

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye->

%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%BA%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

1 РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНЕ 9

1.1 Понятие, сущность и виды реабилитации 9

1.2 Физическая реабилитация в травматологии и ортопедии 13

1.2.1 Лечебная физическая культура 16

1.2.2 Массаж при реабилитации пациента с последствиями травмы 21

1.2.3 Аппаратная физиотерапия при реабилитации 23

1.3 Сестринский уход на стационарном этапе реабилитации 25

1.3.1 Удовлетворение потребности пациента спать 26

1.3.2 Удовлетворение потребности пациента в одежде и личной гигиене 27

1.3.3 Удовлетворение потребности пациента в питье и адекватном питании 28

1.3.4 Удовлетворение потребности пациента в движении 33

2 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТРОЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 39

2.1 Организация и методика исследования 39

2.2 Социально-демографическая характеристика и клинический анализ пациентов выборочной совокупности 41

2.3 Результаты анализа анкетирования пациентов 47

ВЫВОДЫ 57

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....60

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 65

ПРИЛОЖЕНИЯ 71

ВВЕДЕНИЕ

В Программе развития медицины и здравоохранения в Российской Федерации (РФ) названы стратегические приоритеты развития отрасли. Одним из них является развитие технологии реабилитации пациентов с ограничениями функционирования [1]. В настоящее время в 13 субъектах РФ с 01.09.2015 года обкатывается пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ», который нацелен на разработку нового подхода к процессу реабилитации пациентов после ОНМК, ОИМ и по травматологии и ортопедии [5, 32].

Актуальность исследования. Реабилитация пациентов с травматическими нарушениями функций тех или иных органов и частей тела, а также после ортопедических операций на крупных суставах в настоящее время серьезная медико-социальная проблема. Травматизм в современном мире увеличивается из года в год. По данным ВОЗ, в мире за год около 5 млн. человек погибают из-за травм, 50% из них молодые и люди среднего возраста 15-44 лет [11]. Значительное большее количество людей остаются инвалидами. Только на 2

рабочих местах в мире ежегодно происходит 125 млн. несчастных случаев. В РФ в 2015 году количество несчастных случаев на производстве составило более 7 тыс. [27]. По официальным статистическим данным, общее количество травм и отравлений в 2017 году в РФ составило 12 млн. 927,5 тыс. (8805,9 случая на 100 тыс. населения) [38]. Травматизм спинного мозга в мире с 1950 по 2012 год возрос в 30 раз [8, с.31], в РФ данный вид травматизма в общей структуре травм в 2017 году занимал 3 место (2,5%), после перелома

трубчатых костей верхних и нижних конечностей [38].

1 РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНЕ

В практике лечения пациентов во всех медицинских специальностях важнейшим мероприятием по восстановлению здоровья пациентов является реабилитация (лат. rehabilitation – восстановление), в отечественной терминологии – восстановительное лечение. В основе реабилитации лежат комплекс ЛФК, адекватная тренировка пациента, физические процедуры, подготовка больного к возвращению к обычной жизни и работе. Реабилитационный процесс должен проводиться по индивидуальным программам, с учетом основной и сопутствующих патологий, физического состояния пациента [20, с.49].

1.1 Понятие, сущность и виды реабилитации

Комитет экспертов ВОЗ дал следующее определение реабилитации (1980): реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо оптимальная реабилитация физического, социального и психического потенциала индивида.

В отечественной литературе есть и другие определения реабилитации. Реабилитация представляет собой комплекс координировано проводимых мероприятий медицинского, психологического, физического, педагогического и социального характера. Они направлены на наиболее полное восстановление здоровья, психологического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания [16, с.36].

В Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [25] выделяют три уровня медико-биологических и психосоциальных последствий болезни и травмы, что необходимо учитывать при реабилитации:

- Повреждение – любая аномалия или утрата анатомических, психологических и физиологических структур или функций.
- Нарушение жизнедеятельности – возникающие в результате повреждения утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в пределах, считающихся нормальными для человеческого общества.
- Социальные ограничения – возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

Здесь необходимо остановиться и на понятии «жизнедеятельность».

Жизнедеятельность – способность осуществлять деятельность способом или в рамках, обычных для человека (определение ВОЗ).

1.2 Физическая реабилитация в травматологии и ортопедии

Физическая реабилитация – это использование с профилактической и лечебной целью природных факторов и лечебной гимнастики в комплексном процессе лечения и восстановления здоровья пациентов, их физического состояния и способности трудиться [40].

