«Роль медицинской сестры в реабилитации часто болеющих детей»

**Выполнил студент 2 курса**

**Аркадакского филиала ГАПОУ СО**

**«Саратовский областной базовый медицинский колледж»**

**Панферов Денис Александрович**

СОДЕРЖАНИЕ

[Введение…………………………………………………………………………………….…....3](#_Toc528667075)

[Глава 1. Теоретические основы исследования реабилитации часто болеющих детей …………………………………………………………………………………………………….4](#_Toc528667076)

[1.1. Понятие «часто болеющие дети»…………………………………………………………..4](#_Toc528667077)

[1.2. Этиология, патогенез и причины заболеваний..………………………………………….6](#_Toc528667078)

[1.3.](#_Toc528667079) Меры профилактики простудных заболеваний …………………………………............11

1.4. Роль медицинской реабилитации в восстановлении здоровья детей, часто болеющих простудными заболеваниями…………………………………………………………………..13

Глава 2. Практическое исследование роли медицинской реабилитации часто болеющих детей …………………………………………………………………………………………….17

2.1. Организация исследования и характеристика практических методов исследования…………………………………………………………………………….……...17

2.2. Анализ результатов исследования…………………………………………………….….17

2.3. Рекомендации для восстановления здоровья детей, часто болеющих простудными заболеваниями…………………………………………………………………………………..21

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………………........................41

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…………………….…………..……….…42

**ВВЕДЕНИЕ**

На сегодняшний день, в период кардинального социально-экономического переустройства общества, по данным многих исследователей, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков.

Заболеваемость простудными заболеваниями является мало управляемой, однако своевременное принятие противоэпидемических мероприятий позволяет существенно влиять на уровень заболеваемости респираторными вирусными инфекциями. С целью снижения простудными заболеваниями в ЛПУ, детских дошкольных учреждениях, школах, а также среди неорганизованных детей проводится специфическая и неспецифическая профилактика.

В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70-75%, а 15-20% имеют хронические заболевания.

Под термином «часто болеющие дети» принято подразумевать детей, у которых частота острых заболеваний составляет от 4 и более раз в год. Очевидно, что в жизни это не просто сухие цифры - часто болеющий ребенок начинает отставать от сверстников в физическом и общем развитии, что непременно ведет к снижению его социальной адаптации в обществе. Все эти факты дают повод охарактеризовать проблему часто и длительно болеющих детей как одну из самых актуальных проблем отечественной медицины.

Реабилитация (от позднелат. rehabilitatio - восстановление) в медицине - комплекс медицинских, педагогических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов. Это система мероприятий, имеющих целью восстановление здоровья и трудоспособности больных и возврат к активной жизни инвалидов. Реабилитация больных и инвалидов должна представлять собой комплексную систему государственных, медицинских, педагогических, спортивных, производственных, бытовых и других мероприятий.

*Актуальность* определяется тем, что реабилитационная работа по улучшению качества здоровья детей направлена на повышение сопротивляемости организма ребенка к наиболее распространенным простудным заболеваниям. Возникает необходимость углубленного изучения причин, условий, факторов, способствующих формированию контингента ЧБД (часто болеющие дети), разработки комплекса мероприятий по его оздоровлению.

*Цель исследования:* выявить роль медицинской сестры в реабилитации детей, часто болеющих простудными заболеваниями.

*Задачи*:

* собрать и изучить материал по заданной теме;
* рассмотреть понятие «часто болеющие дети»;
* изучить этиологию, патогенез и причины заболеваний;
* рассмотреть меры профилактики простудных заболеваний;
* выявить рольмедсестры в реабилитации и восстановлении здоровья детей, часто болеющих простудными заболеваниями;
* разработать рекомендации и памятку по профилактике простудных заболеваний детей.

*Объект исследования:* дети, часто болеющие простудными заболеваниями.

*Предметом исследования:* принципы медицинской реабилитации детей, часто болеющих простудными заболеваниями.

*Методы исследования*: анализ документов, наблюдение, анкетирование.

*Гипотеза*: медицинская реабилитация позволит восстановить здоровье ребенка, повысит уровень его физической подготовленности и нормализует психоэмоциональное состояние, таким образом, улучшит качество жизни.

**Глава 1. Теоретические основы исследования реабилитации часто болеющих детей**

* 1. **Суть понятия «часто болеющие дети»**

Детей, подверженных частым простудными заболеваниям, принято называть часто болеющими (ЧБД). Иногда, для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций у этих детей (их затяжной характер), используется термин «часто и длительно болеющие дети».

Таким образом, часто болеющие дети - это термин, обозначающий группу детей, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. При этом к часто болеющим детям относят детей, у которых частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма [6].

Дети чаще всего в их возрасте болеют острыми респираторными заболеваниями. Это практически все болезни детского возраста. Примерно с полугода до 6 лет дети могут болеть 4-6 раз в год.

Распространенность часто болеющих детей в детской популяции зависит, как уже упоминалось, от возраста, но также от эпидемиологических и социальных условий и составляет от 5 до 50% среди различных групп детей. Среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа часто болеющих детей может составлять около 40% и до 50%, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15% детей и подростков. Отмечено, что среди ЧБД значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний. Было также отмечено, что часто болеющие дети в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся. Эта ситуация потенциально опасна с точки зрения формирования педагогических проблем (низкая успеваемость, отставание от учебной программы и т. д.). Кроме того, страдает психологический климат в семье. Так, установлено, что рекуррентные респираторные заболевания у детей более чем в 50% семей сопровождаются умеренным или значительным напряжением отношений между родителями и более чем в 57% — дефицитом внимания к другим членам семьи, в том числе и к другим детям. В целом показано, что более 70% родителей, дети которых часто болеют ОРЗ, констатируют ухудшение качества своей жизни [8].

Кроме того, частые ОРЗ требуют значительных материальных затрат, нанося серьезный экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей.

Таким образом, ЧБД являются проблемой, имеющей не только медицинский, но и социально-экономический аспект, что требует комплексного подхода к ее решению в реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД.

Показано, что наиболее высокий удельный вес ЧБД отмечается среди организованных детей дошкольного возраста, особенно в первый год посещения детских коллективов. При этом в ясельных и младших группах детских дошкольных коллективов (ДДУ) доля ЧБД в ряде случаев может достигать более 50%. С возрастом число детей с рекуррентными респираторными инфекциями существенно уменьшается. Так, среди школьников удельный вес ЧБД в целом, как правило, не превышает 10%, снижаясь до 3–5% у учащихся старших классов [12].

Установлено, что в подавляющем большинстве частые ОРЗ у детей обусловлены транзиторными эндогенными и/или корригируемыми экзогенными факторами риска. При этом среди эндогенных факторов риска наиболее часто встречаются морфофункциональная незрелость, недоношенность, перинатальные нарушения, поздний старт иммунитета и др. К экзогенным факторам относятся неблагоприятные материально–бытовые условия, низкий уровень санитарной культуры, пассивное курение, ранняя социализация, нерациональный режим дня, алиментарные дефициты и др.

Часто болеющие дети - проблема социальная и медицинская. У таких детей, как правило, нарушен календарь профилактических прививок, они не могут посещать детские дошкольные учреждения, а в школьном возрасте вынуждены пропускать занятия в школе. Родителям приходится периодически оставаться дома с болеющим ребенком и пропускать работу.

У часто болеющего ребенка формируется “порочный круг”: на фоне ослабленного иммунитета ребенок заболевает ОРЗ, которые, в свою очередь, еще больше ослабляют иммунитет. В результате повышенной чувствительности организма к различным инфекционным агентам и снижения защитных механизмов, велика вероятность развития хронических, вялотекущих инфекционных и неинфекционных заболеваний (гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, хронические гайморит, фронтит и др.). Наличие хронических инфекций может привести к отставанию в физическом развитии, аллергизации [5].

У часто болеющих детей могут развиваться и различные психологические проблемы, “комплексы”. Прежде всего, это - “комплекс неполноценности”, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дисадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным).

Учитывая такие возможные последствия, родители должны быть заинтересованы в том, чтобы предотвратить ослабление иммунитета ребенка.

**1.2. Этиология, патогенез и причины заболеваний**

Существует две основных точки зрения на причины повторных и столь частых респираторных заболеваний у ЧБД. Первая — нарушение функционирования иммунной системы, проявляющееся при неблагоприятных воздействиях внешней среды. Вторая — генетическая предрасположенность, также реализующаяся под воздействием неблагоприятных условий внешней среды. Возможно, что оба эти фактора играют роль при возникновении частой заболеваемости ОРЗ у ЧБД. Но в последние годы особое внимание исследователей уделяется состоянию иммунной системы у ЧБД [11].

