**Введение**

В последние годы в здравоохранении получает все большее распространение новое направление – реабилитация больных и инвалидов.

Согласно определению Комитета экспертов ВОЗ, **реабилитация** представляет собой комплекс координировано проводимых мероприятий лечебного, физического, психологического, социального, профессионального и педагогического характера, направленных на возможно достижимое для данного индивидуума восстановление здоровья, физического, психического и социального (включая трудоспособность) статусов, утраченных в результате заболевания или травмы.

Основная цель реабилитации – достижение максимально возможного участия реабилитируемого в жизни общества и семьи и обеспечение его социальной и экономической независимости. Следовательно, реабилитация преследует цель не только наиболее полного восстановления здоровья и адаптации больных к окружающей среде, но и вмешательства в непосредственное окружение и общество больных в целом для содействия их социальной интеграции. Именно поэтому для достижения основной цели реабилитации – восстановления человека как личности – необходимы совместная скоординированная деятельность различных ведомств и осуществление реабилитации по многим направлениям. Приоритетное значение в системе реабилитационных мероприятий, разумеется, имеет медицинская реабилитация.

**1. Бронхоэктатическая болезнь. Понятие, классификация**

Бронхоэктатическая болезнь – хроническое заболевание, одним из основных проявлений которого служат бронхоэктазы – патологическое расширение бронхов.

Бронхоэктатическая болезнь возникает у взрослых чаще при хроническом бронхите и хронической пневмонии, у детей – после гриппа, коклюша, кори. Происходящие при этом патологические изменения в бронхолегочной системе ведут к понижению эластичности в стенке бронхов и возникновению решетчатых, цилиндрических формообразований, заполненных мокротой и гноем.

Классификация

1. По распространенности и локализации различаются:
	* односторонние;
	* двухсторонние;
	* указывается преимущественное поражение сегментарных бронхов.
2. По форме бронхоэктазов:
	* цилиндрические;
	* мешотчатые;
	* веретенообразные.
3. По форме заболевания:
	* легкая;
	* выраженная;
	* тяжелая.
4. По фазе:
	* обострения;
	* ремиссия.
5. Осложнения:
	* дыхательная недостаточность;
	* вторичный амилоидоз;
	* септикопиемия;
	* легочное кровотечение.

Клиническая картина сводится в основном к упорному, стойкому кашлю с выделением большого количества гнойной мокроты, лихорадочным подъемам температуры при задержке мокроты. Наиболее характерен кашель, главным образом в сырые холодные месяцы (зимний кашель), в виде приступов по утрам с выделением застоявшейся за ночь мокроты, а также при перемене положения тела. Мокрота гнойная, трехслойная, иногда до 1 литра и более в сутки, часто с примесью крови. Наличие гноя в бронхоэктазе может привести к абсцессу легкого. У больного появляются слабость, быстрая утомляемость, одышка, что в дальнейшем может привести к развитию эмфиземы легких, затем легочно-сердечной недостаточности.

**1.1 Лечебно-физическая культура при бронхоэктатической болезни**

Задачи ЛФК: общее укрепление организма, стимуляция более полного выделения мокроты, улучшение вентиляции и газообмена в легких, тренировка дыхательных мышц, укрепление миокарда.

В методике ЛФК при бронхоэктатической болезни главное место занимают дренажные упражнения и дренажные положения тела – постуральный дренаж – все это способствует более эффективному удалению из легких патологического секрета. В зависимости от локализации патологического процесса существуют различные положения и упражнения. Для создания лучшего оттока патологического секрета из пораженной **верхней доли правого легкого** необходимо, чтобы больной, сидя на стуле или лежа наклонял туловище влево с одновременным поворотом его на 45° вперед, при этом рука с больной стороны должна быть поднята вверх. В этом положении, откашливаясь, он задерживается на несколько секунд, а инструктор (или при самостоятельных занятиях другой больной, родственник) надавливает синхронно с кашлевыми толчками на верхнюю часть грудной клетки, механически способствуя выведению мокроты. Дренирование полости, находящейся **в верхней доле**, производится, когда больной лежит на здоровом боку. При этом головной конец кровати опущен на 25-30 см, рука со стороны поражения поднята вверх (вдох). На выдохе, чтобы предупредить затекание мокроты в здоровое легкое, больной медленно поворачивается на живот; в этом положении он находится несколько секунд и кашляет. Инструктор в это время синхронно с кашлевыми толчками надавливает на верхнюю часть грудной клетки.