Физическая реабилитация является составной частью реабилитационного комплекса при лечении больных с травмой. В современной науке по реабилитации придерживаются правила раннего начала физических реабилитационных мероприятий. Выбор средств физической реабилитации и последовательность применения методов определяются

3

характером травмы, общим самочувствием больного, двигательным режимом и этапом реабилитации.

Задачами физической реабилитации являются [12, с.117].

1. Полное функциональное восстановление больного или компенсация при невозможности полного восстановления.
2. Адаптация к повседневной жизни и к профессиональной деятельности.
3. Диспансерное наблюдение с целью предупреждения дальнейшего развития болезни, профилактика утраты трудоспособности (временной и стойкой), то есть осуществление вторичной профилактики.

1.2.1 Лечебная физическая культура

Понятие лечебной физической культуры (ЛФК). ЛФК – это медико-педагогическая и научнопрактическая дисциплина, изучающая научные основы средства физической культуры для

профилактики и лечения заболеваний [16, с.98]. ЛФК для реабилитации использует физические упражнения, поскольку они являются мощным стимулятором функций всех органов и систем организма человека. ЛФК является, как лечебно-профилактическим средством, так и лечебно-восстановительным. При занятиях ЛФК у больного воспитывается сознательное отношение к своему здоровью и активное участие в реабилитационном процессе. Основа участия больного в реабилитационном процессе – его обучение различным физическим упражнениям, приносящим больному оптимальный эффект в восстановлении здоровья. В этом и проявляется педагогическая сторона ЛФК. Дозировка ЛФК (средств, методов) зависит от функционального состояния и реактивности организма больного.

Особенности ЛФК. ЛФК в своем практическом применении использует движение, которое является биологической функцией всего живого, в том числе и человека. Движение стимулирует развитие, формирование и рост организма, мощно стимулируя активность всех органов и систем организма, способствует повышению обменных процессов организма и работоспособности человека.

ЛФК относится к методам неспецифической терапии. Физические упражнения – это неспецифические раздражители. При правильной организации выполнения физических упражнений в ответную реакцию вовлекаются все звенья центральной и периферической нервной системы организма. В этой связи, подбирая комплекс физических упражнений можно избирательно влиять на различные органы и их функции, с учетом патологической картины органов и систем, индивидуального состояния пациента и его возраста [16, с.98]. ЛФК является методом патогенетической терапии. Физические упражнения при систематическом применении влияют на патогенез заболевания и реактивность организма.

ЛФК является методом функциональной терапии. Регулярное занятие дозированными физическими упражнениями приспособливает организм больного к физическим нагрузкам, что способствует к функциональной адаптации пациента с патологий.

1.2.2 Массаж при реабилитации пациента с последствиями травмы

Массаж – комплекс специальных приемов рефлекторного и механического воздействия на органы и ткани организма в виде поглаживания, давления, растирания, вибрации, проводимых на поверхности человеческого тела руками, ногами, специальными аппаратами через водную, воздушную или иную среду для достижения лечебного, реабилитационного или другого эффекта [24].

4

Лечебный массаж (ЛМ) – эффективный лечебный и реабилитационный метод, который применяется при различных заболеваниях. Популярность и распространенность ЛМ неуклонно растет.

Для усиления эффективности массажа, вместе с механическим воздействием, применяют различные массажные, благовонные и ароматические масла, гели, лекарственные мази и температурное воздействие. Массажисты преимущественно предпочитают массажные масла, поскольку они являются готовыми смесями, созданными для массажа (сочетано действуют на руки массажиста и специфически на кожу массируемого).

Внешние раздражители при сеансе массажа воспринимаются рецепторами, в первую очередь, кожи и мышц, а затем через периферическую нервную систему передаются в центральную нервную систему (ЦНС). В зависимости от техники массажа, поток импульсов или стимулирует (повышает), или расслабляет (затормаживает) тонус ЦНС. Такое воздействие оказывает положительное влияние на деятельность органов и систем организма. Правильно подобранные массажные масла нужного состава и направленности усиливают лечебный и восстановительный эффект. Целительный эффект массажных масел обусловлен присутствием в них натуральных активных компонентов, которые через кожный покров активно всасываются в тело пациента. После сеанса массажа пациент обязательно должен полежать и отдохнуть.