Наиболее часто рекуррентные респираторные инфекции у детей развиваются в тех случаях, когда имеется сочетание эндогенных и экзогенных факторов риска. Максимальная же заболеваемость ОРЗ при этом возникает, если ребенок дополнительно подвергается еще и повышенному риску инфицирования. При этом следует отметить, что высокий риск инфицирования может иметь место даже в тех случаях, если ребенок не посещает ДДУ. Как правило, это наблюдается в семьях с низким уровнем санитарной культуры (маленького ребенка берут с собой в «походы» по магазинам, рынкам и т.д.), что значительно увеличивает число контактов малыша и создает потенциальную опасность его инфицирования и заболевания. Кроме того, избыточное инфицирование может происходить и в тех случаях, когда в квартире проживает большое количество людей или в семье имеются другие дети, посещающие организованные коллективы. Следует отметить, что повышенная заболеваемость респираторными инфекциями во всех этих случаях может проявиться значительно раньше, чем у других детей – задолго до начала посещения ДДУ. У большинства же детей из семей с достаточным уровнем санитарной культуры и благоприятными бытовыми условиями увеличение частоты ОРЗ, как правило, индуцируется ранним началом посещения организованных коллективов (так называемая ранняя социализация). При этом высокая заболеваемость респираторными инфекциями обусловлена значительно возрастающим уровнем инфицирования (из–за увеличения числа контактов), в то время как иммунитет ребенка из–за возрастных и/или индивидуальных особенностей (незрелость, поздний старт) еще не готов для адекватной защиты [4].

Повышенная восприимчивость детей к респираторным возбудителям определяется также и отсутствием у них предшествующего «иммунологического опыта». Важную роль в снижении защитных механизмов от инфекции, вероятно, играет и психоэмоциональный стресс, развивающийся в период адаптации ребенка к детскому коллективу. При этом ОРЗ протекают в основном, нетяжело, клинически проявляются симптомами ринофарингита и, как правило, не сопровождаются бактериальными осложнениями. В дальнейшем большинство детей адаптируются к коллективу, их иммунитет «набирается опыта», и уже к концу первого года пребывания в ДДУ острые респираторные инфекции у них развиваются реже.

Однако ряд детей и в последующие годы посещения ДДУ продолжают часто болеть ОРЗ. В этой ситуации требуется еще раз скрупулезно провести анализ индивидуальных особенностей состояния здоровья ребенка, уточнить его анамнестические данные, детализировать факторы риска и оценить их негативное влияние. Так, если не устранены провоцирующие факторы, то в условиях возрастных и индивидуальных особенностей иммунитета частые ОРЗ у ребенка могут привести к иммунным нарушениям и развитию хронических очагов инфекции. Особого внимания при этом заслуживает анализ эпидемиологических, социально–бытовых и клинических данных (характер течения заболевания, ведущие клинические симптомы, продолжительность эпизодов ОРЗ, наличие осложнений и др.) [8].

Верификация факторов риска и причин рекуррентных ОРЗ, наряду с корректной интерпретацией клинических особенностей заболевания, имеет четкую практическую направленность, т.к. определяют тактику наблюдения за ребенком. Так, если высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями у ребенка напрямую связан с началом посещения ДДУ, но заболевания при этом протекают нетяжело, без осложнений, то, вероятнее всего, частые ОРЗ обусловлены транзиторными факторами. При этом основными среди них следует считать повышенную восприимчивость ребенка к инфекционным агентам в условиях резко возросшего риска его инфицирования из–за расширения контактов. Тяжелые нарушения иммунитета в этих случаях, как правило, маловероятны.

Таким образом, полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что иммунная система ЧБД хотя и не имеет грубых первичных и приобретенных дефектов, но характеризуется крайней напряженностью процессов иммунного реагирования, нарушением межклеточной кооперации и недостаточностью резервных возможностей, что, по-видимому, является результатом длительного и массивного антигенного воздействия на организм ребенка.

Известно также, что период раннего детства характеризуется интенсивным развитием лимфоэпителиальной глоточной системы (ЛЭГС). Обычно начиная со второго года жизни ребенка постепенно формируются небные миндалины, причем у большинства детей миндалины появляются в последней четверти первого года жизни. На втором году начинается формирование глоточной миндалины (аденоидов), которая локализуется в так называемой «стратегической зоне» верхних дыхательных путей, там, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие [12].

Суть лимфоэпителиального симбиоза заключается в том, что, проходя между эпителиальными клетками, лимфоциты нарушают целостность эпителиального покрова, образуя так называемые «физиологические раны» или «ходы», которые обеспечивают контакт лимфоидной ткани глотки и миндалин с внешней средой. В условиях целостности эпителиального покрова слизистой носоглотки именно эти внутриэпителиальные ходы «дозируют» поступление антигенов в ЛЭГС, обеспечивая адекватную антигенную нагрузку на лимфоидный аппарат глотки, необходимую для защиты респираторного тракта. При нарушении целостности эпителия под воздействием повторных инфекций антигенная нагрузка на ЛЭГС неизмеримо возрастает. Это может сопровождаться перенапряжением, истощением или расстройством защитных механизмов.

Функциональная активность ЛЭГС находится в тесной зависимости от возраста и морфологической зрелости ребенка. А возрастная эволюция ЛЭГС находится под генетическим контролем и зависит от морфотипа данного индивидуума. Наряду с генетически детерминированной склонностью к гиперплазии и замедленной редукции ЛЭГС на процессы ее эволюции немалое влияние оказывает воздействие внешних, фенотипических факторов. Таких факторов множество. Это - экологическое неблагополучие окружающей среды, проживание в сырых, плохо вентилируемых помещениях, большая скученность в помещениях, посещение детских коллективов, недостаточное и/или неправильное питание, неправильное лечение предшествующих респираторных заболеваний, перенесенные тяжелые заболевания, особенно инфекционные, повторяющиеся стрессовые воздействия, а также ряд других. При достаточно интенсивном воздействии фенотипических факторов они способны нарушить хрупкое равновесие между нормой и патологией, и у ребенка, имеющего генетическую предрасположенность, развивается выраженная гиперплазия ЛЭГС, нарушается лимфоэпителиальный симбиоз, создаются предпосылки для неадекватной стимуляции иммунной системы, преодоления порога ее толерантности, формирования иммунной дисфункции [14].

Таким образом, выявленные у ЧБД особенности клеточного и гуморального иммунитета и фагоцитоза, а также дисбаланс в цитокиновом и интерфероновом статусах свидетельствуют о напряженном функционировании иммунной системы и ЛЭГС и о возможном истощении резервов противоинфекционной резистентности у этой группы детей.

Как уже отмечалось выше, основным критерием выделения пациентов в группу ЧБД является частота заболеваемости ОРЗ. Это, однако, не исключает проведения дополнительного обследования ребенка. Прежде всего, ЧБД нуждаются в тщательном осмотре педиатром и обязательном осмотре ЛОР-врачом, включающем оценку состояния миндалин, аденоидов, придаточных полостей носа и барабанных перепонок, т. к. среди ЧБД хронические заболевания ЛОР-органов встречаются приблизительно в половине случаев.

Таким образом, причинами можно выделить огромное количество причин, по которым дети болеют, и как следствие, относятся к группе часто болеющих детей.

**1.3. Меры профилактики**

Еще во время беременности будущей маме нужно позаботиться о здоровье еще не родившегося малыша. Женщине, готовящейся стать матерью нужно полноценно питаться, исключить курение и прием алкоголя, по возможности санировать очаги хронической инфекции. Очень важно прикладывание ребенка к груди сразу после рождения, когда из молочных желез выделяется молозиво, богатое иммуноглобулинами. Очень важное значение имеет естественное вскармливание. Грудное молоко - важнейшая составляющая для формирования иммунитета ребенка, поэтому даже если молока мало, желательно, чтобы ребенок его получал. Если материнского молока достаточно, не нужно вводить прикорм до 4 - 6 месяцев. Если приходится докармливать малыша искусственными смесями, важна стабильность, т.е. не нужно менять смеси, если у ребенка нет непереносимости к той смеси, которую он получает.

Как было сказано выше, ослабление иммунитета ребенка может происходить на фоне дисбактериоза кишечника или гиповитаминозов. Важно выявить эти состояния на первом году жизни и под врачебным контролем корригировать. Детям до 3 лет в осенне-зимне-весенние периоды года показана профилактика рахита препаратами витамина D (вигантол, витамин D2 и D3 ). Летом можно не проводить медикаментозную профилактику рахита при условии, что ребенок достаточно много времени проводит на воздухе (не обязательно под прямыми солнечными лучами) [6].

