

Профилактика заболеваний.

- 1. Определение профилактики заболеваний внутренних органов.*
- 2. Работа медицинской сестры в отделении профилактики и кабинете доврачебного приема поликлиники.*
- 3. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.*
- 4.ю Коррекция факторов риска заболеваний.*
- 5. Рациональное питание.*
- 6. Иммунопрофилактика.*
- ?. Закаливание организма.*
- 8. Реабилитация.*

Определение профилактических заболеваний внутренних органов.

Профилактика – широкая и разносторонняя сфера деятельности медицинской сестры поликлиники, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их ослаблению или устранению среди прикрепленного населения. Профилактика, по определению ВОЗ, - социальная дисциплина, изучающая в какие условия должна быть поставлена жизнь коллектива и его отдельных членов, чтобы обеспечить им возможно более долгое сохранение здоровья и отсрочить смерть. Медицинская профилактика как вид деятельности делится на санитарное просвещение и оказание профилактических медицинских услуг: гигиеническое воспитание (чтение лекций, проведение бесед, пропаганда в средствах массовой информации), иммунопрофилактика, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику.

В зависимости от характера объекта приложения профилактических мер, профилактика делится на первичную (меры направлены на устранение непосредственной причины заболевания), вторичную (ранняя диагностика и оказание первой медицинской помощи, коррекция отклонения от нормы, излечение острых болезней, полная ремиссия хронических заболеваний); третичную (уменьшение или исключение последствий длительных заболеваний и нетрудоспособности, обеспечение пациенту режима немедикаментозного образа жизни - реабилитация).

Первостепенное значение для первичной профилактики приобретает концепция образа жизни, которая определяет пути предупреждения хронически протекающих заболеваний, генез которые во многом связан с негигиеническим поведением (курение, гиподинамия, употребление алкоголя, нерациональное питание, поведенческие реакции) и другими отрицательными аспектами образа жизни.

профилактики и кабинете доврачебного приема

ПОЛИКЛИНИКИ.

- Организовать лектории, школы, семинары для различных групп населения по вопросам охраны, сохранения и укрепления здоровья.
- Осуществлять учет результатов профилактических осмотров (предварительных, периодических), учет и контроль профилактических прививок. Профилактические осмотры- осмотры граждан с целью первичной и вторичной профилактики, выявления гигиенических особенностей и проведения мероприятий, направленных на устранение вредных факторов внешней среды, обеспечения нормального психического и физического развития.
- Осуществлять сбор данных тестирования и анкетирования с последующей выдачей рекомендаций по формированию здорового образа жизни.
- Осуществлять инструментальные исследования (антропометрия, измерение АД, взвешивание и т.д.)
- Принимать участие в разработке методических материалов по медицинской профилактике.

Кабинет доврачебного приема организуется в поликлинике для урегулирования потока посетителей поликлиники и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. В основные задачи кабинета входят : 1) прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу; 2) направление на лабораторные анализы и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются в приеме врача; 3) проведение антропометрии, измерении АД, ЧДД, пульса, взвешивания и др. ; 4) заполнение паспортной части посылного листа на МСЭ, санитарно-курортной карты, оформление справок и др. ;5) выявление основных факторов риска неинфекционных заболеваний; 6) участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;

В основные задачи кабинета входят :

1) прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу;

2) направление на лабораторные анализы и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются в приеме врача; 3) проведение антропометрии, измерении АД, ЧДД, пульса, взвешивания и др. ;

4) заполнение паспортной части посылного листа на МСЭ, санитарно-курортной карты, оформление справок и др. ;

5) выявление основных факторов риска неинфекционных заболеваний;

6) участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;

7) проведение санитарно-просветительной работы.

Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Предварительный медицинский осмотр проводится для разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний, основанной на выявлении и устранении факторов риска профессиональной патологии. Все поступающие на работу с вредными и опасными условиями труда обязаны пройти предварительный медицинский осмотр для выявления лиц, имеющих : 1) факторы риска развития профессиональной патологии и наличие признаков воздействия профессиональных вредностей; 2) различные хронические заболевания, которые под влиянием неблагоприятных для здоровья факторов производственной среды могут обостриться или способствовать развитию профессионального заболевания. Предварительны осмотры проводятся с участием врачей узких специальностей, согласно профессиональной направленности.

Периодический медицинский осмотр проводится для разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний, основанной на выявлении и устранении факторов риска профессиональной патологии.