1.2.3 Аппаратная физиотерапия при реабилитации

При лечении плоскостопия применяется аппарат «Акватон» – новое поколение аппаратов

ДМВ-терапии, которые давно применяются в практике врачей-физиотерапевтов. Действие ДМВ-аппаратов основано на эффекте «резонансно – волнового состояния» водной среды. Под воздействием от аппарата электромагнитных волн сверхмалой мощности синхронизируются колебания водных молекул. В резонансно-волновом состоянии колебательное движение водных молекулярных структур носит коллективный характер [34].

Резонансно-волновое состояние водных сред характеризуется рядом «информационных» волновых параметров: частотой, амплитудой, частотно-фазовой синхронизацией, поляризацией, частотно-амплитудной модуляцией. Эти параметры существуют и в живом организме и находятся в определенных параметрах нормы, а при патологии или дисфункциональных нарушениях выходят за пределы нормы. Под воздействием аппаратного излучения с нужными характеристиками эти параметры приходят в норму. Аппарат «Акватон» применяется для лечения заболеваний ОДС наряду с заболеваниями других систем и органов человека [14].

1.3 Сестринский уход на стационарном этапе реабилитации

Составляющей единицей общественного здоровья является здоровье каждого члена социума. Поэтому реализация задач Национального проекта «Здоровье» по существу сводится к восстановлению и сохранению здоровья отдельного человека. Стационарное восстановительное лечение в травматологическом отделении осуществляется во взаимодействии лечащего врача и медсестры. Качественный уход в стационаре за пациентом медицинской сестрой предотвращает осложнения после серьезных травм и ускоряет срок выздоровления при ортопедических операциях.

1.3.1 Удовлетворение потребности пациента спать

Пациенты в отделение травматологии и ортопедии, как и все больные и здоровые люди, нуждаются в полноценном сне. Как известно, сон должен продолжаться не менее 8 часов в сутки, у больных людей он может длиться дольше. При первичной оценке удовлетворения потребности пациента во сне медсестра выясняет следующие вопросы:

5

- обычное время сна пациента;
- факторы, влияющие на качество сна;
- хорошо или плохо спит пациент;
- есть ли трудности со сном;
- принимает ли снотворные средства, если да, то какие.

При неудовлетворении потребности пациента во сне проблемы могут быть действительными и потенциальными. Причины действительных проблем нарушения сна, которые медсестра должна выявить, понять и, по возможности, устранить:

- спать приходится в непривычной обстановке (больничная палата);
- неудовлетворительный микроклимат в палате (холодно, душно);
- физические факторы, мешающие сну: яркий свет, шум, темнота, некоторые пациенты боятся темноты и привыкли спать при слабом освещении;
- нарушение ритма жизни и дня, суточного ритма жизни из-за болезни, нарушение вечернего распорядка перед сном;
- вынужденное положение во время сна, храп соседей по палате;
- болевой симптом (в 90% случаев сон нарушает из-за неадекватной анальгезии).

1.3.2 Удовлетворение потребности пациента в одежде и личной гигиене

Первичная оценка:

- выявить привычки в одежде и личной гигиене;
- как часто и когда пациент привык принимать душ (ванну);
- имеются ли трудности с личной гигиеной и в чем они проявляются, в какой помощи нуждается;
- какие проблемы в личной гигиене и одежде возникли из-за болезни.

При проведении первичной оценки необходимо учитывать пол и возраст больного (личная гигиена мужчин и женщин значительно отличается, это же относится и к возрасту).

Обращается внимание на физическое состояние в связи с возрастом, физические недостатки и особенности. Состояние волос, полости рта, зубов, удобство комнатной

обуви, знакомство пациента с правилами личной гигиены так же оцениваются медсестрой. При постельном режиме, отсутствии конечности, возрастных нарушениях, бессознательного состояния у пациентов возникают проблемы по соблюдению личной гигиены и смене (надеванию) одежды:

- в связи с нарушениями потребления пищи и жидкости;
- невозможности носового дыхания;
- при воспалительных заболеваниях полости рта;
- при невозможности самостоятельно передвигаться.

Необходимо учитывать, что пациенты могут стесняться своих проблем и не обращаться за сестринской помощью.

1.3.3 Удовлетворение потребности пациента в питье и адекватном питании

Первичная оценка. Первичная оценка адекватного питания и потребления жидкости пациентом проводится по росту и массы тела на момент объективного обследования. Зная рост и массу тела больного медсестра сможет рассчитать индекс массы тела (ИМТ) пациента, который рассчитывается как отношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах ($ИМТ = \text{вес в кг} / \text{рост в метрах}^2$).

