

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЛЕКЦІЯ № 9,10

«Алгоритм призначення та процес формування програм ЛФК, як
основного виду фізичної терапії»

«Алгоритм призначення та процес формування програм та проведення
фізіотерапевтичних реабілітаційних заходів при окремих
захворюваннях»

26..05.20

Пузік С.Г.

доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1.«Алгоритм призначення та процес формування програм ЛФК, як основного виду фізичної терапії»

1.1. Структура планування та особливості створення реабілітаційних програм

2.«Алгоритм призначення та процес формування програм та проведення фізіотерапевтичних реабілітаційних заходів при окремих захворюваннях»

2.1 Кардиореабілітація

2.2 Нейрореабілітація

«Алгоритм призначення
та процес формування
програм ЛФК,
як основного виду фізичної терапії»

**Розробка та впровадження
програм
спостереження та профілактики
основних фізичних захворювань і розладів**

Послідовність дій фізичного терапевта

- 1 Оцінка функціонального стану пацієнта
- 2 Визначення цілей **втручання**
- 3 Планування **втручання**
- 4 Вибір конкретних методів та прийомів **втручань**
- 5 **Проведення програми**
- 6 Оцінка змін в стані пацієнта
- 7 Оцінка ефективності **втручання**

**Структура планування
у фізичній реабілітації/терапії
та
особливості створення
реабілітаційних програм**

МЕТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

**– це відновлення
порушених рухових
функцій та активності
відповідно
до генетичних
можливостей особи**

Якщо повністю відновити
попередній рівень функцій не
видається можливим

?

Необхідно визначити
інший шлях
який вважатиметься
досяжним

СКЛАДОВІ У КЛІНІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

1. **Обстеження або огляд** (examination)
2. **Оцінювання** (evaluation)
3. **Діагностика порушень** (diagnosis)
4. **Прогнозування** (prognosis)
5. **Втручання** (intervention)

ПЛАНУВАННЯ МЕТИ

Повне відновлення втрачених функцій

Підтримка функцій на певному рівні

Сповільнення втрати функцій (при незворотних змінах)

Формування компенсацій (при незворотних змінах)

СКЛАДОВІ ДІЯЛЬНОСТІ

Збір суб'єктивної інформації (Subjective)

Збір об'єктивної інформації (Objective)

Оцінювання (Assessment)

Планування (Plan)

ОСНОВНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПІДСИСТЕМИ З ВЛАСНОЮ ЦІЛЛЮ

ЦІЛЬ

Обстеження

Планування

Втручання

Контроль

Визначити рухові та функціональні порушення;

Створення програми фізичної реабілітації/терапії;

Виконання програми фізичної реабілітації/терапії;

Підтримка функціонування системи фізичної реабілітації

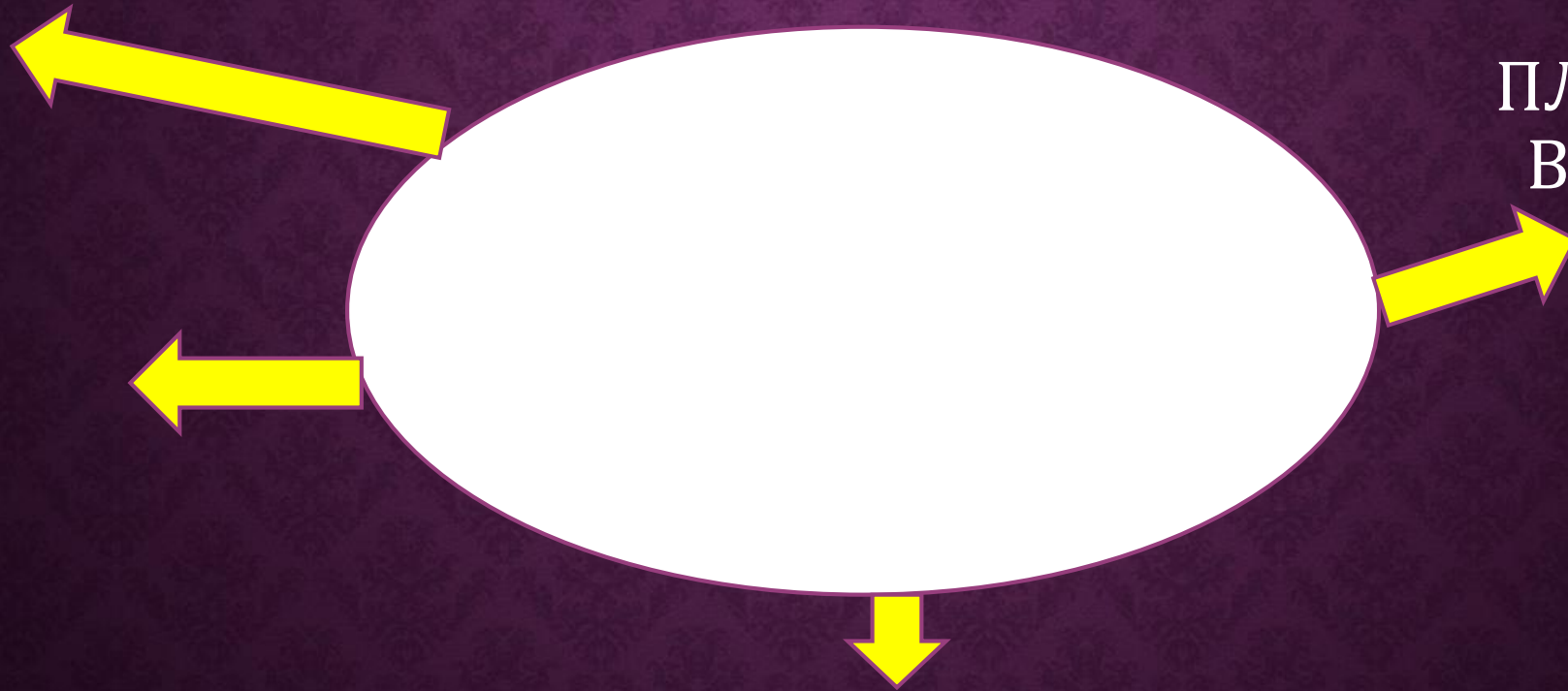
ПРОЦЕС ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