По данным предварительно и периодического медицинского осмотров, а также амбулаторного приема проводится отбор работающих для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Критериями отбора являются:

- 1) Фактор профессиональной вредности;
- 2) Фактор времени контакта с вредностью;
- 3) Фактор концентрации воздействий вредности.

В большинстве случаев решающим становится фактор времени контакта с вредностью. Отбор пациентов с предболезнью по профессиональным заболеваниям проводится на основании наличия у них признаков воздействия профессионального фактора. Так, предболезнью пневмокониоза будет периодический кашель, металлоконииоза- наличие синсабелизации к промышленным аллергенам, вибрационной болезни -чувство ползания мурашек в пальцах рук, их похолодание, потливость кистей, а также повышение порога вибрационной и болевой чувствительности. Мероприятия по профилактике профессиональных заболеваний должны быть направлены на предупреждение и у устранение как экзогенных, так и эндогенных факторов риска.

Коррекция факторов риска заболеваний

Факторы риска - это воздействие на организм болезнетворных различных причин в совокупности или изолированно, которое в значительной степени повышает вероятность возникновения или развития болезни.

Некоторые заболевания сами являются факторами риска других болезней. Например, хронический тонзиллит является фактором риска ревматизма. Влияние некоторых факторов риска многообразно и может быть результатом неправильных поведенческих реакций и вредных привычек.

Сами по себе факторы риска подразделяются на внешние и внутренние (биологические). Пол, возраст, наследственность оказались неуправляемыми факторами, состояние экономической обстановки – малоуправляемыми, а курение, гиподинамия, избыточный вес тела, употребление пересоленной пищи, наличие очагов инфекции в носоглотке, артериальная гипертензия и др. – управляемыми, т.е. поддающимися коррекции..

Пациенты с несколькими факторами риска относятся в группу высокого риска развития болезни, при наличии одного- в группу среднего риска. Группу с низким риском развития болезней составляют лица, не имеющие факторов риска.

Кроме отдельных факторов риска выделены группы риска, т.е. группы населения, которые в большей степени, чем другие предрасположены к различным заболеваниям. К ним относятся дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных занятий, безработные с девиантным поведением, алкоголики, наркоманы, проститутки и др.

В плане мероприятий по коррекции факторов риска должны преобладать мероприятия, касающиеся ранговых групп заболеваний. Так, в осенне-зимний период среди населения необходимо провести химиопрофилактику гриппа с использованием ремантадина. Для повышения неспецифической резистентности организма надо использовать адаптогены растительного происхождения (настойка аралии, левзеи, китайского лимонника, золотого корня, элетерококка)

В оздоровительных центрах на предприятиях и учреждениях работающим целесообразно проводить закаливающие водные процедуры, ингаляции с морской водой, профилактическую иглорефлексотерапию, гипертермию в сауне. Лицам с хроническими заболеваниями органов дыхания реабилитационные программы необходимо проводить в рамках вторичной профилактики, что в 2-4 раза снижает вероятность обострения заболеваний.

Программы по снижению. Факторов риска ИБС, гипертонической болезни, атеросклероза должны включать мероприятия, направленные на ликвидацию управляемых факторов риска и лечебные мероприятия в объеме вторичной профилактики.

Уменьшение потребления поваренной соли. Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, от нее необходимо избавиться, как от всякой вредной привычки. В группах населения, где потребление Na не превышает 2г в сутки, не наблюдается роста АД с возрастом и практически отсутствуют эссенциальная артериальная гипертензия. Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов и других растительных продуктов, уменьшение потребления животных продуктов способствует тому, что соотношение натрия/калий сдвигается в сторону калия. Поэтому, чем меньше в той или иной местности население потребляет продуктов растительного происхождения в свежем виде и чем больше в пище употребляет маринады и соленья, тем выше распространенность артериальной гипертонии, выше уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Физиологическая норма суточного потребления натрия составляет 2 г, что соответствует до 5 г поваренной соли (1 чайная ложка).

Снижение избыточной массы тела. По современным данным, запредельная полнота менее опасна, чем запредельная худоба, т.к.

при чрезмерной худобе и снижении индекса массы тела (ИМТ)

Кетле менее 19 кг/м² смертность увеличивается не только от роста злокачественных заболеваний, но и от сердечно-сосудистых

заболеваний. Нужно объяснить пациентам, что показатели

минимальной смертности, как у мужчин, так и у женщин, приходится на отрезок ИМТ от 23 до 24 кг/м².

