МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра неврології

НЕВРОЛОГІЯ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ

Частина 2

навчально-методичний посібник
для практичних занять здобувачів І (бакалаврського) рівня підготовки
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя
2023

УДК 616.8+616.8-089](075.8)
К59

Затверджено на засіданні Циклової методичної комісії терапевтичних дисциплін ЗДМФУ та рекомендовано для використання в освітньому процесі (протокол №9 від «18» квітня 2024 р.)

Рецензенти:

Л. В. Лукашенко – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри пропедевтики, внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії ЗДМФУ;

Автори:

О. А. Козьолкін, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри неврології ЗДМФУ;

В. І. Дарій, д-р мед. наук, професор кафедри неврології ЗДМФУ;

І. В. Візір, канд. мед. наук, доцент кафедри неврології ЗДМФУ;

М. В. Сікорська, канд. мед. наук, доцент кафедри неврології ЗДМФУ;

А. О. Дронова, PhD, асистент кафедри неврології ЗДМФУ;

О. В. Лапонов, асистент кафедри неврології ЗДМФУ;

К59 **Неврологія та нейрохірургія** : Ч. 2 : навч-метод. посіб. для практ.занять здобувачів І (бакалаврського) рівня підготовки спец. 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / О. А. Козьолкін, В. І. Дарій, М. В. Сікорська, І. В. Візір, А. О. Дронова, О.В. Лапонов. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. – 125 с.

616.8+616.8-089](075.8)

©Козьолкін О.А., Дарій В.І., Візір І. В., Сікорська М. В., Дронова А. О., Дапонов О.В. 2024.
©Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2024.

ЗМІСТ

Передмова	4
Фізична терапія, ерготерапія в реабілітації хворих з мозковим інсультом.	5
Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з запальними та демієлінізуючими захворюваннями нервової системи.	22
Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюваннями і травмами периферичних нервів.	37
Особливості реабілітації хворих з нейропатією лицьового нерву.	53
Фізична терапія у хворих з вертеброгеними рефлекторними та компресійними синдромами.	61
Фізична терапія, ерготерапія в лікуванні пацієнтів з хворобою Паркінсона.	78
Фізична реабілітація хворих з закритою черепно-мозковою травмою.	85
Фізична терапія, ерготерапія при травматичних ураженнях хребта та спинного мозку.	95
Фізична терапія в реабілітації дітей з перинатальними ураженнями нервової системи.	104
Місце нетрадиційних методів в реабілітації хворих з патологією нервової системи.	113
Рекомендована література	124

ПЕРЕДМОВА

Захворювання нервової системи мають найбільш питому вагу серед всіх захворювань людина, що обумовлює постійний розвиток клінічної неврології, як напрямку практичної медицини.

В сучасних умовах реформування медицини тими, хто зустрічається з синдромами ураження нервової системи є не тільки неврологи та сімейні лікарі, але і фізичні терапевти, оскількт всі органи і системи в організмі людини забезпечуються адекватною діяльностю саме нервової системи.

Метою видання даного посібника є надання допомоги в придбанні і систематизації знань по класичній методиці обстеженні нервової системи, оволодіння основами топічної діагностики для вірного трактування неврологічних розладів і клінічних синдромів ураження нервової системи, а також оволодіння сучасними діагностичними шкалами. Це дозволить виставити достовірний функціональний діагноз та скласти адекватний план обстеження хворого.

Навчально-методичний посібник по курсу вивчення нервових хвороб «Неврологія та нейрохірургія. Частина 1» складений відповідно до робочої програми. Теми, що розглядаються на практичних заняттях викладенні структуровано: обгрунтована актуальність, цілі заняття, стисло приведенний змість заняття, надані тести і ситуаційні задачі, список рекомендованої літератури.

Використання посібника при підготовці до практичного заняття полегшить роботу та підвіщить якість підготовки студентів.

ТЕМА № 1. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Ішемічний інсульт займає домінуючу позицію серед гострих порушень мозкового кровообігу і є однією з найпоширеніших причин інвалідності серед дорослого населення. Лише 10% пацієнтів повертаються до роботи, а решта мають різного ступеня виразності наслідки у вигляді рухових, мовних, координаторних розладів. Відновлення наслідків залежить від своєчасного та повного проведення реабілітаційних заходів в різні періоди ішемічного інсульту.

Геморагічний інсульт відноситься до найбільш тяжких видів гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК). По даним різних авторів доля геморагічних інсульті – 13-20% від всіх інсультів. Однак, прогноз таких ГПМК значно найгірший ніж при ішемічному, не тільки по показникам смертності, а і по ступеню інвалідізації. Останні роки спостерігається збільшення кількості хворих на геморагічний інсульт на фоні гіпокоагуляції у хворих, що постійно приймають медикаментозні препарати. Механізм розвитку геморагічного інсульту, перебіг захворювання передбачає і підходи до фізичної терапії та ерготерапії, відмінні від реабілітації хворих на ішемічний інсульт.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у хворих на ішемічний інсульт на різних етапах терапії.

2. Освітня: оволодіти знаннями про мозковий інсульт, методи фізичної терапії на різних етапах реабілітації.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Захворювання, що призводять до розвитку ішемічного та геморагічного інсульту, клінічний перебіг.

Класифікацію періодів перебігу ішемічного та геморагічного інсультів.

Наслідки інсульту, що обумовлюють інвалідність хворого.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Оцінити (згідно шкал) наявність і ступінь неврологічного дефіциту.

Визначити завдання та схеми занять лікувальною гімнастикою при різних рухових режимах та на різних етапах лікування хворого.

Скласти диференційну реабілітаційну програму в умовах реанімаційного, стаціонарного відділень та в пізньому відновному періоді.

Дати характеристику комплексам спеціальних вправ, які направлені на відновлення навичок ходьби, координації рухів, протидії патологічним сінкінезіям, вправи в опорі й з обмеженням.

Визначити заходи для відновлення побутових навичок й елементів самообслуговування.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з ішемічним інсультом» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Які причини розвитку ішемічного інсульту?
2. Які періоди реабілітації виділяють при ішемічному інсульті?
3. Які терміни кожного періоду реабілітації?
4. Які фактори обмежують ефективність відновлення після інсульту?
5. Реабілітаційні заходи в реанімаційному відділенні?
6. Лікування положенням в найгострішому періоді інсульту?
7. Які прийоми дихальної гімнастики застосовують в гострому періоді інсульту?

8. Кінезотерапія при ішемічному інсульті?

9. Як і в які терміни проводяться вертикалізація хворих з ішемічним інсультом?

10. Які вправи фізичної терапії можна використовувати в ранній реабілітаційний період?

11. Які види геморагічних інсультів ви знаєте?

12. Які захворювання найчастіше призводять до розвитку мозкових крововиливів?

13. Які клінічні ознаки субарахноїдального крововиливу?

14. Які ознаки паренхіматозних мозкових інсультів?

15. Які періоди реабілітації виділяють при геморагічних інсультах?

16. Які ознаки того, що хворого можна вертикалізувати при внутрішньомозкових гематомах?

17. Які терміни активізації хворих при субарахноїдальних крововиливах?

18. Методи медичної реабілітації, що застосовують при терапії геморагічних інсультів.

19. Задачі кінезотерапії в різні періоди геморагічного інсульту.

20. Кінезотерапія в ранньому відновлювальному періоді геморагічного інсульту.

21. Кінезотерапія в пізньому відновлювальному періоді геморагічного інсульту.

22. Кінезотерапія в період залишкових явищ при геморагічному інсульті.

23. Механотерапія при геморагічному інсульті: термін застосування, принцип методу.

24. Які рефлекторні вправи виконують в ранній постінсультний період?

25. Які протипоказання є для проведення лікувальної гімнастики в ранній постінсультний період?

26. Фізіотерапевтичне лікування на різних етапах відновлення після ішемічного інсульта.

27. Кінезотерапія в пізньому відновлювальному періоді.

28. Фізеотерапія в пізньому відновлювальному періоді.

29. Методи фізичної терапії, фізеотерапія в період залишкових явищ.

30. Рефлексотерапія в реабілітації хворих з ішемічним інсультом на різних етапах відновлення.

31. Яка роль ерготерапії в процесі відновлення після ішемічного інсульта?

32. Які методи фізичної терапії ефективні в зниженні спастичності після інсульту?

33. Методи нетрадиційної терапії в системі постінсультній реабілітації.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Періоди реабілітації після інсульту:

Ранній відновлювальний – до 3-х місяців.

Пізній відновлювальний – до 1 року.

Період залишкових порушень рухових функцій – більше року.

Строки відновлення після інсульту

Первинні рухові функції (сила, об’єм рухів) – 3-6 місяців.

Навички ходьби – 6 місяців.

Побутові навички, навички праці – до 1 року.

Мова – 2 роки.

Рання реабілітація:

І етап ранньої реабілітації – до 3-х тижнів.

1. Реанімаційне відділення: дихальні вправи, пасивна гімнастика, лікування положенням, корекція дисфагії, початкова вертикуляція.

2. Відділення гострих порушень мозкового кровообігу:

– Лікування положенням
– Кінезотерапія
– Подальша вертикуляція

– Корекція сенсорних розладів
– Заняття з ерготерапевтом
– Фізіотерапія
– Масаж, рефлексотерапія

Ранній відновлювальний період вирішує наступні проблеми:
1. Боротьба з підвищеним тонусом м'язів, зменшення асиметрії
2. Правильне та послідовне «включення» м'язів в руці
3. Профілактику контрактур та болю
4. Відновлення чутливості
5. Покращення праксису та гнозису
6. Підготовка до соціальної і побутової адаптації установою на незалежний спосіб життя.

Ускладнення гострого періоду:
1. Тромбофлібити кінцівок.
2. Тромбоемболії легеневої артерії.
3. Застійні явища в легенях.
4. Пролежні.
5. Вторинні прогресуючі стани

II етап ранньої реабілітації – до 3-х місяців
Передбачає розділення хворих на групи в залежності від стану.
Задачі:
1. Відновлення складних рухових актів.
2. Відновлення навичок самообслуговування.
3. Відновлення навичок спілкування.
4. Відновлення навичок праці.
5. Компенсація втрачених функцій.

Засоби:
1. Кінезотерапія
2. Рефлексотерапія
3. Ерготерапія
4. Механотерапія
5. Лікувальна гімнастика
6. Масаж
7. Фізіотерапія

Функції кінезотерапевта:
1. Детальна оцінка рухових та чутливих функцій для оцінки прогнозу.
2. Профілактика спастичності м'язів, контрактур, покращення функції рук.
3. Навчання методам переміщення, вертикалізації, використання допоміжних засобів.

Функції ерготерапевта:
1. Рання оцінка хворого.
2. Оцінка зорово-просторових функцій.
3. Використання допоміжних засобів для покращення можливостей хворого.
4. Оцінка можливостей хворого у власній оселі.
5. Заняття з хворим та його близькими для підтримки повсякденної активності.

Ступінь порушення рухових функцій:
1-й – легкий.
2-й – помірний парез.
3-й – парез.
4-й – глибокий парез.

5-й – плегія (параліч).

Режим рухової активності залежить від:
1. Стану хворого.
2. Періоду захворювання.
3. Ступеню порушення рухових функцій.

Режими рухової активності бувають:
1. Ліжковий (суворий) – 1-3 дні.
2. Розширений ліжковий – 3-15 днів.
3. Палатний.
4. Вільний.

Завдання лікувальної гімнастики:

Покращення функцій дихальної, серцево-судинної системи, активізація моторики, трофіки тканин, попередження пролежнів, зниження тонусу при його підвищення, профілактика геміплегічних контрактур, підготовка до активного повороту на здоровий бік, стимуляція та відновлення ізольованих активних рухів у паретичних кінцівках.

Засоби:

1. Лікування положенням на спині, боці.
2. Фізичні вправи: дихальні, активні для дрібних, середніх, пізніше для великих суглобів здорових кінцівок.
3. З 3-6 дня пасивні вправи для суглобів паретичних кінцівок.
4. Навчання вольовим посиланням імпульсів до рухів синхронно з ізольованим пасивним розгинанням передпліччя, згинання гомілки.

Розширений ліжковий режим.

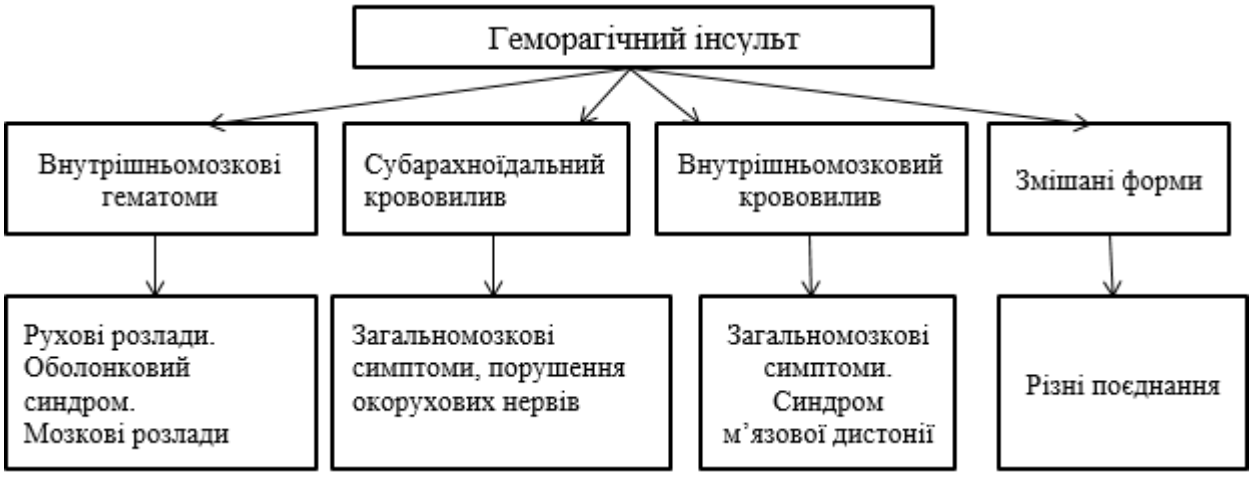
Завдання – посилення загальнонотонізуючого впливу на хворого; навчання розслабленню м’язів здорової кінцівки; зниження м’язового тонусу (в разі підвищення) в паретичних кінцівках; вертикалізація; стимуляція активних рухів в паретичних кінцівках; протидія патологічним синкінезіям; відновлення функцій опори в нижніх кінцівках; відновлення функцій саообслуговання здоровою кінцівкою.

Палатний режим.

Завдання – зниження тонусу м’язів, протидія геміплегічним конрактурам, подальше відновлення активних рухів, вертикалізація. Навчання ходьбі, протидія синкінезіям, відновлення самообслуговування.

Вільний режим.

Завдання – засоби та методика ЛФК на пізніх етапах захворювання залежить від ступеня порушень рухових функцій.



Задачі раннього періоду:

1. Попередження і лікування ускладнень, що пов'язані з іммобілізацією.
2. Визначення функціонального дефіциту і збережених можливостей хворого.
3. Покращення загального фізичного стану.
4. Покращення рухових, сенсорних функцій.
5. Відновлення самообслуговування і елементарних побутових навичок.

Система ранньої реабілітації (Скворцова В.І., 2006).

Перші 6-8 днів – лікування положенням, дихальні вправи, корекція дисфагії.

2-4 тиждень:

– вертикалізація за умови регресу оболонкового синдрому;

- кінезотерапія, за умови стабільного стану пацієнта;

- масаж (крапковий) не раніше 6-8 дня захворювання;

- фізіотерапія з 15-20 дня (парафінові, озокеритні аплікації на паретичні кінцівки, голкорефлексотерапія, електростимуляція).

Особливості відновлювального періоду після геморагічного інсульту:

1. Положення з підняттям кінця ліжка зі сторони голови.
2. Кожні 3 години змінювання положення тіла хворого.
3. Початок реабілітації на 5-6 день.
4. Активізація (вертикалізація) після регресу оболонкового синдрому.
5. Фізіотерапія призначається не раніше 20-го дня від початку захворювання.
6. Кінезіотерапія з 6-8 дня, лікування положенням.
7. Активна гімнастика з 15-20 дня захворювання.
8. Навчати сидіти з 3-4 тижня.
9. Масаж (при відсутності протипоказань) призначають з 6-8 дня захворювання.
10. В пізній відновлювальний період комплекс реабілітації диференціюють по клініко-функціональним групам.

Хворі I групи – легкі порушення:

1. Кінезіотерапія, групові заняття;
2. Фізіотерапія;
3. Масаж сегментарних зон паретичних кінцівок;
4. Магнітотерапія, електрофорез;
5. Бальнеотерапія (після 3 місяців).

Хворі II групи – неврологічний дефіцит:

- лікувальна фізкультура – групові заняття з обмеженням інтенсивності фізичних вправ (включення в комплекс дозованих фізичних навантажень можливо після 1-2 тижневого періоду адаптації хворого і велоергометричного обстеження);
- фізіотерапія – електрофорез з судинними препаратами на шийно-комірцеву зону, бальнеотерапія;
- психотерапія – аутогенні тренування (групові або індивідуальні);

У хворих цієї групи частіше вдається досягнути обмеженої працездатності.

Хворі III групи – ступінь виразності постінсультних порушень – помірна і виражена.

Задачами реабілітації в цієї групі є зменшення виразності постінсультних порушень, вироботка компенсацій, пристосування к дефекту, лікування артралгії, повне відновлення побутової активності.

Методи, що застосовуються:

1. Кінезотерапія: лікування положенням (індивідуальні заняття), навчання правильної ходи, прийоми функціонального біоуправління.

2. Механотерапія (апарати для кистей і пальців, апарати для зниження тонусу м’язів).

3. Фізіотерапія – вплив магнітним полем, електрофорез з судинними препаратами, в період після 3-х місяців – бальнеотерапія.

4. Масаж (сегментарних зон, крапковий), масаж паретичних кінцівок.

5. Електротерапія.

6. Голкорефлексотерапія.

Хворі IV групи – ступінь виразності постінсультних порушень – помірна і виражена, в анамнезі ГПМК.

Задачі: стабілізація протікання основного судинного захворювання адаптація к повсякденним побутовим навантаженням, зменшення виразності рухових розладів, пристосування до дефекту, ліквідація артралгії, відновлення побутової адаптації.

Методи, що використовуються:

1. Кінезотерапія: лікування положенням, індивідуальні заняття, навчання правильної ходьбі.

2. Механотерапія (дрібна моторика, апарати із зворотнім зв’язком).

3. Фізіотерапія: електрофорез шийно-комірцевої зони з судинними препаратами.

4. Електролікування.

5. Голкорефлексотерапія.

6. Методи функціонального біоуправління.

Оцінка ефективності реабілітації:

1. Шкала оцінки сили м’язів
2. Шкала оцінки спастичності м’язів
3. Оцінка об’єму, темпу рухів, асиметрії довжини кроків, швидкість ходьби
4. Модіфікована шкала Ренкіна
5. Індекс Бартеля
6. Опитувальники (FIM).

Критерії ефективності реабілітації хворих з постінсультними руховими порушеннями

Ознаки	Критерії ефективності
І клініко-реабілітаційна група	
Рухові розлади	Відсутність скарг соматичного характеру, збільшення толерантності до фізичного навантаження
Самообслуговування, побутова активність	Відновлення до рівня, що попередував інсульту
Працездатність	Відновлена
ІІ клініко-реабілітаційна група	
Рухові розлади	Майже повне відновлення
Загальносоматичний стан	Стабілізація соматичних захворювань, об’єм ходьби більш 5,5 км, швидкість не менше 4 км/год
Самообслуговування, побутова активність	Відновлення об’єму (який був до інсульту)
Працездатність	Відновлення за наявності умов раціонального працевлаштування
ІІІ клініко-реабілітаційна група	

Рухові розлади	Часткове покращення (в відновлювальному періоді); в резидуальному періоді – напрацювання компенсацій
Загальносоматичний стан	Відсутність скарг загальносоматичного характеру
Самообслуговування, побутова активність	Повністю відновлення самообслуговування при обмеженій побутовій активності
Працездатність	Відновлення працездатності не є обов'язковим критерієм
IV клініко-реабілітаційна група	
Рухові розлади	Відновлювальний період – часткове покращення, резидуальний – напрацювання замісної компенсації
Загальносоматичний стан	Стабілізація соматичних захворювань
Самообслуговування, побутова активність	Повністю відновлення самообслуговування при обмеженій побутовій активності
Працездатність	Відновлення працездатності не є обов'язковим критерієм

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Геміплегія – параліч м'язів однієї половини тіла; однобічна втрата довільної моторики.

