, санаториях отделениях санаторных пионерских лагерей по типу курорта Одессы, а также а санаториях, расположенных вблизи постоянного места жительства. Продолжительность лечения 45-60 дней. При лечении детей с врожденными пороками в условиях местного курорта период адаптация должен быть не менее 10 дней. Резким щадящий, основное значение имеет аэротерапия. В летнее время дети большую часть дня проводят на веранде или: в саду с воспитателями, занимаются спокойными играми. Назначается лечебная гимнастика с малой нагрузкой (исходное положение лежа и сидя), включающая свободные без усилий движения в чередовании с дыхательными упражнениями. Продолжительность занятия - 10-15 мин, При наличии очагов хронической инфекции в носовой части глотки применяют ингаляции минеральной водой, аппаратную физиотерапию. При сопутствующих врожденным порокам сердца заболеваниях печени» кишок с 3-5-го дня пребывания в санатории начинают питьевое лечение минеральными водами (в 1/2, затем 2/3 возрастной дозы). При отсутствии симптомов дезадаптации (усиление одышки, тахикардия) детям постепенно расширяют двигательный и климатолечебный режим. Разрешают небольшие прогулки, по мере приспособления органов кровообращения к небольшой физической нагрузке, проводят занятия лечебной гимнастикой сначала в положении сидя, затем - стоя, с увеличением их продолжительности до 15-20 мин, при тщательном контроле за переносимостью.

Воздушные ванны назначают при температуре воздуха не ниже 22\*С, продолжительностью от 3-5 до 8-10-12 мин. Солнечные ванны проводят во второй половине курса лечения, по щадящей методике. В тихую погоду, при температуре воды не ниже 22\*С, показаны также морские купания от 2-3 до 5 мин. С целью улучшения функции и тренировки органов кровообращения , других физиологических систем, повышения сопротивляемости организма применяют хлоридные натриевые, углекислые, сульфидные, кислородные ванны по щадящей методике: через день или через 2 дня (для детей младшего возраста), температура воды 37\*С, концентрация натрия хлорида 10 г/л, углекислого газа до 1,0 г/л, сероводорода - до 50 мг/л. Продолжительность процедуры медленно увеличивают от 5-7 до 8-Ю мин, с учетом возраста больного, характера порока, переносимости, на курс лечения 8-10 ванн. При правильном проведении бальнеотерапии, достаточном отдыхе после процедуры отмечается улучшение показателей проб с физической нагрузкой, спирографии, что указывает на повышение компенсаторных и адаптационных способностей организма.

Заключение

Правильное использование кинезотерапии оказывает четыре действия в лечении больных с врожденными пороками сердца.

Тонизирующее действие физических упражнений. Больной с врожденными пороками сердца, готовящийся к операции, прежде всего нуждается в повышении жизненного тонуса, улучшении периферического кровообращения, увеличении резервных возможностей внешнего дыхания, мышечного тонуса как одного из факторов кровообращения, стимулировании обменных процессов, в частности метаболизма сердечной мышцы. Наряду с этим физические упражнения улучшают трофические процессы в миокарде, увеличивают кровоток и активизируют обмен веществ, способствуя укреплению сердечной мышцы и повышению ее сократительной способности. После операции физические упражнения, предотвращая развитие осложнений, активизируя трофические процессы, способствуют заживлению послеоперационной раны и ускорению сроков реабилитации больных. Компенсаторное влияние физических упражнений способствует активизации внесердечных (экстракардинальных) факторов кровообращения, чем облегчают работу сердца.

Нормализация функции сердца особенно необходима в послеоперационный период, когда вследствие оперативного вмешательства изменяется гемодинамика, и достигается постепенно осторожной тренировкой. Физические упражнения, адекватные состоянию больного, будут способствовать нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхательной и других систем, функция которых была нарушена из-за болезни и оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Медсестринство в педіатрії / За ред. проф. В.С. Тарасюка, К.: «Здоров’я», 2001.
2. Физическая реабилитация / Под ред. Проф. С.Н. Попова, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1999.
3. С.Ш. Шамсиев, Н.П. Шабалок, Л.В. Эрман. Руководство для участкового педиатра. Ташкент: «Медицина», 1990.
4. И.С. Смиян, Т.В. Карачевцева. Детская курортология. К.: «Высшая школа», 1985.
5. М.И. Фонарев, Т.А. Фонарева. Лечебная физкультура при детских заболеваниях. Л.: «Медицина», 1981.