В качестве профилактики ослабления иммунитета можно использовать поливитаминные препараты (муль-титабс, поливит-беби, юникап, центрум и другие). Хорошим общеукрепляющим действием обладают дрожжевые препараты (дрожжевой экстракт “Фаворит”, пангамин и др.). Поливитаминные и дрожжевые препараты особенно нужны детям осенью и весной, когда происходит естественное ослабление иммунитета.

Важно наладить сбалансированное питание. Для нормального функционирования иммунной системы необходимо, чтобы в питании ребенка присутствовали белки и жиры животного происхождения (молочные и кисломолочные продукты, мясо, рыба), витамины, основным источником которых являются овощи и фрукты. Летом детям старше 4 - 5 месяцев очень полезны свежие, термически не обработанные фрукты, ягоды, соки. В них содержится значительно большее количество витаминов, чем в тех же продуктах после термической обработки или консервирования. Организм ребенка может накопить за лето витамины, что укрепит его иммунную систему.

Общеукрепляющим действием на организм обладает закаливание. Существуют разные методики закаливания. Некоторые предполагают обливание холодной водой всего тела, другие - только каких-то отдельных участков (ноги до колен, плечи и шея). Есть виды закаливания без водных процедур (воздушные ванны). Но для всех видов закаливания существуют общие принципы. Любое закаливание надо начинать постепенно, понемногу увеличивая время процедуры и постепенно понижая температуру воды (или воздуха). Закаливание нужно проводить регулярно, и если по каким-то причинам процедуры были прерваны, возобновлять их нужно с самого начала. Только при соблюдении этих правил можно добиться положительного эффекта [7].

Некоторых инфекционных заболеваний можно избежать, делая профилактические прививки. Кроме обязательных прививок от туберкулеза, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, эпидемического паротита существуют вакцины от гриппа, гепатитов А и В. Вакцинацию противогриппозной вакциной нужно делать до начала эпидемии гриппа, чтобы иммунитет успел выработаться. Делать прививку от гриппа в разгар эпидемии, или когда ребенок уже заболел не имеет смысла, так как прививка не защитит ребенка от заболевания.

Так как одним из факторов, ослабляющих иммунитет, являются глисты, родителям нужно помнить о мерах гигиены: приучать ребенка мыть руки, не допускать игр в прихожей и уборной, следить, чтобы ребенок не поднимал предметы на улице и не гладил уличных животных, периодически проводить дома влажные уборки и мыть с мылом игрушки. Учитывая сложность диагностики глистов по калу, возможно проведение профилактических противоглистных курсов несколько раз в год, особенно осенью.

**1.4. Роль медицинской сестры в реабилитации и восстановлении здоровья детей, часто болеющих простудными заболеваниями**

Медицинская реабилитация - начальное звено в системе общей реабилитации, ибо заболевший человек, прежде всего, нуждается в медицинской помощи. По существу, между периодом лечения заболевшего человека и периодом его медицинской реабилитации, или восстановительного лечения, нет чёткой границы. Медицинская реабилитация начинается в больнице практически одновременно с прекращением острых проявлений болезни. Специальное восстановительное лечение проводят в отделении реабилитации (восстановительного лечения) в той же или специальной больнице, а если нет нужды в дальнейшем пребывании больного в стационаре - в отделении восстановительного лечения поликлиники или в реабилитационном центре. Пребывание в отделениях восстановительного лечения, периодическое лечение в санаториях или на курорте, где широко применяется физиотерапия, трудотерапия, лечебная физкультура и прочее, и составляет собственно медицинскую реабилитацию. В физиотерапии для реабилитации основное значение имеют физические факторы, которые способствуют повышению сопротивляемости организма к внешним и внутренним воздействиям, усиливают защитно-приспособительные механизмы. Лечебная физкультура стимулирует активную деятельность всех систем организма, способствует повышению общей работоспособности. Главной задачей медицинской реабилитации является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду [14].

Современная модель сестринского дела - это наука и практика, направленные на улучшение состояния здоровья каждого пациента, это забота о другом ради его блага. Медицинская сестра - это личность, разделяющая философию сестринского дела, профессионально и творчески осуществляющая сестринскую практику. Сестринский уход - работа, выполняемая медицинской сестрой в соответствии с ее функциональными обязанностями. Эти функциональные обязанности можно охарактеризовать как поддержание  и  укрепление состояния здоровья, уход за больными  и  оказание реабилитационной помощи.

Современная медицинская сестра принимает решения в условиях нестандартных ситуаций. Медсестринская помощь требует подчас нестандартных решений в работе с часто и длительно болеющими детьми. Для успешного выполнения этих задач медицинской сестре недостаточно лишь знаний в области своей узкой профессиональной компетенции. Важнейшим критерием профессиональной компетентности медицинской сестры; становится её психолого-педагогические возможности, наличие качеств, способствующих коммуникативным способностям в общении с детским населением, видение будущего и желание постоянно заниматься своим саморазвитием.

Для квалифицированного оказания медицинской помощи часто болеющим детям медсестре, работающей с часто болеющими детьми, необходимо иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию больного ребенка и его матери, четко представлять существующие в этой области этические проблемы. Одна из важнейших среди них - осведомление матери, родственников ребенка об особенностях заболевания для получения согласия на лечение. Умение медсестры успокоить, объективно информировать мать о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений и при этом ободрить, настроить на активную помощь, является обязательным этическим требованием работы медсестры и другого персонала [13].

Работа медсестры детской поликлиники сопряжена большими психологическими и физическими нагрузками, поэтому медсестра должна быть своего рода психологом, учителем и наставником.

В настоящее время родители обладают большим запасом сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых из специальной, просветительской литературы и средств массовой информации.  
В связи с этим, увлечение модными различными средствами и методами лечения, рекламируемыми порой самими медиками, могут создавать затруднение при контакте медработников с родителями.

Общаясь с медработником, родители больного ребенка нередко ожидают встречи с выдающейся личностью. Порой они испытывают разочарование, встречаясь «всего лишь» с добросовестным тружеником и хорошим профессионалом. И если при этом нарушаются правила деонтологии, то возникает повод для недоразумений. Полезно воспользоваться следующими рекомендациями, относящимися к форме отношений медицинской сестры с матерью часто болеющего ребенка:

1. Контакт устанавливают в первую очередь с ребенком, ибо, как только мама замечает, что ребенок не сопротивляется медсестре, она относится к нему с доверием;

2. Доверие к медработнику вызывается его поведением, личным примером, человеческими качествами. Спокойная, внимательная, оптимистичная, аккуратная медсестра, сохраняющая здоровый цвет лица, правильную осанку, без избытка массы тела, не курящая служит примером, внушающим доверие;

3. Убежденное и четкое изложение сведений о больном ребенке в доброжелательной и мягкой форме, свидетельствующее о высоком профессиональном уровне медсестры, вызывает доверие к ней лично и к учреждению, которое она представляет;

4. Соблюдение известной дистанции при условии предельной доброжелательности облегчает взаимопонимание в сложных ситуациях;

5. Проявление таких душевных качеств, как внимание, доброта, ласка, вносит успокоение в сознание матери, ближайших родственников.

6. Твердая воля при предъявлении матери, как посреднику в общении с ребенком, определенных требований облегчает лечебный процесс, так как родители, порой теряющие самообладание, не всегда понимают, что их поведение отражается на состоянии ребенка;

7. Внушение ребенку и его матери мысли о том, что они сами заинтересованы и нуждаются в выполнении врачебных предписаний, снимает многие деонтологические трудности [8].

При этом соблюдение этики в отношении к ребенку не зависит от его возраста. В этом состоит специфика профессии медицинской сестры, работающей с часто болеющими детьми - высокий профессионализм, сочетающийся с терпением и любовью к детям.

В оздоровлении часто болеющих детей большое значение имеет санитарное просвещение родителей. Преемственность в проведении реабилитационных мероприятий между поликлиникой, организованным коллективом и семьей - важнейшее условие успешной работы с часто болеющими детьми. Воздействие на образ жизни ребенка осуществляется путем активного санитарного просвещения родителей и активного вовлечения их в процесс оздоровления детей в домашних условиях. Родителей следует обучить приемам массажа, проведению дыхательной гимнастики, и т.д. основная роль в этой работе принадлежит медицинской сестре.

**Глава 2. Практическое исследование роли медицинской реабилитации часто болеющих детей**

**2.1. Организация исследования и характеристика практических методов исследования**

Нами было проведено практическое исследование, целью которого было выявить роль медицинской реабилитации детей, часто болеющих простудными заболеваниями.