Уменьшение употребления алкоголя. Прием алкоголя

сопровождается отрицательно действующими на сердце и сосуды факторами (избыточный прием пищи, курение, гиподинамия и т.д.).

Алкоголь оказывает прямое токсическое действие на сердечную мышцу, что приводит к нарушению метаболизма и структурным перестройкам в миокарде.

Следует рекомендовать ограниченное потребление алкоголя по крайней мере до 168 мл чистого этанола в неделю для мужчин и до 112 мл в неделю для женщин.

Прекращение курения. Отрицательное действие никотина связано с тем, что он парализует периферические центры вегетативной нервной системы, вызывает резкие нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца, способствует выбросу в кровь катехоламинов и кортикостероидов, повышает адгезивность тромбоцитов, увеличивает концентрацию липидов в крови и повышает проницаемость артериальной стенки для липопропротеидов. Все это усиливает предрасположенность к тромбозам, увеличивает возможность образования атеросклеротических бляшек, усиливает склонность к сердечным аритмиям вплоть до фибрилляции желудочков.

Увеличение физической активности. Рекомендуются регулярные изотонические физические нагрузки (физические упражнения на открытом воздухе умеренной интенсивности и продолжительности), например, быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30-60 минут 3-4 раза в неделю.

Перед увеличением физической нагрузки рекомендуется провести :

- 1) оценку состояния индивидуального физического здоровья;
- 2) определение степени физической нагрузки;
- 3) определение реакции организма на физическую нагрузку.

оценка состояния индивидуального физического здоровья.

Расчет индекса массы тела : вес тела (кг) / рост М²

- ИМТ 15-18,5 кг/м² – недостаточная масса тела, 18,6-24,9 кг/м² – нормальная масса тела, 25-29,9 кг/м² – избыточная масса тела; 30-39,9 кг /м² – ожирение; 40 кг/м² и больше –выраженное ожирение.
- Расчет индекса отношения талия /бедро (ИТ/Б). Индекс талия/бедро = окружность талии (наименьшая окружность, измеренная ниже грудной клетки над пупком) / окружность бедер (наибольшая окружность, измеренная на уровне ягодиц). ИТ/Б= 0,8-0,9 – промежуточный, меньше 0,8 – гиноидный (бедренно-ягодичное ожирение), больше 0,9 –андроидный (абдоминальное ожирение)
- определение ЖЕЛ, динамометрия обеих кистей.
- подсчет пульса за 10 с в исходном положении до получения 3 одинаковых значений.
- измерение АД, определение двойного произведения. После этого пациент приседает 20 раз за 30 сек. Если он не может этого выполнить, то отнимается 2 балла от суммы баллов, полученных при оценки предыдущих показателей.

для мышечной системы –динамометрия более сильной кисти, отнесенная к массе тела в процентах;

для сердечно-сосудистой системы – двойное произведение: ЧСС x АД сист /100;

время восстановления частоты сердечных сокращений до исходного уровня после дозированной физической нагрузке;

для функции внешнего дыхания – показатель ЖЕЛ, отнесенный к массе тела.

Показатели физического здоровья определяются в баллах. Для мужчин они составляют:

- ИМТ: 19,9 кг/м² и менее 30 кг/м² и более – низкий показатель (-2 балла), 25-29,9 кг/м² – ниже среднего (-1 балл), 20-24,9 кг/м² –средний (1 балл);

- динамометрия более сильной кисти (кг); отнесенная к массе тела(кг), выраженная в процентах; 60 и менее- низкий показатель (0 баллов); 61-65 кг – ниже среднего (1 балл); 66-70- средний (2 балла); 71-80 – выше среднего (3 балла); 81 и выше – высокий (; балла);

-двойное произведение в покое: 111 и выше – низкий показатель (-2 балла); 95-110 – ниже среднего (0 балла); 85-94- средний (2 балла); 70-84- выше среднего (3 балла); 60 и ниже – высокий (4 балла);

Время восстановления ЧСС (в с): 180 и выше – низкий показатель (-2 балла); 120-170 – ниже среднего (1 балл); 90-119- средний (3 балла); 60-89- выше среднего (5 баллов); 59 и ниже – высокий (6 баллов);

ЖЕЛ, отнесенная к массе тела (кг): 50 и ниже- низкий показатель (0 баллов); 51-55 – ниже среднего (1 балл); 56-60- средний (4 балла); 66 и выше – высокий (5 баллов);

Для женщин показатели физического здоровья выражаются:

- ИМТ: 19,9 кг/м² и менее; 30 кг/м² и более – низкий показатель (-2 балла), 25-29,9 кг/м² – ниже среднего (-1 балл), 20-24,9 кг/м² – средний (1 балл);

- динамометрия более сильной кисти (кг); отнесенная к массе тела (кг), выраженная в процентах; 40 и менее- низкий показатель (0 баллов); 41-50 кг – ниже среднего (1 балл); 51-56- средний (3 балла); 61 и выше – высокий (4 балла);

Время восстановления ЧСС (в с): 180 и выше – низкий показатель (-2 балла); 120-170 – ниже среднего (1 балл); 90-119- средний (3 балла); 60-89- выше среднего (5 баллов); 59 и ниже – высокий (6 баллов);

ЖЕЛ, отнесенная к массе тела (кг): 40 и ниже- низкий показатель (0 баллов); 41-45 – ниже среднего (1 балл); 46-50- средний (2 балла); 51-56 – выше среднего (4 балла); 57 и выше – высокий (5 баллов);

После оценки каждого показателя определяется сумма баллов :
4 балла и менее – низкий показатель здоровья; 5-9 – ниже среднего;
10-13 – средний; 14-16- выше среднего; 17 и более – высокий.

Оценка показателей физического здоровья позволяет составить индивидуальную программу формирования здорового образа жизни, которая должна включать:

- 1) гармонизацию духовных факторов;
- 2) овладение способами гипоксического дыхания;
- 3) оптимизацию двигательной активности;
- 4) психологическую коррекцию;
- 5) гипертермию в сауне;
- 6) формирование здоровых сексуальных отношений;
- 7) фармакокоррекцию здоровья для повышения адаптационных и защитных возможностей организма (адаптогены, антиоксиданты, витамины, микроэлементы и др.)

Определение степени физической нагрузки.

Дозирование физической нагрузки для лиц молодого и среднего возраста проводится согласно степени восстановления пульса. Для этого необходимо : определить частоту пульса в минуту в покое; Выполнить полный комплекс физической нагрузки; определить частоту пульса в минуту в первые 10 с после нагрузки, затем через 1, , 5, и 10 мин.

В норме пульс должен восстанавливаться в следующей последовательности:

- 1) через 1 минуту после физической нагрузки на 10 %
- 2) через 3 минуты – на 20 %
- 3) через 5 минут- на 50 %
- 4) через 10 минут- на 70-77 %.

За 100% принимается пульс в первые 10 с после физической нагрузки. Если к концу 5 мин пульс превышает исходный на 20-25 ударов –тренирующая нагрузка завышена и требуется ее коррекция.

Для лиц пожилого возраста дозирование физической нагрузки проводится по степени различия частоты пульса в покое и в первую мин после 10 приседаний за 20 с:

- 1) разница не более 10 уд/мин –доступна средняя нагрузка (бег трусцой, ходьба со скоростью 5-6 км/ч, легкие спортивные игры);
- 2) разница от 10 до 20 уд/мин –доступна малая нагрузка (бег исключен, ходьба со скоростью 4 км/ч);
- 3) разница 20-30 уд/мин – доступна незначительная нагрузка (ходьба со скоростью 2- 2,5 км/ч);
- 4) разница более 30 Уд/мин –занятия с дозированной физической нагрузкой могут проводиться только под контролем врача.

Определение реакции организма на физ-кую нагрузку.

Проводится путем выполнения следующих действий: определяется частота пульса в минуту в покое (П1); делается 30 приседаний; определяется частота пульса в минуту в первые 10 с после нагрузки (П2); определяется частота пульса в минуту через 1 минуту после нагрузки (П3). Результаты измерений предоставляются в формулу $(П1 + П2 + П3 - 200) / 10$.

Оценка результатов: 0 –отличная реакция; 0-5 – хорошая реакция; 6-10- удовлетворительная реакция; более 10 – слабая реакция.

