**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**«КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

 Утверждено

 на заседании методического совета

 протокол №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**К ОТКРЫТОМУ ЗАНЯТИЮ**

**ТЕМА: *«СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»***

**для специальностей 34.02.01 Сестринское дело**

 Согласовано Рассмотрено

 Методист на заседании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЦМК

 М .Б. Григорьян протокол№\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

 Выполнила преподаватель Аванесова Т.Б.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г.

 г. Кисловодск 2016 г

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Ведение……………………………………………………………………
2. Ход практического занятия ………………………………………….…..
3. Заключение………………………………………………………………..
4. Список использованной литературы…………………………………….
5. Приложение 1
6. Приложение 2……………………………………………………………...

**ВЕДЕНИЕ**

Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательной системы является очень актуальным вопросом в терапии, так как заболевание встречается довольно часто и преимущественно у лиц молодого и пожилого возраста. Использование данной методики позволит унифицировать реабилитационный процесс и сократить сроки восстановления функции у пациента после перенесенного заболевания.

Предлагается методика массажа в соответствии с периодом восстановительного лечения при заболевание опорно-двигательной системы.

Учебный материал представлен в виде исходного контроля знаний по анатомии, физиологии, терапии в виде, практического занятия по данной теме.

Студенты 4-го курса готовы освоить данную методику, так как в ней отражаются внутрипредметные и межпредметные связи, а также используются знания и умения, полученные ими за прошедшие годы обучения.

Целью практического занятия является освоение методики массажа при заболевание опорно-двигательной системы, т.к. своевременная и квалифицированная работа массажиста несомненно является основополагающей для восстановления опорно-двигательных функций.

**ПМ** 02 Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах

**МДК** 02.01 СУ при различных заболеваниях и состояниях

**Тема занятия*:***«Сестринский процесс при заболевании опорно-двигательной системы»

**Специальность** 34.02.01 Сестринское дело **курс** 450 М.

**Цели занятия:**

1. **Учебная -** изучить методику сестринского ухода при заболевании опорно-двигательной системы.
2. **Развивающея-**  развивать познавательный интерес, логическое

мышление и стремление к овладению новыми практическими навыками, умение использовать в практической работе теоретические знания.

1. **Воспитательная** –формирование у студентов культуры общения с пациентами.

**Место проведения: 5** кабинет.

**Тип занятия:**  практическое занятие.

**Количество часов:** 120 минут.

**Дидактическая база занятия:** таблицы, плакаты, муляжи, массажные столы, валики, массажное белье.

**Межпредметные связи:** Анатомия. Физиология. Терапия

**Литература :**

1. Васичкин В. «Большой справочник по массаж»/ Издательство «АСТ», 2014.
2. Васичкин В. «Все про массаж»/ Издательство «АСТ», 2014.
3. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. «Основы реабилитации для медицинских колледжей»: учебное пособие, изд. 7-е./ Ростов –на –Дону «Феникс»,2012.
4. Павлухина Н.П.«Классический массаж»/ Издательство «Наука и nехника»,Санкт – Петербург, 2013.

**Студенры должны знать:**

1. Значение и место массажа, в комплексном лечении опорно-двигательных органов .
2. Физиологическое действие массажа при заболеваниях опорно-двигательных органов.
3. Последовательность сочетания массажных приемов при заболевании опорно-двигательных органов.
4. Особенности выполнения техники массажа при данном заболевании.
5. Гигиенические условия проведения массажа.
6. Противопоказания и показания к массажу, методические указания, цели и задачи, методику и технику массажа.

**Студенты должны уметь:**

1. Выбрать правильное исходное положение пациента.
2. Выявить грудные и боковые мышцы груди.
3. Выявить болезненные участки.
4. Составить план массажа и выполнить его, владея техникой массажа.

**Студенты должны обладать**

**1. Общекультурные компетенции**

О.К.1.1.Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

О.К.2.1.Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

О.К.3.1.Принимать решения в стандартных ситуациях и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

О.К.4.1..Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

О.К.5.1.Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

О.К.6.1.Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

**2. Профессиональные компетенции**

П.К. 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

П.К.2.2.Осуществлять лечебно– диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

П.К. 2.3. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно – диагностического процесса.

П.К. 2.4.Вести утвержденную медицинскую документацию.

П.К. 2.5.Осущестлять реабилитационные мероприятия.