Для исследования мною были взяты мои родные и двоюродные братья и сестры, которые часто болеют простудными заболеваниями: Анастасия П., Анна П., Дмитрий П., Павел Г., Сергей З., а так же их родители – 6 человек.

Нами была выдвинута гипотеза о том, что медицинская реабилитация позволит восстановить здоровье ребенка, повысит уровень его физической подготовленности и нормализует психоэмоциональное состояние, таким образом, улучшит качество жизни.

При проведении исследования были применены несколько методов исследования: анализ документов, наблюдение, анкетирование.

В качестве документов, которые подверглись анализу, выступили амбулаторные карты детей.

Итак, родителям предлагалась анкета, которая состоит из 8 вопросов, приведенная в приложении № 1.

Целью анкеты являлось выявление методов оздоровления,которые готовыподдержать родители.

**2.2 Анализ результатов исследования**

На первый вопрос «Как часто болеет ваш ребенок гриппом, ОРВИ?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 2 человека – «3-4 раза в год», 4 человека – «5 и более раз». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 1.

Диаграмма 1. Результаты ответов на вопрос «Как часто болеет ваш ребенок гриппом, ОРВИ?»

На второй вопрос «Есть ли аллергия у Вашего ребенка?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 2 человека – «да», 4 человек – «нет». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 2.

Диаграмма 2. Результаты ответов на вопрос «Есть ли аллергия у Вашего ребенка?»

На третий вопрос «Занимается ли Ваш ребенок в спортивной секции?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 4 человек – «да», 2 человек – «нет». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 3.

Диаграмма 3. Результаты ответов на вопрос «Занимается ли Ваш ребенок в спортивной секции?»

На четвертый вопрос «Как часто Ваш ребенок бывает на свежем воздухе?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 2 человек – «регулярно», 2 человека – «систематически (3-4 раза в неделю)», 2 человека – «только на выходных». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 4.

Диаграмма 4. Результаты ответов на вопрос «Как часто Ваш ребенок бывает на свежем воздухе?»

На пятый вопрос «Какие питательные вещества преобладают в рационе Вашего ребенка?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 2 человека – «белки», 2 человека – «углеводы (преобладание кондитерских изделий)», 2 человека – «равное соотношение белков, жиров и углеводов». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 5.

Диаграмма 5. Результаты ответов на вопрос «Какие питательные вещества преобладают в рационе Вашего ребенка?»

На шестой вопрос «Какие средства закаливания использует Ваш ребенок?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 0 человека – «обливание», 0 человек – «контрастный душ», 6 человек – «не использует». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 6.

Диаграмма 6. Результаты ответов на вопрос «Какие средства закаливания использует Ваш ребенок?»

На седьмой вопрос «Выполняет ли ребенок дыхательные упражнения?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 0 человека – «да», 6 человек – «нет». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 7.

Диаграмма 7. Результаты ответов на вопрос «Выполняет ли ребенок дыхательные упражнения?»

На восьмой вопрос «Делает ли Ваш ребенок по утрам зарядку?» родители часто болеющих детей ответили следующим образом: 4 человека – «да», 2 человек – «нет». Для наглядности результаты приведены в диаграмме 8.

Диаграмма 8. Результаты ответов на вопрос «Делает ли Ваш ребенок по утрам зарядку?»

По результатам анализ анкетирования, мы видим, что большинство часто болеющих детей мало гуляют на свежем воздухе, а так же не занимаются физической культурой.

**2.3. Рекомендации для восстановления здоровья детей, часто болеющих простудными заболеваниями**

Закаливание.

Необходимым средством реабилитации часто болеющих детей является закаливание. Наверное, нет ни одного человека, кто не хотел бы видеть своих детей крепкими, здоровыми, закаленными, не реагирующими ни на какие превратности погоды. Но очень мало кому удается «дойти до конца» по долгой дорожке терпения, постепенности, возврата к самому началу и продолжительных попыток укрепить здоровье.

Закаливание — это система мероприятий, направленных на повышение устойчивости генетически предопределенных механизмов защиты и приспособления организма ко многим факторам, с тем чтобы суточные и сезонные, периодические и внезапные изменения температуры, атмосферного давления, магнитных и электрических полей Земли и т. д. не вызывали резких изменений гомеостаза.

Данная схема дает возможность сориентироваться при выборе средства и метода закаливания, а также режима закаливающих нагрузок (как увеличить нагрузку) в соответствии с состоянием здоровья ребенка.

Так, при слабости со стороны центральной нервной системы не всегда можно рекомендовать интенсивное закаливание или резко контрастные процедуры и т. п.

Своеобразный метод проверки такой: если ребенок летом не болеет, а болеет зимой, можно предполагать, что это оттого, что его плохо закаливают зимой, так как все системы закаливания работают исправно: ребенок летом часто бывает обнаженным, ходит босиком и т. д., его кожные рецепторы действуют, а все системы терморегуляции тренируются. Если же ребенок болеет и летом, и зимой, в данном случае нужно проявить гораздо больше внимания и терпения и не надеяться на то, что все проблемы можно разрешить сразу, одним ведром ледяной воды.

Порозовение кожи, свидетельствующее о II фазе сосудисто-двигательной реакции, и физиологическая реакция со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют дать назначение об усилении закаливающей нагрузки (снизить температуру или увеличить продолжение действия закаливающего фактора).

Основные принципы закаливания:

* 1. Учет возрастных и индивидуальных особенностей

По индивидуальному преобладанию процессов возбуждения и торможения детей шутливо делят на «шустриков» и «мямликов».

Естественно, что «шустрикам» больше подходят процедуры с более высокими температурами, а «мямликам» — более низкими.

* 1. Учет состояния здоровья: больным детям больше подходят щадящие процедуры: укорочение времени воздействия закаливающего фактора, уменьшение контраста и т. п.

Необходимо помнить о возрастных особенностях реакции детей на закаливающие процедуры: например, ожог от горячей воды или заболевание от слишком холодной воды может наступить не сразу, а к концу дня или через несколько дней.

В связи с вышеизложенным заявления некоторых «специалистов» о том, что стоит облить детям ноги холодной водой и «мы увидим, как заблестят их глазенки», можно считать безответственными в рамках детского учреждения, где собраны разные дети.

3) Систематичность

4) Постепенное увеличение силы раздражителя Ориентир на слабого ребенка. Температура - не ведущий показатель. Главное - хороший сон, аппетит, эмоциональное состояние, отсутствие дрожи, озноба и т. д.

5) Теплые ноги и теплые руки

Нельзя резко оголять детей. Но постепенно увеличивать порог раздевания нужно, иначе эффективности закаливания не будет.

6) Положительная эмоциональная реакция на процедуру - обязательное условие.

Ничего не получится, если ребенок плачет или утомлен предыдущими занятиями.

Для закаливания используются факторы внешней среды в следующей последовательности по степени воздействия: воздух, вода, солнце. Данные факторы используются как отдельно, так и в виде комплексных процедур, при этом необходимо учитывать следующее:

- постепенное увеличение силы закаливающего фактора (например, увеличение продолжительности воздействия при одной и той же температуре, или наоборот);

- контрастность (например, «холод—тепло—холод» или, наоборот, «тепло—холод—тепло»);

- без снижения температуры, когда имеет место короткая экспозиция действия закаливающего фактора и частое его повторение.

Закаливание водой

Трех свойств воды — растворять, удалять (медленно смывать) и укреплять — вполне достаточно для нас, чтобы утверждать, что вода излечивает все вообще излечимые болезни, ибо всякое применение воды при лечении имеет целью удалить корень болезни.

Благодаря этому возможно:

1. растворить в крови болезненные вещества;
2. удалить растворимые;
3. сделать снова правильным течение крови по ее руслу после очищения;
4. наконец, укрепить ослабленный организм.

Процедура, требующая достаточной устойчивости к снижению температуры среды. При проведении процедуры обливания важно знать, что голову обливать не надо. Общие обливания можно проводить в ванне, при отсутствии последней — в тазу.

При обливании можно стоять или сидеть. Ручку гибкого шланга в ванне или душе необходимо держать близко от тела (20—30 см). Струя воды должна быть сильной. В первую очередь обливают спину, далее грудь и живот, в последнюю очередь — левое и правое плечо. После процедуры человека обтирают насухо.

Начальная температура воды 35—34 °С, в дальнейшем ее постепенно снижают до 26—24 °С (конечная температура зависит от реакции).