ОЦІНКА

ОЦІНКА ЗМІН

ПЛАНУВАННЯ
ВТРУЧАННЯ

ВЛАСНЕ ВТРУЧАННЯ



РОЗРОБКА ЛІКУВАЛЬНИХ ПРОГРАМ

Розробка
Здійснення
Моніторинг програм і процедур



Використання

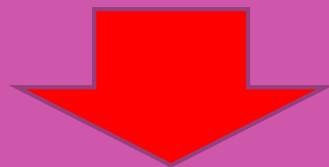


**Терапевтичних
властивостей**

Фізичних вправ
Тепла
Холоду
Масажу
Маніпуляцій
Гідротерапії
Електротерапії
Ультрафіолетового та
інфрачервоного світла
Ультразвуку

ЦІЛЬ ПЛАНУВАННЯ – СТВОРЕННЯ ПРОГРАМИ

Складання
типових програм
фізичної
реабілітації/терапії
на основі клінічного
діагнозу



Ускладнюється
багатоваріантністю порушень,
якими діагноз супроводжується



Плануванню повинно
передувати
обстеження пацієнта
фізичним реабілітологом/терапевтом



Визначення
вихідного рівня
рухових функцій

ПЛАНУВАННЯ

1. Прогнозування
2. Постановка цілей втручання
3. Формування технології втручання
4. Формування технології контролю
5. Письмове оформлення програми

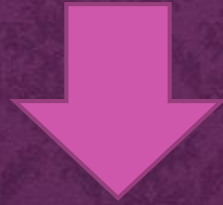
1.Прогнозування

Ціль

Встановити індивідуальну мету фізичної реабілітації/терапії
(цільовий рівень рухових функцій)

2.

Постановка цілей втручання



Встановити довго- та короткотермінові цілі

ЦІЛІ ВТРУЧАННЯ

```
graph TD; A[ЦІЛІ ВТРУЧАННЯ] --> B[ДОВГОСТРОКОВІ - на весь період втручання (понад 3 тижнів)]; A --> C[КОРОТКОСТРОКОВІ - на короткий період втручання];
```

ДОВГОСТРОКОВІ - на весь період втручання
(понад 3 тижнів)

КОРОТКОСТРОКОВІ - на короткий період втручання

SMART ФОРМАТ

Визначення цілей та трактування



Specific – конкретні

Measurable – вимірні

Attainable, achievable – досяжні, здійсненні

Relevant – відповідні

Time-bound – визначені у часі

3. ФОРМУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВТРУЧАННЯ

Ціль



Підібрати методи, засоби, форми втручання
та їх дозування

ОСНОВНІ ЦІЛІ ВТРУЧАННЯ

Зменшити **біль**

Збільшити **діапазон рухів в сугавах**

Збільшити **силу м'язів**

Збільшити **переносимість фізичної напруження**

Покращити **координацію та підтримати рівновагу**

Покращити **позу**



ДОДАТКОВІ ЦІЛІ ВТРУЧАННЯ

Попередити розвиток вторинних ускладнень:

Контрактур

Деформацій

Порушення тканин

Появу пролежнів та інфекцій

Застосувати спеціальні прийоми

переміщення та **ручного ЗВЕРНЕННЯ**

(позиціювання)

Організація втручання з врахуванням природного стану його життя



4. ФОРМУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ КОНТРОЛЮ

Ціль



підібрати терміни, методи та засоби
контролю

5.