Рост пациента измеряется с помощью ростомера, масса тела - путем взвешивания на медицинских весах.

После оценки массы тела необходимо выяснить, пользуется ли пациент зубными протезами, и если пользуется, то соблюдает ли правила ухода за ними.

Удовлетворение потребности в рациональном питании и питье возможно не только, если пациент самостоятельно принимает пищу и пьет жидкости, но важно еще разнообразно и

сбалансировано питаться. Нередко при обследовании выясняется, что пациент обеспечен продуктами питания, самостоятельно питается, но в силу привычки или незнания питается однообразно и нерационально. Далее, для оказания необходимой и действенной помощи медсестре необходимо получить информацию об аппетите пациента (повышен, отсутствует, понижен), о любимых (нелюбимых) блюдах, о диете, которую пациент соблюдает из-за какого-либо заболевания [21, с. 353-379; 39, с. 161-164].

Иногда потребность в нормальном питании не удовлетворяется вследствие боли, возникающей из-за приема пищи, тошноты или рвоты. В некоторых случаях неудовлетворенность в питании обуславливается или чрезмерной, или ограниченной физической нагрузкой (неадекватная нагрузка по состоянию больного). На эти моменты медсестра так же обращает внимание.

1.3.4 Удовлетворение потребности пациента в движении

Здоровье человека – это не только физиологические параметры организма, но и адаптация к возникшей ситуации, окружающей среде, свобода передвижения, жизнестойкость и коммуникабельность личности. В травматологии и ортопедии сложности возникают при ограничении движения из-за перелома бедра или тазовых костей, травме позвоночника, тяжелой черепно-мозговой травме.

Из сказанного следует, что медсестра стремится всемерно поощрять и стимулировать больного к самостоятельности, самодостаточности и независимости от окружающих и близких ему людей. Это важно как с этической точки зрения, так и с позиции полноценной реабилитации пациента. Максимальной возможностью движения в пределах своей кровати должен пользоваться даже “прикованный” к постели больной в меру его физических и психологических возможностей.

Первичная оценка. Первичная оценка осуществляется совместно с пациентом.

Удовлетворение потребности пациента в движении следует оценивать с точки зрения влияния ограничения движения на его самостоятельность и независимость.

Полная неподвижность или ограничение подвижности может быть в нескольких суставах или только в одном суставе, в одной половине тела (правой, левой, нижней), одной конечности (верхней, нижней). Могут быть самые разные варианты и сочетания неподвижности, например ограничение движения каких-то конечностей (конечности) и отсутствие речи.

Ограничения в движении даже в течение недолгого времени (особенно у людей пожилого

и старческого возраста) могут привести к ограничению движения в суставах (тугоподвижности), что, естественно, усугубляет выраженность неподвижности и расширяет проблемы, связанные с ограничением движения.

Зависимость пациента, возникающая при ограничении движения, тянет за собой нарушения в удовлетворении целого ряда необходимых для человека видов деятельности (употребление жидкости и пищи, физиологические отправления, общение и социализация). Оценить ограничение подвижности больного можно даже по средствам передвижения, которыми пациент пользуется (костыли, ходунки, протезы конечностей).

2 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТРОЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

2.1 Организация и методика исследования

База исследования. Как уже было отмечено выше, исследование проводилось в травматологическом отделении ГБУЗ СО «СОКБ №1». В отделении функционирует 30 круглосуточных коек, работают 5 врачей-травматологов-ортопедов и один врач-

нейрохирург. Сестринскую помощь оказывают 5 высококвалифицированных медицинских сестер. Основными задачами отделения являются:

1. Оказание специализированной хирургической (травматологической) помощи пострадавшим в ДТП и получившим множественные и сочетанные травмы.
2. Разработка и внедрение новых инновационных операций по эндопротезированию крупных суставов.
3. Оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи при патологии и травмах позвоночника.
4. Подготовка и повышение квалификации хирургов-травматологов области по эндопротезированию крупных суставов.

В отделение госпитализируются следующие категории пострадавших и больных:

- после тяжелой сочетанной травмы при ДТП;
- нестабильные неосложненные переломы позвоночника;
- дегенеративно-дистрофическая патология позвоночника;
- эндопротезирование суставов при коксартрозе и гонартрозе;
- неотложная и плановая госпитализация больных из профильных отделений медицинских организаций области.