**СТРУКТУРА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

1. Организационный момент – 3 мин.
2. Мотивация занятия **—** 2мин.
3. Изложение нового материала с закреплением ответы на вопросы пот данной теме, выполнение тестовых заданий-45 мин.
4. Выполнение манипуляций– 36 мин (освоить последовательность и технику выполнения приемов при данном заболевании)
5. Самостоятельная работа – 20 мин (отработка умений и навыков)
6. Поведение итогов – 10 мин.
7. Задание на дом – 2 мин.
8. Заключительная часть – 2 мин.

**ХОД ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**1. Организационный момент**

*Действие преподавателя*

1. Приветствует учащихся
2. Обращает внимание на внешний вид учащихся
3. Обращает внимание на санитарное состояние кабинета
4. Проверяет готовность учащихся к занятию
5. Отмечает отсутствующих

**2. Мотивация занятия**

 1.Сообщает тему, план, цели занятия

 2. Отмечает значение данного занятия при изучении темы в будущей практической деятельности

**3. Изложение нового материала**

 Массаж зародился на ранних этапах развития народной медицины. В древности люди при различных недугах и болях применяли разминание, поколачиваие тела.

 Массаж с древних времен составлял часть врачебного искусства. Индусы и китайцы были первыми, кто описал приемы массажа.

 В Индии и Китае массаж выполнялся священнослужителями. Следует сказать, что в этих странах существовали школы, в которых обучали приемам массажа. Массаж в примитивном варианте применялся в Америке и Африке. Quesnoy пишет, что у туземцев Африки и народов Востока нет ни одной болезни, которую бы не лечили массажем.

 Приемы массажа хорошо были известны в Древнем Египте. Египтяне сочетали его с воздействием бани. Alpinis (1583) так описывает растирание и другие приемы, проводимые в банях Египта: "...растирания были распространены в такой степени, что никто не выходил из бани, не подвергшись массажу. Для этого растираемого растягивали, мяли, давили на всевозможные лады руками различные части тела. Затем делали несколько движений в различных сочленениях. Все это вначале проделывали спереди, а затем сзади и с боков. Потом, вытянувши руки, проделывали то же и на них: сгибали, растягивали различные сочленения всей руки, затем каждого пальца в отдельности, потом переходили на предплечье, плечо, грудь, спину, сгибая их в различные стороны. Не довольствуясь сгибанием, растяжением и массажем сочленений, подвергали тем же давлениям и растираниям все мышцы".На алебастровом барельефе, найденном во дворце ассирийского царя Санхериба в Ниневии, а также на некоторых египетских папирусах обнаружены изображения массажных манипуляций, подтверждающие предположение, что ассирийцы, персы, египтяне не только были знакомы с массажем, но и применяли его с лечебной целью.

 Бани и массаж широко применялись в Турции и Персии. Школа восточного массажа отличалась от таковой в древних Греции и Риме. По свидетельству Ardouin, турки массировали подобно египтянам и африканцам: растирали и давили пальцами, перетирали ткани. Массаж делался в банях, в отдельной сухой и нагретой комнате.

 У древних славян и народов Севера применялись закаливающие процедуры и массаж в виде сечений, растираний веником, активных движений. Эта форма массажа, которая у древних славян называлась хвощением, описана в летописях Нестора. Русские и финны, вымывшись, переходили в сильно нагретую паровую комнату, где банщик хлестал их березовым веником, размягченным в воде, потом растирал их, затем окатывал теплой и холодной водой попеременно (несколькими ведрами) все тело с головы до ног. Сечение веником, по Ardouin (1815), не что иное, как чрезвычайно сильное растирание. При этом по всему телу проводится скобление и пастиоание веником сверху вниз. Этот двойной прием возбуждает кожу и обеспечивает безвредность при погружении в снег или ледяную воду после бани.

 В Средневековье массаж, как и занятия физическими упражнениями, в Европе практически не применялся. Только с появлением в XIV - XV вв. работ по анатомии Монди де Сиучи, Бертуччио, Пиетро Егилата пробудился и некоторый интерес к врачебной гимнастике и массажу. De Choul, советник короля Генриха II, написал книгу о банях и телесных упражнениях древних греков и римлян A. Pare, основатель хирургии, в XVI в. описал массаж и его воздействие на организм человека. В этом же веке знаменитый Меркулиус собрал всю литературу того времени по массажу и гимнастике и написал известное сочинение "Искусство гимнастики", в котором описал три вида растирания: слабое, сильное и среднее. В 1771 г. Andry опубликовал двухтомник по ортопедии, где достаточно подробно рассказал о массаже. В 1780 г. появилось сочинение Tissot о физических упражнениях и массаже, где он детально описывал различные растирания.