ПИСЬМОВЕ ОФОРМЛЕННЯ ПРОГРАМИ

Ціль – завершити створення
індивідуальної програми

ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ/ТЕРАПІЇ

**це план перетворення
системних ресурсів
у цілі та мету
фізичної реабілітації
з допомогою
технологій втручання
та контролю**

Мета і цілі

Засоби та методи втручання

Кількість, частота, тривалість
занять та процедур

Форми проведення

Методичні вказівки

Терміни, методи та засоби
контролю відмітки про
виконання

«ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

«комплексна»

«типова»

«індивідуальна»

«проблемноорієнтована»

«ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

«КОМПЛЕКСНА»

ТЕРМІН «КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Синоніми

- «комплексна реабілітація»
- «комплексна фізична реабілітація»

Програма медичної
реабілітації
комплексна

Відновне лікування необхідно здійснювати групою фахівців:



лікар

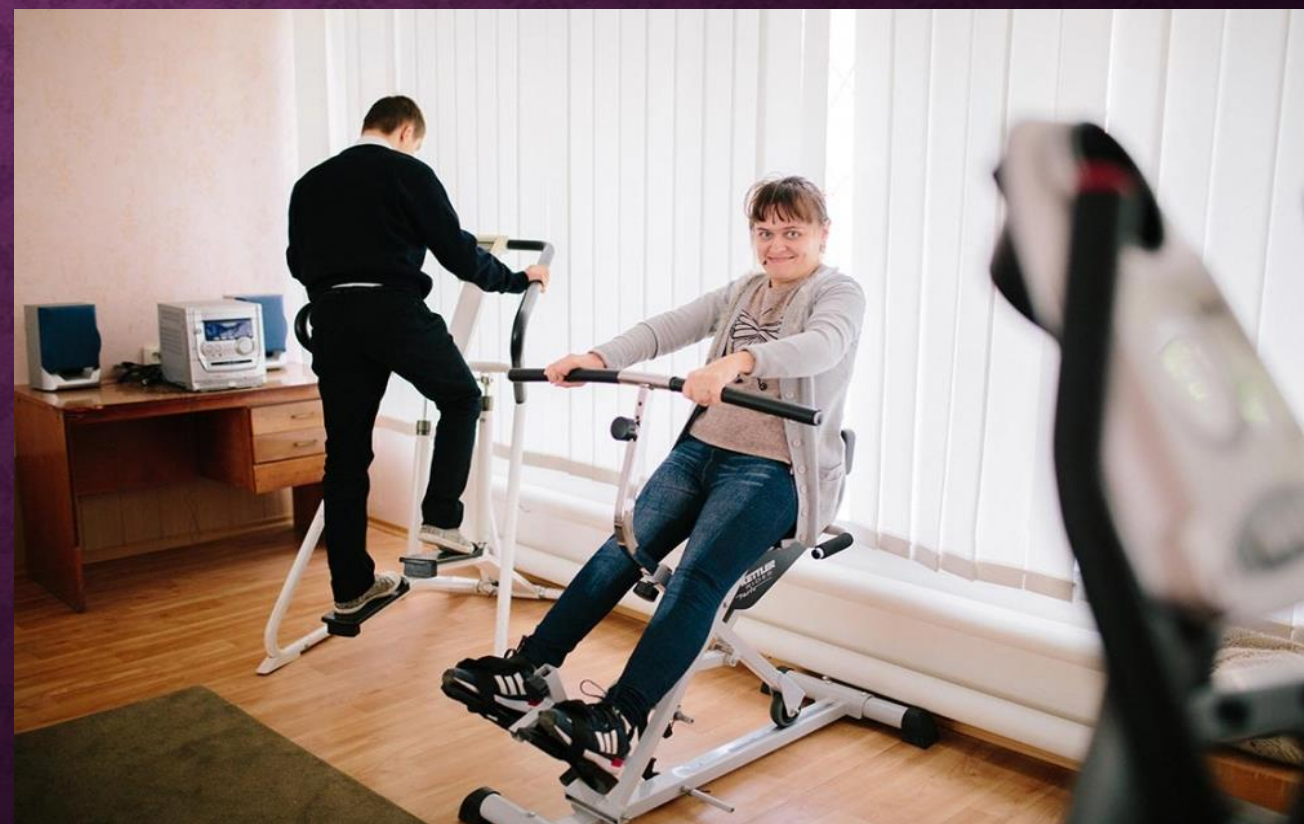
психолог

інструктор ЛФК або реабілітолог

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

це одночасне здійснення різних видів реабілітації

відповідними фахівцями



«КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»