Наиболее благоприятное время для начала проведения ножных ванн — лето. Обливание ступней и голеней начинают с температуры воды 28 °С, далее охлаждают ее из расчета 1 °С в неделю. Нижние пределы температуры воды 20 °С. Для детей трех лет ее снижают до 18 °С.

Продолжительность процедуры 15—20 с. Обливание ног лучше всего производить в ванне, где ребенка усаживают на специальную подставку. На дно ванны кладут решетку из дерева или пластмассы. Подбирают нужную температуру воды путем смешивая ее в кувшине. Время процедуры 20—30 с. По окончании обливания ноги ребенка насухо обтирают, а далее растирают до легкого покраснения кожи.

Более действенной процедурой являются контрастные ножные ванны, во время которых используют попеременно холодную и теплую воду. Подобная процедура рекомендуется детям с выраженными признаками адаптивной устойчивости. Контрастные ванны еще более увеличивают сопротивляемость организма к сниженной температуре воды.

Методика проведения контрастных ванн. Налить воду в два резервуара (два таза или ведра). Один из них наполнить водой температурой 37—33 °С, а другой — на 3—4 °С ниже. Количество воды необходимо такое, чтобы вода покрывала ноги до середины голеней. На протяжении 7 дней температуру воды в резервуарах не изменяют, далее понижают температуру воды во втором резервуаре (в котором температура воды была ниже) на 1 °С в неделю и доводят ее до 18—20 °С.

Процедура контрастных ножных ванн состоит в следующем. Ребенок попеременно на 1—2 мин погружает ноги в бачок с горячей водой, а затем на 5—10 мин — с холодной. Заканчивают процедуру погружением ног в бачок с холодной водой. Количество попеременного погружения в первые процедуры составляет 3—4. Продолжительность времени погружения конечностей в таз с холодной водой возрастает постепенно до 15—30 с. Увеличивают и число попеременных погружений до 6. После окончания процедуры ноги вытирают до появления небольшого порозовения кожи. Обычно ножные ванны делают сразу после сна либо во второй половине дня между 17 и 18 ч, в период наибольшей активности ребенка.

После проведения общего обливания наблюдаются стадии, которые характерны в целом для воздействия воды: первоначальное побледнение кожных покровов (вазоконстрикция), которое сменяет вазодилятация — покраснение кожи. Положительной реакцией на водную процедуру является покраснение кожи. Если данной реакции нет, то кожу растирают до появления легкого порозовения и повышения температуры.

Следует отметить, что если ребенок раньше не закаливался или прошел довольно длительный перерыв в закаливании, более эффективные процедуры (в частности, водные) следует начинать с более высокой температуры воды. В противном случае произойдет обратный результат закаливающего воздействия: ребенок может заболеть. В этой связи необходимо учесть, что в любом возрасте необходимо начинать закаливание от неспециальных закаливающих мероприятий, переходя постепенно к специальным — воздушным ваннам, местным обливаниям, общим обливаниям, плаванию, душу.

Душ является для ребенка еще более сильно воздействующей процедурой, нежели общее обливание. Это связано с тем, что душ сочетает в себе и действие температуры воды, и ее механическое (массирующее) влияние, увеличивает тонус скелетной мускулатуры. В связи с сильным воздействием душа на организм ребенка его применение показано в возрасте не ранее 1,5 лет.

Купания.

Начальная методика проведения купаний состоит из простых погружений в воду 1—2 раза. После этого насухо обтирают ребенка до легкого порозовения. Далее длительность купания увеличивается постепенно, сначала на 1 мин, а затем на 2—3 мин.

При купании (а также и плавании) необходимо соблюдать соответствующие правила:

- не разрешается купаться и плавать натощак или раньше, чем через 1—1,5 ч после сна;

- недопустимо разгоряченным, потным детям нырять в прохладную воду.

Полоскание горла прохладной водой. Все подобные закаливающие процедуры необходимо делать только после консультации с лор-врачом. Начиная с 2—3 лет можно научить ребенка, набрав в рот воды, закинуть назад голову произносить звук «а-а-а». У детей старше 3—4 лет, умеющих полоскать горло, надо постепенно снижать температуру каждые 3—4 дня на 1 °С и доводить до +8, +10 °С. Закаленных детей можно постепенно перевести на мороженое (мелкими порциями). Детей, не умеющих полоскать горло, целесообразно приучать пить прохладную воду, также постепенно снижая температуру.

Лечебная физкультура (ЛФК)

Лечебная физкультура (ЛФК) - один из ведущих методов медицинской и физической реабилитации, раздел медицины, изучающий лечение и профилактику заболеваний методами физкультуры (обычно в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, массажем, влиянием естественных факторов (солнце, воздух, вода)).

Основной терапевтический метод - лечебная гимнастика. Применяют гигиеническую гимнастику, дозированные спортивные упражнения (ходьба, терренкур); игры, строго дозированные упражнения (плавание, ходьба на лыжах, гребля).

Противопоказаниями к ЛФК являются: сильные боли, опасность возникновения кровотечения, температура выше 37,5 и консервативное лечение злокачественных опухолей.

Клиническое выздоровление, т.е. нормализация температуры, исчезновение симптомов заболевания, не означает, что произошло полное восстановление функционального состояния организма и его работоспособности.

Для восстановления применяют три периода действия ЛФК.

Первый период – щадящий - острый период вынужденного положения, когда анатомическое и функциональное состояние органа нарушено. Больным назначается постельный режим.

Второй период – функциональный - период восстановления анатомии органа, когда его функция остаётся нарушенной. Режим полупостельный, когда больной сидит и ходит по палате.

Третий период – тренировочный - этап окончательного восстановления функции не только пострадавшего органа, но и всего организма в целом, когда становится возможным адаптация к бытовым нагрузкам и тренировка всего организма. В результате систематических упражнений организм приспосабливается к постепенно возрастающим нагрузкам, происходит коррекция (выравнивание) возникших в процессе болезни нарушений. Основой лечебного действия физических упражнений и других средств ЛФК считается воздействие на нервную систему, которая тем самым регулирует функции поражённых органов и систем, стимулирует механизмы выздоровления и восстановления. Физические упражнения оказывают общетонизирующее влияние, способствуют нормализации извращённых или восстановлению утраченных функций, влияют на трофические функции нервной системы, усиливают действие других лечащих факторов (медикаментозных, физиотерапевтических, бальнеологических и др.) С выздоровлением некоторые лечебные методы ограничивают или исключают, а удельный вес ЛФК возрастает. Занимаясь упражнениями, больной сам активно участвует в лечебно-восстановительном процессе, а это благотворно воздействует на его психоэмоциональную сферу. Занятия имеют и воспитательное значение: больной привыкает систематически выполнять физические упражнения, это становится его повседневной привычкой. Занятия ЛФК переходят в занятия общей физкультурой, становятся потребностью человека после выздоровления.

Формы лечебной физкультуры и их значение

Различают несколько форм проведения занятий ЛФК. Рассмотрим 8 из них:

1. Занятия лечебной гимнастикой необходимы для восстановления функции пострадавшего органа и всего организма в целом. Каждое занятие строится по определённому плану и включает в себя 3 раздела: вводный, основной и заключительный. Во вводной части даются элементарные гимнастические и дыхательные упражнения, подготавливающего больного к возрастающей физической нагрузке. В основную часть включены специальные и общеразвивающие упражнения, оказывающие положительное воздействие на пострадавший орган и весь организм. В заключительной части- элементарные гимнастические и дыхательные упражнения, способствующие расслаблению мышечных групп и снижению общей физической нагрузки. Гимнастические упражнения выполняются без предметов и с различными предметами (с гимнастической палкой, обручем, мячом), с дополнительным грузом, упражнения на мячах различного диаметра, на гимнастическом оборудовании. Например, фитбол- гимнастика- гимнастика на больших упругих мячах. Вибрация сидя на мяче по своему физиологическому воздействию сходна с иппотерапией (лечением верховой ездой). При оптимальной и систематической нагрузке создаётся сильный мышечный корсет, улучшается функция внутренних органов, уравновешиваются нервные процессы, развиваются все физические качества и формируются двигательные навыки, происходит положительное воздействие на психо-эмоциональную сферу.