 До XIX в. массаж не был научно обоснован. И только в XIX в. в Европе и со второй его половины в России появились первые клинические и экспериментальные работы по массажу. Этой областью медицины занимались выдающиеся русские ученые В. М. Бехтерев, С. П. Боткин, Л. Г. Беллярминов, В. А. Манассеин, А. Е. Щербак и многие другие. Из клиники профессора В. А. Манассеина вышло несколько диссертаций по массажу. Немалый вклад в совершенствование техники и методики массажа внес И. В. Заблудовский, им опубликовано множество книг и научных работ и была организована школа массажа в Берлине.

 В наше время массаж как лечебное средство изучали и распространяли в гинекологии В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт и др., в травматологии, хирургии, терапии, неврологии - С.А. Флеров, Н. В. Слетов, В. К. Крамаренко, А. Ф. Вербов, В. И. Дубровский и др.

 Органы и ткани, которые позволяют человеку принимать какое бы то ни было положение в пространстве или передвигаться, составляют опорно-двигательный аппарат. В первую очередь он включает скелет – костную систему организма. Кости сочленяются между собой при помощи суставов и связок. Большую роль в сохранении телом какой-либо позы или в движении человека играют мышцы, образующие мышечную систему. Костный скелет – это механический остов тела человека, который является пассивной частью опорно-двигательного аппарата. Сюда же относятся суставы, связки и фасции. В активную часть опорно-двигательного аппарата входят мышцы, которые способны сокращаться, осуществляя движения в местах соединения костей.

 Скелет человека (рис. 1) состоит из позвоночника и костей, образующих грудную клетку (кости туловища), черепа (кости головы), костей верхних и нижних конечностей. Позвоночник и кости нижних конечностей в большей мере служат в качестве опоры. Кости конечностей двигаются по принципу рычагов. Череп и позвоночный канал, кости грудной клетки и таза образуют закрытые вместилища для защиты внутренних органов.



Рис. 1. Скелет человека

 Позвоночник – основная опора тела. Он несет на себе тяжесть головы, туловища, верхних конечностей (а это 2/3 от общего веса человека) и передает эту нагрузку тазу и нижним конечностям.

Позвоночный столб (рис. 2) состоит из 33—34 отдельных позвонков. 6 – 9 сросшихся последних позвонков образуют крестец и копчик. Различают шейный (7 позвонков), грудной (12), поясничный (5) и копчиковый (4 – 5) отделы позвоночника. Позвонки соединены между собой межпозвоночными хрящами (дисками) и связками.



Рис. 2. Строение позвоночного столба

 Шейный отдел позвоночника представляет собой костную основу шеи. Впереди него имеется образованное мышцами пространство, в котором заключены глотка, переходящая в пищевод, гортань, часть трахеи и некоторые другие органы.

 Грудной отдел позвоночника служит местом прикрепления 12 пар ребер. 10 верхних пар ребер соединяются с лежащей спереди грудиной и образуют грудную клетку, в полости которой расположены важнейшие органы – сердце и легкие.

 Снаружи передняя грудная стенка покрыта грудными мышцами. На форму груди главным образом влияет большая грудная мышца. Подвижное сочленение ребер с позвоночником и грудиной обеспечивает расширение грудной клетки при дыхании.

 Поясничный отдел позвоночника вместе с двумя парами нижних ребер и верхними краями костей таза служит местом прикрепления широких мышц живота, ограничивающих брюшную полость. Передняя и боковая стенки живота образованы мышцами, которые не только принимают участие в движениях туловища и грудной клетки, но и своим сокращением повышают внутри-брюшное давление, поддерживая внутренние органы. В брюшной полости располагаются многие внутренние органы.

 Брюшная полость внизу переходит в полость таза. Таз образован тазовыми костями с их мышцами и связками, крестцом и копчиком. Снизу его стенка состоит из мышц и фасций промежности. Таз также является вместилищем многих важных органов. В строении таза наблюдаются половые отличия, которые обусловлены специфической женской функцией – родовой. Поэтому женский таз шире и короче мужского, лонный угол у женщин тупой, а у мужчин острый.

 Скелет верхних и нижних конечностей имеет одинаковую структуру. В процессе эволюции человек перестал использовать руку как опору. Теперь она может выполнять разнообразные, сложные и четкие движения. Самой подвижной частью скелета является кисть. Строение костей и суставов верхней конечности отражает ее функцию как части тела, обеспечивающей свободные движения.