Використання кількох засобів та методів

*Основні вимоги до
проведення
реабілітаційних заходів*

Ранній початок

Безперервність

Комплексність

Індивідуальність

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

ФІЗІОТЕРАПІЯ

ЗАСОБИ

ФІЗИЧНІ ВПРАВИ

(ГІМНАСТИЧНІ, СПОРТИВНО-ПРИКЛАДНІ, РУХОВІ, ТРУДОВІ)

РЕЖИМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

(ЛІЖКОВИЙ, НАПІВЛІЖКОВИЙ, ВІЛЬНИЙ, ТРЕНУВАЛЬНИЙ)

ВИХІДНІ ПОЛОЖЕННЯ

(ЛЕЖАЧИ, СИДЯЧИ, СТОЯЧИ)

ПРИЙОМИ МАСАЖУ

(ПОГЛАЖУВАННЯ, РОЗТИРАННЯ, РОЗМИНАННЯ, ВІБРАЦІЯ)

ПРИРОДНІ ФІЗИЧНІ ЧИННИКИ

(ОПРОМІНЮВАННЯ СОНЦЕМ, АЕРАЦІЯ, ВОДНІ ПРОЦЕДУРИ)

ШТУЧНІ ЛІКУВАЛЬНІ ФІЗИЧНІ ЧИННИКИ

ЕЛЕКТРОЛІКУВАЛЬНІ

МАГНІТОЛІКУВАЛЬНІ

СВІТЛОЛІКУВАЛЬНІ

МЕХАНОЛІКУВАЛЬНІ

ТЕРМОЛІКУВАЛЬНІ

ГІДРОЛІКУВАЛЬНІ

АЕРОНИ ТА АЕРОЗОЛІ

ПРИРОДНІ ДІКУВАЛЬНІ ФІЗИЧНІ ЧИННИКИ

КЛІМАТОЛІКУВАЛЬНІ, БАЛЬНЕОЛІКУВАННЯ

ЛІКУВАЛЬНІ ГРЯЗІ, ПІСОК, ГЛИНА

«ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

«ТИПОВА»

ТИПОВІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Усереднені плани з
орієнтацією на основний
клінічний діагноз та період
реабілітації



Причина

**багатоваріантність
порушень**

при однакових клінічному
діагнозі та етапі реабілітації

Величина порушень завжди
індивідуальна і залежить від
багатьох факторів:

Механогенезу травми

Патогенетичних чинників

Віку

Спадковості

Загального стану здоров'я

«ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

«індивідуальна»

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА

Об'єкт наукових досліджень

Створити
типову програму
легко

Спеціалісти-практики на
місцях постає значно
складніше завдання:

Як з типової
програми створити
індивідуальну,
зважаючи на
багатоваріантність
порушень?

ПРОГРАМА МІСТИТЬ ОСНОВНІ ГРУПИ ІНФОРМАЦІЇ

мета/ціль програми:

Цілі довготермінові

Цілі короткотермінові

Засоби та методи втручання

Кількість, частота, тривалість занять та процедур

Форми проведення

Методичні вказівки


Засоби та методи контролю

Терміни етапного та підсумкового контролю

Відмітки про виконання


«Алгоритм призначення та процес формування програм та проведення фізіотерапевтичних реабілітаційних заходів при окремих захворюваннях»

ФОРМУВАННЯ ПРОГРАМ ТА ПРОВЕДЕННЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ



Хворі, що перенесли
гостре порушення
мозкового кровообігу

НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ



Хворі, що перенесли
гострий інфаркт
міокарда

КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ

КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ



це скоординоване багатогранне втручання, спрямоване на оптимізацію фізичного, психологічного та соціального функціонування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), додатково до стабілізації, уповільнення прогресування і навіть зворотного розвитку атеросклеротичного процесу, а отже, зниження захворюваності і смертності