2. Утренняя гигиеническая гимнастика помогает организму быстрее перейти от состояния покоя во время сна, когда все физиологические процессы замедлены, к бодрствованию, активной деятельности. Систематическая зарядка повышает общий тонус организма, содействует укреплению здоровья, улучшает деятельность сердечно-сосудистой, нервной и дыхательной систем, усиливает обмен веществ, укрепляет и развивает мышцы, способствует формированию правильной осанки. У людей, постоянно занимающихся зарядкой, повышается работоспособность, улучшается аппетит, общее самочувствие, сон. Ежедневная зарядка воспитывает полезную для здоровья привычку к систематическим занятиям физкультурой. Заниматься нужно в проветренном помещении или на улице, в лёгкой не стесняющей движения одежде. После зарядки рекомендуются водные процедуры с соблюдением правил закаливания организма. Характер зарядки в восстановительный период подскажет врач. Можно использовать элементы пластики и хореографии. С помощью них развивается чувство ритма, гибкость, координация движений, правильная осанка, мышечно-суставный аппарат. Ритмические движения и хорошее настроение поддерживает музыкальное сопровождение. Используют бубен, барабан, ложки, магнитофон. Коллективно или индивидуально применяют хлопки, удары рукой, топание. Можно читать стихи или петь, сопровождая текст определёнными движениями. Под танцевальную мелодию легко выполнять свободные движения руками и ногами в заданном ритме, сидя или лёжа. Идеально проводить занятия с «живым звуком», то есть с аккомпаниатором (под фортепиано или баян).

3. Самостоятельные занятия физическими упражнениями проводятся больным по комплексу ЛФК, составленным специалистом с учётом характера заболевания и индивидуальных особенностей. Эта форма широко применяется для восстановления утраченных функций опорно-двигательного аппарата, при нервных болезнях, в травматологии.

4. Лечебная дозированная ходьба показана для нормализации походки больного после травм и заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, а также при нарушениях обмена веществ, для тренировки сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Дозируется скоростью передвижения, длиной дистанции, рельефом местности.

5. Дозированное восхождение (терренкур)- применяется для улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, создаёт благоприятные условия для правильного дыхания, повышает тонус нервной системы, тренирует мышцы конечностей, туловища, стимулирует обмен веществ. Дозированное восхождение назначается при ослаблении сократительной функции сердечной мышцы, ожирении, после травм нижних конечностей. Пешеходные прогулки с подъёмом под небольшим углом производятся по специальному маршруту с лечебными целями. Используется в основном в санаторно-курортных условиях под присмотром специалиста. Терренкур, применяемый самостоятельно может привести к опасным последствиям.

6. Дозированные плавание, гребля, ходьба на лыжах, катание на коньках применяется для дальнейшей тренировки поражённых органов и всего организма, повышения работоспособности.

Плавание - один из немногих видов спорта, гармонически развивающих все группы мышц, доступно человеку с раннего детства и до глубокой старости - один из важнейших этапов комплексного лечения. Во время плавания снимается нагрузка на позвоночник, устраняется ассиметричная работа межпозвонковых мышц, создаются условия для нормального роста позвонков. Самовытяжение позвоночника при скольжении усиливает эффект разгрузки зон роста. Плавание способствует устранению заболеваний неправильной осанки и закаливанию организма. Во время плавания создаются наилучшие условия для кровообращения, облегчается работа сердца. Это даёт возможность заниматься плаванием в спокойном темпе. Дыхание пловца ритмично и согласовано с движением рук и ног, поэтому плавание - лучшее упражнение для совершенствования дыхательной системы. Методика занятий лечебным плаванием предусматривает занятия непосредственно в воде, а также в зале «сухого плавания». На занятиях по лечебному плаванию необходим индивидуальный подход со строгой дифференцировкой нагрузок (темп, характер упражнений, последовательность, длительность) в соответствии с диагнозом и функциональным состоянием организма. Купание в открытых водоёмах зимой (моржевание) граничит с большим риском и требует предварительного закаливания и консультации врача. Инструктор по плаванию должен быть подготовлен как методист лечебной физкультуры. Плавание очень важно для реабилитации инвалидов с ограниченными функциями передвижения.

Лыжные прогулки и катание на коньках усиливают работу мышц, повышают обмен веществ, улучшают работу сердечно- сосудистой и дыхательной систем, тренируют вестибулярный аппарат, повышают мышечный тонус, улучшают настроение, способствуют нормализации состояния нервной системы.

7. Массовые формы ЛФК применяются в целях реабилитации и профилактики. К ним относятся спортивные игры, туризм, экскурсии. Малоподвижные игры в процессе выздоровления воспитывают у больного решительность, ловкость, положительно воздействует на работу всех органов и систем. Спортивные игры (бадминтон, баскетбол, волейбол, футбол, теннис, хоккей и др.) оказывают разностороннее влияние на организм. Включая разнообразные формы двигательной деятельности (бег, ходьбу, прыжки, метание, удары, ловлю и броски, различные силовые элементы), игры развивают быстроту движений, мышечную силу, способствуют развитию многих систем, укреплению опорно-двигательного аппарата. Чем разнообразнее и сложнее приемы той или иной игры, чем больше в ней движений, связанных с интенсивной мышечной работой. Очень полезно пребывание на природе - в лесу, у реки, у моря, сочетание отдыха с закаливанием, воздушными и солнечными ваннами, походами, занятиями физкультурой. Интенсивность физической работы при туристических путешествиях варьируется сильно. Так, при передвижениях на лыжах, на велосипеде или лодке, а также при пешеходных маршрутах, особенно в горной местности, физическая нагрузка может быть значительной. Путешествия пешком, на лодках, велосипеде способствуют лучшему кровоснабжению органов и мышц, в тои числе и сердечной мышцы, укреплению костей, суставов, связок, активизируется обмен веществ, улучшается деятельность органов дыхания. Пребывание на свежем воздухе, активная мышечная деятельность является источником бодрости и сил.

8. Упражнения на тренажёрах приобретают всё большее распространение в ЛФК и при реабилитации больных и инвалидов. Применение тренажёров позволяет точно дозировать нагрузку и развивать различные физические качества: выносливость, силу мышц и другие. Среди нетрадиционных форм занятий физической культурой можно выделить занятия в сухом бассейне, заполненном разноцветными шариками. Тело в бассейне всё время находится в безопасной опоре, что особенно важно для людей с двигательными нарушениями. В то же время в бассейне можно двигаться, ощущая постоянный контакт кожи с наполняющими бассейн шариками. Таким образом, происходит постоянный массаж всего тела, стимулируется чувствительность. Занятия развивают мышцы, общую двигательную активность, координацию движений, равновесие.

Роль физиотерапевтических процедур в восстановлении

Физиотерапия - это лечение силами природы (свет, звук, вода, воздух), древнейший способ борьбы человека с болезнями. В профилактике различных заболеваний и реабилитации больных большое значение имеют физические факторы, которые способствуют повышению сопротивляемости организма к внешним и внутренним воздействиям, усиливают защитно-приспособительные механизмы. Здесь полезна электротерапия, магнитотерапия, аэрозоль- и электроаэрозольтерапия, оксигенотерапия, актинотерапия (лечение лучистой энергией), которая включает в себя светолечение, лечение лазерным, рентгеновским и радиоактивным излучением, ультразвуковая терапия, механотерапия, включающая массаж, иглоукалывание, баро- и тракционную терапию; гидро-бальнеотерапия; теплолечение; климатотерапия; эстетотерапия, куда можно отнести фонотерапию- лечение музыкой, пением птиц и т.п.; В настоящее время применяют лазеры, постоянное магнитное поле, интерференц- и амплипульстерапию. Благодаря физиопроцедурам на организм и его ткани оказывается рефлекторное, гуморальное и непосредственное физико-химическое воздействие. Огромное лечебное действие имеют природные факторы: солнечное излучение, пресные и минеральные воды, лечебные грязи, климат, ландшафт, море. Применение физиопроцедур для восстановительного лечения и медицинской реабилитации доступно и достаточно эффективно. Они обычно не вызывают болевых ощущений, а наоборот обладают успокаивающим, болеутоляющим, тонизирующим, противовоспалительным, антиспазматическим действием, способствует повышению естественного и специфического иммунитета, образованию в организме некоторых биологически активных веществ. При помощи физических факторов можно влиять на течение патологических процессов, целенаправленно их изменять. При этом усиливаются имуннобиологические процессы, а также быстрее восстанавливаются силы после перенесённой болезни, организм закаляется.

Некоторые формы физиопроцедур и их значение

Электротерапия:

1. Под влиянием постоянного тока в тканях организма происходят сложные биофизические и биохимические процессы, возникают различные физиологические реакции. Гальванизация и лекарственный электрофорез показаны при невролгиях, неврозах, невритах, нарушениях сна и др.

2.Электросон проводится с целью нормализации функционального состояния ЦНС через рецепторный аппарат головы, путём воздействия на головной мозг импульсными токами низкой частоты и малой силы.