 Скелет верхней конечности состоит из двух костей плечевого пояса (лопатки и ключицы), плечевой кости, двух костей предплечья (локтевой и лучевой) и скелета кисти, состоящего из костей запястья, пясти и фаланг пальцев. Кости соединены между собой суставами и связками, образуя звенья, работающие по принципу рычагов. Характер движений определяется формой суставов и направлением растяжения мышц. Движения ключицы и лопатки происходят в суставах плечевого пояса. Ключица двигается вверх и вниз, вперед и назад, вслед за ней – лопатка. Эти движения осуществляются мышцами плечевого пояса, расположенными на грудной клетке и лопатке.

 Шаровидная форма суставной поверхности плеча позволяет руке совершать свободные движения в любом направлении и вращаться вокруг своей оси. В блоковидном локтевом суставе предплечье разгибается и сгибается до упора с плечом, боковые движения невозможны. Кости предплечья (локтевая и лучевая) соединены между собой верхним и нижним цилиндрическими суставами, действующими совместно, благодаря чему производится вращение предплечья наружу и внутрь. При этом лучевая кость, подобно ножке циркуля, описывает круговые движения вокруг неподвижной локтевой кости. Лучевая кость опускается ниже локтевой, сочленяясь с костями запястья и образуя достаточно подвижный эллипсовидный лучезапястный сустав. В нем возможны: сгибание и разгибание кисти, отведение ее кнаружи и кнутри, а также круговые движения.

 Мышцы предплечья делятся на мышцы передней и задней группы. В переднюю входят сгибатели кисти и пальцев и мышцы, вращающие предплечье, а с ним и кисть кнутри. Заднюю группу составляют разгибатели кисти и пальцев и мышцы, вращающие кисть и предплечье кнаружи.

 Кисть имеет ладонную и тыльную поверхности. Большой палец противопоставлен остальным, движение происходит в запястно-пястном суставе седловидной формы. Пястно-фаланговые суставы имеют шаровидную форму, а межфаланговые – блоковидную. Мышцы кисти расположены только на ладонной ее поверхности. На тыльную сторону кисти с предплечья переходят сухожилия разгибателей.

 Скелет нижних конечностей приспособлен для выполнения функции опоры и передвижения, что обусловлено вертикальным положением тела человека.

 К скелету нижней конечности относятся тазовый пояс, который состоит из трех прочно соединенных костей (крестца и двух тазовых костей), и свободные нижние конечности – ноги. Скелет ноги образован бедренной костью, двумя костями голени – больше-берцовой и малоберцовой, а также костями стопы, состоящими из костей предплюсны (пяточная, таранная и др.), пяти плюсневых костей и фаланг пальцев.

 Бедренная кость соединена с глубокой суставной ямкой таза в шаровидном тазобедренном суставе, но с ограничением движений. С костями голени бедренная кость образует блоковидный коленный сустав.

 Мышцы бедра состоят из трех групп: передней (четырехглавая мышца), задней (двуглавая мышца бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы) и приводящей (стройная мышца, большая, длинная и короткая приводящие мышцы). Четырехглавая мышца – главный разгибатель в коленном суставе, а ее прямая головка сгибает бедро в тазобедренном суставе. Задние мышцы сгибают колено и разгибают тазобедренный сустав. Приводящие мышцы притягивают бедро к тазу, не позволяя ему отклоняться кнаружи.

 В отличие от предплечья кости голени соединены между собой неподвижно. Их нижние концы (лодыжки) образуют суставную вилку, которая обхватывает таранную кость, образуя блоковидный голеностопный сустав.

 Мышцы голени делятся на переднюю группу (осуществляют разгибание стопы и пальцев), заднюю (мышцы-сгибатели, в том числе мощная трехглавая мышца, прикрепляющаяся к пятке ахилловым сухожилием) и наружную (малоберцовые мышцы, сгибающие стопу с опусканием ее внутреннего края).

Стопа как целое выполняет опорную функцию при стоянии и ходьбе. Соединяясь между собой, кости стопы образуют упругий свод, обращенный выпуклостью кверху. Такое строение обусловлено вертикальным положением туловища при ходьбе, которое увеличивает нагрузку на стопу. Сзади стопа опирается на пяточный бугор, а спереди – на головки плюсневых костей. Свод стопы укрепляется с помощью связок и мышц.

 **ЛФК** имеет важное значение при лечении сколиоза. Она оказывает влияние на формирование и развитие костно-связочного аппарата позвоночника через функциональное состояние мышечной системы. Достаточное количество физических упражнений оказывает общеукрепляющее действие на организм, улучшает обмен веществ, трофику мышц спины и позвоночника. Таким образом создаются условия, при которых прогрессирование болезни замедляется и происходят необходимые исправления.