С учетом топографии бронхов **средней доли** для ее дренирования больному, сидящему на кушетке (ножной конец кушетки или кровати приподнят на 20-30 см), необходимо медленно полностью откинуться назад. Инструктор при этом легко надавливает на переднюю поверхность грудной клетки, способствуя продвижению мокроты на выдохе; покашливая, больной делает повороты туловища влево и вперед. Поднимаясь с кушетки, он наклоняется вперед, стремясь руками коснуться стоп. Во время наклонов вперед больной выделяет мокроту. Инструктор во время покашливания больного надавливает на область средней доли (переднебоковая поверхность грудной клетки) синхронно с кашлевыми толчками. Затем следует пауза от 30 с до 1 мин и повторение упражнения до 3-4 раз.

Дренирование **правой нижней доли** легкого осуществляется из положения больного лежа на животе с опущенным головным концом кушетки или кровати на 30-40 см, руки опущены иногда до пола. При отведении правой руки в сторону, больной делает медленный полуповорот на левый бок, глубокий вдох, затем на медленном выдохе с покашливанием возвращается в исходное положение. Инструктор синхронно с кашлевыми толчками надавливает руками на нижние отделы грудной клетки.

Также хорошо мокрота отделяется при поражении правой нижней доли легкого из положения больного на левом боку (ножной конец кровати поднят). На вдохе больной поднимает вверх правую руку, на выдохе – с покашливанием он надавливает ею на боковой и нижний отделы грудной клетки толчкообразно, синхронно с кашлем. Инструктор в это время слегка поколачивает по заднесреднему отделу грудной клетки между лопатками, способствуя тем самым отделению мокроты от стенок бронхов.

Выполнение больным динамических дыхательных упражнений, стоя на четвереньках, способствует дренированию бронхов при двустороннем поражении бронхов. Рекомендуется следующее упражнение: на выдохе, сгибая руки, опустить верхнюю часть туловища, таз поднять как можно выше (имитация подлезания). В конце выдоха, покашливая, больной возвращается в исходное положение – вдох. Из основного положения на вдохе больной поочередно поднимает правую руку в сторону и вверх, одновременно опуская здоровую сторону туловища. На выдохе – наклон верхней части грудной клетки как можно ниже, таз поднять как можно выше (имитация подлезания). В конце выдоха – покашливание.

Особенно важно следить за улучшением вентиляции и состоянием бронхиального дерева нижних долей легких, поскольку это самые активные в функциональном отношении отделы и именно нижнедолевые бронхоэктазы чаще всего встречаются при гнойных заболеваниях легких. Регулярное выполнение больным 4-5 упражнений сразу после ликвидации острого воспалительного процесса способствует быстрейшему удалению мокроты, восстановлению функции внешнего дыхания. Улучшению вентиляции нижних отделов легких и подвижности диафрагмы способствует выполнение больным упражнений из исходного положения сидя на стуле или лежа на кушетке: разводя руки в сторону, он делает глубокий вдох, затем на выдохе поочередно подтягивает к грудной клетке ноги, согнутые в коленях, в конце выдоха – покашливание и выведение мокроты. В этом же положении (или в исходном положении сидя или лежа) обучению больного правильному вдоху и выдоху способствует упражнение, когда, глубоко вдохнув, он делает медленный выдох, руками надавливая на нижние и средние отделы грудной клетки.

ЛФК противопоказана в поздние периоды бронхоэктатической болезни, когда возможны легочные кровотечения, распространение гноя и ухудшение состояния больного.

**1.2 Диспансеризация больных с бронхоэктатической болезнью**

Профилактика заболевания

I. С локальными изменениями и редкими (не более 2 раз в год) обострениями. ДН-1:

* 3 раза в год, терапевт, пульмонолог;
* пульмонолог, ЛОР, торакальный хирург, стоматолог - 1 раз в год,
* фтизиатр - по показаниям;
* ОАК, ОА мокроты и на БК, флюорография, спирография - 2 раза в год.
* Биохимический анализ крови на острофазовые реакции,
* ЭКГ - 1 раз в год.
* Бронхоскопия, томография - по показаниям.
* Перед противорецидивной терапией и антибиотиками - посев мокроты на флору и на чувствительность; противорецидивное лечение - 2 раза в год в весенне-осенний период, при ОРВИ и гриппе, антибактериальная терапия, дренажная гимнастика, ЛФК, санация трахеобронхиального дерева, общеукрепляющая и стимулирующая терапия. Питание с повышенным содержанием белков и витаминов,
* санаторно-курортное лечение;
* снижение временной нетрудоспособности. Нормализация или улучшение клинических показателей вентиляционной способности.
* Выздоровление. Перевод в группу ДII.