Рациональное питание

Основными принципами рационального питания являются:

соблюдение баланса поступающей и расходуемой энергии. Расход энергии зависит от группы труда. Первая группа — работники умственного труда (служащие, ученые, педагоги, инженеры). Вторая группа — легкий физический труд (продавцы, швеи, агрономы, медсестры, операторы и др.). Третья группа — труд средней тяжести (станочники, слесари, хирурги, водители). Четвертая группа — тяжелый физический труд (строители, механизаторы, грузчики и др.). Пятая группа — очень тяжелый физический труд (сталевары, шахтеры и др.);

удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и качестве пищевых веществ;

оптимальное соотношение пищевых веществ. Адекватное потребление калия, кальция, магния (фруктов, овощей, рыбы и морепродуктов);

соблюдение оптимального биоритмического режима питания. Питание должно быть дробным, 3—4 раза в сутки. Если промежутки между приемами пищи во время бодрствования составляют 7 и более часов, то развивается голод;

принимать пищу надо медленно, тщательно пережевывая, не торопясь;

пища должна содержать балластные вещества — клетчатку для чувства насыщения и работы кишечника;

рациональное распределение пищи по калорийности: первый завтрак — 25%, второй — 15%, обед — 45%, ужин — 15%;

белковые продукты (мясо, рыба, бобовые) употребляются преимущественно в первой половине дня, молочно-растительные блюда — вечером;

хлеб следует употреблять белый и черный;

обстановка во время приема пищи должна способствовать пищеварению;

прием пищи не должен продолжаться до чувства насыщения, так как чувство насыщения появляется через 15—20 мин после окончания приема пищи.

Процесс питания сводится не только к ферментативному расщеплению сложных биологических структур пищи до мономеров, их всасыванию и усвоению, но и к физиологическому эффекту так называемых балластных веществ (не утилизированных компонентов пищи). К ним относятся, главным образом, пищевые волокна (различные полисахариды, клетчатка и др.), содержащиеся в основном в натуральных овощах, фруктах, хлебе из муки грубого помола, других нерафинированных продуктах. Балластные вещества играют ключевую роль в регуляции нормальной секреторной, моторной, всасывательной и эндокринной функции органов пищеварения.

Рациональное питание должно быть сбалансировано, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов с количеством калорий соответственно четырем группам вида деятельности и характера труда. Необходимо проводить среди населения разъяснительную работу о вреде досаливания пищи и тем более ее пересаливании, что следует рассматривать как вредную привычку.

В питании значительное место должны занимать продукты моря: рыба, морская капуста, а также морские беспозвоночные животные (гребешки, мидии, кальмары, креветки, трепанги и др.). В них содержится большое количество йода и марганца, других микроэлементов. Одновременно с этим необходимо обогащение пищи витаминами группы В, С, Р, РР, клеточными оболочками (за счет введения отвара шиповника, сырых овощей и фруктов, отрубного хлеба), ненасыщенными жирными кислотами и фосфатидами (путем замены 1/3 животного жира в диете растительными маслами) и липотропными факторами

Иммунопрофилактика

Введение иммунизации позволило уменьшить инфекционную заболеваемость. Особенно впечатляющие успехи достигнуты в борьбе против вирусных инфекций (оспа, полиомиелит), а также некоторых бактериальных болезней (дифтерия, столбняк). Однако в настоящее время наблюдается снижение активности иммунопрофилактики, что проявляется ростом инфекционной заболеваемости в ряде регионов России и мира. Особенно это касается туберкулеза, дифтерии, гепатита В.

Прививочные материалы. По способу изготовления прививочные материалы (вакцины) подразделяются на «живых» возбудителей, способных к размножению (корь, свинка, туберкулез, тиф, холера), и «убитых», не способных более к размножению микробов или их токсинов (весенне-летний клещевой энцефалит, бешенство, коклюш). От вида прививочного материала зависят его специфические свойства и особенности возможных сочетаний для соблюдения временных интервалов между прививками. После проведения прививки у пациента развивается иммунитет —

под активной иммунизацией понимается введение в организм антигенов (прививочного материала), которые вызывают его собственное специфическое производство антител. Продолжительность достигнутой защиты колеблется в различных временных интервалах и зависит от вида прививки и индивидуальных особенностей пациента. Иммунитет сохраняется от нескольких месяцев до пожизненного. Причем защита окажется состоятельной только в том случае, если будет достигнут достаточно высокий титр антител в крови привитого пациента.

Введение в организм чужих антител называется пассивной иммунизацией. Это заимствованный, временный иммунитет. Он быстро ослабевает и исчезает совсем. Защита организма от инфекции при внутривенном введении иммуноглобулинов начинается сразу, при внутримышечном — лишь через несколько часов. Продолжительность пассивного иммунитета зависит от вида и количества введенных антител, скорости их уничтожения в организме привитого пациента. Пассивная иммунизация целесообразна только в том случае, если требуется пре- или постэкспозиционная временная защита, а в распоряжении нет времени для активной иммунизации или активную иммунизацию провести было нельзя в силу определенных причин, например из-за временного противопоказания. Согласно Федеральному закону «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 25.09.1998 № 857 в РФ проводятся календарные прививки в детском возрасте, прививки по показаниям против гриппа, гепатита А и В, дифтерии, полиомиелита и особые прививки против холеры, тифа, желтой лихорадки лицам, отъезжающим в некоторые особо опасные районы мира. Против вирусного гепатита С, D, E и G вакцины до настоящего времени не разработаны. Это связано с быстрой мутацией вирусов.