 Развитие мышц спины способствует созданию мышечного корсета, необходимого для поддержки позвоночника и удержания его в максимально выпрямленном состоянии. Если выпрямить позвоночник уже невозможно, хорошо развитый мышечный корсет помогает предупредить прогрессирование заболевания.

 Методика ЛФК в каждом конкретном случае зависит от клинических особенностей болезни, степени сколиоза, целей общей терапии. Лечение сколиозов I—II стадии при помощи средств ЛФК длительное, не менее 6 – 8 месяцев. Занятия при этом проводят 3 раза в неделю в кабинете лечебной физкультуры и ежедневно дома самостоятельно.

*Лечебная физкультура призвана решить следующие задачи:*

1. Создание физиологических предпосылок для восстановления правильного положения тела, а именно развитие и постепенное увеличение силы и выносливости мышц туловища, формирование мышечного корсета.

2. Стабилизация сколиотического процесса. На его начальном этапе возможная коррекция имеющихся нарушений.

3. Воспитание и закрепление навыка правильной осанки.

4. Нормализация действия других систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной и пр.

5. Повышение сопротивляемости организма патологическим факторам.

Комплекс лечебной гимнастики при сколиозе включает в себя упражнения для мышц спины и брюшного пресса, которые выполняются обычно в положении лежа. Такое положение способствует не только наращиванию мышечного корсета, но и закреплению максимальной коррекции, которая отмечается в этой позе.