2.2 Социально-демографическая характеристика и клинический анализ пациентов выборочной совокупности

По истории болезни был изучен социально-демографический состав пациентов и их клинические характеристики за время пребывания в стационаре. Возрастно-половой состав пациентов, вошедших в выборочную группу, представлен в табл. 2. Возрастная группировка была выбрана в целях наполняемости единиц наблюдения в половозрастных группах.

Из табл.2 видно, что в выборочной группе мужчины составили $45,6 \pm 8,1\%$ ($p < 0,05$), женщины – $54,4 \pm 8,1\%$ ($p < 0,05$). Основная возрастная группа, как у мужчин, так и у женщин 40-69 лет – соответственно 49,1 и 53,8%. Мужчины преобладают только в возрастной группе до 40 лет (21,1% против 16,1% у женщин). Во все остальные возрастные группы женщин попало больше, чем мужчин, кроме возраста 80 лет и старше (см. табл. 2). Это, видимо, отражает и реальную потребность в специализированном лечении по профилю травматология и ортопедия в обществе. Целевые исследования влияния половозрастного фактора на потребность в таком виде высокотехнологичной помощи в субъектах РФ выявляет аналогичное распределение пациентов по половозрастным группам [31, с.28]. Средний возраст пациентов без полового признака составил $56,5 \pm 2,7$ лет ($p < 0,001$), мужчин – $54,1 \pm 4,6$ лет ($p < 0,001$), женщин – $58,4 \pm 3,3$ лет ($p < 0,001$). В возрастном отношении пациенты травматологического отделения в основном люди среднего и пожилого возраста. Средний возраст женщин-пациентов на 4,3 года больше, чем у мужчин (разница без статистической достоверности, $t < 2$).

2.3 Результаты анализа анкетирования пациентов

Анкетированием были охвачены 50 пациентов, мужчин – 24 (46,7%), женщин – 26 (53,3%),

проходящих лечение в травматологическом отделении.

В табл. 6 отражено распределение больных по сроку пребывания в стационаре. В день поступления больных не опрашивали.

Из общего количество опрошенных, на момент опроса, 30% пациентов (9 пациентов) в стационаре находятся 2-4 день, 13 пациентов (43,3%) – 5-9 дней, 6 пациентов (13,3%) – 10-14 дней и 6,7% пациентов (двое пациентов) в стационаре находятся 15 дней и более. То есть большинство пациентов (70%) в стационаре находятся 5 дней и более и имеют

8

достаточный срок для оценки качества сестринской ухода и реабилитационного процесса в отделении.

Постовая медсестра с целями реабилитации после операции ознакомила 70% пациентов. Это, в основном, пациенты, которым операция уже проведена. Мотивации пациентов к скорейшему выздоровлению и вовлечению их в реабилитационный процесс способствует ознакомление пациентов с целями послеоперационной реабилитации. Цель должна быть реальной и достижимой для конкретного пациента.

Физические и аппаратные методы реабилитации пациентов при оперативном лечении имеют большое значение. Мнение пациентов о ходе реабилитационного процесса необходимо учитывать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В научно-практическом исследовании в травматологическом отделении СОКБ № 1 по реабилитации пациентов после оперативного лечения получены следующие результаты. По выборочной совокупности была дана социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов отделения. В выборочной группе мужчины составили 43,2%, женщины – 56,8%. Основная возрастная группа, как у мужчин, так и у женщин 40-69 лет – соответственно 43,8 и 61,9%. Мужчины преобладают только в возрастной группе до 40 лет (31,3% против 14,3% у женщин). Во все остальные возрастные группы женщин попало больше, чем мужчин, кроме возраста 80 лет и старше. Это, видимо, отражает и реальную потребность в специализированном лечении по профилю травматология и ортопедия в обществе по полу и возрасту пациентов.