Геміпарез – зниження м'язової сили в одній половині тіла.

Геміанестезія – втрата чутливості в одній половині тіла.

Гіпертонія – надмірне напруження м'язів, що проявляється їх опором розтягненню та порушенням функції відповідних м'язових органів.

Контрактура – стійке обмеження рухів суглоба, що пов'язане з захворюванням суглобів, сухожилля, м'язів, больовим рефлексом.

Керніга синдром – рефлекторне скорочення м'язів згиначів гомілки при положенні хворого на спині з зігнутими ногами в колінному та кульшовому суглобі. Симптом ураження мозкових оболонок.

Кома – стан виключення свідомості, при якому втрачаються функції всіх аналізаторів, відсутні реакції на зовнішні подразники.

Ригідність – тугорухомість.

Сінкінезія (співдружні рухи м'язів) – фізіологічні, наприклад, ритмічні рухи рук при хворобі, або патологічні, що є одним з проявів центрального паралічу.

Синдром – сукупність симптомів.

1. Причини виникнення різних підтипів ішемічних інсультів.
2. Клінічні ознаки гострого ішемічного інсульту, наслідки інсульту.
3. Методи фізичної реабілітації в ранній постінсультний період.
4. Методи фізичної реабілітації в пізній відновлювальний період після ішемічного інсульта.
5. Методи фізичної терапії в період залишкових явищ.
6. Методи фізичної терапії в боротьбі зі спастичністю після інсульту у віддалений період.
7. Види геморагічних інсультів.

8. Захворювання, що призводять до розвитку геморагічних інсультів.
9. Клінічні ознаки різних видів геморагічних інсультів.
10. Періоди реабілітації геморагічного інсульту.
11. Методи фізичної терапії, що застосовують в реанімаційному відділенні.
12. Методи фізичної терапії, що застосовують в ранньому відновлювальному періоді.
13. Методи фізичної терапії, що застосовують в пізньому відновлювальному періоді.
14. Методи фізичної терапії, що застосовують в періоді остаточних явищ геморагічного інсульту.
15. Методи нетрадиційної терапії, які можуть бути застосовані в реабілітації хворих на геморагічний інсульт.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хворий 58 років. Діагноз: ішемічний атеротромботичний інсульт в правій півкулі головного мозку, лівобічний геміпарез, ЦА III, ішемічна хвороба серця. Поступив в стаціонар 2 тижні тому. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі стороннею допомогою.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості щодо виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом.
2. Визначити період захворювання.
3. Визначити ступінь рухових порушень.
4. Визначити руховий режим та задачі фізичної реабілітації.
5. Визначити засоби фізичної реабілітації на даному періоді захворювання.
6. Які засоби та форми лікувальної фізичної культури можна застосувати?
7. Скласти програму фізичної реабілітації.

Еталон відповіді

1. Кінезотерапія: лікування положенням, пасивні рухи в кінцівках, ізольовані активні рухи; методика примусової фіксації здорової кінцівки, вправи з опором, вправи з дрібними предметами, вправи на відновлення втрачених навичок.
2. Кінезіотейпування.
3. Масаж спини, паретичних кінцівок, точковий масаж.
4. Фізіотерапія: стимулюючі методики на головному мозку, профілактика спастичності.
5. Ерготерапія: навички самообслуговування, прийому їжі.
6. Методи нетрадиційної терапії (рефлексотерапії).

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 63 років. Діагноз: ішемічний кардіоемболічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: від початку 28 днів. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. АТ – 140/80 мм рт.ст. пульс 70 уд./хв. Сідає, встає, ходить з опорою. Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м’язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців,

кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 30^0, розгинання в лікті до 120^0, супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворушіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 68 років. Діагноз: ішемічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: хворіє 3 дні, загальний стан важкий. Свідомість порушена. АТ – 160/80 мм рт.ст. Пульс 82 уд./хв. Контакт обмежений. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні. М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає.

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хвора 48 років. Діагноз: ішемічний інсульт у головного мозку, вестибулоатактичний і бульбарний синдром. Клінічні дані: хворіє 11 днів. В анамнезі: гіпертонічна хвороба, миготлива аритмія. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хвора 53 років. Діагноз: ішемічний інсульт в правій півкулі головного мозку, лівобічний спастичний геміпарез. Клінічні дані: ішемічний інсульт 11 місяців тому. Контактна, адекватна. АТ – 130/80 мм рт.ст. Пульс – 68 уд./хв. При огляді: поза Верніке-Манна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хворий 49 років. Діагноз: ішемічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: переніс ішемічний інсульт 3 роки тому. АТ – 130/90 мм рт.ст. Пульс – 64 уд./хв. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначах верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Складіть програму реабілітації.

Задача №6.

Пацієнт 48 років. Клінічний діагноз: геморагічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний глибокий геміпарез. ГХ III. Клінічні дані: 3 тижні тому раптово на вулиці розвилося порушення свідомості, блювота, правобічна геміплегія. Пройшов курс лікування в стаціонарі. Переведений у відділення нейрореабілітації. При огляді: АТ – 140/80 мм рт.ст., пульс 76 уд./хв. Правобічний геміпарез. Мова не порушена. Завдання розуміє, сідає сам, встає і пересувається з допомогою оточуючих. Менінгеальний синдром відсутній. У правих кінцівках м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, у згиначах і пронаторах передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, спини та у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах в повному обсязі. Активні рухи в суглобах верхньої кінцівки відсутні, в нижній кінцівці – різко обмежені в колінному суглобі, в стопі відсутні.

Складіть програму реабілітації.

Задача №7.

У пацієнтки, 56 років, що страждає на артеріальну гіпертензію, встановлений діагноз: геморагічний інсульт в правій півкулі мозочка. Клінічні дані: захворіла місяць тому, коли гостро, після стресу на тлі головного болю розвилася слабкість, заніміння в правих кінцівках, загальмованість психічних реакцій, атаксія в правих кінцівках. При огляді на момент курації: свідомість збережена, АТ 130/80 мм рт.ст., пульс 68 уд./хв. М'язовий тонус в правих кінцівках знижений. Виражена атаксія в позі Ромберга та при виконанні локомоторних проб справа. Чутливість збережена. Менінгіальних симптомів немає.

Складіть програму реабілітації.

Задача №8.

Хворий 38 років. Діагноз: субарахноїдальний крововилив. Клінічні дані: захворів 2 тижні тому. Після перебування на пляжі розвинувся головний біль, нудота, блювота, психомоторне збудження. Знаходиться в стаціонарі, проходить курс медикаментозної терапії. При огляді: свідомість збережена, АТ 140/80 мм рт.ст., пульс 80 уд./хв. Парезів та порушень чутливості немає. Ригідність м'язів потилиці 4 см.

Складіть програму реабілітації.

Задача №9.

Хворий 70 років. Діагноз: геморагічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: переніс геморагічний інсульт 11 місяців тому. Хворіє на цукровий діабет та гіпертонічну хворобу. В гострому періоді: моторна афазія, правобічна геміплегія. На момент огляду: мова частково порушена; в правих кінцівках спастичний центральний геміпарез з високим тонусом м'язів. Поза Верніке-Манна. Хворий пересувається з допомогою додаткової опори, рука наведена, зігнута й пронована, нога розігнута. При спробі виконати довільні рухи виникають сінкінезії.

Складіть програму реабілітації.

Задача №10.

Хворий 41 року. Діагноз: геморагічний інсульт в правій гемісфері з проривом крові в шлуночкову систему. Клінічні дані: захворів раптово тиждень тому. Знаходиться в реанімаційному відділенні. Свідомість порушена – загальмований. При огляді: лівобічна млява геміплегія. Менінгіальні симптоми позитивні.

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Найбільш прогнозовані наслідки ішемічного інсульту є:
A – мовні розлади
*B – інвалідність через рухові розлади
C – головний біль
D – чутливі розлади
E – запаморочення

2. Інтенсивність реабілітації залежить від:
A – бажання хворого
B – наявності апаратів для відновлення
C – ступеня загальномозкового синдрому
D – ступеня порушення функцій
E – наявності спеціаліста-реабілітолога

3. Які методи фізичної реабілітації застосовуються у хворих з ішемічним інсультом з порушенням свідомості?

A – вертикалізація
*B – пасивні вправи
C – дихальні вправи
D – рефлекторні вправи
E – рефлексотерапія

4. Ранній відновлювальний період триває:
*A – до 3 місяців
B – до 6 місяців
C – до 1 місяця
D – до 4 місяців
E – до року

5. Пізній відновлювальний період триває:
A – до 6 місяців
B – до 2 років
*C – до 1 року
D – до 3 років
E – більше 3 років

6. Терміни відновлення рухових функцій триває:
A – до 3 місяців
B – до 2 років
*C – до 6 місяців
D – до 1 року
E – до 3 років

7. Задачами ранньої реабілітації є все, крім:
A – контроль за кроками відновлення
B – забезпечення роботи всіх органів і систем
*C – відновлення рухових розладів
D – інтенсифікація кроків відновлення
E – дестабілізація патологічних систем

8. До факторів, що обмежують відновлення після інсульту відносять всі, крім:
A – неадекватна оцінка хворим рухового дефіциту
B – відсутність мотивації
C – депресія
D – низька толерантність до фізичного навантаження
*E – наявність розладів мови

9. Що відноситься до індикаторів несприятливого перебігу ішемічного інсульту? Все, крім:
A – наявність інсультів в анамнезі
B – похилий вік
C – наявність розладів руху до інсульту
*D – наявність розладів мови
E – зорово-просторові порушення

10. Які методи застосовують на етапі лікування хворого з ішемічним інсультом в реанімаційному відділенні? Все, крім:
A – лікування положенням
B – корекція розладів ковтання
C – пасивна дихальна гімнастика
*D – вправи на координацію та рівновагу
E – рання вертикалізація

11. Яким процесам сприяє лікування положенням? Все, крім:
A – зниженню м'язової спастичності
B – відновленню схеми тіла
C – підвищення глибокої чутливості
D – зниження патологічної активності в тонічних шийних та лабіринтних рефлексах
*E – всі відповіді вірні

12. В який термін від початку ішемічного інсульту дозволяється вертикалізація хворого?
*A – з 2-го дня захворювання
B – з 5-го дня захворювання
C – з 10-го дня захворювання
D – з 12-14-го дня захворювання
E – з 15-20-го дня захворювання

13. Лікування положенням вимагає все, крім:
A – укладки паралізованих кінцівок при положення на здоровому боці
B – знаходження на паралізованому боці
C – укладка в позі, протилежній позі Верніке-Манна
D – обмеження часу знаходження на спині
*E – фіксація хворого в положенні сидячи

14. Пасивні прийоми дихальної гімнастики при ішемічному інсульті не включають:
A – контактне дихання
B – вібрація за допомогою рук на видиху
C – струшування
*D – спів, краще хором
E – міжреберні погладжування

15. При центральних парезах з м'язовою гіпотонією, гіпостезією, трофічними розладами, акцент в лікувальній гімнастиці роблять на:
A – спіральні рухи в усіх вихідних положеннях
B – вправи по досягненню стабільності
C – рефлекторні вправи
D – вправи з опором
E – вправи на постуральний дренаж

16. Який з методів фізіотерапії є найбільш ефективним в перші 3-4 тижні відновлення функцій при ішемічному інсульті:
*A – транскраніальна елетромагнітотерапія
B – дарсонваль волосистої частини голови
C – паравертебральний вакуумний масаж
D – міостимуляція даідинамічним струмом
E – віхреві ванни

17. За допомогою яких тестів оцінюють наявність розладів рівноваги? Усі, крім:
A – поза Ромберга
B – стояння на одній нозі
C – тест на досягнення максимально віддаленої точки
D – хода з закритими очима
*E – динамометрія

18. При наявності порушень в системі рівноваги та координації вправи рекомендовано виконувати:
A – через день по 5-10 хвилин
B – щоденно по 20-30 хвилин
*C – щоденно по 5-10 хвилин
D – 2 рази на тиждень до 3 місяців
E – через день по 30 хвилин

19. Задачами в пізньому відновлювальному періоді є все, крім:
A – відновлення складних рухових актів
*B – відновлення розладів дихання
C – відновлення навичок самообслуговування
D – тренінг навичок праці
E – компенсація втрачених функцій

20. До складу мультидисциплінарної бригади, що проводить лікування хворих з ішемічним інсультом входять наступні спеціалісти, виключаючи:
A – невролог
B – кінезіотерапевт
C – ерготерапевт
D – фізіотерапевт
*E – судинний хірург

21. Який з наведених діагнозів не відноситься до геморагічних інсультів:
A – субарахноїдальний інсульт
B – шлуночковий
C – паренхиматозний
*D – кардіоемболічний
E – субдуральний

22. Який з синдромів є основним при проведенні диференціальної діагностики між ішемічним та геморагічним інсультом?
A – наявність парезів
B – наявність розладів чутливості
*C – наявність менінгеального синдрому
D – розлади мови
E – наявність бульбарного синдрому

23. При геморагічному інсульті вертикалізації хворого починається…
A – через тиждень
B – через місяць
C – після регресу артеріального тиску
D – при нормалізації артеріального тиску
*E – при регресі менінгеального синдрому

24. Скільки періодів реабілітації виділяють при геморагічному інсульті?

A – 5
B – 2
*C – 3
D – 6
E – 4

25. Відновлення первинних функцій після геморагічного інсульту відбувається протягом:
A – 1-2 місяці
B – 1-2 роки
*C – 3-6 місяців
D – до 3 років
E – 8-10 місяців

26. Відновлення навичок ходьби після геморагічного інсульту відбувається протягом:
A – 2 місяців
B – 3 місяців
C – 8 місяців
*D – 6 місяців
E – 1 року

27. Побутові навички після геморагічного інсульту відбувається протягом:
*A – до 1 року
B – до 2 років
C – до 6 місяців
D – до 8 місяців
E – до 3 місяців

28. До задач ранньої реабілітації після геморагічного інсульту відносять:
A – відновлення працездатності
B – відновлення рухових функцій
C – відновлення самообслуговування
*D – профілактика ускладнень
E – відновлення мови, спілкування

29. Який з методів фізичної терапії застосовують при геморагічному інсульті в реанімаційному відділенні?
A – заняття з логопедом
*B – пасивні прийоми дихальної гімнастики
C – активні аеробні вправи
D – вправи на відновлення рівноваги
E – працетерапія

30. Який з принципів послідовного використання вправ для м’язів кінцівок та тулуба не є вірним?
A – від голови і хребта до суглобів кінцівок
B – від великих груп м’язів до дрібних
C – від великих суглобів до дрібних
D – від ізометричного динамічного навантаження
*E – від дрібних груп м’язів до великих

31. Протипоказанням для призначення лікувальної фізкультури при геморагічному інсульті є всі, крім:

A – некомпенсований цукровий діабет
B – гіпертермія
C – гострий тромбофлебіт
*D – наявність атеросклерозу судин
E – ішемічні зміни на ЕКГ

32. На наявність якого клінічного симптому не треба звертати увагу при проведенні лікувальної гімнастики у хворих на геморагічний інсульт?
A – поява задухи
B – посилення або поява психомоторного збудження
C – посилення болю в суглобах, хребті у пацієнтів похилого віку
D – зниження активності
*E – короткочасний підйом систолічного тиску до 20 мм рт.ст., який швидко нормалізується

33. Які з наведених прийомів сприяють відновленню чутливості?
A – демонструвати безпечні дії і прийоми
B – навчити зоровому контролю за рухами та положенням паретичних кінцівок
C – рекомендувати прийоми «замішування тіста», ліплення, плетіння, вібруючі рухи
D – використання елементів масажу
*E – всі наведені

34. До методів відновлення функцій паралізованих кінцівок відносять наступні методи біоуправління:
A – апарати механотерапії
*B – комп'ютерні ігри
C – методики арт-терапії
D – рефлексотерапія
E – виконання вправ за командою реабілітолога

35. Транскраніальну електромагнітостимуляцію при геморагічних інсультах починають проводити з:
A – першого дня захворювання
*B – з 7-10 дня захворювання
C – з 20 дня захворювання
D – з 30 дня захворювання
E – з 15 дня захворювання

36. Які з методів фізіотерапії застосовують в підгострому періоді геморагічного інсульту?
A – транскраніальна електромагнітостимуляція
B – магнітне поле паравертебрально на шийні симпатичні вузли
C – електрофорез з лікарськими препаратами
D – електросон
*E – всі наведені методи

37. До нейростимулюючих методів фізіотерапії відносяться всі, крім:
A – діадинамічний струм
B – синусоїдальний модульований струм
C – імпульсний струм
D – електростимуляція м'язів
*E – УВЧ

38. До міорелаксуючих методів відносяться всі, крім:
A – вібротерапія за лабільною методикою
B – теплолікування
C – змінне магнітне поле
*D – ампліпульстерапія постійним струмом
E – віхреві ванни

39. До задач ерготерапевта в роботі хворого з розладами функцій після геморагічного інсульту відносяться все, крім:
A – оцінка можливостей хворого в повсякденному житті
B – оцінка зорово-просторових функцій
C – застосування допоміжних заходів для поліпшення можливостей хворого
D – заняття з хворим для підтримки щоденної активності
*E – заняття з відновлення мови

40. При геморагічному інсульті механізм розвитку захворювання полягає в:
A – емболії судин
B – тромбозі судин
C – спазмі судини
*D – розриві судини
E – деформації судини

ТЕМА № 2. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ТА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Останні роки відмічається ускладнення епідемічної ситуації, збільшення випадків укусів кліщів, поширення вірусної інфекції, запальне зниження імунітету, тому інфекційні захворювання нервової системи набувають більш поширення і стають однією з важливіших проблем клінічної медицини. Звісно, що своєчасно діагностика та лікування мають першочергову роль в лікуванні, але стійке порушення функцій призводять до інвалідності. Тому фізична реабілітація є важливою складовою частиною лікувального процесу хворих на менінгіти, енцефаліти, арахноїдити.

Демілінізуючі захворювання мають значну поширеність серед молодого працездатного населення і частково призводять до інвалідізації. В світі 1,3 млн. людей з розсіяним склерозом. Тактика медикаментозної терапії призвела до більш стійких ремісій, зменшила ступінь та кількість вогнищевих симптомів, але не менш важливим є відновлення порушених функцій в період ремісії, що і є задачею реабілітації.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у хворих на запальні захворювання головного мозку на різних етапах реабілітації.

2. Освітня: оволодіти знаннями про запальні захворювання головного мозку, методи фізичної терапії при їх реабілітації.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Класифікацію запальних захворювань нервової системи.

Клінічні прояви та ускладнення запальних захворювань нервової системи.

Наслідки у вигляді порушень координації, рухові розлади, зміни тонусу м’язів.

Періоди запальних захворювань головного мозку та відповідні методи фізичної реабілітації.

Завдання, показання, протипоказання, особливості проведення методів фізичної реабілітації при менінгітах, енцефалітах, арахноїдитах.

Показники ефективності проведення методів фізичної реабілітації.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

Сучасні погляди на етіопатогенез розсіяного склерозу, гострого розсіяного енцефаломієліту.

Перебіг захворювань, основніклінічні ознаки.

Методи фізичної реабілітації, що засовуються при демієлінізуючих захворюваннях.

Завдання засобів фізичної реабілітації при розсіяному склерозу.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Зібрати анамнез та скарги хворого.

Оцінити стан хворого та наявність і ступінь порушення функцій.

Скласти план реабілітації.

Провести пацієнту лікувальну гімнастику, маса, ерготерапію.

Оцінити ефективність реабілітаційної терапії.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

Обстежити хворого з демілінізуючими захворюваннями ЦНС.

Провести лікувальну гімнастику, масаж, ерготерапію хворим з демілінізуючими захворюваннями.