Для закрепления полученных знаний студенты выполняют тестовые задания

**Тесты**

**1. К специализированным видам массажного воздействия относят:**

1. испанский массажиста

2.педиатрический массаж

3.шведский массаж

4.японский массаж

**2. Поверхностный слой кожи:**

1.фасции

2.подкожная клетчетка

3.эпидермис

4.дерма

**3.В грудном отделе позвоночника насчитывается:**

1. 6 позвонков

2. 12 позвонков

3. 14 позвонков

4. 16позвонков

**4. Кости пояса верхней конечности:**

1. плечевая и лучевая кости

2. лопатка и ключица

3. кость-трапеция и локтевая

4. грудина и 1-е ребро

**5. К глубоким мышцам спины относятся:**

1. трапециевидная мышца

2. широчайшая мышца спины

3. верхняя задняя зубчатая

4. длиннейшая мышца

**6. Малая грудная мышца прикрепляется к:**

1. нижней поверхности акромиального конца ключицы

2. клювовидному отростку лопатки

3. гребню большого бугра плечевой кости

4. передней поверхности грудины

**7. Самым крупным нервом человеческого тела является:**

1. блуждающий

2. седалищный

3. срединный

4. большеберцовой

**8. Плечевое сплетение образуют ветви спинномозговых нервов:**

1. С2-С7

2. С4-С8

3. С5-С8

4. С6-Д2

**9. Активность парасимпатического звена вегетативной нервной системы:**

1. учащает сердечный ритм

2. сужает бронхи

3. ослабляет перистальтику кишечника

4. стимулирует секрецию адреналина надпочечниками

**10. Противопоказание к массажу является:**

1. ушибы, растяжение связок

2. дискинезия желчевыводящих протоков

3. хронический остеомиелит

4. детский церебральный паралич

**11. Показанием к массажу является:**

1.тромбофлебит

2. нарушение кровообращения 3 стадии

3. атонический запор

4. отек Квинке

**12. В коже и подкожной клетчатке под влиянием массажа:**

1. замедляется кровоток

2. снижается эластичность и упругость кожи

3. улучшается секреторная функция потовых и сальных желез

4. снижается кожно-мышечный тонус

**13. Действие массажа на нервную систему исключает эффект:**

1. уменьшение болевых ощущений

2.оптимизация биоэлектрической активности коры головного мозга

3 замедления созревания рубцовой ткани в нервных волокнах

4. улучшение проводимости нервных импульсов

**14. Под влиянием массажа в сердечно-сосудистой системе:**

1. замедляется движение лимфы по лимфатическим сосудам

2. снижается число функционирующих капилляров

3. раскрываются резервные капилляры

4. уменьшается газообмен между кровью и тканями

**15. Результатом действия массажа на мышечную систему является:**

1. повышение эластичности мышечных волокон

2. уменьшение работоспособности утомленных мышц

3.уменьшение мышечной силы

4.снижение окислительно-восстановительных процессов

**16. При патологии в дыхательной системе:**

1.увеличивается потребление кислорода

2. увеличивается насыщение артериальной крови кислородом

3.нормализуется ритм дыхания

4. уменьшается глубина дыхания

**17. Влияние массажа на обмен веществ в организме заключается в:**

1. снижение скорости окисления молочной

2. снижение мочевыделительной функции

3. снижение количества лейкоцитов

4.нормализация кислотно-основного состояния крови

**18. Массаж обычно принято начинать и заканчивать приемом:**

1. поглаживание

2. разминание

3. встряхивание

4. рубление

**19. шейных спинномохговых сегментов насчитывается:**

1. 5

2.7

3.8

4.9

**20. При атоническом колите массаж применяется:**

1.глубокий, энергичный

2. медленный, с небольшой силой давления

3. без приемов разминания

4. без приемов не прерывистой вибрации

**Выполнение манипуляций**

 При массаже межреберных промежутков пальцы, разведенные граблеобразно, помещают между ребрами. Подушечками пальцев делаются прямолинейные, зигзагообразные, круговые движения или штрихование, то есть движения вверх-вниз. Этот прием применяют при массаже тканей между пораженными областями, массаже волосистой части головы, межреберных промежутков и прочие.

Выполнение основных массажных приемов представлены в таблице

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основной прием | Разновидность основных приемов  | Характеристика массажных приемов по направлению их выполнения | Какой частью руки выполняется массажный прием (приемы) |
| Поглаживание  | ГлажениеГребнеобразноеЩипцеобразноеКрестообразное | Плоскостное (продольное, поперечное, спиралевидное)Обхватывающее (зигзагообразное, кольцевое, поперечное) | Ладонью, тылом кисти, указательным и большим пальцем, большим пальцем и ладонной поверхностью, II-V пальцами, основанием ладони |
| Растирание | ПилениеСмещениеЩипцеобразноеКрестообразное | Плоскостное (продольное, поперечное, спиралевидное, круговое)Охватывающее (зигзагообразное, кольцевое, поперечное) | Ладонью, большим пальцем (пальцами), II-V пальцами, основанием ладони, кулаком (кулаками), фалангами согнутых II-V пальцев, локтевым краем кисти, предплечьем, большим и указательным пальцами |
| Разминание | Валяние,сдвигание, щипцеобразное сжатие, надавливание, вытяжение (растяжение) | ПродольноеПоперечноеКольцевоеСпиралевидное | Одной рукой (ординарное), двумя руками (двойное кольцевое), большими пальцем (пальцами), основанием ладони, фалангами согнутых II-V пальцев, подушечками II-V пальцев, локтем и др. |
| Вибрация | ПотряхиваниеВстряхиваниеСотрясениеПересекание | Непрерывистое (стабильное, лабильное) Прерывистое | Ладонью, большим пальцем (пальцами), большим и указательным пальцами, указательным и средним пальцами, основанием ладони |
| Ударные приемы | РублениеПоколачиваниеПохлопывание | Продольное поперечное | Локтевым краем кисти, ладонью (ладонями), кулаками, локтевым краем кисти и согнутыми пальцами и др. |

**VI. Самостоятельная работа**

*Цель*

1. Привить умение применять знания на практике
2. Отработка умений и навыков
3. Формирование самостоятельности, умения находить и устранять ошибки

 Студенты на фонтомах выполняют манипуляции

**VII. Подведение итогов занятия**

*Обоснование методических приемов*

1. Помочь осмыслить результаты самостоятельной работы
2. Развить умение самостоятельно находить и устранять ошибки, стимулировать интерес к учебе, создать благоприятный фон для совместной работы
3. Воспитание самостоятельности, справедливости, выдержанности, умения выслушивать критику.

**VIII. Заключительная часть**

 **1. Задание на дом**

*Обоснование методических приемов*

Воспитать добросовестное отношение к выполнению домашнего задания.

*Цель*

Развить чувство ответственности за порученное дело. Привить любовь к чистоте и порядку.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Массаж при сколиозе**

 При помощи массажа можно увеличить эффективность лечебной гимнастики. Без массажа невозможно лечение паралитических сколиозов, а также сколиозов у детей, которые страдают соматическими заболеваниями и по этой причине не могут выдерживать достаточную физическую нагрузку.

 Массаж способствует повышению общего тонуса организма; нормализует функции сердца, сосудов и органов дыхания; участвует в формировании правильной осанки; укрепляет мышцы туловища и способствует образованию мышечного корсета.