3.Диадинамотерапия, когда динамические токи небольшой силы и низкого напряжения вызывают возбуждение электрорецепторов. Увеличение силы тока вызывает ритмическое возбуждение нервов и мышечных волокон, что приводит к активизации переферического кровообращения, обмена веществ, уменьшению солей в области возбуждения, используется при заболеваниях переферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

4. Амплипульстерапия. Амплитудные пульсации низкой частоты оказывают возбуждающие действия на нервно-мышечные структуры, синусоидально модулированные токи активируют процессы кровообращения и обменные процессы не только в поверхностных, но и глубоко расположенных органов и тканей. Метод широко используется для лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы и заболеваниями внутренних органов.

5.Электростимуляция применяется для возбуждения или усиления деятельности определённых органов и систем (например, для поддержания жизнедеятельности и питания мышц).

6. Дарсонвализация - метод высокочастотной электротерапии. Действует болеутоляюще, уменьшает спазм сосудов и сфинктеров, ускоряет грануляцию тканей, усиливает обменные процессы. Улучшается капиллярное кровообращение, питание тканей.

7. Постоянные магнитные поля устраняют неострые послеоперационные боли, отёчность. Магнитотерапия применяются при лечении астенического невроза, энцефалопатических контрактур, последствий энцефалита, полиомиелита, при мозговых травмах, при неврите, радикулите, фантомной боли. При лечении больных с сердечно- сосудистыми заболеваниями улучшается общее состояние и гемодинамика. У гипертоников снижается давление, улучшается сократительная способность сердечной мышцы. Отмечается урежение или прекращение приступов удушья при астме.

8. Индуктотерапия воздействует высокочастотным электромагнитным полем, действует болеутоляюще, снижается повышенное давление, рассасываются воспалительные очаги, повышаются имуннологические свойства организма, увеличивается накопление кальция в кости, ускоряется регенерация тканей.

9.Лазерное излучение небольшой мощности стимулирует процессы фагоцитоза, кроветворения, регенерации, в частности ускоряются репаративные процессы в повреждённом нерве, при переломах костей, ускоряется заживление кожных ран, ожоговых поверхностей, поражений слизистой рта. Обладает обезболивающим, противовоспалительным, сосудорасширяющим действием, снижает сосудистый тонус, улучшает периферическое кровообращение.

10.Водолечение основано на физических и химических свойствах воды. Вода оказывает быстрое и выраженное термическое действие, легко передаёт организму тепло и отнимает его, при этом осуществляется рефлекторное действие тепла и холода на жизненно важные функции. Механическое действие при некоторых процедурах (обтирание, обливание, души, купание в реке, море и др.) значительное. В ряде случаев подъёмная сила в воде такова, что человек становится в ней легче в 10 раз. Это нашло применение в гидрокинезотерапии - лечебной гимнастике в воде. Водные процедуры влияют на сердечно- сосудистую систему, происходят изменения физических и химических потенциалов между капиллярами, нервами, внеклеточными жидкостями, клеточными мембранами; оживляется циркуляция в кровеносных и лимфатических сосудах, плазма и спинномозговая жидкость обновляются скорее, доставка питательных веществ и выделение значительно облегчаются. Души оказывают выраженное механическое действие на организм, подобное гидромассажу и применяются при лечении нервных болезней, травм суставов. С целью повышения химического действия пресной воды в ваннах растворяют лекарственные вещества, травы, соли. Бальнеотерапия использует минеральные воды. Стабилизирует регуляторные системы, восстанавливает и нормализует функции организма.

11. Грязелечение широко применяется на курортах, оказывает термическое, химическое, механическое воздействие. Стимулирует окислительно-восстановительные реакции и процессы энергетического обеспечения, способствует формированию защитно-приспособительных возможностей организма.

12. Криосауна-тренировка всех систем организма, способ снять стрессовые нагрузки, закаливание, способ борьбы с лишним весом, профилактика старения, обновление клеток, укрепление и восстановление иммунной системы, быстрая и эффективная реабилитация после перенесенных заболеваний, установление стойкого жизненного тонуса. Во время прохождения процедуры у человека происходит природное стимулирование иммунной системы, направленное на ревизию всех органов, стабилизацию гормонального фона, обмена веществ, получению стойкого жизненного тонуса. Снижение температуры от -20° С до -17°С происходит за 30 сек. Биохимические процессы происходят под воздействием экстремально низкой температуры. Криопроцедуры абсолютно безопасны как для пациентов, так и для обслуживающего персонала.

13. Климатолечение. Положительное влияние оказывает пребывание в тёплом сухом климате пустынь, степей, в горном, морском или лесном климате. Климатические факторы рассматриваются как естественные биостимуляторы организма, мобилизуют адаптационные механизмы, влияют на трофику тканей, изменяют иммунобиологическую реактивность, обменные процессы.

Значение механического воздействия на ткани организма

Лечебный массаж, мануальная терапия, баротерапия (применение повышенного или пониженного давления), тракционная терапия (вытяжение) являются эффективным лечебным и реабилитационным методом, применяемым в целях нормализации функций организма при различных заболеваниях и повреждениях. Они хорошо сочетаются с тепло и электропроцедурами, могут применяться до и после водных процедур. Целесообразно совмещать массаж с лечебной физкультурой. Физиологическое действие массажа многообразно и обусловлено нервно-рефлекторными реакциями, непосредственным механическим воздействием на ткани и органы, а также гуморальными сдвигами. Мануальная терапия на стадии релаксации устраняет функциональные суставные блокады, спазм мускулатуры. С помощью приёмов мобилизации, в том числе ручного вытяжения, происходит восстановление нормального объёма движений в суставах. Результатом правильно проведённой манипуляции является восстановление нормальной и безболезненной подвижности в суставе, а также расслабление околосуставных мышц. При баротерапии раскрываются нефункционирующие капилляры, артериолы и уменьшается периферическое сопротивление, увеличивается приток крови к тканям и транспорт продуктов питания к ним. Тракционная терапия, а именно различные методы вытяжения позвоночника, могут применяться в комплексе физиотерапевтического лечения больных. В свободные от процедуры вытяжения дни проводят водолечебные процедуры. Для тренировки «мышечного корсета» назначают массаж спины и поясницы, лечебную физкультуру. При наличии бассейна, можно проводить вертикальное вытяжение, фиксируя больного с помощью надувных кругов. Вытяжение уменьшает контрактуру мышц, способствует декомпрессии нервно- сосудистых образований, происходит уменьшение боли и улучшение функции позвоночного столба. При применении лечения необходимо учитывать противопоказания.

Детская йога

Детская йога помогает **развить координацию, гибкость, укрепить внутренние органы** и улучшить общее состояние детям любого возраста.

Йога для детей способствует **развитию спокойствия,** концентрации и эмоционального равновесия у детей и подростков. Позы животных и комплексы упражнений с интересными историями помогут развить концентрацию у дошкольников. Динамические позы и энергетические комплексы упражнений позволят подросткам поддерживать форму.

Предлагая детям познакомиться с системой йоги в веселой, игровой форме, **«детская йога»** показывает, как дети в возрасте от 6 лет и старше могут направить свою естественную энергию на **укрепление здоровья**: упражнения помогут развить естественную гибкость, способность к концентрации, хорошую осанку и координацию движений.

Подросткам йога поможет достичь **эмоционального равновесия, повысить самооценку** и справиться со стрессами повседневной жизни.