Кандидати
для кардіореабілітації

Пацієнти, які
нещодавно
перенесли ІМ

Пацієнти після
ортокоронарного
шунтування

Хворі після черезшкірної транслюмінальної
коронарної ангіопластики

Пацієнти, яким планується або виконана
трансплантація серця

ХСН зі стабільним перебігом

Атеросклероз артерій нижніх кінцівок із
симптомами переміжної кульгавості

Інші форми ССЗ

КАНДИДАТИ ДО КР

Пацієнти, які перенесли хірургічні втручання на клапанах серця

Особи, які перенесли ІМ і/або обхідне шунтування коронарних артерій

Хворі зі значною дисфункцією лівого шлуночка, застійною СН, зумовленою фізичними навантаженнями;

Ішемічне захворювання периферичних судин, аритмією, діабетом, ІХС;

Особи, які перенесли черезшкірну транслюмінальну пластичну операцію;

З імплантованими пейсмейкерами;

Більшість літніх людей, котрі страждають на серцеві захворювання

ПРОГРАМИ КР І ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Кардіолог

Має досвід

виконання тестів із фізичним навантаженням і фізичних тренувань хворих із різними ССЗ при яких показано проведення таких програм

Має знання

по всіх основних аспектах надання допомоги з КР та вторинної профілактики

ШТАТ ФАХІВЦІВ

Кардіолог

Фізіотерапевт (спеціаліст із фізичної реабілітації)

Дієтолог

Психолог або психотерапевт

Соціальний працівник або консультант із питань професійної адаптації

ПЕРСОНАЛ КР

Повинен проходити навчання із серцево-легеневої реанімації та інтенсивної терапії

Забезпечена можливість екстреної дефібриляції

Миттєва доступність засобів порятунку життя

ОСНАЩЕННЯ КР

ЕКГ у 12 відведеннях

Ергометри (велоергометрия або тредміл-тест)

2D-ЕхоКГ із доплерівським аналізом

Рентгенографія і телеметрія або холтерівське моніторування

Оптимальний період всебічної реабілітації більшості хворих на ССЗ характеризується суттєвими коливаннями- **тривати до 1 року**







ПЛАН РЕАБІЛІТАЦІЇ

Індивідуальний

Базуватися



Історія хвороби пацієнта

Прогноз

Рівень функціональної
здатності і конкретних потреб

ФАЗИ КАРДІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ

Гостра

Відновлення

Підтримуюча

Фаза 1 — острая фаза Госпитальная

Цели:

- Определение работоспособности
- Информирование о необходимости модификации образа жизни
- Начало программы физических тренировок под медицинским наблюдением

Фаза 2 — фаза восстановления Амбулаторная контролируемая

Цели:

- Повышение работоспособности и силы
- Продолжение модификации образа жизни
- Программа физических тренировок — 3–5 раз в неделю по 15–60 минут под медицинским наблюдением амбулаторно на базе учреждения реабилитационного профиля

Фаза 3 — поддерживающая фаза Амбулаторная неконтролируемая

Цели:

- Акцент — на долгосрочной модификации образа жизни
- Программа физических тренировок: 3–5 раз в неделю по 15–60 минут без медицинского наблюдения в спортивном зале или дома
- Контроль со стороны сотрудников учреждения реабилитационного профиля или личного врача амбулаторно

ПЛАН ПРОГРАМИ

Етапи

I етап

II етап

III етап

IV етап

ЕТАП І СТАЦІОНАРНИЙ

Головна мета — протидія негативним впливам тривалого ліжкового режиму і підготовка хворого до повернення до нормальної повсякденної діяльності

Стаціонарна реабілітація

Виховний аспект (АКЦЕНТ)

Фази кардіологічної реабілітації

Рухи кінцівками

Тренування в положенні сидячи, стоячи

Ходьба

ЕТАП II
РАННІЙ АМБУЛАТОРНИЙ, У ДОМАШНІХ
УМОВАХ, НА БАЗІ ЛІКАРНІ

Починати через 3 тижні після виписки хворого

Головна мета :

Поступове підвищення рівня функціональної здатності

Зниження чинників ризику **серцево-судинних захворювань**

Підготовка хворого до повернення до професійної діяльності

ЕТАП II

Включає рухову активність

Триває до 3-х місяців

Фізична підготовка: фізичні навантаження низької та середньої інтенсивності, аеробного і силового напрямку