Скласти реабілітаційну програму для хворого в різні періоди захворювання.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	**Час (хв.)**
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з запальними захворюваннями головного мозку» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

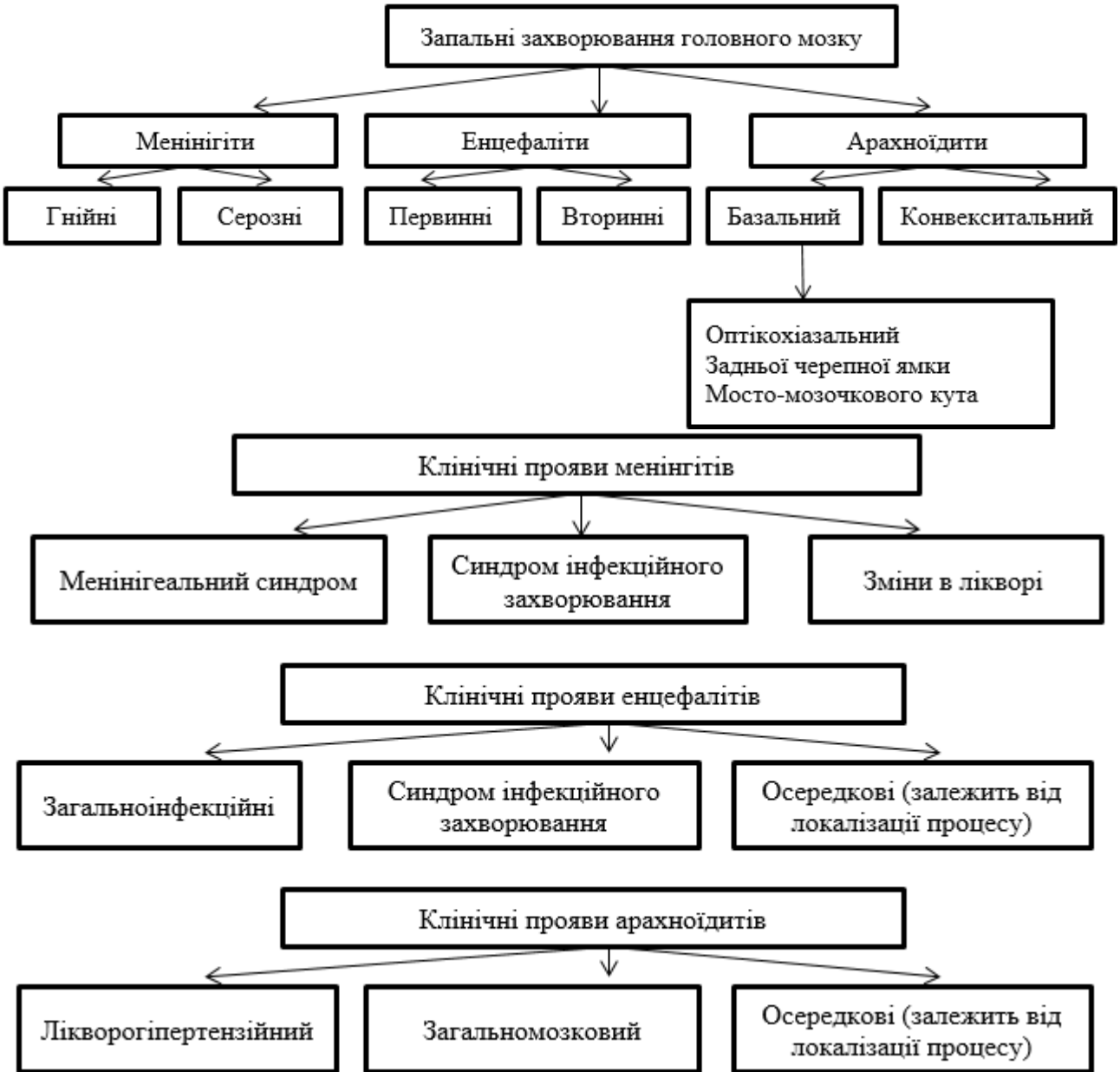
V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Дайте визначення менінгіту.
2. Які етіологічні чинники менінгітів?
3. Які види менінгітів розпізнають?
4. Які клінічні ознаки менінгітів?
5. Дайте визначення енцефаліту.
6. Які етіологічні чинники енцефалітів?
7. Які клінічні ознаки енцефалітів?
8. Дайте визначення арахноїдитів.
9. Які клінічні ознаки арахноїдитів?
10. Клініка поліневритів на тлі інфекційних процесів.
11. Які методи застосовують для пацієнтів з запальними захворюваннями нервової системи в реабілітаційний період?
12. Кінезотерапія в реабілітації хворих з запальними захворюваннями нервової системи.
13. Застосування масажу в терапії пацієнтів з запальними захворюваннями нервової системи.
14. Які методи фізіотерапії застосовують в відновлювальній терапії після запальних процесів нервової системи?
15. Який порядок виконання вправ лікувальної гімнастики при відновленні функцій після запальних процесів нервової системи?
16. Особливості масажу у хворих на інфекційний поліневрит.
17. Фізіотерапія в лікуванні інфекційних поліневритів.
18. Застосування рефлексотерапії у відновлювальний період після енцефалітів, поліневритів.
19. Значення ерготерапії у відновленні функцій після перенесених запальних процесів нервової системи.
20. Які методи фізичної терапії впливають на зниження інтенсивності больового синдрому?
21. Дайте визначення захворюванню розсіяний склероз.
22. Принципи лікування хворих на розсіяний склероз.
23. Які ціль застосування мануальної терапії при розсіяному склерозі? Техніки, що застосовуються.
24. Задачі лікувальної гімнастики в терапії хворих на розсіяний склероз.
25. Принцип проведення лікувальної гімнастики в стадії загострення і ремісії.
26. Які особливості призначення і проведення масажу у хворих на розсіяний склероз?
27. Задачі масажу в реабілітації на розсіяний склероз.
28. Комплекс лікувальної гімнастики в разі наявності координаторних порушень.
29. Використання допоміжних засобів ерготерапії хворих на розсіяний склероз.
30. Які вправи є спеціальними в лікувальній гімнастиці у хворих зі спастичними парезами?
31. Яка задача методу аутогенного тренування при розсіяному склерозі?
32. Для чого в реабілітації хворих з розсіяним склерозом застосовують спеціальні платформи?
33. Яка задача рефлексотерапії при використанні у хворих на розсіяний склероз?
34. Які принципи дозування фізичного навантаження при розсіяному склерозі?
35. Як визначається навантаження при плануванні інтенсивності роботи на тренажерах?
36. Яка методика заняття на тренажерах у хворих на розсіяний склероз?
37. Яка методика використовується для відновлення ходьби?
38. Які прийоми масажу переважно використовують при розсіяному склерозі?

39. Які види фізіотерапії ефективні при розсіяному склерозі?

40. Які методи нетрадиційної терапії можна використати у комплексі реабілітації при розсіяному склерозі?

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ



Фізична реабілітація при запальних процесах головного мозку

Кінезотерапія.

Починають використовувати після згасання гострих явищ, а саме в період залишкових явищ.

Основні завдання:

1. Загальне зміцнення ослабленого організму.
2. Адаптація до вертикального положення тіла.
3. Покращення функцій координації та рівноваги.
4. Покращення трофічних та обмінних процесів.
5. Відновлення моторної активності, м’язової сили та м’язового тонусу.

Навантаження залежить від стану пацієнта, при погіршення – припинення і відновлення через деякий час.

Масаж.

Призначається після гострого в відновлювальний період.

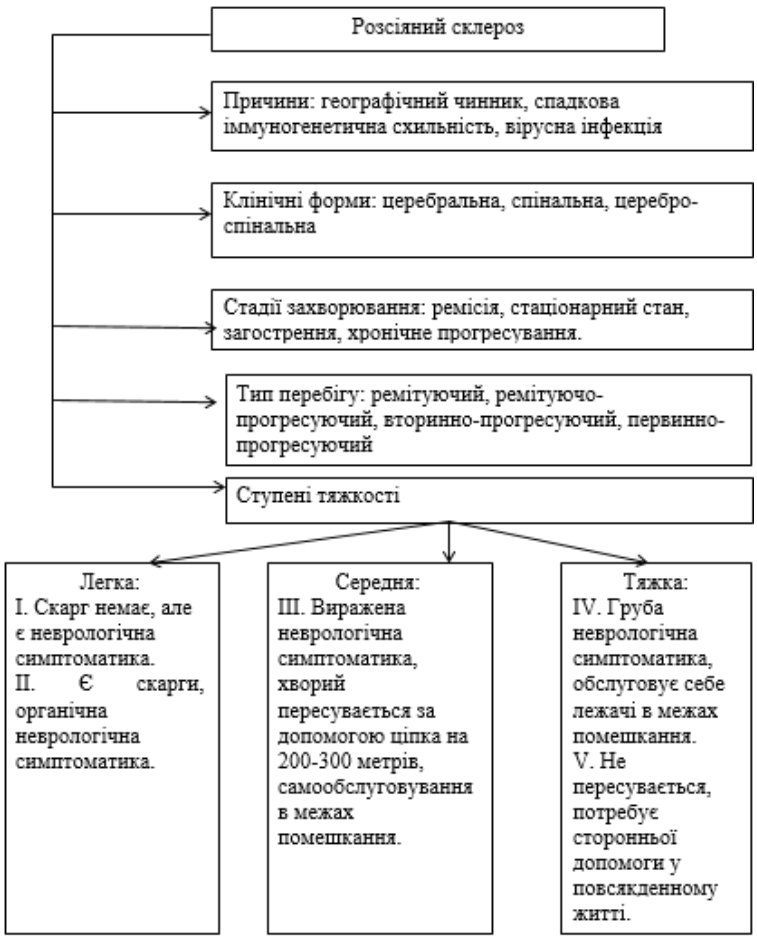
Основні завдання:

1. Покращення трофічних та обмінних процесів.
2. Нормалізація тонусу ушкодженої мускулатури.

Види масажу, що застосовується: лікувальний, крапковий.

Фізіотерапія з лікарськими препаратами:

1. Судинно-розширюючи препарати: гальванізація, електрофорез.
2. Гіпокоагулюючі: низькочастотна магнітотерапія, лікувально-оздоровчий комплекс.
3. Ензимостимулюючі: електрофорез, трансцеребральна УВЧ-терапія, повітряні ванни.
4. Тонізуючі: бальнеотерапія, електрофорез, аерофітотерапія.
5. Седативні: електросон, франклінізація, бальнеотерапія, підводний душ-масаж.



Типові клінічні симптоми розсіяного склерозу:

1. Рухові розлади: центральні парези.
2. Тазові розлади: імперативні поклики, періодичне нетримання сечі, закрепи.
3. Мозочкові розлади: спастична і динамічна атаксія.
4. Чутливі розлади: парестезії, зниження вібраційної та м’язово-суглобової чутливості.
5. Ураження черепних нервів: лицьовий, зоровий.

6. Порушення психіки: ейфорія, депресія, зниження пам’яті, уваги і інтелекту.

Мета реабілітації при розсіяному склерозі – полягає в функціональній незалежності хворого, зведення його непрацездатності до мінімуму.

Фізична реабілітація при демілінізуючих захворюваннях:

Цілі реабілітації:

1. Підтримка фізичної форми
2. Покращення координації рухів
3. Попередження розвитку патологічного тонусу і контрактур
4. Соціально-побутова адаптація

Методи, що застосовуються:

1. Кінезотерапія (гімнастика, методологія Бобат)
2. Гідрокінезотерапія – тренування на підводній біговій доріжці, велосипеді, плавання.
3. Ерготерапія – потрібна в випадках, коли пацієнт має складності при самообслуговані. Соціальна адаптація та відновлення побутової незалежності.
4. Фізіотерапія.
5. Масаж.
6. Корекція режиму праці і відпочинку.

Міждисциплінарна реабілітація (скоординована програма з 2-х і більше напрямків).

До них відносять:

1. Лікувальна фізкультура:

– пасивні вправи на розтягнення спастичних м’язів, часто в поєднанні з спеціальними укладками кінцівок;
– вправи на координацію;
– вправи на витривалість;
– ходьба (з використанням або без ортезів);
– пасивні рухи в суглобах, збільшення об’єму рухів;
– тренування м’язової сили;
– вправи на супротив;
– респіраторні вправи;
– метод примусово-форсованої кінезіотерапії;

– методологія Бобат.

2. Працетерапія.

3. Фізіотерапія, у т.ч. гіпербарична оксигенація

4. Комп'ютеризовані, роботизовані або механічні пристрої – ергоскелет, роботизований маніпулятор руки, адаптивний тренінг.

5. Ерготерапія.

6. Дієта, сторонній нагляд за потребою.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Адіадохокінез – втрата здатності швидко виконувати рухи, протилежні за змістом, наприклад, пронацію і супінацію, згинання і розгинання.

Атаксія – розлади координації рухів або статики.

Геміпарез – зниження м'язової сили в одній половині тіла.

Гіпорефлексія – підвищення рефлексів.

Гіпестезія – зниження чутливості.

Диплегія – параліч двох кінцівок.

Клонус – ритмічне скорочення м'язів при розтягненні їх сухожилків, характерне для ураження пірамідних шляхів.

Координація – співдружність.

Менінгізм – синдром подразнення мозкових оболонок не запального характеру.

Парестезії – неприємні відчуття у вигляді «повзання мурашок», оніміння, поколювання, похолодіння тощо, які виникають спонтанно.

Паркінсонізм – екстрапірамідний синдром, який виникає після енцефаліту.

Парез – зниження м'язової сили, м'язова слабкість.

Ейфорія – підвищений, благодушний настрій, зумовлений хворобою.

1. Етіопатогенез, клініка менінгітів.

2. Етіопатогенез, клініка енцефалітів.

3. Етіопатогенез, клініка арахноїдитів.

4. Клінічні ознаки поліневритів на тлі інфекційних процесів.

5. Методи фізичної терапії, що застосовують при реабілітації запальних процесів нервової системи.

6. Кінезотерапія в реабілітаційному лікуванні наслідків нейроінфекцій.

7. Масаж при реабілітації пацієнтів з запальними захворюваннями нервової системи.

8. Етіопатогенез розсіяного склерозу.

9. Основні клінічні ознаки розсіяного склерозу, перебіг захворювання.

10. Кінезотерапія при розсіяному склерозі.

11. Особливості проведення масажу у хворих на розсіяний склероз.

12. Методи фізичної терапії в синдромальному лікуванні у хворих на розсіяний склероз.

13. Ерготерапія в реабілітації хворих на розсіяний склероз.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Пацієнт 23 років. Діагноз: вірусний менінгіт. Клінічні дані: місяць тому гостро захворів з підвищенням температури, головним болем, нудотою, блювотою. В неврологічному статусі спостерігалися позитивні менінгеальні симптоми. Пройшов курс медикаментозної терапії. Зараз почувається добре, але зберігається незначний головний біль, загальна слабкість, швидка втомлюваність.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості щодо виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом.
2. Сформулювати загальні і приватні задачі фізичної терапії.
3. Відповідно до задач дати загальні рекомендації для реабілітації.
4. Підібрати комплекс вправ лікувальної гімнастики.
5. Визначити, які ще методи реабілітації треба застосувати.
6. Складіть програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Кінезотерапія: загальнозміцнюючі вправи, покращення функцій координації і рівноваги, трофічних процесів, гідрокінезотерапія.
2. Лікувальний масаж.
3. Фізіотерапія: електрофорез, трансцеребральна УВЧ-терапія.
4. Мінеральні ванни, йодобромні, азотні ванни, підводний душ-масаж..
5. Аерофітотерапія.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Пацієнтка 43 років. Діагноз: кліщовий енцефаліт, стадія залишкових явищ. Клінічні дані: після перебування у зоні тайги (Норвегія) виникли підвищення температури, слабкість в м'язах шиї, верхніх кінцівок. На момент огляду у реабілітолога: в'ялі парези верхніх кінцівок з атрофіями м'язів зниженими глибокими рефлексами. Сила в нижніх кінцівках не змінена.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Пацієнт 30 років. Діагноз: туберкульозний менінгіт. Клінічні дані: 2 місяці тому перехворів з вираженим головним болем, температурою до $37,5^0$С, вираженими загальномозковим синдромом. Пройшов курс лікування. В теперішній час турбує астенія, незначний вегетативний синдром.

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хворий 38 років. Діагноз: менінгококовий менінгіт. Клінічні дані: 4 місяці тому знаходився в інфекційній лікарні, де пройшов курс медикаментозної терапії. На теперішній час у хворого виражена астенія, астеновегетативні явища. Приймає полівітаміни, ноотропи.

Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хворий 58 років. Діагноз: епідемічний енцефаліт, пізня стадія. Клінічні дані: 8 місяців тому перехворів на нейроінфекцію – епідемічний енцефаліт, після чого поступово в нього почали розвиватися сповільнення рухів, утруднення на початку рухів, гіпомімія обличчя, тремор в кінцівках.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хворий 32 років. Діагноз: посттравматичний арахноїдит мосто-мозочкового кута. Клінічні дані: 6 місяців тому, після ДТП перехворів на арахноїдит з синдромом ураження лицьового, вестибулярного нервів, з двоїнням при погляді вправо. Діагноз підтверджений даними додаткових методів обстеження. Пройшов лікування. На теперішній час турбують періодично хиткість при ході, головний біль вранці. При огляди: парез м'язів лівої половини обличчя, легка атаксія в позі Ромберга.

Складіть програму реабілітації.

Задача №6.

Хворий 28 років. Діагноз: розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, ремітуючий перебіг, загострення. Клінічні дані: 7 років тому порушення зору, який відновився через тиждень. Рік тому виникла слабкість в правій нозі, які відновилася через 3 тижні. Останнє погіршення стану 2 тижні тому: слабкість в лівих кінцівках, запаморочення, хиткість при ході. При огляді: горизонтальний ністагм при погляді в боки, не доводить праве очне яблуко до внутрішнього кута. М'язова сила знижена в лівих кінцівках до 4-х балів; високі сухожилкові рефлекси, патологічні рефлекси позитивні зліва, інтенційний тремор і порушення координації з обох боків, більше справа, знижена глибока і поверхнева чутливість в лівих кінцівках. На МРТ: дрібні поліморфні осередки в білій речовині півкуль, мозочку.

Складіть програму реабілітації.

Задача №7.

Хвора 40 років. Діагноз: розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, рецидивуючий перебіг, загострення. Клінічні дані: вперше слабкість в ногах виникла 5 років тому. Після курсу гормонотерапії змогла ходити. Кілька днів тому слабкість виникла знову, виникла у руці, запаморочення, подвоєння предметів перед очима. При огляді: не доводить ліве очне яблуко назовні; подвоєння предметів при погляді прямо і вліво; зниження м'язової сили в правій руці до 4 балів, в правій нозі – до 2 балів, в лівій нозі – 4 бали. Тонус м'язів в верхніх кінцівках знижений, в нижніх – підвищений; нижній тетрапарез; правобічна гемігіпестезія. Глибока чутливість порушена в ногах з двох боків. Інтенційний тремор при виконанні координаторних проб злів. Затримка сечовиведення. На МРТ: декілька осередків (різного розміру) демієлінізації в півкулях головного мозку.

Складіть програму реабілітації.

Задача №8.

Хворий 21 року. Діагноз: розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, ремітуючий перебіг, ремісія. Клінічні дані: вперше клінічні симптоми виникли рік тому, коли після відпочинку на морі відмітив порушення функції тазових органів. Через кілька місяців у нього змінилася хода. На момент огляду турбує атаксія, порушення (затримка) функції тазових органів. При огляді: скандована мова, ністагм, інтенційний тремор при виконанні координаційних проб, атактична хода, високі сухожилкові рефлекси, патологічні стопові знаки з двох боків.

Складіть програму реабілітації.

Задача №9.

Хвора 25 років. Діагноз: розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, ремітуючий перебіг, ремісія. Клінічні дані: вперше клінічні ознаки (хиткість ходи, зміна мовлення) виявилися 2 роки тому. Рік тому відмітила минуче порушення зору на праве око. 6 місяців тому загострення тривало 3 тижні. Відмічає слабкість в руках, ногах; зміна мови, різка хиткість при ході. Пройшла курс гормональної терапії. При огляді: легкий спастичний тетрапарез до 4 балів, більше виражений в ногах; легка атаксія під час ходи. Мова має скандований характер.

Складіть програму реабілітації.

Задача №10.

Молода жінка 24 років. Діагноз: розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, ремітуючий перебіг, стадія ремісії. Клінічні дані: рік тому, під час вагітності з'явилася хиткість при ході. Коли дитині було 9 місяців у матері гостро виникла слабкість в ногах, утруднення сечовиведення, легка спастичність в ногах, диплопія при погляді вправо. Пройшла курс стаціонарного лікування. Відмічає значне поліпшення. При огляді: легкий спастичний нижні парапарез, легка атаксія в позі Ромберга та при ході.

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Вкажіть невірну відповідь. Менінгоенцефалітична форм кліщового енцефаліту характеризується:

A – порушенням свідомості
B – судомами
C – парезами черепних нервів
*D – в'ялими парезами кінцівок
E – можливою хронізацією процесу

2. Вкажіть вірний варіант твердження: віддаленим наслідком кліщового енцефаліту є:

A – деменція
B – атаксія
C – зниження слуху, зору
D – гідроцефалія
*E – атрофічні паралічі м'язів плечового поясу

3. При якому виді арахноїдиту найчастіше виникають епілептичні напади?