Средний возраст пациентов без полового признака составил 56,5 лет, мужчин – 54,1 лет, женщин – 58,4 лет. В возрастном отношении пациенты травматологического отделения в основном люди среднего и пожилого возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 года N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в ред. Постановления Правительства РФ от 31.03. 2017 года N 394) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://base.garant.ru/70643470/>, свободный. – Заглав. с экрана.
2. Приказ МЗ РФ от 17.04. 2002 года N 123 «Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных. Пролежни» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentid=74654>, свободный. – Загл. с экрана.
3. Приказ Минздравсоцразвитию РФ от 19.08.2009 N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc16227.html>, свободный. – Загл. с экрана.
4. Приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 N 1705н « О Порядке организации медицинской реабилитации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gov.cap.ru/UserFiles/orgs/Grvid_11/poryadok_medicinskaya_reabilitaciya.pdf, свободный. – Загл. с экрана.
5. Письмо заместителя Министра здравоохранения Т.В. Яковлевой от 14.08.2015 № 17-5/10/2-4691 «О проведении пилотного проекта “Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации”» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rehabrus.ru/index.php?id=673>, свободный. – Загл. с экрана.

6. Бахтина, И.С. Реабилитация в сестринском деле. Инновационный подход (организационно-клинические аспекты) / И.С. Бахтина, С.А. Калинина, И.Н. Баландина // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. – 2016. – Том XXIII. – N 3. – С. 18-20.
 7. Безверхова, Т.Ю. Психосоциальные аспекты реабилитационной работы с больными шизофренией в условиях дневного психиатрического стационара / Т.Ю. Безверхова, В.В. Серов, Е.В. Сапегина [и др.] // Вестник новых медицинских технологий [Электронный журнал]. – 2015. – N 4.
 8. Бодрова, Р.А. Эффективность активной медицинской реабилитации у пациентов с травматической болезнью спинного мозга / Р.А. Бодрова, Э.И. Аухадеева, Р.А. Якупов [и др.] // Медицинская реабилитация. – 2016. – N 12 (129). – Ч. II. – С. 31-38.
 9. Брижань, Л.К. Эффективность применения современных технологий в послеоперационном лечении у пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава / Л.К. Брижань, Д.В. Давыдов, Б.П. Буряченко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2018. – Т. 13. – N 2. – С. 74-77.
 10. Васильев, М.В. Раннее дозированное увеличение дозированной нагрузки при повреждении капсульно-связочного аппарата коленного сустава / М.В. Васильев, И.В. Рябчиков // Практическая медицина. – 2016. – N 7 (99). – С. 25-27.
 11. ВОЗ. Травматизм [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/surgery/challenges/esc_injuries/ru/, свободный. – Загл. с экрана.
 12. Ворожбитова, А.П. «Адаптивная физическая культура» и «физическая реабилитация» как виды физической культуры в интерпретации ученых и будущих специалистов / А.П. Ворожбитова // Известия Сочинского государственного университета. – 2013. – N 3. – С. 117-120.
 13. Гажа, А.К. К вопросу о психосоциальной реабилитации психически больных / А.К. Гажа, Е.Ю. Струкова, Э.М. Османов [и др.] // Вестник ТГУ. – 2015. – Т. 20. – Вып. 4. – С. 802-804.
 14. ДМВ-терапия: показания и противопоказания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://physiatrics.ru/10002111-dmv-terapiya-pokazaniya-protivopokazaniya/>, свободный. – Загл. с экрана.
 15. Егиазарян, К.А. Анализ обращаемости за специализированной стационарной медицинской помощью по профилю травматология и ортопедия в субъектах Российской Федерации / К.А. Егиазарян, С.Н. Черкасов, А.П. Ратьев [и др.] // Московский хирургический журнал. – 2017. – N 1 (53). – С. 16-20.
 16. Епифанов, В.А. Основы реабилитации. Учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А. Епифанов, А.И. Букина, А.В. Епифанов; Под ред. В.А. Епифанова, А.В. Епифанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 416 с.
 17. Иващенко, А.С. Эффективность медицинской реабилитации хронического бронхита, гипертонической болезни и ишемической болезни сердца на Южном берегу Крыма / А.С. Иващенко, В.И. Мазин, В.В. Ежов [и др.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2016. – N 4. – С. 4-10.
 18. Иващенко, А.С. Эффективность комплексной санаторно-курортной медицинской реабилитации больных хроническим бронхитом на курорте Южного берега Крыма с использованием энотерапии / А.С. Иващенко, В.И. Мазин, Л.Ш. Дудченко [и др.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2017. – Т. 23. – N 4. – С. 104-111.
 19. Иващенко, А.С. Эффективность медицинской реабилитации при гипертонической болезни в составе санаторно-курортного лечения / А.С. Иващенко, В.И. Мазин, Н.А. Северин [и др.] // Евразийский кардиологический журнал. – 2018. – N 1. – С. 20-27.
- 10
20. Казаков, В.Ф. Инновационные подходы к формированию и оценке эффективности индивидуализированных кинезотерапевтических программ / В.Ф. Казаков, И.Н. Макарова, И.И. Ягодина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – N 1. – С. 49-52.
 21. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии / Л.И. Кулешова. – Изд. 7-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2016 – 733 с.