Закаливание организма

Важное место в укреплении здоровья и повышении индивидуальных защитных сил организма занимают немедикаментозные методы профилактического лечения. Основными из них являются: закаливание, двигательная активность, нивелирование стрессовых ситуаций с использованием психотерапии, аутотренинга, музыка- и ароматотерапии, кабинетов психоэмоциональной разгрузки, различных видов оздоровительной гимнастики, воздействие физических факторов (сауна, баня, массаж).

В организме человека функционирует система терморегуляции, ответственная за теплообразование и теплоотдачу. Место выработки тепла — скелетные мышцы. В коже есть рецепторы тепла и холода, от которых импульсы направляются в центры терморегуляции, затем они идут к сосудам, которые либо расширяются, вызывая потоотделение, либо суживаются, вызывая образование «гусиной кожи» или Холодовой дрожи тела. Система терморегуляции поддается *закаливанию*. Человек может переносить колебания температуры от -86 до + 50 °С и выше.

При этом нужно соблюдать определенные *правила закаливания*:

- 1) Постепенность.
- 2) Учет индивидуальных особенностей и климатических факторов.
- 3) Систематичность.
- 4) Положительный эмоциональный настрой организма на закаливание.
- 5) Комплексность воздействия различных факторов.
- 6) Сочетание закаливающих общих и местных процедур с физической активностью.
- 7) Самоконтроль.

Средствами закаливания являются солнце, воздух и вода.

Реабилитация

Реабилитация (третичная профилактика) — это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий среди больных тяжелыми заболеваниями (инфаркт миокарда, пневмония и др.), направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. По определению ВОЗ, реабилитация — комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума Для достижения оптимальной его трудоспособности.

Реабилитация подразделяется на:

- медицинскую (различные методы фармакотерапии, физиотерапии, фитотерапии, ЛФК, массажа, лечебного питания, разгрузочно-диетической терапии, санации очагов хронической инфекции);
- психологическую (мероприятия по коррекции факторов риска, формированию побудительных мотивов сознательного и активного участия в реабилитационном процессе);
- профессиональную (рекомендации по переобучению, трудоустройству);
- социальную (получение на МСЭК соответствующих нормативно-правовых актов, гарантирующих определенные социальные права и льготы).

Основой реабилитации является медицинская реабилитация, предусматривающая использование немедикаментозных, фармакологических и медико-социальных мероприятий, направленных на предупреждение утраты трудоспособности, скорейшее восстановление нарушенных функций, профилактику обострений заболеваний.

Медицинская реабилитация начинается на самых ранних этапах болезни. Весь процесс лечения с первого дня заболевания по существу является процессом медицинской реабилитации, успех которой зависит от того, как рано она начата.

Принципами медицинской реабилитации являются:

- 1) этапность;
- 2) преемственность всех проводимых мероприятий;
- 3) обязательность и своевременность проведения;
- 4) использование всех необходимых методов и средств реабилитации;
- 5) индивидуальный подход при ее проведении.

В процессе медицинской реабилитации выделяют три этапа:

- 1) Этап восстановительного лечения. На этом этапе проводится восстановление нарушенных функций органов и здоровья пациентов в стационаре, поликлинике, санатории.
- 2) Этап социализации и ресоциализации. Путем смены профессии, переобучения проводится развитие, формирование, восстановление или компенсация социальных навыков и функций, обычных видов жизнедеятельности и социально-ролевых установок пациента.
- 3) Этап социальной интеграции и реинтеграции. Создание условий для включения или возвращения пациента в обычные условия жизни вместе и наравне со всеми членами общества, восстановление его социального статуса.

Средствами медицинской реабилитации являются ЛФК, массаж, физиотерапия, фитотерапия, мануальная терапия. Для проведения реабилитации используются центры восстановительной терапии, центры профессиональной реабилитации, центры здоровья, специальные учебные заведения, территориальные центры социальной защиты, дома-интернаты. В работе этих учреждений медицинская сестра принимает непосредственное участие.