A – базальному
B – оптико-хіазмальному
C – мосто-мозочковому
*D – конвенситальному
E – задньої черепної ямки

4. Запальний процес, викликаний бактеріями з ураженням тканини головного мозку, має назву:

A – менінгіту
B – енцефаліту
C – арахноїдиту
D – поліомієліту
E – мієліту

5. Захворювання, при якому в наявності симптоми ураження оболонок мозку, але немає симптомів ураження тканини головного мозку, має назву:

A – арахноїдиту
B – енцефаліту
*C – менінгіту
D – поліомієліту
E – епідуріту

6. При запальних захворюваннях головного мозку фізична терапія призначається:

A – в перші дні захворювання
B – при зниженні температури

C – як тільки дозволить стан хворого
D – через 2 місяці від початку захворювання
*E – всі відповіді вірні

7. Які менінгіти бувають за етіологією?
A – бактеріальний
B – вірусний
C – грибковий
*D – протозойний
E – всі відповіді вірні

8. Який з наведених синдромів не відноситься до менінгеальних?
A – ригідність м’язів потилиці
B – Керніга
C – верхній Брудзинського
*D – Лассега
E – нижній Брудзинського

9. До задач ЛФК після запальних захворювань головного мозку відносяться всі, крім:
A – загальне зміцнення організму
B – адаптація до вертикального положення
C – покращення координації і рівноваги
D – відновлення м’язової сили, тонусу
*E – продовження санації ліквору

10. Яке з наведених стверджень є хибним. Масаж після запальних процесів головного мозку:
A – покращує трофіку м’язів
B – нормалізує м’язовий тонус
C – покращує обмінні процеси
*D – сприяє загоєнню пролежнів
E – підвищує ефективність ЛФК

11. У відновлювальному періоді після інфекційних захворювань нервової системи використовують всі методи фізичної терапії:
A – лікувальну гімнастику
B – масаж
C – фізіотерапію
D – дію фізичних факторів
*E – всі вищеозначені

12. Який фактор обумовлює об’єм вправ лікувальної гімнастики при інфекційних хворобах головного мозку?
A – вид ураження
*B – стан пацієнту
C – локалізація процесу
D – наявність вогнищевих симптомів
E – підвищенням м’язового тонусу

13. Який з методів фізичної терапії має властивості ензимостимулюючих?
*A – електрофорез
B – мінеральні ванни
C – електросон

D – УФО
E – магнітотерапія

14. Який з методів фізіотерапії має тонізуючий вплив на м’язи?
A – перлинні ванни
*B – електростимуляція
C – геліотерапія
D – високочастотна магнітотерапія
E – гальванізація

15. В комплекс лікувальної гімнастики при інфекційних захворюваннях обов’язково включають вправи на:
*A – лікування положенням
B – рефлекторні вправи
C – силові анаеробні вправи
D – вправи на координацію
E – вправи на послаблення тонусу

16. У разі виникнення після менінгіту поліневриту, коли починають відновлення рухових функцій кінцівок?
A – відразу
B – через 10 днів від розвитку парезів
C – після зниження болю
D – в пізньому відновлювальному періоді
E – через 2 місяці від початку захворювання

17. При інфекційних поліневритах в реабілітаційному комплексі застосовують все, крім:
A – масаж, вібрація
B – лікувальна гімнастика
C – фізіотерапія
D – ударно-хвильова терапія
*E – мануальна терапія

18. В мультидисциплінарну бригаду для реабілітації хворих з запальними процесами головного мозку входять наступні спеціалісти, крім:
A – кінезіотерапевт
B – невролог
C – інфекціоніст
D – фізіотерапевт
*E – кардіолог

19. Який з наведених видів відноситься до серозних?
A – отогенний
B – менінгококовий
C – пневмококовий
D – риногенний
*E – туберкульозний

20. Який з наведений менінгітів є гнійним?
A – туберкульозний
*B – отогенний
C – Коксакі і ЕСНО

D – грибковий
E – іксодовий

21. Скільки балів має шкала оцінки ходьби?
A – 0
B – 2
C – 4
*D – 5
E – 6

22. В якому місці ніколи не локалізуються осередки демієлінізації при розсіяному склерозі?
A – у стовбурі головного мозку
B – в мозочці
C – в півкулях головного мозку
*D – в периферичному мозку
E – в спинному мозку

23. Який з методів фізичної терапії має пріоритетне значення в комплексі реабілітації при розсіяному склерозі?
A – фізіотерапія
B – працетерапія
C – масаж
*D – лікувальна гімнастика
E – рефлексотерапія

24. За допомогою якого тесту оцінюють точність і швидкість рухів при розсіяному склерозі?
A – координаційних проб
*B – теппінг-тесту
C – динамометрії
D – проби Баре
E – проби на дискримінацію

25. Які задачі кінезіотерапії при розсіяному склерозі?
A – поліпшення кровообігу в м’язах
B – попередження ускладнень
C – зниження спастичності
D – підвищення фізичної працездатності
*E – всі відповіді вірні

26. Які види вправ не доцільно включати в комплекс кінезотерапії у хворих на розсіяний склероз?
A – вправи на точність і швидкість рухів
B – вправи і положення для релаксації м’язів
C – вправи на координацію і рівновагу
D – вправи на відновлення стереотипу ходьби
*E – всі наведені вірні

27. Який темп виконання вправ при розсіяному склерозі під час проведення лікувальної гімнастики?
A – швидкий
*B – повільний

C – максимально можливий за швидкістю
D – дуже повільний
E – який комфортний для хворого

28. Якщо хворому з розсіяним склерозом призначене заняття на тренажерах, який тест потрібно провести для визначення величини фізичного навантаження?
A – спірометрія
*B – велоергометрія
C – динамометрія
D – визначення артеріального тиску, пульсу
E – ЕКГ

29. Тренінг на тренажерах для хворих на розсіяний склероз триває:
*A – 5-10 хвилин
B – 10-15 хвилин
C – 20 хвилин
D – 20-30 хвилин
E – скільки хворий витримає

30. Для відновлення стереотипу ходьби в комплекс кінезотерапії необхідно включати:
A – вправи на розтягнення м'язів
*B – степ-тренажер
C – тренінг окорухових функцій
D – кінезіотейпування
E – заняття пілатесом

31. Які види масажу ефективні при відновленні функцій кінцівок при розсіяному склерозі? (всі, крім):
A – сегментарно-рефлекторні
B – релаксуючий для кінцівок
C – біомеханічна стимуляція акупунктурних зон
D – вібраційний
*E – класичний (традиційний) масаж кінцівок

32. Масаж при розсіяному склерозі доцільно проводити:
*A – курсами, кожні 3 місяці
B – курсами 2 рази на рік
C – курсами 1 раз на рік
D – постійно через день
E – постійно

33. Тривалість процедури масажу при розсіяному склерозі:
A – 20-30 хвилин
B – 10-20 хвилин
C – 30-35 хвилин
D – 35-45 хвилин
*E – 40-45 хвилин

34. Який з наведених методів реабілітації малоефективний в період перебування хворого в стаціонарі під час загострення?
A – лікувальна гімнастика
B – масаж
C – фізіотерапія

*D – працетерапія
E – заняття з психологом

35. Який з методів фізіотерапії ефективний при розсіяному склерозі? (все, крім):
A – лазеротерапія
B – імпульсні токи паравертабрально
C – хвойні, сульфідні ванни
*D – сірководородні ванни, грязьові ванни
E – гіпербарична оксинеготерапія

36. Фізіотерапевтичний, найбільш ефективний, метод лікування при спастичності, це:
*A – ультратонотерапія, ультразвук на кінцівки
B – електрофорез з прозерином на кінцівки
C – дарсонвалізація
D – магнітотерапія
E – інфрачервоний лазер

37. При тазових розладах який з методів фізіотерапії найефективніший?
A – ультразвук
B – вакуум-масаж
*C – електрофорез з атропіном за поперековою методикою
D – вібротерапія
E – магнітотерапія

38. В разі розвитку неврозоподібного синдрому при розсіяному склерозі треба призначати:
A – електрофорез з нікотиновою кислотою на комірцеву зону
B – електросон
C – ультразвук з гідрокортизоном
D – магнітотерапія
E – діадинамічні струми

39. До фізіотерапевтичних методик фізіотерапії відносять всі, крім:
A – локальна кріотерапія
*B – контрасний душ
C – електротерапія
D – масаж
E – ультразвук на ділянці хребта

40. Курорт з якою кліматичною зоною показаний для перебування хворих з розсіяним склерозом?
A – тепла, волога
B – прохолодна, волога
C – прохолодна, суха
*D – суха, тепла
E – немає значення

ТЕМА № . ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ І ТРАВМАМИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Нейропатії, у т.ч. тунельні – ураження периферичної нервової системи, зустрічаються дуже часто і по даним різних авторів складають до 50% всіх захворювань ПНС і займають друге місце в структурі інвалідності. Частіше зустрічаються у людей 30-50 років, тобто працездатного віку, тому вивчення, пошук нових методів лікування, і втому числі відновлення методиками фізичної терапії є актуальною проблемою сьогодні.

Компресійно-ішемічні мононевропатії виникають за умови ущемлення нервів в анатомічних каналах (тунелях), через які вони проходять. У назві тунельних синдромів підкреслюють назву каналу, через який проходить здавлений нерв. Канал може бути утворений м'язами, зв'язками, надкістям тощо. Провідну роль у виникненні має мікро- та макро травматизація нервів у каналі, дисметаболічні порушення, спадкова неповноцінність окремих нервів.

Травматичні ураження периферичних нервів, не дивлячись на незначну поширеність, є значною медико-соціальною проблемою, бо характеризується тривалим порушенням функції кінцівок і високим рівнем інвалідізації. По даним різних авторів майже 40% хворих зверталися за спеціалізованою допомогою в строки більш 6 місяців після травми, що значно зменшує ефективність реабілітації. Особливе значення для відновлення втрачених функцій відведено організації обґрунтованого, повного реабілітаційного курсу, тому знання можливостей кожного з методів фізичної терапії, вміння застосування їх на практиці мають першочергове значення для фахівців.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів при нейропатіях та полінейропатіях на різних етапах лікування та з травматичними ураженнями периферичних нервів.

2. Освітня: оволодіти знаннями про нейропатії та полінейропатії, методи немедикаментозної терапії, які застосовують при їх лікуванні.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Особливості спастичної будови периферичної нервової системи.

Класифікацію нейропатій, полінейропатій.

Причини ураження периферичних нервів.

Клінічні ознаки ураження периферичних нервів.

Клінічні ознаки компресійно-ішемічних нейропатій.

Методи фізичної реабілітації, що застосовуються для відновлення функцій периферичних нервів.

Задачі, особливо проведення фізичних вправ у різні періоди захворювання.

Причини інвалідності, пов'язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

Причини. Патогенез ушкоджень периферичних нервів.

Основні клінічні ознаки травматичних уражень периферичних нервів.

Методи фізичної реабілітації, що застосовуються.

Періоди відновлення функцій периферичних нервів після травм.

Особливості проведення реабілітації хворих в різні періоди захворювання і відновлення.

Причини інвалідності, пов'язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Оглянути хворого з ураженням периферичних нервів.

Виявити розлади рухової та чутливої сфери, ступінь порушень.

Скласти програму реабілітації хворим з невропатіями різного генезу.

Провести реабілітаційні заходи хворому, згідно програми.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	**Час (хв.)**
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з нейропатіями та полінейропатіями» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина.	

Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Дати визначення невриту та нейропатії, полінейропатії.
2. Які види нейропатій виділяють за етіологічними чинниками?
3. Які клінічні ознаки характерні для нейропатії променевого нерву?
4. Чим характеризується нейропатія серединного нерву?
5. Які клінічні ознаки нейропатії ліктьового нерву?
6. Перелічити симптоми ураження великогомілкового нерву.
7. Які симптоми виникають при ураженні малогомілкового нерву?
8. Клінічна характеристика нейропатії сідничного нерву?
9. Які симптоми характерні для тунельних нейропатій?
10. Назвіть ознаки полінейропатій.
11. Які методи фізичної реабілітації застосовують в гострому періоді нейропатій?
12. Які методи фізичної терапії застосовують в підгострому періоді лікування нейропатій?
13. Методи фізичної терапії, що застосовують в резидуальному періоді лікування нейропатій.
14. Клінічна характеристика та методи фізичної терапії синдрому зап’ястного каналу.
15. Клінічні ознаки та фізична терапія при синдромі грушеподібного м’язу.
16. Фізична терапія при синдромі тарзального каналу.
17. Які принципи реабілітації при діабетичній полінейропатії?
18. В чому полягають особливості масажу при різних видах полінейропатій?
19. Які методики фізіотерапії ефективні при полінейропатіях?
20. Які методи нетрадиційної медицини є ефективними при нейропатіях та полінейропатіях?
21. Які види травматичних уражень ви знаєте?
22. Чим характеризується струс периферичного нерву?
23. Дайте характеристику забиття периферичного нерву.
24. Які прояви удару периферичного нерву?
25. Які ознаки перериву периферичного нерву?
26. Які методи фізичної терапії застосовують при терапії травматичного ураження периферичних нервів?
27. На яких етапах лікування застосовують кінезіотерапію?
28. Принципи реабілітації на стаціонарному етапі лікування.
29. Види лікувальної гімнастики, які використовуються при терапії травматичного ураження периферичних нервів.
30. Для яких цілей використовують підвісну терапію?
31. Які вправи лікувальної гімнастики ефективні в гострому періоді?
32. Як сприяти формуванню рухової компенсації при травматичних нейропатіях?
33. Яка схема лікувальної гімнастики при постільному режимі терапії?
34. Які завдання ЛФК в підгострий період (30-45 день)?
35. Які завдання ЛФК в II період (до 6-8 місяців)?
36. Які завдання ЛФК в тренувальному періоді (12-15 місяців)?
37. Які види масажу ефективні при терапії травматичних нейропатій?
38. Які методики фізіотерапії є найефективнішими при травматичних нейропатіях?
39. На якому етапі лікування в комплекс терапії включають механотерапію?

40. Які існують методи оцінки ефективності реабілітації при травматичних нейропатіях?

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Нейропатія – ураження периферичних нервів незапального, дегенеративно-дистрофічного характеру.

Тунельне ураження нерва (компресійно-ішемічні нейропатії) проявляються при стисненні нервового стовбуру в межах вузьких каналів.

Загальні клінічні ознаки нейропатій:

1. Больовий синдром в кінцівках.
2. Рухові розлади м'язів, що іннервує даний нерв.
3. Розлади чутливості і вегетативні розлади в ділянці іннервації нерва, м'язові атрофії.
4. Трофічні розлади в ділянці іннервації нерва.

Принципи лікування нейропатій:

1. При ранньому звертанні (якщо не потрібно хірургічного лікування) – шинування-фіксація за допомогою шини чи ортезу кінцівки в фізіологічному положенні.
2. Фізіотерапія.
3. Лікувальна гімнастика.

Механізм ураження корінця

Компресія-ішемія-набряк-компресія-ішемія.

Причини:

- травми
- особливості анатомічної будови
- спадкові або вродженні аномалії
- ендокринопатії
- гормональна контрацепція
- дисметаболічні стани
- системні захворювання і хвороби крові
- інфекції
- пухлини будь-якої локалізації
- інтоксикації

Види тунельних нейропатій

I. Гострі (компресійні, токсичні, аутосомні):
– розвиток симптомів до місяця
– частіше – наслідок травми
– як наслідок здавлення гіпсом, джгутом та інш.
– неправильне положення під час сну
– як наслідок різкого перенапруження м'язів

II. Підгострі (протягом декількох тижнів):
– токсичні
– внаслідок системних захворювань

III. Хронічні, рецидивуючі (кілька місяців або років):
– тунельні компресійні синдроми
– посттравматичні

Ураження нервів за ступеню тяжкості:

І ступінь – короткочасне стискання окремої ділянки нерву і судин, в судинно-нервовому поєднанні. Симптоми відновлюються за кілька хвилин, годин, іноді тижнів.

ІІ ступінь – тривале стискання ділянки нерву, при якому руйнуються аксони.

Види тунельних синдромів:

Верхніх кінцівок:

– лопатково-реберний синдром
– синдроми серединного нерву
– променевого нерву
– ліктьового нерву

Нижніх кінцівок:

– малогомілкового нерву
– запирального нерву
– хвороба Рота
– грушоподібного м'яза
– тарзального каналу
– підшкірного нерва

Тулуба :

– прямого м'яза животу
– стегнево-пахового нейропатія
– сідничого нерву

Стадії тунельних нейропатій

Минущі ангіопатії:

– пароксизмальність симптомів
– заніміння, біль
– вегетативні дистонії

Стадія стійких явищ.

Регрес.

Резидуальні явища.

Етапи лікування тунельних нейропатій:

І етап – лікувальний:

1. Забезпечення максимального спокою для патогенного тунелю (анталгічні пози і укладки) – 7-10 днів;

2. Фізіотерапія – ДДТ, ампліпульс, ДДТ-рефлексотерапія, лазеротерапія, ЧЕНС, світлолікування.

Не бажані методи на цьому етапі – бальнеотерапія, грязі, парафін, озокерит.

ІІ етап – лікувально-реабілітаційний (хронічний перебіг):

- ультразвук з гідрокартизоном на проекцію тунелю
- електрофорез з нікотиновою кислотою
- рефлексотерапія, електростимуляція
- масаж, ЛФК
- бальнеотерапія (радонові, сірково-водні вани)

ІІІ етап – реабілітаційний (помірний больовий синдром):

- масаж, ЛФК
- електростимуляція
- бальнеотерапія
- рефлексотерапія

Фізична реабілітація при нейропатіях, окремих периферичних нервів:

1. Променевий нерв – хворий не може розігнути руку в ліктьовому суглобі, кисть – в променево-зап'ястному. Пальці – в проксимальних фалангах, відвести великий палець і виконати супінацію кисті, розлади чутливості. Характерно звисання кисті.

В гострому періоді: ЛФК, фізіотерапія.

В підгострому періоді – нормалізація тонусу м'язів, збільшення амплітуди рухів, відновлення чутливості.

В резидуальному періоді – завдання періоду ліквідація замикових явищ, відновлення сили м'язів.

2. Ліктьовий нерв (частина поєднується зі середини) – при згинанні пальців в кулак дистальні фаланги IV, V пальців не згинаються, утруднення приведення мізинця, великого пальця до відвідного, розведення, згинання пальців; «пазуристе» положення кисті.

В гострому періоді – спеціальна лонгета для кисті. ЛФК з 2 дня (пасивні рухи, гімнастика у воді, масаж).

Після появи рухів – активні вправи.

Електростимуляція м'язів.

3. Сідничний нерв – парез стопи і пальців, порушення згинання ноги в колінному суглобі, порушення поверхневих відділів чутливості за периферичним типом. Різкий біль, трофічні і вегетативні розлади.

В гострому періоді: ЛФК, фізіотерапія.

ЛФК – загальнорозвиваючі, дихальні вправи. Спеціальні вправи після регресу больового синдрому.