22. Лапик, С.В. Новые подходы к подготовке кадров по медицинской реабилитации / С.В. Лапик, В.В. Колесникова // Университетская медицина Урала. – 2018. – N 3. – С. 19-21.
23. Магнитотерапия: показания и противопоказания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://antirodinka.ru/magnitoterapiya-pokazaniya-i-protivopokazaniya>, свободный. – Загл. с экрана.
24. Массаж [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://emchi-med.rumassazh.html>, свободный. – Загл. с экрана.
25. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / ВОЗ. Женева, 2001. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://convention.enbek.gov.kz/sites/default/files/MKF.pdf>, свободный. – Загл. с экрана.
26. Мещеряков, А.В. Стабилометрия для контроля процесса реабилитации / А.В. Мещеряков, Е.В. Близеев, Р.Р. Салимзянов [и др.] // Курортная медицина. – 2017. – N 2. – С. 56-61.
27. Несчастные случаи на производстве [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://olgasoifronova.ru/neschastnye-sluchai-na-proizvodstve-statistika.html>, свободный. – Загл. с экрана.
28. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medzona-forum.ru/viewtopic.php?id=358>, свободный. – Загл. с экрана.
29. Павлов, Ю.И. Особенности подготовки и организации научных исследований в сестринском деле / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Гл. мед. сестра. – 2012. – № 3. – С. 100-110.
30. Павлов, Ю.И. Сестринские исследования: планирование, формирование выборочной совокупности и подбор методик / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Гл. мед. сестра. – 2012. – № 4. – С. 116-124.
31. Перхов, В.И. Влияние половозрастного фактора на затраты при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» / В.И. Перхов, О.В. Обухова, А.С. Брутова // Менеджер здравоохранения. – 2015. – N 9. – С. 28-36.
32. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///D:/Рабочий%20стол/Союз%20реабилитологов%20России%20-%20Пилотный%20проект.html>, свободный. – Заглав. с экрана.
33. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.
34. Профессиональный аппарат биорезонансной ДМВ-терапии «Акватон» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://-npk.ru/oborydovanie/3/136-dmv-therapyaquaton.html>, свободный. – Загл. с экрана.
35. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат. сб. / Росстат. – М., 2018. – С. 208.
36. Самодой, В.Г. Современные аспекты подготовки пациентов к операции и реабилитации в травматологии и ортопедии / В.Г. Самодой // В кн.: Организационные и клинические вопросы оказания помощи больным в травматологии и ортопедии. Сб. тезисов XIV Межрегиональной научно-практической конференции. – Воронеж, 2018. – С. 110-112.
37. Самодой, В.Г. Реабилитация пациентов после эндопротезирования тазобедренных суставов на базе отделения травматологии и ортопедии БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1 / В.Г. Самодой, В.П. Кузнецова, М.В. Хе // В кн.: Организационные и клинические вопросы оказания помощи больным в травматологии и ортопедии. Сб. тезисов XIV Межрегиональной научно-практической конференции. – Воронеж, 2018. – С. 112-114.
38. Статистический сборник 2017 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god>, свободный. – Заглав. с экрана

39. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 368 с.
40. Физическая реабилитация – Википедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1408305>, свободный. – Загл. с экрана.
41. Чертовикова, Л.А. Оптимизация реабилитационных мероприятий, проводимых специалистами сестринской службы, у пациентов после тотального замещения крупных суставов / Л.А. Чертовикова, И.В. Безинатова, А.Ф. Гусев // Международный журнал прикладных и фундаментальных. – 2016. – N 10. – С. 413-417.
42. Шавалиев, Р.Ф. Анализ показателей работы центра амбулаторной травматологии и ортопедии ДРКБ МЗ РТ / Р.Ф. Шавалиев, Г.Ш. Мансурова, И.В. Рябчиков [и др.] // Практическая медицина. – 2017. – N 6 (107). – С. 89-95.
43. Реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://travmaorto.ru/33.html>, свободный. – Заглав. с экрана

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye->

%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%BA%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B