Навчання хворих до зниження чинників ризику

Забезпечується психологічна підтримка

Надаються рекомендації щодо відновлення професійної діяльності

ЕТАП ІІІ **ПІЗНІЙ АМБУЛАТОРНИЙ, РЕГІОНАЛЬНИЙ АБО ДОМАШНІЙ**

Головна мета: покращення фізичного стану пацієнтів

Продовжується навчання хворих

Акцентується увага на модифікації чинників ризику

Перехід від етапу ІІ до ІІІ базується на клінічній, фізіологічній і психологічній інформації

Здійснюється при стабілізації стану хворого і досягненні бажаних результатів завдяки фізичним навантаженням

6-12 тижнів

ЕТАП ІV

Регіональний (підтримуючий) етап збереження досягнутого



Передбачає
контроль і збереження результатів
досягнутих
на попередніх етапах реабілітації

ДВОСТУПЕНЕВА СИСТЕМА ОЦІНКИ

Для мінімізації індивідуального ризику

по-перше

ті, хто має протипоказання
(аналогічні
протипоказанням до
навантажувальних тестів)

по-друге

стратифікований ризик важких
ускладнень
відповідно до анамнезу хворого
і його функціональних
показників

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДБОР ПРОГРАМИ

Метою КР хворих, які перенесли ІМ або мають ІХС
стабільного перебігу

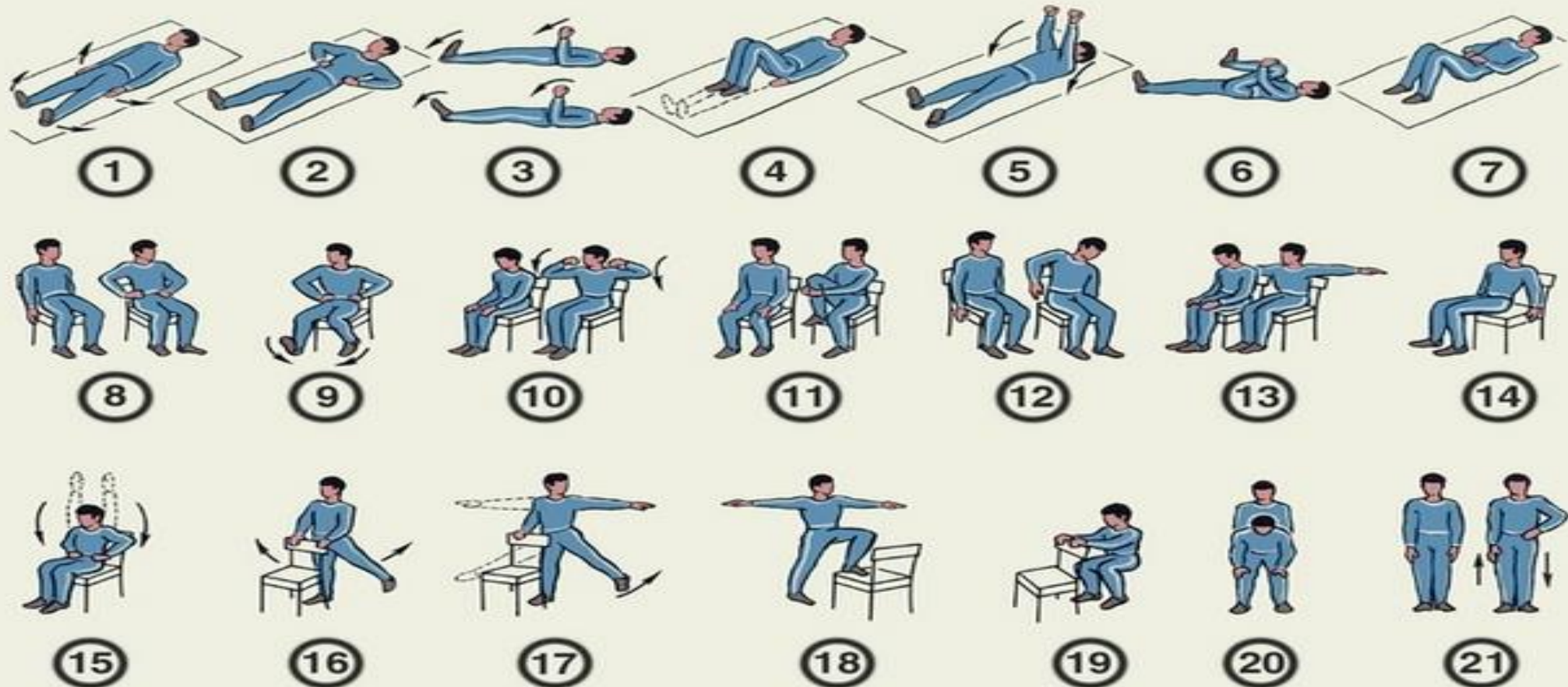
Збільшення працездатності, не обмеженої симптомами
стенокардії