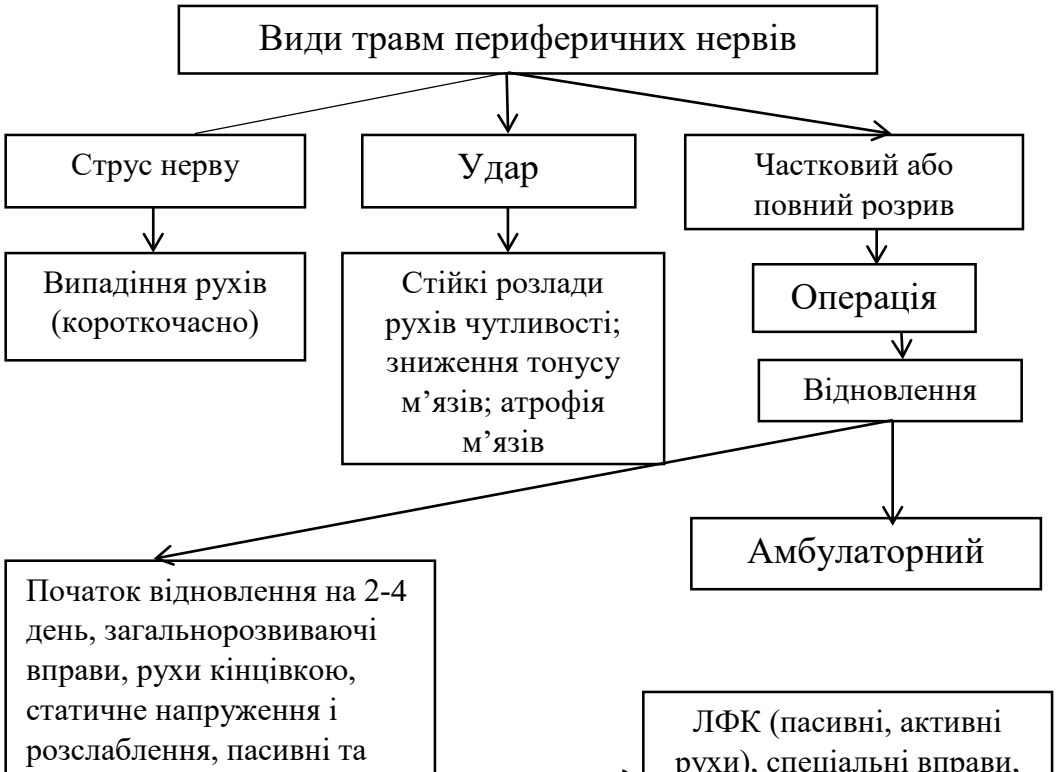
В підгострому періоді: ЛФК (50% спеціальних вправ, ЛФК у воді), масаж, фізіотерапія (електростимуляція, магнітотерапія, електрофорез).

В резидуальному періоді: ЛФК (75% спеціальних вправ), фізіотерапія-ДДТ, електрофорез, ампліпульс, вібротерапія, рефлексотерапія.

4. Малогомілковий нерв – звисання стопи, утруднення розгинання стопи і пальців. Хворий не може стояти на п'ятах. Розлади чутливості на зовнішній поверхні гомілки, тилу стопи і в області 1-2 пальців.

5. Великогомілковий нерв – утруднення при підошовного згинанню стопи і пальців. Стопа підведена догори, хворий може стояти на ній, але не може на пальцях. Гіпотонія, атрофія литкових м'язів. Розлади чутливості на задній поверхні гомілки, підошви. Пекучій біль, вегетативні і трофічні розлади.

В гострому періоді: гіпсова лангета, яку застосовують під час занять, ЛФК, вправи у воді, підвісна терапія, масаж, електростимуляція, фізіотерапія. Заняття ЛФК – 6-8 разів на день.



Лікувальна гімнастика

Періоди.

І період – гострий і підгострий стан (30-45 днів).

Задачі:

– поліпшення лімфо- і кровообігу, обміну речовин і профілактики в зоні ураження;

– розсмоктування запального процесу, профілактика утворення спайок, формування «м'якого» рубця;

– зміцнення периферичних м'язів, зв'язаного апарату, боротьба з м'язовою атрофією, запобігання контрактур, хибних положень, деформацій;

– посилання імпульсів на відновлення втрачених рухів.

Заняття 1-2 рази на день з інструктором і 6-8 самостійно.

ІІ період – з 30-45 дня і триває 6-8 місяців з моменту ураження нерву.

Завдання:

– зміцнення м'язів, боротьба з атрофією, тренування м'язів усієї кінцівки;

– відновлення повного обсягу, координації, спритності, швидкості активних рухів в ураженій кінцівці;

– максимальний розвиток компенсаторних рухів;

– запобігання розвитку хибного положення ураженої ділянки.

Заняття 1-2 рази на день з інструктором і 4-6 самостійно. Тривалість до години з інструктором і 25-30 хвилин самостійно.

ІІІ період – остаточне відновлення всіх функцій ураженої ділянки і організму в цілому. Триває до 12-15 місяців.

Завдання:

– остаточне відновлення всіх рухових функцій:

– тренування високодиференційних рухів в складній координації, швидкості, сили, спритності, витривалості;

– відновлення складних трудових процесів і загальної працездатності.

Заняття 1 раз на день з інструктором і 4-5 разів на день самостійно. Тривалість 60-90 хвилин з інструктором, 50-60 хвилин самостійно.

Активні рухи виконують у мінімальному дозування:

І період – 1-2 рази на день.

ІІ період – 2-4 рази на день.

ІІІ період – 4-6 разів на день.

Для запобігання контрактур і деформацій – накладають фіксуючу пов'язку, яку знімають на період занять. Пасивні вправи проводять кожного заняття в усіх можливих напрямках.

В комплекс також входять масаж, стимуляція паретичних м'язів, фізіотерапія, ерготерапія.

Протипоказання – різко виражений больовий синдром.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Акінезія – відсутність рухів.

Акропарестезія – відчуття оніміння, поколювання, повзання «мурашок» у дистальних відділах кінцівок.

Аналгезія – втрата больової чутливості.

Неврит – запалення нерву.

Парез – зниження м'язової сили, м'язова слабкість.

Гіпертонія – надмірне напруження м'язів, що проявляється їх опором розтягненню та порушенням функції відповідних м'язових органів.

1. Поняття про неврити, нейропатії, полінейропатії, тунельні ішемічні нейропатії.
2. Причини, що призводять до розвитку нейропатій та полінейропатій.
3. Методи фізичної терапії, що ефективні при лікуванні нейропатій та полінейропатій.
4. Особливості проведення реабілітаційних заходів у залежності від етапу лікування.
5. Рефлексотерапія в лікуванні нейропатій та тунельних нейропатій.
6. Види травматичного ушкодження периферичних нервів.
7. Клінічні ознаки струсу, забиття, часткового та повного перериву нервового стовбура.
8. Методи фізичної терапії, що застосовуються при лікуванні в I гострий (30-45 днів), II (6-8 місяців), III (12-15 місяців) періодах.
9. Види кінезотерапії, які використовують при фізичній терапії при травматичних нейропатіях.
10. Види масажу, фізіотерапії, які найбільш ефективні при травматичних нейропатіях.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хвора 51 року, бухгалтерка. Скаржиться на порушення рухів в IV і V пальцях правої верхньої кінцівки. Хворіє близько 6 місяців. Причину виявити не вдалося. Діагноз: нейропатія ліктьового нерву справа. Діагноз: розлад згинання кінцевих фаланг IV і V пальців руки, приведення великого пальця до вказівного, кисть має специфічне положення: основні фаланги розігнуті, середні та кінцеві – зігнуті. Не може писати. Відмічається атрофія міжкісткових м'язів, відсутня тактильна і температурна чутливість в IV і V пальцях та на зовнішньому краї кисті, має місце незначний больовий синдром в кисті, в IV і V пальцях.

1. Виявити критерії обмеження життєдіяльності.
2. Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомитися с діагнозом, даними обстеження хворої.
2. Виявити критерії обмеження життєдіяльності хворої.
3. Вибрати методи реабілітації, комплекс вправ, що відповідають стану хворої та періоду хвороби.
4. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Частково обмежені здатність до самообслуговування, знижена працездатність.
2. 1. Лікування положенням (фізіологічне), лонгета на кисть і передпліччя.

2. Чергування лікування положенням з пасивними рухами в правій верхній кінцівці.
3. Активні зміцнювальні вправи для паретичних м'язів.
4. Теплові процедури.
5. Рефлексотерапія.
6. Фізіотерапія: електрофорез, електронейростимуляція.
7. Масаж.
8. Працетерапія.

X. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

У хворого після перенесеного інфекційного захворювання поступово розвинулися слабкість в лівій кисті, обмеження рухів в ліктьовому суглобі, зниження чутливості в I, II пальцях кисті, виникли больові відчуття і заніміння в цій ділянці руки. Діагноз: неврит променевого нерву. При огляді: не може розігнути руку в ліктьовому суглобі, кисть – в променево-зап'ястному, пальці в проксимальних фалангах, відвести великий палець і виконати супінацію кисті. Розлади чутливості в ділянці долоні, I, II пальців. Відмічається звисання кисті.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хворий 56 років, сантехнік. Діагноз: невропатія сідничного нерву справа, підгострий період. Скарги на біль в нозі, слабкість в ступні правої ноги. З анамнезу відомо, що більш 7 років періодично відчував болі в попереку, 5 місяців тому додалися відчуття заніміння і болю по задньозовнішньому краю гомілки та на тильній стороні стопи. Слабкість в стопі поступово зростає. При огляді: периферичний в'ялий парез стопи і пальців правої ноги, утруднене згинання ноги в колінному суглобі, зниження чутливості по задньозовнішній поверхні гомілки та тильній поверхні стопи, трофічні і вегетативні розлади. Позитивні симптоми натягнення справа (Ласега, Сікара, Нері).

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хворий 31 року, програміст. Діагноз: тунельний синдром зап'ястного каналу справа. Хворіє 5-6 місяців. На початку захворювання турбував біль та заніміння в I-III пальцях кисті вночі, потім біль став постійним з посиленням при тривалій роботі за комп'ютером. При огляді: посилення болю при перкусії поперечної зв'язки. Гіпостезія по долонній поверхні і в I-III пальцях правої кисті.

1. Дати рекомендації щодо профілактики.
2. Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хвора 63 років, пенсіонерка. Страждає цукровим діабетом більше 10 років. Діагноз: діабетична полінейропатія нижніх кінцівок. При огляді: зниження чутливості по типу «шкарпеток», слабкість в стопах. Знижені ахіллові та колінні рефлекси, трофічні розлади в ногах.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хворий 42 років, зварювальник. Діагноз: нейропатія малогомілкового нерву. З анамнезу: 5 місяців тому після тривалого перебування у вимушеному положенні (навприсядки) відчув слабкість в стопі, яка поступово зростала, приєдналося утруднення

розгинання стопи і пальців. Хворий не може стояти на п’ятах. Гіпостезія на зовнішній поверхні гомілки, тильній стороні стопи, в I, II пальцях ноги.

1. Виявити критерії обмеження життєдіяльності.
2. Складіть програму реабілітації.

Задача №6.

Хвора 23 років. Діагноз: травматичне ураження (частковий перерив) променевого нерву. Травму отримала 2 тижні тому. При огляді: утруднене розгинання кисті і пальців; не може відвести великий палець; при розведенні складених разом долоней з випрямленими пальцями, пальці ураженої кисті не відводяться, а зісковзують по долоні здорової руки. Знижена чутливість в I, III пальцях і на тилі кисті.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №7.

Хвора скаржиться на біль під паховою зв’язкою з іррадіацією на передню та внутрішню поверхню стегна, гомілки, внутрішню поверхню стопи. Діагноз: травматична нейропатія лівого стегнового нерву. 1,5 місяці тому отримала травму в ДТП з утворенням позачеревної гематоми. При огляді: порушення згинання стегна і розгинання гомілки в коліні. Незначна гіпалгезія по зовнішній поверхні стегна зліва, колінний рефлекс зліва знижений. Слабкість та атрофія чотириголового м’яза зліва. Позитивний симптом Вассермана зліва.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №8.

У хворої 48 років виставлений діагноз травматичної нейропатії правого малогомілкового нерву (забиття). Травма – місяць тому. При огляді: парез розгиначів правої стопи та її пальців, стопа повернута назовні. Стопа звисає, пальці дещо зігнуті. «Півняча» хода. Ахіллов рефлекс збережений. Гіпостезія по зовнішній поверхні нижньої половини гомілки, тильної поверхні стопи і I-IV пальців. Незначна атрофія передньої та зовнішньої груп м’язів гомілки. Хвора не може ходити на п’ятках, розігнути і повернути стопу назовні і розігнути пальці.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №9.

Хворий 31 року. Діагноз: травматична нейропатія правого великогомілкового нерву з частковим переривом нервового стовбуру. Переніс травму 5 місяців тому. На момент огляду відмічається неможливість підошовного згинання стопи і пальців, ходити і стояти на носочках; атрофія литкових м’язів, ахіллов рефлекс справа відсутній. Порушення чутливості по задній поверхні гомілки, по зовнішній і підошовній поверхні стопи. Вегетативні і трофічні розлади в зоні іннервації.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №10.

Хворий 50 років. Діагноз: посттравматична нейропатія серединного нерву. Травму отримав 2 тижні тому (забиття нерву). При огляді: при згинанні правої кисті в кулак I, II і частково III палець не згинаються; згинання кінцевих фаланг великого і вказівного пальців неможливе. При проведенні проби великого пальця – не може втримати смужку паперу зігнутими великим пальцем і намагання втримати її шляхом приведення випрямленого великого пальця. При огляді: «мавп’яча лапа» справа. На шкірі кисті відмічається синюшність кольору.

Складіть реабілітаційну програму.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Нейропатія променевого нерву за локалізацією ураження відноситься до:
A – поліневриту
*B – мононевриту
C – плексопатії
D – радікуліту
E – невралгії

2. Для ураження променевого нерву характерне наступне положення кисті:
A – мавп'яча лапа
B – пазуриста кисть
C – спазмована, зігнута в кулак
*D – звисаюча кисть
E – положення кисті не змінено

3. При фізичній терапії в гострому періоді нейропатії променевого нерву застосовують:
*A – ЛФК, масаж, фізіотерапію
B – тільки лікування положенням
C – ЛФК – відновлення сили м'язів, фізіотерапія
D – гіпсова лонгета, масаж
E – ЛФК – активні силові вправи, масаж

4. Найбільш характерний синдром при ураженні ліктьового нерву – специфічне положення кисті; це:
*A – пазуриста лапа
B – мавп'яча лапа
C – звисаюча кисть
D – немає характерних змін
E – стиснута в кулак

5. На який день після накладання фіксуючої пов'язки при нейропатії ліктьового нерву призначається лікувальна фізкультура?
A – 6-8
B – на другий
C – з першого дня
D – через 2 тижні
E – після зняття фіксуючої пов'язки

6. При ураженні ліктьового нерву зниження чутливості виявляється в зоні:
A – I, II, III пальців
B – тільки III пальця
*C – IV і V пальців
D – в усіх пальцях
E – в зоні мізинця

7. При невриті сідничного нерву в резидуальному періоді застосовують лікувальну фізкультуру, де спеціальні вправи складають:
A – 20% від загальної кількості вправ
B – 50% від загальної кількості вправ
C – 30% від загальної кількості вправ
D – 60-70% від загальної кількості вправ
*E – 75% від загальної кількості вправ

8. До міорелаксуючих методів фізіотерапії при нейропатіях відносять:
A – інфрачервоне опромінення
B – магнітотерапію
C – діадинамічні струми
*D – вібротерапію
E – скипидарні ванни

9. При нейропатії малогомілкового нерву один з основних симптомів наступний:
*A – хворий не може стояти на п’яті
B – хворий не може стояти на пальцях
C – хворий взагалі не може стояти на нозі
D – гіпотрофія литкових нервів
E – параліч чотириголового м’яза

10. При ураженні великогомілкового нерву характерно:
A – хворий не може стояти на п’яті
*B – хворий не може стояти на пальцях
C – випадіння чутливості за типом «шкарпеток»
D – парез стопи з високим тонусом
E – наявність фасцикулярних посмикувань в м’язах ноги

11. При нейропатії стегнового нерву спостерігається парез наступного м’яза:
A – сідничного
*B – чотириголового
C – грушеподібного
D – литкових
E – м’язи попереку

12. В патогенезі тунельних синдромів основний патогенетичний механізм розвитку є:
A – запальний процес
B – вертеброгенні чинники
C – метаболічні зміни в нервових стовбурах
D – перерив нервового стовбура
E – компресія нервових стовбурів

13. Для синдрому зап’ястного каналу больові відчуття та парестезії локалізуються в:
A – I-III пальцях кисті
B – в кисті та передпліччі
C – в усій руці
D – в руці та шийному відділі хребта
E – по зовнішньому краю кисті та передпліччя

14. При тунельних синдромах який з методів фізичної терапії недоцільно призначати?
A – гідрокінезотерапію
*B – активні вправи в швидкому темпі
C – вправи з залученням великих м’язових груп
D – радонові ванни
E – лікувальний масаж кінцівки

15. При полінейропатіях ураження нервів має:
A – запальний характер
B – метаболічний характер
*C – дистрофічний характер

D – ішемічний характер
E – компресійний характер

16. Що не є завданням фізичної терапії в лікуванні нейропатії в гострому періоді?
A – зменшення больового синдрому
B – релаксація спазмованих м'язів
C – покращення трофічних процесів
*D – відновлення амплітуди рухів
E – покращення якості життя

17. Одна з перших ознак полінейропатії є:
*A – парестезії та болі в дистальних відділах кінцівок
B – зниження чутливості в дистальних відділах кінцівок
C – порушення координації під час ходьби
D – розвиток парезів дистальних відділах кінцівок
E – поява трофічних розладів на кінцівках

18. При нейропатії ліктьового нерву при виконанні пасивних вправ ідентифікатором обмеження амплітуди руху є:
A – відчуття супротиву м'язів
B – межі не існує
*C – больова межа
D – призначення лікарем амплітуди руху
E – наявність судинних реакцій

19. При полінейропатіях масаж починають робити:
A – одразу
B – в гострому періоді
C – в резидуальному періоді
*D – в підгострому періоді
E – після закінчення медикаментозного лікування

20. Нейропатія – це все, крім:
A – травматичного ураження нерву
B – запального ураження нерву
C – токсичного ураження нерву
*D – всі відповіді вірні
E –

21. Які види травм периферичних нервів не виділяють?
A – струс
*B – компресія
C – забиття
D – частковий перерив
E – повний перерив

22. Для струсу периферичного нерву характерно:
A – плегії
B – парези
C – патологічні постави кисті, стопи
*D – нетривалі розлади рухів і чутливості
E – виражені розлади чутливості

23. Що з нижченаведеного не зустрічається при травматичних нейропатіях?
A – розлади рухів
B – розлади чутливості
*C – розлади координації
D – трофічні розлади
E – зміни рефлексів

24. При ураженні периферичних нервів після травми які види неврологічних розладів спостерігаються?
*A – парези
B – агнозії
C – спастичність м'язів
D – гіперкінези
E – гіперкінези

25. На яких етапах лікування травматичних нейропатій застосовують кінезотерапію?
A – тільки після місяця лікування медикаментозно
B – в гострому
*C – на всіх
D – в підгострому
E – на стадії залишкових явищ

26. Який з методів фізичної терапії застосовують на лікарняному етапі захворювання?
*A – фізіотерапію
B – гідрокінезотерапію
C – механотерапію
D – музикотерапію
E – мануальну терапію

27. На якому періоді захворювання в комплекс терапії вводять механотерапію?
*A – в ранній відновлювальний період
B – в гострий період
C – в період залишкових явищ
D – на всіх етапах лікування
E – метод не доцільний для лікування

28. Яка тривалість заняття ЛФК в II період травматичних нейропатій з інструктором?
*A – 40-60 хв.
B – 20-30 хв.
C – 1-2 год.
D – 10-15 хв.
E – 30-40 хв.

29. Скільки ступеней травматичних нейропатій виділяють клінічно?
A – II
B – IV
C – V
*D – III
E – VI

30. Якої деформації при травматичних нейропатіях не буває?
A – звисаюча кисть
B – «пазуриста» кисть

C – «плоска» кисть
D – «кінська» стопа
E – «рука акушера»

31. Відновлення ушкодження периферичних нервів настає повільно, як правило, не раніше:
A – 2 місяців
B – 4 місяців
*C – 6-8 місяців
D – одного року
E – 10 місяців

32. Тривалість I (гострого і підгострого періоду) становить:
A – 15-20 днів
B – 20-30 днів
*C – 30-45 днів
D – 2 місяці
E – 3 місяці

33. Тривалість II періоду для застосування ЛФК:
*A – 30-45 до 6-8 місяців
B – 45 днів – 2 місяці
C – 30-40 днів до 3 місяців
D – 1 місяць до 10 місяців
E – з 1 до 11 місяців

34. Тривалість III періоду – тренувального:
A – 8-10 місяців
B – 10-11 місяців
C – 6-8 місяців
D – 12-15 місяців
E – до 2-х років

35. Вправи з предметами включають в комплекс ЛФК в:
A – I періоді
B – у всіх періодах
C – III періоді
*D – II і в III періоді
E – I і в II періоді

36. Для профілактики розвитку згинальних контрактур при травматичних нейропатіях застосовують:
*A – вправи з обтяженням
B – загальнозміцнюючі вправи
C – вібраційний масаж
D – пасивні вправи
E –механотерапію

37. На якому етапі лікування травматичних нейропатій застосовують фізіотерапію?
A – на I
B – на II
C – на III
*D – на всіх

E – на II і III

38. Для оцінки функціональних порушень використовують шкалу з кількістю балів:
A – 3
B – 8
C – 6
*D – 5
E – 4

39. Принципи комплексного відновлювального лікування (всі, крім):
A – ретельне обстеження сили м’язових груп
B – проводити комплексну терапію
C – ранній початок функціонального відновлення
D – забезпечення суворого дозування фізичного навантаження
*E – з перших занять давати хворому максимальне фізичне навантаження

40. В разі тривалого не відновленні рухів в суглобах призначають:
*A – ортопедичну корекцію
B – продовжують реабілітацію медикаментами
C – відмінюють активну фізичну терапію
D – нічого не змінюють в реабілітаційній програмі
E – всі відповіді вірні

ТЕМА № 4. ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З НЕЙРОПАТІЄЮ ЛИЦЬОВОГО НЕРВУ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Ураження нервової системи є однією з найчастіше зустрічаючих патологією нервової системи. В більшості випадків причина нез'ясована. Щороку реєструється біля 25% випадків на 100 тис. населення. переохолодження, як правило, є пусковим моментом. Часто причина – черепно-мозкова травма. До факторів, що сприяють розвитку відносять цукровий діабет. Артеріальну гіпертензію. Фізична реабілітація є важливою складовою частиною відновлювального процесу.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у хворих на нейропатію лицьового нерву на різних етапах захворювання.