 Массаж выполняется с учетом его физиологического действия. На стороне спастически сокращенных мышц в области вогнутости сколиоза используются приемы расслабления (вибрация, поглаживание). На стороне расслабленных мышц в области выпуклости сколиоза массаж должен поднять тонус, там применяются все приемы в значительной дозировке. При положении больного лежа на животе массажист находится справа; лежа на спине – слева; если на противоположной стороне грудного сколиоза, то стоит за спиной.

 Методику массажа определяют строго индивидуально. В сложном случае, когда искривление позвоночника имеет S-образную форму, процедуру проведения массажа условно делят на 4 части.

**Порядок проведения массажа при сколиозе**

 Положение больного – лежа на животе. Массажист находится со стороны грудного сколиоза (рис. 10). Начинают массаж с поглаживания всей поверхности спины. Применяются все виды этого приема: плоскостное, обхватывающее, граблеобразное, глажение. Затем массажист пытается расслабить трапециевидную мышцу, чтобы вызвать седативный эффект. Для этого выполняются поглаживание, круговое растирание пальцами, непрерывистая вибрация. После этого приступают к локальному массированию на возвышении в области грудного сколиоза, используя следующие приемы: гребнеобразное растирание, щипцеобразное разминание по длинным мышцам спины, прерывистая вибрация (поколачивание, рубление), призванные тонизировать мышцы. Далее выполняют расслабляющие массажные приемы (поглаживание, растирание, непрерывистая вибрация) в области поясничной вогнутости.



Рис. 10. Положение пациента при массаже

 Пациент меняет положение, поворачиваясь на левый бок. Далее осуществляются приемы оттягивания за правый подвздошный гребень.

 Массируемый поворачивается на живот. Выполняют стимулирующие приемы в области сколиоза в поясничной области и в области выпуклости: разминание, прерывистую вибрацию. Приемы призваны укрепить мышечный валик. Затем применяют поглаживание. Далее массируют межреберья, производя следующие приемы: граблеобразное поглаживание, растирание, лабильная вибрация. После этого следует растягивание подлопаточной области (левой лопатки): левый угол лопатки оттягивается от позвоночника. Затем проводятся энергичные приемы (растирание, разминание, прерывистая вибрация, в том числе ударные приемы) в области надплечья, мышц над левой лопаткой, верхней части трапециевидной мышцы.

 Пациент принимает положение лежа на спине. Массажному воздействию подвергается передняя часть грудной клетки.

 Стимулирующие приемы (растирание, разминание, прерывистая вибрация, ударные приемы) выполняются в подключичной и надключичной областях, в области грудных мышц. Такой массаж должен способствовать образованию мышечного корсета. Надавливания кзади и выравнивания производятся в области переднего реберного выпячивания (горба). Здесь же выполняются другие тонизирующие приемы. Активные приемы производятся с целью стимуляции мышц живота: гребнеобразное растирание, разминание, прерывистая вибрация, ударные приемы. Расслабляющие приемы выполняются на верхнем отделе грудных мышц справа. Затем производится оттягивание плеча назад, выравнивание надплечий.

В завершение выполняют поглаживание всей области спины, надплечий и поясницы.

 В области запавших ребер и мышц нельзя использовать приемы жесткого надавливания. Массажист должен стремиться к уменьшению асимметрии тела больного и с этой целью производить приемы пассивной коррекции.

Продолжительность процедуры – 20—30 минут. Курс лечения – 20—25 сеансов.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**Массаж при миозитах**

 Главный симптом острого миозита – боли при движениях в мышцах, которые подвергались наибольшей перегрузке, особенно нехарактерной для данной группы мышц. Мышцы становятся плотными. Движения часто ограниченны.

 При миалгиях мышцы отечно набухают. Возникает боль ломящего, стреляющего характера. В мышечной ткани образуются валикообразные утолщения. Мышцы становятся напряженными. Хронические формы миалгии осложняются явлениями фибромиозита и миогелезы (в них образуются узловатые уплотнения, становится невозможно расслабить мышцы).

 Процедура способствует улучшению кровообращения, рассасыванию отека, обезболиванию, усиливает тканевый обмен, ускоряет восстановление функции мышцы. Массаж проводится на максимально расслабленных мышцах. Сначала массируют область выше болезненного места. Используют все приемы: поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. Затем выполняют нежный массаж поврежденного участка. Хорошо сочетать его с согревающими физиопроцедурами.