II. С распространенными изменениями и частыми (более 3 раз в год) обострениями (ДIII):

* 1-4 раза в год, терапевт, пульмонолог;
* торакальный хирург, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год,
* пульмонолог, фтизиатр – по показаниям;
* ОАК, ОА мокроты и на БК, флюорография, спирография – 2 раза в год.
* Биохимический анализ крови на острофазовые реакции, ЭКГ – 1 раз в год. Бронхоскопия, томография – по показаниям. Перед противорецидивной терапией и антибиотиками – посев мокроты на флору и на чувствительность. Биохимический анализ крови на общий белок, белковые фракции, сахар, остаточный азот, креатинин – раз в год;
* противорецидивное лечение – 2 раза в год в \_есеннее-осенний период, при ОРВИ и гриппе, антибактериальная терапия, дренажная гимнастика, ЛФК, санация трахеобронхиального дерева, общеукрепляющая и стимулирующая терапия. Питание с повышенным содержанием белков и витаминов, санаторно-курортное лечение;
* улучшение клинической картины. Полная или частичная реабилитация. Снижение временной нетрудоспособности.

III. С ограниченными бронхоэктазами (ДII):

* 1 раз в год терапевт;
* пульмонолог – по показаниям;
* спирография, ОА мокроты – раз в год. Томография – по показаниям.

Профилактика данного заболевания делится на первичную и вторичную.

*Первичная профилактика включает:*

* закаливание организма,
* предупреждение и своевременное лечение ОРЗ,
* исключение вредных привычек,
* двигательная активность,
* санация зубов, хронических очагов инфекции в носоглотке.

*Вторичная профилактика:*

* диспансерное наблюдение,
* противорецидивное лечение (ЛФК, физиотерапия, дыхательная гимнастика, отхаркивающие средства) два раза в год (весной и осенью).

**Заключение**

В заключении хочется сказать, что бронхоэктатическая болезнь – это тяжелое заболевание легких. Оно протекает с периодами обострений и ремиссий. Обострения протекают длительно, с осложнениями. К осложнениям бронхоэктатической болезни относят: спонтанный пневмоторакс, эмпиему плевры, абсцесс легкого, легочное кровотечение, анемию, хроническое легочное сердце, легочно-сердечную недостаточность, очаговый нефрит, амилоидоз почек. Поэтому чтобы снизить риск осложнений и уменьшить частоту обострений нужно обучить пациента:

1. пациент должен иметь представление о сущности болезни, причинах ее прогрессирования. Активное участие самого пациента и помощь семьи – необходимое условие эффективного лечения.
2. Необходимо убедить пациента отказаться от курения. Сам по себе отказ не будет гарантией излечения от болезни, но существенно замедлит темпы ее прогрессирования.
3. Одежда должна быть адекватна сезону и погоде. Белье должно быть из хлопка. В холодное время года нужно носить свитера из шерсти. Обувь должна быть непромокающая, носки – хлопчатобумажные или шерстяные.
4. Питание дробное, 3-4 раза в сутки с адекватной физической нагрузке калорийностью, витаминами, микроэлементами. При высокой белковой ценности пищи сохраняется масса тела пациента.
5. Физические тренировки, дыхательная гимнастика поддерживают работоспособность дыхательных мышц, улучшают механику дыхания.

Санаторно-курортное лечение проводится в теплое сухое время года на климатических курортах Южного берега Крыма, среднегорья (Кисловодск) или в местных санаториях (Бобруйск).

**Список использованной литературы**

1. Азов С.Х. Методологические основы физиотерапии: Учеб. пособие. – Ставрополь, 1999.
2. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник. – М., 1999.
3. Гусаров И.И. Радонотерапия. – М., 2000.
4. Епифанов В.А. Восстановительная медицина. Справочник / - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 592 с.
5. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации / Серия «учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 480 с.
6. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007. – 544 с. – (Профессиональное образование).
7. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. – СПб., 2002.
8. Улащик В.С., Лукомский И.В. Основы общей физиотерапии. – Мн.: Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003.
9. Физическая реабилитация: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физ. культура) Под общей редакцией проф. Попова С.Н. Изд. 4-е – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 608 с. (Высшее образование).