2. Освітня: оволодіти знаннями про нейропатію лицьового нерву та методи немедикаментозної терапії, які застосовують при лікуванні.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Етіологію та патогенез нейропатії лицьового нерву.

Клінічна картина невропатії лицьового нерву.

Періоди захворювання.

Методи фізичної терапії, що застосовуються при лікуванні.

Особливості лікувальної гімнастики в різні періоди захворювання.

Масаж в лікуванні нейропатії лицьового нерву.

Методи фізіотерапії в лікуванні лицьового нерву.

Причини інвалідності, пов'язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Обстеження хворого з нейропатією лицьового нерву.

Скласти реабілітаційну програму з урахуванням періоду захворювання.

Провести лікувальну гімнастику в залежності від періоду захворювання.

Зробити масаж хворому на нейропатію лицьового нерву.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

III. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з нейропатію лицьового нерву» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ:

1. Які етіологічні фактори виникнення нейропатії лицьового нерву?
2. Які клінічні ознаки нейропатії лицьового нерву?
3. Які ускладнення виникають при нейропатії лицьового нерву?
4. Яка методика огляду хворого з ураженням лицьового нерву?
5. На що спрямовані реабілітаційні заходи при нейропатії лицьового нерву?
6. Які методи реабілітації застосовують в терапії лицьового нерву?
7. Методика «лейкопластирної» маски (кінезіотейпування) при нейропатії лицьового нерву.
8. Що таке мімічна гімнастика? Як вона проводиться?
9. Лікувальна гімнастика: задачі, види вправ.
10. Лікувальна гімнастика в гострому періоді нейропатії лицьового нерву.
11. Які спеціальні вправи при нейропатії лицьового нерву ви знаєте?
12. Які пасивно-активні вправи для мімічних м’язів ви знаєте?
13. Як проводять заняття ЛФК, щоб не допустити втоми м’язів обличчя?
14. Які види вправ використовують в разі розвитку контрактур при нейропатії лицьового нерву?
15. Які види масажу і в який період захворювання вони проводяться?

16. Які методи фізіотерапії показані в гострому періоді?
17. Які методи фізіотерапії додаються до лікування впродовж хвороби?
18. Рефлексотерапія при нейропатії лицьового нерву на різних етапах лікування.
19. Які критерії оцінювання ефективності реабілітації при нейропатії лицьового нерву?
20. Як довго повинна тривати реабілітація нейропатії лицьового нерву?

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Нейропатія лицьового нерва

Етіологія: ідіопатична (параліч Бела), вторинна – локальне переохолодження у поєднанні з нейровірусними і загальними інфекціями, отит, пологова травма, ішемічне ураження.

Клінічні ознаки: периферичний парез мімічних м'язів, сухість ока або сльозотеча, зниження рефлексів (рогівковий, надбрівний, кон'юктивальний), гіперакузія, порушення смаку на передні 2/3 язика.

Медична реабілітація

Мета – прискорення регенерації уражених нервових волокон, відновлення провідності здорових, упередження атрофії мімічних м'язів, профілактика контрактур.

Ускладнення нейропатії лицьового нерва:

- контрактури паралізованих м'язів
- сінкінезії

Методи реабілітації

1. Тейпування (розслаблення, напружування окремих м'язів), тобто лікування положенням.

2. Лікувальна гімнастика: в гострому періоді лише мімічна гімнастика перед дзеркалом – загальнорозвиваючі і спеціальні вправи. Кожну вправу повторити 5-6 разів. Лікувальна гімнастика проводиться з залученням сінергічних реакцій (дихально-лицьових, жувально-лицьових, глотково-лицьових тощо).

З другого тижня захворювання – навантаження збільшують. Вправи виконуються активно і пасивно. Для досягнення симетричності хворий притримує рукою здорову сторону обличчя. Дихання під час заняття довільне.

3. Фізіотерапія:

- перший тиждень – УФО
- другий тиждень – УВЧ
- в подальшому – озокерит, парафінові аплікації, електрофорез з лікарськими препаратами.

4. Масаж:

- в гострому періоді до 2-3 тижнів не показаний
- 3 тиждень – шийно-комірцева зона
- через 4 тижні – здорова половина обличчя
- через місяць стимуляція м'язів ураженого боку обличчя.

Спеціальні активні вправи

1. Підведення й опускання надбрівної дуги й брови.
2. Надування щоки без опору і з опором.
3. Заплющення і розплющення ока.
4. Висовування язика, обертання його.
5. Вискалення зубів.
6. Відчування губ при закритому роті.
7. Посмішка із закритом ротом.
8. Висовування нижньої щелепи вперед, зміщення її.
9. Роздування ніздрів.

Спеціальні активно-пасивні вправи

1. Відкривання і закривання рота з підтримкою.
2. Заплющення і розплющення очей за допомогою 2-го пальця і 4-м пальцем губи.
3. Витягування зімкнутих губ вперед за допомогою пальців.
4. Нюхальні рухи з підтримкою пальців краю ніздрі та верхньої губи.
5. Насуплення брів за допомогою пальців.
6. Зморщування лоба за допомогою пальців.
7. Надування щік (одночасне і почергове).
8. Імітування посмішки з підтримкою кута рота.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Арефлексія – відсутність одного, кількох рефлексів.

Атонія – відсутність тонусу м'язів.

Атрофія – зменшення розмірів окремих органів, тканин, яке супроводжується занепадом їх життєдіяльності.

Парез – часткова втрата рухових функцій.

Невралгія – інтенсивний нападоподібний біль, що поширюється по ходу нерву, або його гілок.

Невропатія – незапальне ураження нерву або нервів.

1. Причини та патогенез нейропатії лицьового нерву.
2. Ускладнення нейропатії лицьового нерву.
3. Особливості лікування положенням.
4. Лікувальна гімнастика на різних етапах лікування та при наявності ускладнень.
5. Методики проведення масажу при нейропатії лицьового нерву.
6. Нетрадиційні методи в лікуванні нейропатії лицьового нерву.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хвора 40 років. Діагноз: неврит лицьового нерву зліва. Параліч мімічної мускулатури зліва. З анамнезу: хворіє 5-ту добу, відмічається порушення функції м'язів обличчя зліва при прийомі їжі, розмові, міміці, сльозотеча.

Скласти реабілітаційну програму.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом.
2. Сформулювати загальні і приватні задачі фізичної реабілітації.
3. Відповідно до задач дати загальні рекомендації з реабілітації.
4. Підібрати комплекс спеціальних вправ лікувальної гімнастики згідно періоду захворювання, регламентувати їх дозування.
5. Призначити терміни та методики застосування масажу, фізіотерапії.
6. Визначити критерії ефективності реабілітаційних заходів.
7. Скласти реабілітаційну програму.

Еталон відповіді

1. Лікування положенням: лейкопластирна маска, до 1,5 години.
2. Лікувальна гімнастика: спеціальні вправи, пасивно-активні вправи. Повтор до 10 разів.
3. Фізіотерапія: сонячні ванни, УВЧ.
4. Рефлексотерапія: точковий масаж (зони верхніх та нижніх кінцівок).

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Задача №1.

Скласти реабілітаційну програму за заданим клінічним діагнозом: хвора 32 років, діагноз – нейропатія лівого лицьового нерву, парез мімічної мускулатури зліва. Хворіє 42 доби. При огляді виявляються помірні порушення функції прийому їжі, розмови; м'язи лівої половини обличчя малорухомі. Інших симптомів ураження нервової системи та внутрішніх органів немає.

Задача №2.

Хворий 43 років. Діагноз: нейропатія лівого лицьового нерву, прозомонопарез. З анамнезу: хворіє третій тиждень. Скарги на обмеження рухів обличчя зліва. При огляді: погано закривається ліве око, згладжена носогубна складка зліва. Симптом «вітрила» зліва. Порушення смакосприйняття на язику.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №3.

Хвора 52 років. Діагноз: нейропатія лицьового нерву справа, ускладнення ознаки наявності контрактури паретичних м'язів. Хворіє протягом місяця. При огляді: кут рота справа підтягнутий догори, заглиблена носогубна складка, звужена очна щілина справа. Під час розмови та їжі прояви стягнення в обличчі посилюються.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №4.

Хвора 30 років. Діагноз: гостра нейропатія лицьового нерву, прозомонопарез зліва. Захворіла сьогодні. Вранці побачила в дзеркалі, що ліва половина обличчя нерухома. При огляді: не може нахмурити брову зліва, не може підняти ліву брову; ліве око не повністю закривається; згладжена ліва носогубна складка; при посмішці лівий кут рота нерухомий.

Складіть реабілітаційну програму.

Задача №5.

Хворий 20 років. Діагноз: нейропатія лівого лицьового нерву, прозомонопарез. Хворіє 10 днів. При огляді: помірний прозомонопарез зліва. Інших розладів нервових функцій не має.

Складіть реабілітаційну програму.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Для нейропатії лицьового нерву не характерні симптоми:
A – згладженість носогубної складки
B – асиметрія обличчя
*C – болі в половині обличчя
D – симптом «вітрила»
E – порушення відчуття смаку на язику

2. В етіології нейропатій відіграють роль наступні чинники, крім:
A – травми
B – порушення кровопостачання
C – запальні процеси в оточуючих тканинах
*D – вертеброгенні захворювання
E – пухлини мосто-мозочкового кута

3. Больовий синдром на початку захворювання виникають в наступних зонах:
*A – в ділянці вуха
B – в половині обличчя
C – в ділянці ока
D – в зоні нижньої щелепи
E – в ділянці потилиці

4. Головний неврологічний симптом при нейропатії лицьового нерву це:
A – розлади чутливості
B – порушення смаку
*C – рухові розлади
D – болі в ділянці вуха
E – м'язові посмикування

5. Які ускладнення розвиваються при нейропатії лицьового нерву?
A – невідновлення рухів м'язів

B – порушення зору
C – випадіння чутливості в половині обличчя
D – порушення смаку на язику
*E – контрактури паретичних м’язів

6. Лікування положенням при нейропатії лицьового нерву:
A – лежачи нерухомо впродовж дня
*B – кінезіотейпування обличчя
C – знаходження в певному положенні в ліжку з валиком під шиєю
D – притримання м’язів обличчя рукою 3 рази на день по годині
E – носіння маски з фіксацією м’язів обличчя

7. Лікування положенням не доцільно проводити:
*A – вночі
B – вранці, після сну
C – ввечері
D – цілий день
E – після фізичних вправ

8. В підгострому періоді призначають:
A – ЛФК, масаж
B – фізіотерапію та спеціальні вправи
C – тільки мімічну гімнастику
*D – масаж та лікувальну гімнастику
E – тільки фізіотерапію і рефлексотерапію

9. Електростимуляцію паретичних м’язів призначають:
A – з перших днів захворювання
B – з другого тижня
C – з третього тижня
*D – через місяць
E – якщо парез триває більше місяця

10. В перші чотири дні нейропатії лицьового нерву можна застосувати фізіотерапію у вигляді:
*A – УФО
B – парафінотерапії
C – електростимуляції м’язів
D – електрофореза з лікарськими засобами
E – вібротерапії

11. В гострому періоді нейропатії лицьового нерву спеціальні вправи повторюють не більше:
A – 2 разів
*B – 6 разів
C – 10 разів
D – 10-15 разів
E – 7-8 разів

12. В перший тиждень нейропатії лицьового нерву м’язам обличчя потрібні:
*A – спокій
B – посилене тренування
C – помірні фізичні навантаження

D – виконання вправ до відчуття втоми
E – стимулювання електричним струмом

13. Який нерв іннервує мімічну мускулатуру обличчя?
A – III
B – IV
C – V
D – VI
*E – VII

14. Вид рефлексотерапії, що може виконувати реабілітолог при нейропатії лицьового нерву:
*A – точковий масаж
B – голкорефлексотерапія
C – аурикулопунктура
D – введення лікарських засобів в активні точки
E – електропунктура

15. Методики фізіотерапії при виникненні контрактури як ускладнення нейропатії лицьового нерву призначають на:
A – здорову половину обличчя
B – шийний відділ хребта
C – на обличчя с обох боків
*D – на паретичні м'язи
E – при контрактурі фізіотерапія не проводиться.

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Тези лекції «Захворювання периферичної нервової системи».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
7. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 5. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ РЕФЛЕКТОРНИМИ ТА КОМПРЕСІЙНИМИ СИНДРОМАМИ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В структурі неврологічної захворюваності більше половини складають захворювання периферичної нервової системи, а вертеброгенні – 67%-80%. Економічні втрати з-за непрацездатності хворих з вертеброгенною патологією займають перше місце серед всіх захворювань нервової системи (Попелянский Л.Ю., 1984). Найчастіше вони виникають у віці 25-55 років, тобто серед людей працездатного віку (Lucas Ph.R., 1985). Вертеброгенні захворювання причиняють велику шкоду економіці, боротьба з ними має велике медичне та соціально-економічне значення. Особлива роль відводиться розробці нових, більш ефективних лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів при вертеброгенних захворюваннях нервової системи на різних етапах лікування.

2. Освітня: виявити порушення, які виникають при вертеброгенних захворюваннях, навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації в різні періоди терапії.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Класифікацію вертеброгенних захворювань нервової системи.

Механізм розвитку рефлекторних вертеброгенних синдромів.

Механізм утворення компресійних вертеброгенних синдромів.

Клінічні ознаки рефлекторних і компресійних вертеброгенних синдромів.

Етапи і періоди в лікуванні вертеброгенних синдромів.

Методи фізичної реабілітації, що застосовуються на кожному етапі, їх цілі і задачі.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Обстежити хворого з вертеброгенними синдромами нервової системи.

Виявити синдроми вертеброгенної патології.

Сформулювати реабілітаційний діагноз.

Скласти програму реабілітації в залежності від форми, етапу і періоду вертеброгенної патології.

Провести хворим лікувальну гімнастику, масаж та інші методи реабілітації, згідно програми.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з вертеброгенними рефлекторними та компресійними синдромами» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ:

1. Яка класифікація вертеброгенних захворювань нервової системи?
2. Який механізм розвитку рефлекторних вертеброгенних синдромів?
3. Який механізм розвитку компресійних вертеброгенних синдромів?
4. В чому полягає відмінність клініки при рефлекторних і компресійних синдромах?
5. Який вид болю при вертеброгенних синдромах?
6. Які методи немедикаментозного лікування застосовують при вертеброгенних синдромах нервової системи?
7. Які задачі вирішує кінезіотерапія при вертеброгенних синдромах?
8. Які методи кінезіотерапії застосовують при вертеброгенних синдромах?
9. В чому полягає особливість проведення лікувальної терапії в гострому і відновлювальному періодах компресійних синдромів?
10. Які показники для проведення постізометричної релаксації м’язів при вертеброгенних синдромах?

11. Перелічити прийоми постізометричної релаксації.

12. Яке значення має мануальне м’язове тестування при визначенні програми реабілітації при вертеброгенних синдромах?

13. Що є показанням для зупинення чи зміни навантаження при проведенні кінезіотерапії при компресійних синдромах?

14. Які методики масажу проводять при вертеброгенних синдромах і в яких періодах захворювань?

15. Які методи фізіотерапії застосовуються в гострому (больовому) періоді вертеброгенних захворювань?

16. Які методи фізіотерапевтичного лікування показані при вертеброгенних захворюваннях нервової системи?

17. Що з нетрадиційних методів лікувань потрібно використовувати при лікуванні вертеброгенного синдрома?

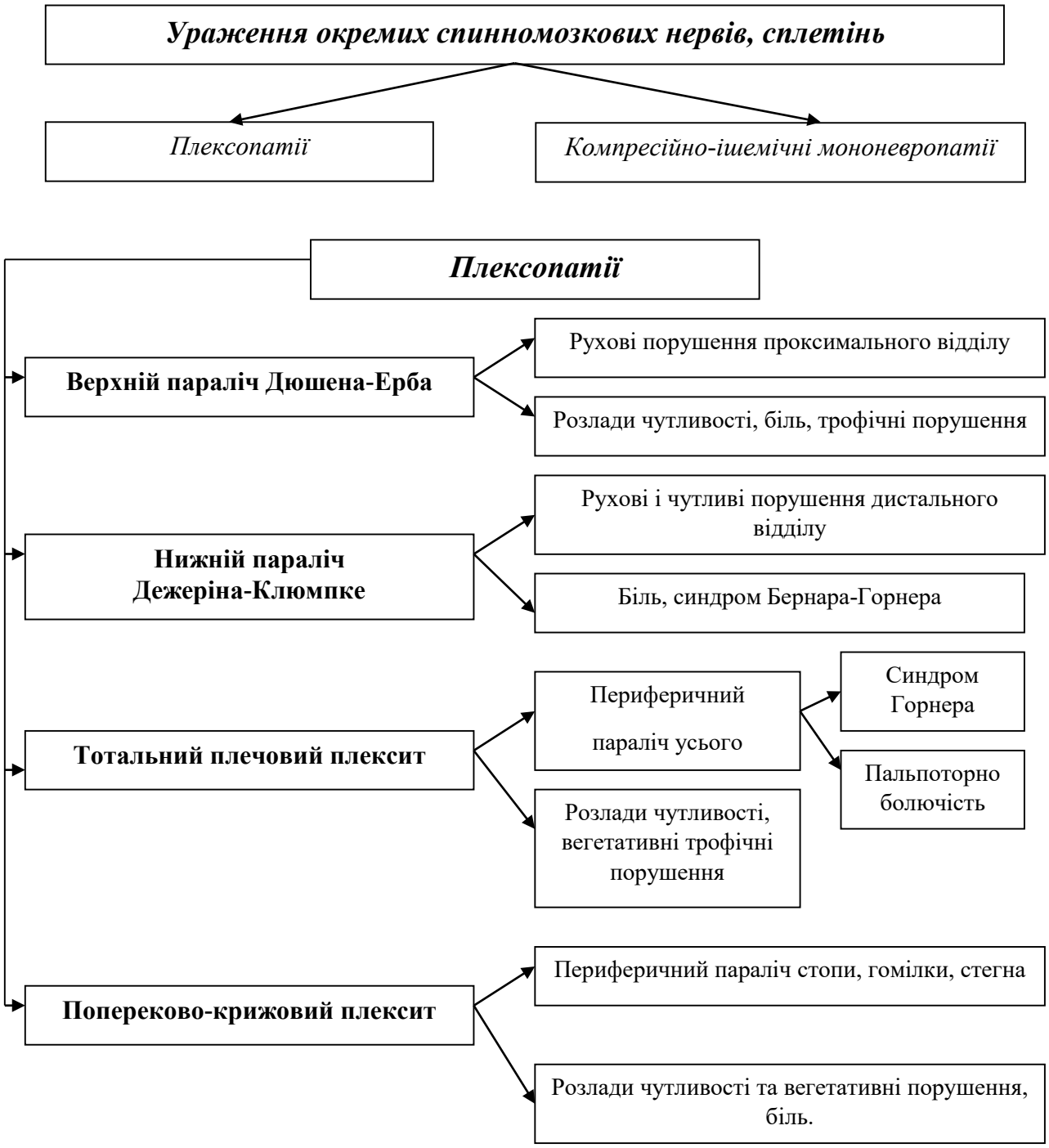
18. Для якої цілі при вертеброгенних синдромах застосовується кінезіотейпування?