Поліпшення якості життя (тактичні цілі)

Запобігання майбутнім серцево-судинним подіям
(стратегічні цілі)

СХЕМА КОМПЛЕКСУ ЛФК ДЛЯ ХВОРИХ ІЗ НЕУСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ Q-ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Примерный комплекс упражнений после инфаркта



КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРИХ ЗА СТУПЕНЕМ РИЗИКУ

Врачування історії хвороби

Прогноз

Подальші значних проявів ССЗ

Коефіцієнт виживання в перший рік після інфаркту міокарда чи обхідного шунтування коронарних артерій (шкала GRACE)

ГРУПА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ

Зниження сегмента $ST \leq$ на 2 мм

Зворотні дефекти при візуалізації з талієм

Середня — добра функція лівого шлуночка
(фракція викиду 35-49%)

ГРУПА ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ

Фракція викиду лівого шлуночка в спокої менше від 35%;

Зниження САТ при навантаженні чи збільшення менш ніж на 10 мм рт. ст. при виконанні навантажувального тесту;

Безперервний або рецидивуючий біль ішемічного характеру протягом 24 годин і більше після надходження до лікарні;

Рівень функціональної здатності менше від 5 MET із гіпотензивною реакцією АТ чи зниженням сегмента $ST \geq 1$ мм;

Синдром застійної серцевої недостатності в лікарні;

Зниження сегмента $ST \geq 2$ мм при піку ЧСС 135 уд/хв чи менше;

Значні шлуночкові ектопічні аритмії

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ПОЧАТКУ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ НА I ЕТАПІ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Нестабільна стенокардія;
САТ у спокої вище від 200 мм рт. ст. або
ДАТ вище від 100 мм рт. ст.;
Ортостатичне зниження АТ на 20 мм рт.
ст. і більше;
Виражений стеноз аорти;
Гостре інфекційне захворювання;
Неконтрольована екстрасистолія;
Неконтрольована синусова тахікардія
(>120 уд/хв);
Неконтрольована застійна СН;

Передсердно-шлуночкова блокада 3 ступеня;
Активний перикардит або міокардит;
Недавня емболія;
Тромбофлебіт;
Зміщення сегмента ST у спокої (>3 мм);
Неконтрольований діабет;
Ортопедичні проблеми, які не дозволяють
виконувати фізичні навантаження

Постінсультна нейрореабілітація

ПОСТІНСУЛЬТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

це комплекс заходів, спрямованих на продовження інтенсивної, невідкладної терапії, щоб зробити все можливе, аби зменшити шкоду, нанесену головному мозку хворого

ІНСУЛЬТНИЙ ЦЕНТР

Дотримання міжнародних стандартів лікування та висока кваліфікація співробітників

Мультидисциплінарна команда

Лікарі
Кінезотерапевти
Ерготерапевти
Логопеди
Нейропсихолог
Медичні сестри

Кінезотерапевти, ерготерапевти проходять навчання з реабілітаційних практик

Логопеди досконало володіють навичками виявлення та лікування порушення ковтання, що дозволяє пацієнту повернутися до природного шляху харчування;

Медичні сестри мають належні навички та великий досвід догляду за пацієнтами після інсульту (ретельне спостереження за станом пацієнта, догляд за порожниною рота та шкірою, профілактика пролежнів, годування, переміщення, тощо).

ТЕРАПЕВТИЧНА ОЦІНКА

- Терапевтичне оцінювання (протягом 48 годин)
- Аналіз специфічних функціональних обмежень кожного пацієнта на різних рівнях за Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ; WHO, 2018)

Стандартизовані інструменти оцінки
постінсультних пацієнтів у період реабілітації
за функціональними рівнями

Міжнародної класифікації функціонування обмеження
життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