 По мере выздоравливания массаж болезненного участка делают интенсивней. Рекомендуется особое внимание уделять самым болезненным точкам. В завершение выполняют плоскостное поглаживание (рис. 13) и растирание.



Рис. Плоскостное поглаживание спины

 Длительность массажа – 10—15 минут. Курс лечения – 5 – 8 сеансов. Проводят их ежедневно или через день.

**Массаж при ожогах и отморожениях**

 Массажному воздействию подвергают поврежденную область после полной эпителизации и в период рубцевания.

 Массаж активизирует лимфо– и кровоток, способствует рассасыванию рубцов, улучшает подвижность, уменьшает боль, стимулирует восстановительные процессы в поврежденных тканях, повышает иммунитет.

Начинают массаж с поглаживания и растирания области вокруг места повреждения. Затем приступают к поглаживанию и растиранию непосредственно области повреждения (рубца). Рекомендуется использовать следующие приемы: пиление, щипцеобразное поглаживание, растирание, разминание, сдвигание и растяжение, надавливание, лабильная непрерывистая вибрация(рис. 14). Через некоторое время можно ввести прерывистую вибрацию: пунктирование, поколачивание пальцами, а также встряхивание всей конечности или сотрясение всего тела.



 Лабильная непрерывистая вибрация

 Продолжительность процедуры зависит от площади повреждения, его месторасположения и степени нарушения функций. Курс лечения – 10—15 процедур. После перерыва в 1 месяц или несколько дней показан повторный курс – 7 – 10 сеансов. Массаж выполняют ежедневно или через день.

**Подготовка ампутационной культи к протезированию**

 Формирование культи требует длительного времени – до 15 месяцев. Массаж и лечебная гимнастика помогают ускорить этот процесс. Приступать к массажу можно после снятия операционных швов. Выполнять массаж можно при наличии гранулирующей поверхности, если нет признаков воспаления.

 Продолжительность первых сеансов – 5 – 10 минут, затем ее постепенно увеличивают до 15—20 минут. Выполняют поглаживание, растирание, нежное разминание, вибрацию.

 Не разминают область вблизи операционного шва до тех пор, пока он не окрепнет (приблизительно в течение недели).

 Если после ампутации образовались рубцы, при массаже они подвергаются сдвиганию, растиранию, щипцеобразному разминанию, надавливанию, легкой вибрации.

 Чтобы культя могла служить опорой, ее конец массируют с помощью ударных приемов: пунктирования, поколачивания, рубления, а также надавливания.

 В завершение производят активные и пассивные движения в суставах, встряхивание.

Курс массажа – 10—12 сеансов. Проводят процедуры ежедневно.

**Массаж при заболеваниях и повреждениях сухожилий**

 Чаще всего сухожилия повреждаются по причине повторных микротравм, которые приводят к постоянному раздражению мест прикрепления сухожилий к кости и зоны скольжения сухожилий.

При повреждении сухожилий возникает тупая боль в местах их прикрепления, которая обостряется во время движения в суставе.

**Паратенонит**

 Паратенонитом называется воспалительное заболевание околосухожильной клетчатки. Длительная тяжелая физическая или спортивная нагрузка иногда приводит к частым надрывам отдельных волокон и окружающей клетчатки сухожилия и в результате к паратенониту. У больного возникает чувство неловкости, боль при некоторых движениях. Паратенонит часто встречается в области пяточного сухожилия, тыла стопы, в нижней трети передней поверхности кисти или предплечья. Область сухожилия становится припухлой, по ходу сухожилия образуется много узловатых уплотнений, болезненных при пальпации. Кожа становится повышенно-потливой. Подвижность ограниченна.

 Нелеченый паратенонит становится хроническим и характеризуется ноющими болями, наличием муфтообразных болезненных утолщений.

Массаж при паратеноните

 Усиливает крово– и лимфообращение, снимает симптомы воспаления, устраняет припухлость, обезболивает, способствует восстановлению подвижности. Предварительно выполняют массаж вышележащей области с использованием всех приемов: поглаживания, растирания, разминания, непрерывистой вибрации. Затем массируют суставную сумку по ходу лимфы, применяя круговые поглаживания, растирания пальцами, разминания.



Рис. Надавливание

 В болезненной области выполняют щипцеобразное поглаживание, растирание, надавливание (рис. 15), сдвигание, растяжение, непрерывистую вибрацию, которые чередуют с обхватывающим поглаживанием.

В завершение выполняют пассивные движения в суставе.

Длительность процедуры – 10—15 минут. Курс лечения – 12—15 сеансов.