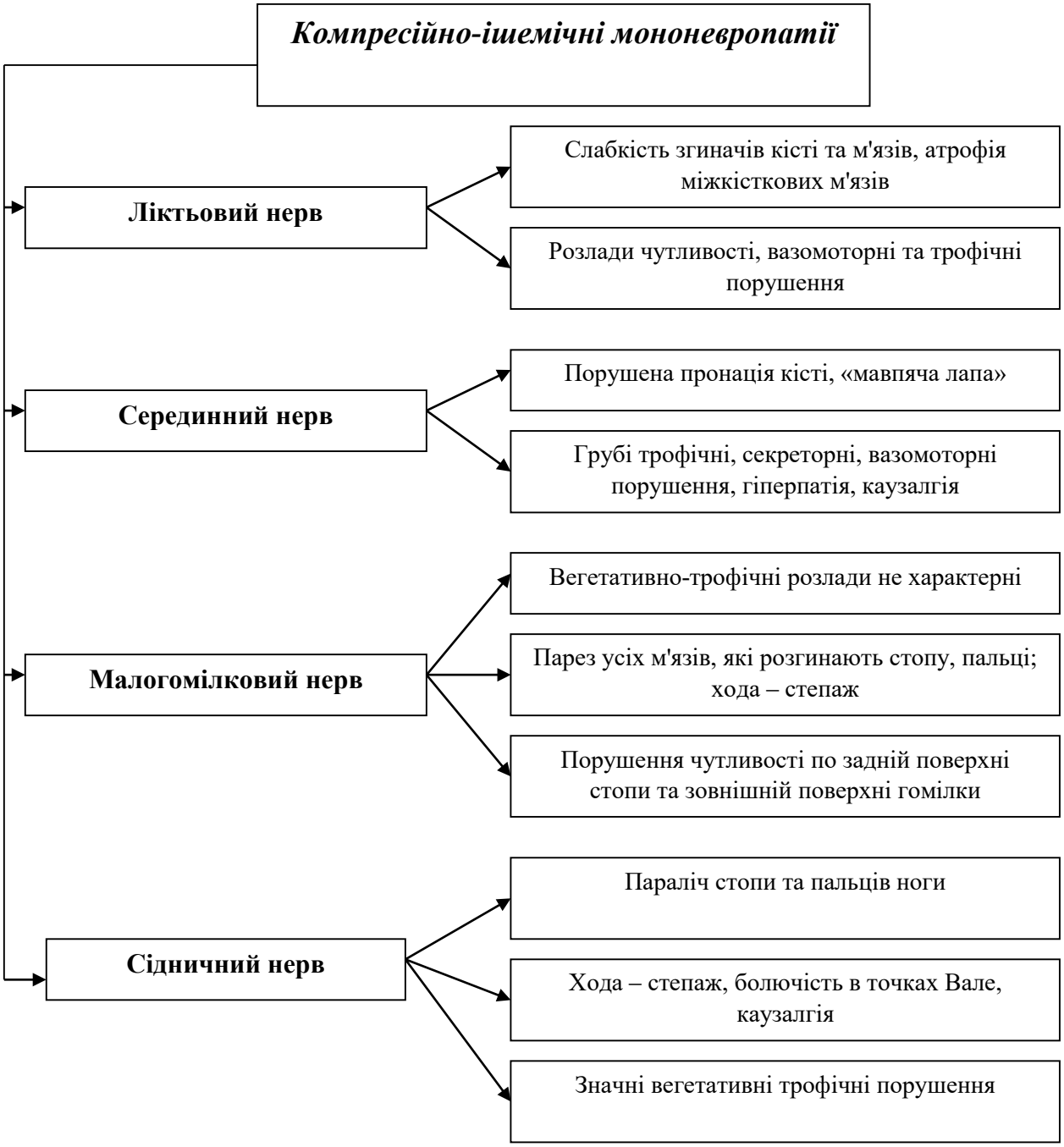
19. Яка тривалість проведення фізичної терапії при вертеброгенних захворюваннях нервової системи?

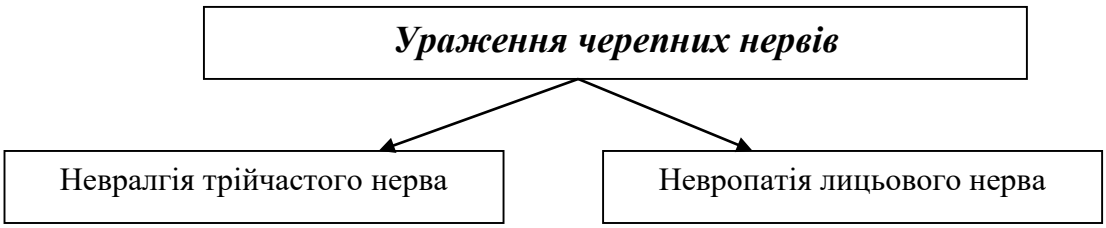
20. Які показники ефективності проведення реабілітаційної терапії при вертеброгенних захворюваннях?

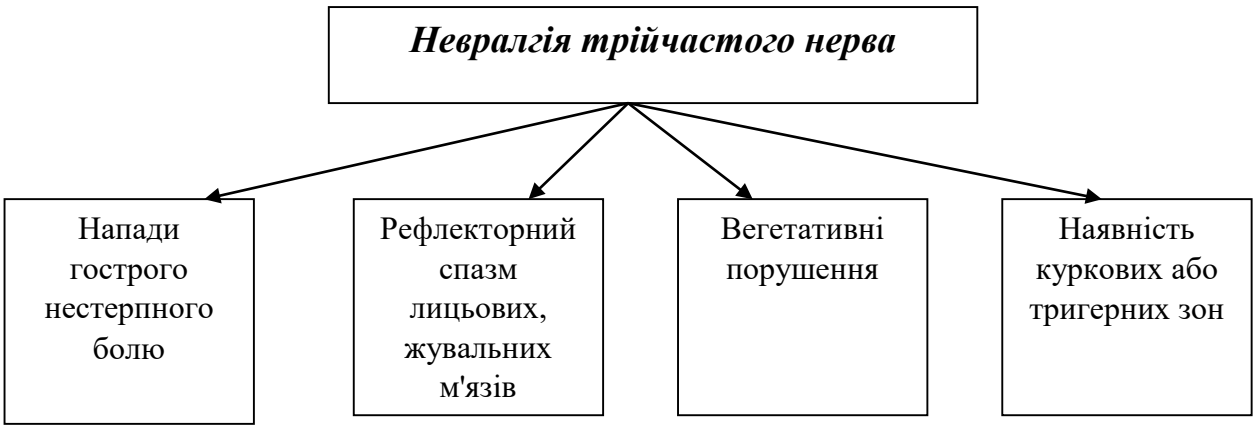
VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

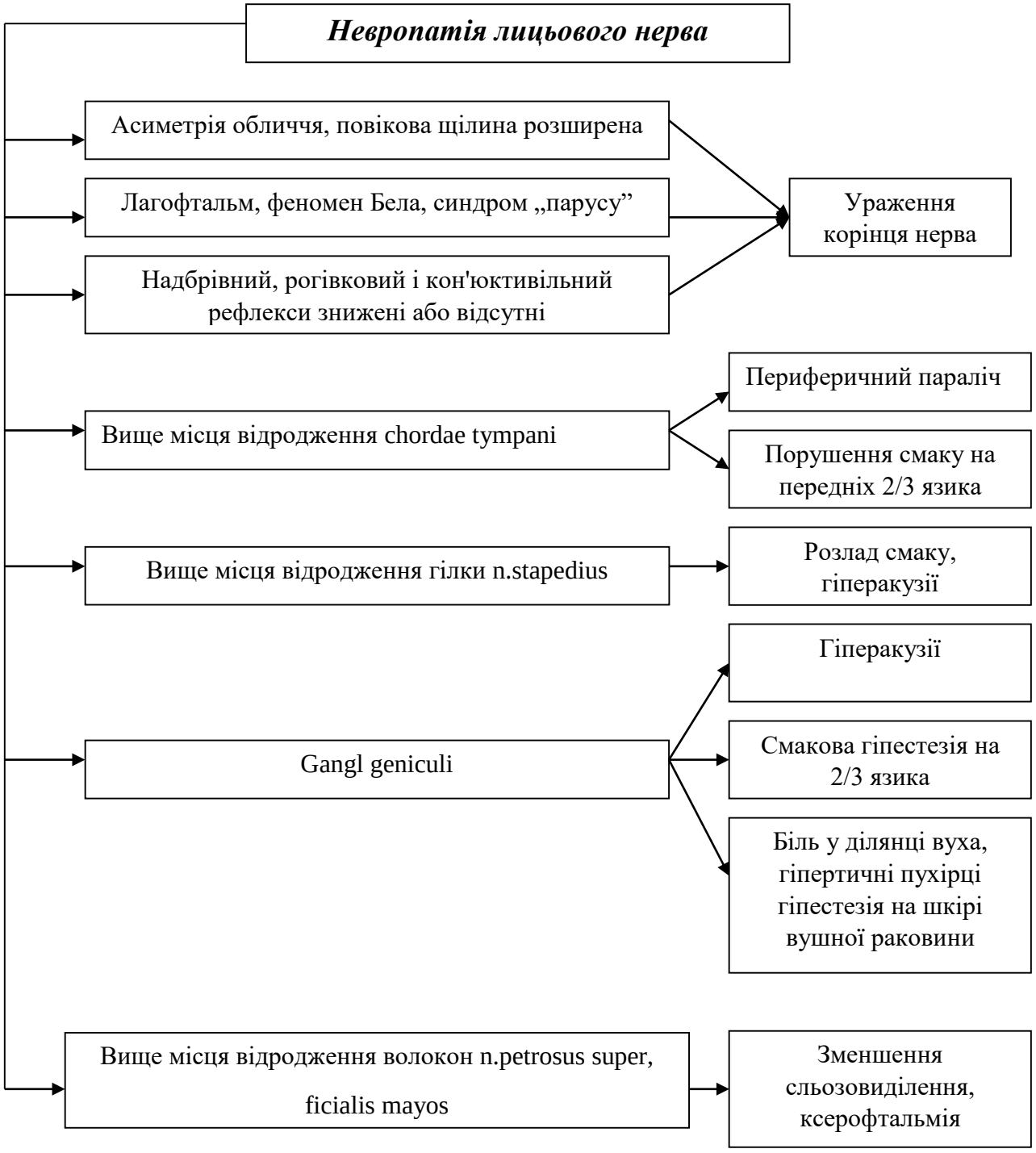
Невралгії та невропатії черепних нервів
Невралгія трійчастого нерва
Невропатія лицьового нерва
Етіологія
Первинна (ідіоматична), вторинна (симптоматична) – одонтогенна, синусогенна, у разі загальних інфекцій, інтоксикацій, травм
Ідіоматична (параліч Бела), вторинна – локальне переохолодження у поєднанні з нейровірусними і загальними інфекціями (грип, ревматизм, паротит), отит, пологова травма, переломи основи
Клініка
Напади гострого болю з локалізацією в ділянці іннервації; рефлекторний спазм лицьових та жувальних м'язів; наявність куркових (тригерних зон); рино рея, гіпералівація, гіперемія або збліднення шкіри під час нападу, відсутність болю та інших симптомів в період між нападами.
Периферичний парез (параліч) мімічних м'язів; сухість ока або сльозотеча, зниження (відсутність) надбрівного, рогівкового і кон'юнктивального рефлексів інколи в поєднання з гіперакузією, порушенням смаку на передніх 2/3 язика.

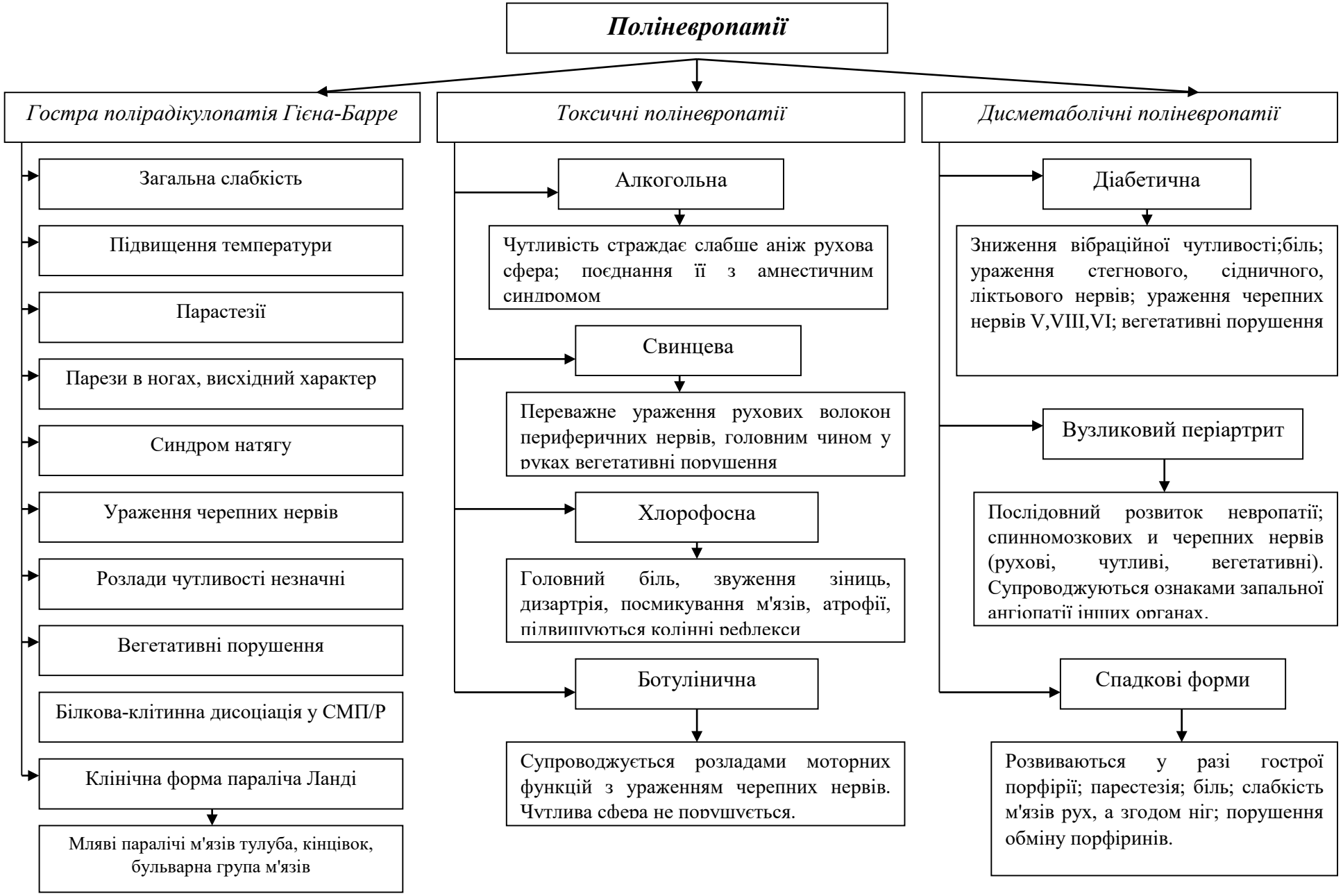

Ураження окремих спинномозкових нервів, сплетінь
Плексопатії
Компресійно-ішемічні мононевропатії
Плексопатії
Верхній параліч Дюшена-Ерба
Рухові порушення проксимального відділу
Розлади чутливості, біль, трофічні порушення
Нижній параліч Дежеріна-Клюмпке
Рухові і чутливі порушення дистального відділу
Біль, синдром Бернара-Горнера
Тотальний плечовий плексит
Периферичний параліч усього
Синдром Горнера
Пальпоторно болючість
Розлади чутливості, вегетативні трофічні порушення
Поперково-крижовий плексит
Периферичний параліч стопи, гомілки, стегна
Розлади чутливості та вегетативні порушення, біль.


Компресійно-ішемічні мононевропатії
Ліктьовий нерв
Слабкість згиначів кісті та м'язів, атрофія міжкісткових м'язів
Розлади чутливості, вазомоторні та трофічні порушення
Серединний нерв
Порушена пронація кісті, «мавпяча лапа»
Грубі трофічні, секреторні, вазомоторні порушення, гіперпатія, каузалгія
Малогомілковий нерв
Вегетативно-трофічні розлади не характерні
Парез усіх м'язів, які розгинають стопу, пальці; хода – степаж
Порушення чутливості по задній поверхні стопи та зовнішній поверхні гомілки
Сідничний нерв
Параліч стопи та пальців ноги
Хода – степаж, болючість в точках Вале, каузалгія
Значні вегетативні трофічні порушення


Ураження черепних нервів
Невралгія трійчастого нерва
Невропатія лицьового нерва


Невралгія трійчастого нерва
Напади гострого нестерпного болю
Рефлекторний спазм лицьових, жувальних м'язів
Вегетативні порушення
Наявність куркових або тригерних зон


Невропатія лицьового нерва
Асиметрія обличчя, повікова щілина розширена
Лагофтальм, феномен Бела, синдром „парусу”
Надбрівний, рогівковий і кон'юктивільний рефлекси знижені або відсутні
Ураження корінця нерва
Вище місця відродження chordae tympani
Периферичний параліч
Порушення смаку на передніх 2/3 язика
Вище місця відродження гілки n.stapedius
Розлад смаку, гіперакузії
Gangl geniculi
Гіперакузії
Смакова гіпестезія на 2/3 язика
Біль у ділянці вуха, гіпертичні пухірці гіпестезія на шкірі вушної раковини
Вище місця відродження волокон n.petrosus super, ficialis mayos
Зменшення сльозовиділення, ксерофтальмія


Поліневропатії
Гостра полірадікулопатія Гієна-Барре
Загальна слабкість
Підвищення температури
Парастезії
Парези в ногах, висхідний характер
Синдром натягу
Ураження черепних нервів
Розлади чутливості незначні
Вегетативні порушення
Білкова-клітинна дисоціація у СМП/Р
Клінічна форма параліча Ланді
Мляві паралічі м'язів тулуба, кінцівок, бульварна група м'язів
Токсичні поліневропатії
Алкогольна
Чутливість страждає слабше аніж рухова сфера; поєднання її з амнестичним синдромом
Свинцева
Переважне ураження рухових волокон периферичних нервів, головним чином у руках вегетативні порушення
Хлорофосна
Головний біль, звуження зіниць, дизартрія, посмикування м'язів, атрофії, підвищуються колінні рефлекси
Ботулінична
Супроводжується розладами моторних функцій з ураженням черепних нервів. Чутлива сфера не порушується.
Дисметаболічні поліневропатії
Діабетична
Зниження вібраційної чутливості;біль; ураження стегнового, сідничного, ліктьового нервів; ураження черепних нервів V,VIII,VI; вегетативні порушення
Вузликовий періартрит
Послідовний розвиток невропатії; спинномозкових и черепних нервів (рухові, чутливі, вегетативні). Супроводжуються ознаками запальної ангіопатії інших органах.
Спадкові форми
Розвиваються у разі гострої порфірії; парестезія; біль; слабкість м'язів рух, а згодом ніг; порушення обміну порфіринів.

Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи
Шийні вертеброгені синдроми
Грудні вертеброгені синдроми
Попереково-крижані синдроми
Рефлекторні
Цервікалгія
Цервікокраніалгія
Цервікобрахіалгія (задній шийний симпатичний синдром та ін.)
Цервікобрахіалгії з м'язово-тонічним, вегетативно-судинним чи трофічним синдромами
Компресіонні (корінцеві, корінцево-судинні)
Радікулопатії
Радікулоішемія
Рефлекторні
Торакалгія
Компресіонні
Радікулопатія
Рефлекторні
Люмбаго
Люмбалгія
Люмбаішалгія
Компресіонні
Радікулопатія

Медична реабілітація в гострому періоді

При складанні реабілітаційної програми в будь-якому періоді треба враховувати патогенетичні фактори, вік, локалізацію процесу, період, супутні захворювання, індивідуальну реакцію на фізичні фактори. При загостренні виключити фізичне навантаження, застосувати охоронний режим.

Фізіотерапевтичні заходи

Фізіотерапія оптимізує больовий синдром, всуває набряк, гіпоксію, покращує мікроциркуляцію, оптимізує тонус м'язів.

Застосовують:

1. Імпульсні токи
2. Електрофорез лікарняних препаратів
3. Магнітотерапія
4. Діадинамічні токи
5. Дарсонваль
6. Лазеротерапію

Крім того, показано проведення рефлексотерапії.