Действия семьи и близких в период восстановления

Большую роль в проведении восстановления играет семья, так как значительную часть восстановительного периода больной проводит дома. Реакция со стороны больного и его близких наблюдается самая разная. Одни впадают в отчаяние, другие быстро успокаиваются, как будто бы ничего не произошло. Поведение и тех и других неадекватное. Роль родных и близких заключается в создании здорового психологического климата в семье, в проведении занятий с больным. Сочетание доброжелательности и требовательности благотворно сказывается на ходе восстановления нарушенных функций, помогает возвращению к труду. Сверхопека, как и равнодушное, пассивное отношение к больному, затрудняет процесс восстановления. Не следует отчаиваться, надо помнить о больших компенсаторных возможностях организма. И если функции восстановились не полностью, жизнь всё равно продолжается - жизнь в новых условиях, которую человек может прожить достойно. В восстановлении нарушенных функций неоценима роль семьи, близких и родных. Это и моральная поддержка, и помощь при выполнении домашних заданий по лечебной гимнастике (при нарушении движений), помощь в овладении речью, чтением, письмом (при речевых расстройствах), создание дома условий, оптимальных для выздоровления, для более комфортной жизни инвалидов. Если больной длительно соблюдает постельный режим, то во избежание застойных явлений в лёгких необходимо периодически поворачивать лежачего больного, а как только позволит состояние - сажать на несколько минут и проводить занятия дыхательной гимнастикой: самым простым, но эффективным дыхательным упражнением является надувание резиновых шариков, детских резиновых игрушек. Помещение, в котором находится больной, должно проветриваться. Упражнения необходимо выполнять ритмично, в спокойном темпе, следить за дыханием. Следующим этапом является возможность больного встать (по согласованию с лечащим врачом). В первый раз в положении стоя больной должен находиться не более минуты. Постепенно время стояния на ногах увеличивается до 5-7 минут. На следующем этапе больного следует привлекать к выполнению посильных для него домашних обязанностей. Домашняя трудотерапия полезна вдвойне: она помогает восстанавливать сложные двигательные навыки и помогает перестройке навыков. Нельзя не учитывать морально-психологическую роль труда. Вынужденное безделье вызывает отрицательные эмоции, что не способствует процессу восстановления. Для улучшения психического состояния больного важно учитывать его прежние увлечения. Многие с удовольствием начинают заниматься вышиванием, плетением, лепкой, поделками. Семья должна побуждать больного к занятиям по восстановлению функций, помочь преодолеть пассивное отношение к занятиям, поддерживать оптимистический бодрый дух в больном, вселять уверенность в свои силы и возможности. Одновременно родные и близкие должны помочь выработать реалистический подход к имеющемуся недугу, к возможностям и пределам восстановления, к необходимости организовать свою жизнь в новых условиях с имеющимися дефектами. В процессе общения с больным нужно помогать ему исправлять ошибки, но делать это тактично, уметь иногда не замечать их. Не в коем случае не следует критиковать больного, фиксировать его внимание на промахах. Следует стремиться, чтобы больной всё выполнял самостоятельно. Помимо работы или домашних дел, надо помочь найти интересное для него хобби, особенно если у него до болезни или в детстве имелись какие-нибудь увлечения: коллекционирование марок, открыток, собирание книг, рыбная ловля и т.д. Как показывает клинический опыт, когда родные и близкие постоянно занимаются с больным лечебной гимнастикой, ободряют больного, то процесс восстановления идёт быстрее и качественнее. Семья может помочь в соблюдении больными правильного режима дня и питания, в выработке нового жизненного стереотипа в быту и на работе. Совместные усилия врачей, службы реабилитапции, родственников и близких способствует восстановлению социального статуса.

**Заключение**

Часто болеющие дети – категория детей, подверженных высокому уровню заболеваемости острыми респираторными заболеваниями вследствие преходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. В группу часто болеющих включены дети, переносящие более 4-6 эпизодов ОРЗ в год, которые могут протекать в различных клинических формах.

К сожалению, полностью предотвратить заболеваемость детей ОРЗ невозможно, однако в силах взрослых снизить частоту и тяжесть протекания заболеваний. Число повторных эпизодов ОРЗ в год у часто болеющих детей зависит не только от правильности лечения, но, в большей степени, от образа жизни в периоды клинического благополучия.

Одним из основных условий успешной реализации комплексно оздоровительной работы является тесный контакт медицинской сестры с родителями. Они вместе приобщают ребенка к гигиенической культуре, составляют основу здорового образа жизни.

Планирование и соблюдение реабилитационно-восстановительных мероприятий способствует продлению срока ремиссии, снижению частоты и тяжести эпизодов ОРЗ.

Никакие оздоровительные процедуры не приведут к положительным результатам, если медицинская сестра не будет тщательно контролировать правильность их выполнения. Медицинская сестра ведет постоянный контроль за динамикой самочувствия детей, реакцией организма на различные процедуры и за общим психоэмоциональным состоянием.

Таким образом, роль медицинской сестры в успешной реализации комплексно-оздоровительной работы многогранна и неоценима. Именно она следит за соблюдением санитарно-гигиенического режима, за полноценным питанием детей, проводит профилактические мероприятия. Медицинская сестра детской поликлиники проводит гигиеническое обучение родителей ЧБД по вопросам формирования здорового образа жизни.

**Список использованной литературы**

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Пути оздоровления населения часто болеющих детей // Педиатрия. - 2016. - №8. - С. 65-67.
2. Ботвиньева В. В. Частая повторная респираторная заболеваемость у детей. - М., 2017. – 145 с.
3. Быкова Н.И. Профилактика острых респираторных заболеваний в детском учреждении оздоровительного типа. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Москва, 2017. - 27 с.
4. Василевский И. В. Иммунологические аспекты оздоровления часто болеющих детей // Медицинская панорама, 2015.- № 1.- С. 43 -46.
5. Василевский И.В. Профилактика ОРВИ у детей // Медицинский вестник, 2016.- № 6 – С.17-21.
6. Веселов Н. Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н.Г. Веселов, Е.Ю. Кузнецова, Г.К. Ермакова, Н.Н. Яременко с соавт. - Л.: 2015. - 55 с.
7. Войтович Т. Н. Этиологические и патогенетические факторы развития и течения повторных респираторных заболеваний у детей: - М., 2017. – 237 с.
8. Гаджиев P.C. Качество диспансеризации детей в городских поликлиниках //Проблемы социальной гигиены, здравоохранении и истории медицины. 2015- №4. - С.34-36.
9. Дружинина Л. В. Актуальные вопросы первичной профилактики в охране здоровья детей. //Педиатрия. 2013.-№5.-С.13-16.
10. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия. - 2015. - № 3. - С. 14-16.
11. Кожевникова Л.А., Дручина Л.И. Реабилитация часто болеющих детей // Тюменский мед. журнал. - 2018. - № 2. - С. 4-9.
12. Лекманов А.У. С ОРВИ можно справиться // Здоровье детей. - 2018. - № 23-24. - С. 16.
13. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях детской поликлиники // Поликлиника. - 2015. - № 1. - С. 14-16.
14. Румянцев А.Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд. / А.Г. Румянцев, А.Г. Касаткин // Школа здоровья. - 2016. - № 2. - С. 41-47.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**Анкета для родителей часто болеющих детей**

|  |  |
| --- | --- |
| Уважаемы родители! Просим Вас принять участие в анкетировании.  **Цель:**Выявление методов оздоровления,которые готовыподдержать родители. | |
| **Вопросы** | **Варианты ответов** |
| * 1. Как часто болеет ваш ребенок гриппом, ОРВИ? | - 1-2 раза в год;  - 3-4 раза в год;  - 5 и более раз. |
| 2. Есть ли аллергия у Вашего ребенка? | - да;  - нет. |
| 3. Занимается ли Ваш ребенок в спортивной секции? | - да;  - нет. |
| 4. Как часто Ваш ребенок бывает на свежем воздухе? | - регулярно;  - систематически (3-4 раза в неделю);  - только на выходных. |
| 5. Какие питательные вещества преобладают в рационе Вашего ребенка? | - белки;  - углеводы (преобладание кондитерских изделий);  - равное соотношение белков, жиров и углеводов. |
| 6. Какие средства закаливания использует Ваш ребенок? | - обливание;  - контрастный душ;  - не использует |
| 7. Выполняет ли ребенок дыхательные упражнения? | - да;  - нет. |
| 8. Делает ли Ваш ребенок по утрам зарядку? | - да;  - нет. |

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

**Принципиальная схема закаливания детей**

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы закаливания | Тепло, холод; механические и другие раздражители |
| Средства закаливания | Воздух, вода, солнце |
| Механизмы закаливания (какие системы организма участвуют) | Рецепторы кожи, желудочно-кишечного тракта, печени, щитовидной железы и др.  Корковые отделы центральной нервной системы. Подкорковые отделы нервной системы. Нейроэндокринная система (щитовидная железа, надпочечники) |
| Внешнее проявление специальной закаливающей процедуры | Сосудисто-двигательная реакция:  I фаза — вазоконстрикция (сужение сосудов),  II фаза — вазодилятация (расширение сосудов)  III фаза — паретическая (нежелательная) |
| Результат закаливания | Поддержание температурного гомеостаза (теплопродукция при охлаждении, теплоотдача при перегревании) |
| Морфофункциональные проявления закаливания | Морфофункциональное созревание ЦНС. Улучшение подвижности нервных процессов. Повышение антистрессовой устойчивости. Улучшение деятельности ССС и дыхательной систем |
| Положительная динамика клинических проявлений | Компенсация и нормализация функционального состояния организма. Совершенствование обменных процессов. Нормализация поведенческих реакций. Снижение частоты острых заболеваний. Улучшение показателей физического развития. Повышение уровня физической подготовленности |