Будова тіла / функції	Активність	Залучення
Ковтання	Шкала ADL	
Шкала оцінки функції ковтання (GUSS)	Індекс Бартела Незалежний індекс неврологічної та геріатричної реабілітації (SINGER)	Індекс Бартела Незалежний індекс неврологічної та геріатричної реабілітації (SINGER)
Сила м'язів: Індекс Мотрісайті (IM), Шкала медичної дослідної ради (MRC), динамометр	Ковтання: Богенхаузенська шкала оцінки дисфагії (BODS)	Діяльність: Канадська шкала продуктивності праці (COPM)
М'язовий тонус: Модифікована шкала спастичності Ашворта (MAS), шкала Тард'є, кутометр	Тулуб: Тест на утримання верхньої частини тіла (TCT) Баланс: Шкала балансу Берга (BBS)	Якість життя: Неспецифічний опитувальник для оцінювання якості життя пацієнта (SF-36)
Мобільність: гоніометрія	Здатність рухатися: Категорії здатності цілеспрямовано рухатися (FAC), тест із ходьбою на 10 метрів, тест вставання зі стільця та ходьба з підрахунком часу (TUG)	Реінтеграція у домашніх умовах: Опитувальник для оцінювання реінтеграції у нормальне життя (RNL)
Психічні функції: Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA)	Функції руки/зап'ястку: Тест «коробка та кубики», тест із дев'ятьма отворами та стрижнями, тест рухомої активності руки (ARAT)	

ПІСЛЯІНСУЛЬТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Рання реабілітація

Пізня (довгострокова) реабілітація

РАННЯ ПІСЛЯІНСУЛЬТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

- Якомога раніше (протягом 24–48 годин) після інсульту із залученнями міждисциплінарної професійної команди у спеціалізованому медичному закладі

ГЛОБАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ ЩОДО ОСНОВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

- Протокол «Реабілітація 2030», підготований Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ)
- «Звіт про інсульт у Європі» Європейського альянсу боротьби з інсультом (**SAFE**)
- Програма дій 2018–2030 рр., створена сумісно Європейською асоціацією з боротьби з інсультом (**ESO**) та **SAFE**

Клінічна настанова
допомоги пацієнтам
після перенесеного інсульту
2017

Основний документі призначений Національною радою зі здоров'я та медичних досліджень Австралії (NHMRC)

Настанову можна завантажити

www.strokefoundation.com.au/clinical-guidelines

КЛЮЧОВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Фізичні терапевти є важливими членами мультидисциплінарної команди після інсульту
2. Повинна бути, як мінімум одна година активного заняття у день для кожного виду терапії, принаймні п'ять днів на тиждень (див розділ 1.1.1)
3. Фізична активність, така як мобілізація та тренування верхньої кінцівки, повинна розпочинатись якомога раніше
4. Для пацієнтів, які перенесли інсульт і мають ризик появи контрактур, НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ для розтягу м'язів регулярно використовувати лонгети або тривале позиціювання (див розділ 2).
5. Слід враховувати, що повинні бути заняття на збільшення рівня кардіореспіраторної витривалості (див розділ 2).

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ 2017

РОЗДІЛ 1 Реабілітація

РОЗДІЛ 2 Допомога у лікуванні з ускладненнями

РОЗДІЛ 3 Вторинна профілактика

РОЗДІЛ 4 Організація послуг

РОЗДІЛ 1 РЕАБІЛІТАЦІЯ

1.1 Обсяг, інтенсивність та тривалість реабілітації



Реабілітація повинна бути побудована так, щоб забезпечити **наскільки можливо максимальну кількість занять впродовж перших шести місяців після інсульту.**

Пацієнти, які проходять активну реабілітацію, таку як фізична терапія та ерготерапія, повинні **отримувати щонайменше одну годину активних занять на день, п'ять разів на тиждень.**

Тренування **функціонально-орієнтованих завдань або відео самостійного моделювання** повинно ширше використовуватись на реабілітаційних заняттях

У відповідних випадках, персонал повинен **заохочувати пацієнта продовжувати тренувати навички**, які вони опанували на сеансах фізичної терапії протягом решти часу дня, **залучаючи до цього родину та/або друзів пацієнта.**

1.2 СЕНСОМОТОРНЕ ПОРУШЕННЯ

Слабкість



Одне або декілька з цих втручань повинно використовуватись для людей із зниженням сили:

Фізичні вправи із поступовим збільшенням зовнішнього опору

Електростимуляція

Електроміографія із біологічним зворотнім зв'язком у поєднанні з традиційною терапією

1.3 ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

1.3.1 Сидіння

Тренування дотягування випрямленою рукою у положенні сидячи під контролем/ з допомогою, повинно надаватись особам, які мають труднощі із самотійним сидінням

1.3.4 ХОДА

Усім особам, які мають труднощі з ходом, повинна бути надана можливість індивідуальних, багаторазових тренувань ходи (чи компонентів ходи) настільки, наскільки це можливо



Задавання визначеного **темпу ходи**

Хода з використанням **механічної допомоги** (на біговій доріжці або за допомогою механічного або роботизованого пристрою)

Тренування за допомогою **віртуальної реальності**

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

Матеріали до лекції дивіться на каналі в TEAMS