Медична реабілітація в підгострому періоді:

1. Фізіотерапія – фонофорез медичних препаратів, магніто- та електростимуляція, електрофорез медичних препаратів.
2. Масаж (при зниженні болю).
3. Теплолікування (при зниженні болю).
4. Мануальна терапія (масаж, мобілізація, тракція, маніпуляція), ПІРМ.
5. Рефлексотерапія (голкорефлектотерапія, СУ-Джок, акупунктура).
6. Лікувальна гімнастика. Ефективна і під час лікування, і як профілактика прогресування захворювання.

ЛФК при поперековій локалізації синдромів:

Кінезотерапія в період загострення:

- вправи для дистальних відділів нижніх кінцівок
- статичні і динамічні дихальні вправи
- релаксація м'язів тулуба, кінцівок.

Вправи виконують лежачі на спині, животі, на боку, стоячи навколішки і опір на руки. Не виконувати вправи на розгинання хребта. За наявності грижі – в комплекс включати вправи на розслаблення м'язів (вправи на розтягнення хребта, вправи на зміцнення м'язів тулуба, спини).

В підгостому періоді включать вправи на розтягнення хребта, вправи для великих суглобів, ізометричні вправи.

При хронізації процесу розвивається гіпотрофія м'язів спини і черевного пресу – вправи (силові) на зміцнення м'язового тонусу.

ЛФК при локалізації процесу в грудному відділі хребта:

Вправи виконують лежачі на спині, животі, на боку, стоячи навколішки з опором на руки.

При кіфозі (уплощення): укріплення м'язів черевного пресу.

При кіфозі (посилення): вправи на укріплення і розтягнення м'язів спини, черевного пресу, на розтягнення грудного відділу хребта, розведення лопаток, вправи з гімнастичними предметами.

ЛФК при синдромах шийного рівня:

1. Лікувальна гімнастика в комірі Шанца у зв'язку з патологічною рухливістю хребтових сегментів.

2. На початковому етапі – повністю виключають активні рухи в шийному відділу хребта.

3. Всі вправи чергують з вправами на розслаблення м'язів плечового поясу.

4. Вправи на укріплення м'язів шиї.

5. Дихальні вправи.

6. Виключені вправи на різке згинання, повороти голови.

7. Ізометричні вправи.

Медична реабілітація в відновлювальному періоді

1. Психотерапія.

2. Кінезотерапія.

3. Механотерапія.

4. Рефлексотерапія.

5. Масаж (класичний).

6. Апаратна фізіотерапія.

7. Мануальна терапія, постізометрична релаксація м'язів.

8. Водо-грязе-лікування, плавання.

9. Корекція способу життя (правильність виконання хатньої роботи, сидіння, професійні навички).

Правила ЛФК при вертеброгенних синдромах:

1. Вправи повинні бути спрямовані на розслаблення, розтягнення спазмованних м'язів.

2. Укріплення м'язового корсету спини.

3. Вправи виконують повільно, плавно, без різких рухів, без використання потягувачів.

4. Вихідне положення лежачі, сидячі, навколішки.

5. ЛФК виконується довго, роками, все життя.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Арефлексія – відсутність одного чи кількох рефлексів.

Атонія – відсутність тонусу м'язів.

Гіпалгезія – зниження больової чутливості.

Гіпотонія – зниження тонусу будь-якої тканини, органу.

Інервація – зв'язок органів з ЦНС, що здійснюється за допомогою нервових волокон.

Іррадіація – поширення процесу збудження або гальмування в ЦНС або поширення відчуття болю за межі безпосередньо враженого місця або органу.

Невропатія – незапальне ураження нерву або нервів.

Парез – часткова втрата рухової функції.

Спазм – мимовільне скорочення м'яза, що не супроводжується негайним його розслабленням.

1. Клінічні ознаки рефлекторних вертеброгенних синдромів.

2. Клінічні ознаки компресійних синдромів.

3. Періоди та етапи в лікуванні вертеброгенних рефлекторних та компресійних синдромів.

4. Місце кінезіотерапії в терапії та профілактиці загострень при вертеброгенних синдромах на різних етапах та в різні періоди терапії.

5. Фізіотерапевтичні методики, що застосовуються при лікуванні вертеброгенних синдромів на різних етапах та в різні періоди терапії.

6. Особливості проведення масажу при різних вертеброгенних синдромах в різні періоди терапії.

7. Рефлексотерапія та гірудотерапія в лікуванні вертеброгенних синдромів.

8. Показники ефективності реабілітації при вертеброгенних захворюваннях нервової системи.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Пацієнтка 45 років, інженер. Діагноз: вертеброгенна люмбалгія. З анамнезу: хворіє більше 10 років; коли під час занять в тренажерному залі виник різкий біль в попереку, помірної інтенсивності, який тривав 3-4 дня. З того часу періодично відчувала загострення болю, особливо вранці. При огляді: м'язи попереку напружені, рухи в поперековому відділі хребта не обмежені. При МРТ-обстеженні: дегенеративно-дистрофічні зміни в поперековому відділі хребта, циркуляторна протрузія диска L_1-L_2 до 2,5 см.

1. Виявити критерії обмеження життєдіяльності у пацієнтки.
2. Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з діагнозом, даними обстеження.
2. Виявити критерії обмеження життєдіяльності хворої.
3. Підібрати комплекс вправ, що відповідають стану хворої та періоду хвороби.
4. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Частково обмежена здатність до самообслуговування, здатність до пересування, до праці за фахом.

2. Програма реабілітації:

- Дієта (низькокалорійна, збагачена вітамінами, мінералами).
- Кінезіотерапія (вправи на укріплення м'язового корсету, збільшенню об'єму і відпрацювання стереотипу рухів і правильної постави, надання м'язово-сухожилковому апарату необхідної гнучкості; вправи на профілактику ускладнень; заняття на апаратах, плавання.
- Фізіотерапія (електрофорез, дарсонваль, ультразвук, магнітотерапія).
- Масаж (м'які прийоми на м'язах попереку, комірцевої зони, нижніх кінцівках).
- Бальнеотерапія (радонові, сульфідні ванни).
- Рефлексотерапія (точковий, вакуум-масаж, аплікатор Ляпко).
- Носіння ортопедичного взуття.
- Боротьба з зайвою вагою тіла.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 40 років, сімейний лікар. Діагноз: вертеброгенна радикулопатія L_5-S_1 зліва. З анамнезу: хворіє 5 років. На початку захворювання турбували різкі періодичні болі в попереку, які швидко проходили. Останній рік приєдналися болі в лівій нозі, відчуття оніміння в ній. При огляді: гіпостезія по задній та бічній поверхні лівої ноги, знижені колінний та ахіллов рефлекс зліва. Больового синдрому не виявляється.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 58 років, вчителька. Діагноз: вертеброгенна радикулопатія L_5-S_1 справа. З анамнезу: хворіє 2 роки. Вперше відчула біль після роботи на дачі. Біль був в попереку та іррадіював в праву нижню кінцівку. Лікувалася медикаментозними засобами, масажем. Останнє загострення 2 місяці тому, знов виявився біль, після чого відчула заніміння та слабкість в правій нозі. При огляді: периферичний парез правої нижньої кінцівки з об'ємом активних рухів до 4 балів. Легка гіпотрофія м'язів і зниження колінного та ахіллова рефлексу. На МРТ: грижа диску L_5-S_1 до 55 мм. Від хірургічного лікування хвора відмовилася.

Задача №3.

Хворий 30 років, тренер дитячої спортивної секції по волейболу. Діагноз: вертеброгенний корінцевий синдром C_5-C_6 справа, стадія ремісії. З анамнезу: хворіє більше 10 років. Вперше біль в плечі з'явилася під час спортивного змагання. Періодично загострювалася при грі в волейбол. Останні 2 роки приєдналося заніміння в ділянці плеча та передпліччя. При огляді: рухи (активні) обмежені в плечовому суглобі через біль, пасивні рухи не обмежені. Гіпостезія по зовнішньому краю плеча та передпліччя, знижені сухожилкові рефлекси на руках справа. На КТ: дегенеративно-дистрофічні зміни шийного відділу хребта, протрузія C_5-C_6 на 5 мм.

Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хвора 26 років, касир. Діагноз: вертеброгенна цервікобрахіалгія справа, хронічний рецидивуючий перебіг, стадія ремісії. Хворіє 3 роки. Болі в шиї і правій руці виникають при тривалому знаходженні в вимушеному положенні. При огляді: незначне напруження м'язів шийно-комірцевої зони. Пальпація паравертебральних точок в шийному відділі хребта болюча. Рухи в шийному відділі і правій руці не обмежені. Змін рефлексів і чутливості немає. На МРТ: початкові ознаки дегенеративно-дистрофічних змін в шийному відділі хребта.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хворий 36 років, вантажник на заводі. Діагноз: вертеброгенний корінцевий синдром C_5-C_6 зліва, гострий період, виражений больовий та м'язово-тонічний синдром. Хворіє 3 дні. Під час роботи виник різкій біль в шиї та лівій руці. При огляді: рухи в лівій руці обмежені в плечовому суглобі через біль. М'язи шийно-комірцевої зони та плеча напружені, болючі при пальпації. Зникла чутливість в ділянці плеча та передпліччя по зовнішньому краю. Сила в кисті не знижена. На МРТ: протрузія диску C_5-C_6 до 3 мм.

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. До рефлекторних синдромів не відносять:
A – люмбаго
B – цервікобрахіалгію
C – люмбагоішалгію
*D – міжреберну невралгію
E – торакалгію

2. Який з чинників не відіграє ролі при остеохондрозі?
A – анатомічні
B – ендокринні
C – тканинна гіпоксія
*D – ятрогенні

E – спадкова схильність

3. Який з наведених принципів лікування не є вірним для хворих вертеброгенною патологією?

A – перманентної регуляції біомеханіки хребта

B – трофічної нестатності міжхребцевого диску

C – стимуляція процесів саногенезу, функціональних можливостей

D – диференційоване застосування засобів фізичної реабілітації в залежності від етапу лікування та характеру статодинамічних порушень

*E – всі відповіді вірні

4. Який з наведених методів не застосовують в гострому періоді рефлекторних синдромів шийного рівня?

*A – методика витягування хребта на профілакторі Євмінова

B – ультрафонофорез з гідрокортизоном

C – високоінтенсивна імпульсна магнітотерапія

D – лікування положенням

E – ЛФК – дихальні вправи

5. Показання для мануальної терапії є:

A – природжені аномалії розвитку хребтового сегменту

B – надмірна рухливість хребтового сегменту

C – спондилолістез III ступеня

*D – больові синдроми при рефлекторних синдромах

E – судинні порушення кровообігу хребтового сегменту

6. Наявність периферичного парезу верхньої кінцівки свідчить про наявність у хворого:

A – цервікобрахіалгію

B – корінцевого синдрому C_5-C_6

*C – радикулоішемії C_5-C_6

D – міжреберної невралгії

E – цервикалгії

7. При корінцевих синдромах поперекового відділу хребта при вираженому больовому синдромі застосовують лікування положенням. Яка поза є найбільш ефективною:

A – на хворому боці з зігнутими ногами

*B – ембріональна

C – на здоровому боці з зігнутими ногами

D – на спині з прямими ногами

E – на животі

8. Який з нетрадиційних методів лікування найбільш ефективний при вертеброгенних захворюваннях?

A – музикотерапія

B – іпотерапія

C – арт-терапія

D – рефлексотерапія

E – гірудотерапія

9. Які з прийомів масажу не застосовують в підгострому періоді лікування вертеброгенних синдромів?

A – погладжування

B – розтирання
C – розминання
D – легкої вібрації
*E – пощипування

10. Який з видів масажу не застосовується в підгострому періоді компресійних синдромів?
A – вакуум-терапія
B – точковий, сегментарний
*C – глибокий масаж
D – лікувальний м'якими прийомами
E – вібраційний масаж

11. При застосуванні метода постізометричної релаксації м'язів методика проводиться на:
*A – скороченому м'язі
B – паретичному м'язі
C – на всіх м'язах кінцівки
D – на м'язах кінцівок і спини
E – всі відповіді вірні

12. При проведенні точкового масажу вплив на кожну точку проводять протягом:
A – 1 хв.
B – 30 сек.-1 хв.
C – 1-2 хв.
*D – 30 сек.-2 хв.
E – 2-3 хв.

13. Вправи на витягування хребта при вертеброгенних синдромах призначають при:
A – в гострому періоді
B – в відновлювальному періоді
*C – зменшенні больового синдрому
D – в період ремісії
E – всі відповіді вірні

14. Вправи «ластівка», «човник», «плавання брасом», «ножиці руками і ногами» відносяться до вправ, що:
*A – для зміцнення м'язів спини
B – для розвантаження хребта
C – для релаксації м'язів спини
D – для зниження гіпермобільності хребта
E –

15. В якому періоді реабілітації застосовується стабілізаційний тренінг при терапії вертеброгенних захворювань?
A – адаптаційному (2 місяці)
*B – тренувально-корегуючому (до 6 місяців)
C – стабілізаційному (2 місяців)
D – в будь-якому
E – в період залишкових явищ

16. Протипоказанням для проведення ПІРМ є:
A – головний біль напруги

*B – аритмії
C – нейродистрофічні синдроми
D – неврози
E – артрити суглобів

17. Який з методів фізіотерапії найбільш доцільний при лікуванні невеликих гриж міжхребцевих дисків?
*A – електрофорез з карипазіном
B – ультразвук з гідрокортизоном
C – магнітотерапія
D – інфрачервоний лазер
E – ударно-хвильова терапія

18. Для рефлекторних синдромів не характерно:
A – біль, що посилюється при рухах
*B – випадіння сухожилкових і періостальних рефлексів
C – болючість паравертебральних точок при пальпації
D – обмеження рухів через біль
E – напруженість м'язів в відповідній зоні

19. До поверхневої рефлексотерапії не відносять:
A – аплікатор Ляпко
B – постукування голковим молоточком
C – катання голкового молоточка
*D – лазеропунктуру
E – аплікатор Кузнєцова

20. Який з перелічених методів реабілітації не може виконувати фізичний терапевт?
A – точковий сегментарний масаж
B – постізометричну релаксацію м'язів
C – гірудотерапію
*D – голковколювання
E – кінезіотейпування

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Тези лекції «Захворювання периферичної нервової системи».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
7. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 6. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА, ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА, СПІНАЛЬНИМИ АМІОТРОФІЯМИ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Спадкові захворювання нервової системи зустрічаються дуже часто, уражають людей різного віку – від дитячого, юнацького до старчого. Можливість зберігати рухову активність, високий рівень якості життя залежить не тільки від медикаментозної терапії, а від адекватної, постійної фізичної терапії. Це визначає актуальність даної теми.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів з хворобою Паркінсона, Вільсона-Коновалова, спінальними аміотрофіями.

2. Освітня: оволодіти знаннями про хворобу Паркінсона, Вільсона-Коновалова, спінальні аміотрофії та методи фізичної терапії, що застосовують при їх реабілітації.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Прояви хвороби Паркінсона, стадії захворювання.

Клінічні ознаки хвороби Вільсона-Коновалова.

Форми, клінічні ознаки, перебіг спінальних атрофій.

Фізичну терапію, ерготерапію в різні стадії хвороби Паркінсона.

Реабілітацію хворих з хворобою Вільсона-Коновалова.

Реабілітацію хворих зі спінальними м’язовими атрофіями в залежності від стану хворого.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Обстежити хворих з хворобою Паркінсона, Вільсона-Коновалова, спінальними м’язовими атрофіями.

Вибрати тактику, обсяг фізичної терапії, ерготерапії при хворобах Паркінсона, Вільсона-Коновалова, спінальних м’язових атрофій.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з хворобою Паркінсона, Вільсона-Коновалова, спінальними аміотрофіями» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Причини виникнення і клініка картини хвороби Паркінсона?
2. Скільки стадій хвороби Паркінсона виділяють?
3. Яка концепція фізичного навантаження на ранніх стадіях?
4. Яка концепція фізичного навантаження на пізніх стадіях?
5. Які методики повинен включати комплекс реабілітації при хворобі Паркінсона?
6. Які методики кінезотерапії застосовують при хворобі Паркінсона?
7. Роль самостійних занять кінезотерапії в домашніх умовах.
8. Комплекс реабілітації при I стадії хвороби Паркінсона.
9. Комплекс реабілітації при II стадії хвороби Паркінсона.
10. Комплекс реабілітації при III стадії хвороби Паркінсона.
11. Комплекс реабілітації при IV стадії хвороби Паркінсона.
12. Комплекс реабілітації при V стадії хвороби Паркінсона.
13. Методи і задачі ерготерапії для пацієнтів з хворобою Паркінсона.
20. Можливість методів нетрадиційної медицини в лікуванні пацієнтів з хворобою Паркінсона.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Хвороба Паркінсона в Україні серед дорослого населення 54% випадків на 100 тис. населення.

Регулярне реабілітаційне втручання сповільнює прогресування хвороби. Тому відразу після встановлення діагнозу – фізичні вправи та працетерапія. Вправи охоплюють всі м'язові групи, рухи в суглобах.

Для оцінки ефективності MMSE, MOKA.

Комплекс – ЛФК, гірудотерапія, масаж з елементами мануальної терапії – повороти тулуба – обертання; вставати з положення сидячи; кінезотерапія – хода; дихальні вправи; вправи на розтягування при високій ригідності; вправи, що мобілізують суглоби (при гіперкінезії).

Методи лікування при хворобі Паркінсоні:

1. Медикаментозна.
2. Нейровтручання.
3. Немедикаментозні засоби лікування:

– кінезотерапія:
– загальні методики (ходьба, плавання, аеробні вправи);
– методики, що застосовують на доцільність регуляції рухів;
– методики, що застосовують на посилення сенсорної аферентації, тренування координації;
– методики, що забезпечують утримання м'язової сили і повного об'єму рухів;
– методики, що спрямовані на зниження ризику падіння та подолання застигань.
– мовна терапія;
– ерготерапія:
– догляд за собою;
– досягнення більшої контактності.
– дієта.

<u>ЛФК:</u>

1. Вправи з активними рухами.
2. Вправи на розтягування м'язів
3. Вправи на протидію
4. Дихальна гімнастика

Лікувальна фізкультура (обсяг в залежності від стадії):

1-2 стадії.

Ходьба по рівній поверхні та з перешкоджаннями
Танці, аеробіка, його
Дихальні вправи
Вправи для постави
Скручування тулуба
……..тулуба
Віджимання
Кругові рухи
Вправи для м'язів шиї, надплічь
Вправи для м'язів плечового поясу
Вправи для рук

3 стадія.

Всі вищеозначені вправи 1-2 стадії

Додаються необхідність підтримки правильної або корекція зміняючої ходьби, підтримки рівноваги, попередження падінню

На противагу на ранніх стадіях пацієнтам рекомендується уникати ситуацій, що впливають одночасне виконування декількох завдань, відволікання уваги під час дій

Вправи для нижнього поясу кінцівок

Вправи для поліпшення рухів в колінних суглобах

Вправи на напругу і розслаблення м'язів стегна, гомілки

Вправи для м'язів обличчя

Трудотерапія

4-5 стадії

Навчання пацієнтів правильної стратегії рухів для максимальної можливої підтримки повсякденної рухової активності і функціональної незалежності

Підтримка контрактур

Підтримка дихальних порушень

Масаж

1. Нижня частини спини
2. ……..
3. Нижні кінцівки
4. Живіт

Прийоми: погладжування, розминання, розтирання; можливі несильні ударні прийоми і вібрація.

Кінезотерапія

Метод стабілізує м'язи, суглоби та зв'язки, активізує внутрішні сили організму для поліпшення стану.

Переваги методу – покращує тонус м'язів, знімає больовий синдром, знімає набряки, надання тонусу м'язам або їх розвантаження.

Використання технічних засобів: підвісна терапія, механотерапія.

Фізіотерапія.

Магнітотерапія

Ультразвук

Мінеральні ванни

Електросон

Рефлексотерапія.

Синдромологічні рецепти

Скальптерапія

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Адинамія – обмеження або втрата рухомості.

Акінезія – відсутність рухів.

Аміотрофія – атрофія м'язів.

Анестезія – втрата чутливості (всієї).

Анізорефлексія – неравномірність симетричних рефлексів.

Брадікінезія – сповільненість рухів.

Браділалія – сповільненість мови.

1. Клінічні ознаки хвороби Паркінсона.
2. Стадії хвороби Паркінсона.
3. Методи фізичної терапії на різних стадіях хвороби Паркінсона.
4. Які захворювання є спінальними м'язовими атрофіями?
5. Методи фізичної терапії, що застосовують при спінальних м'язових атрофіях (на різних етапах захворювання).
6. Ерготерапія при хворобі Паркінсона та спінальних аміотрофіях.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хворий 54 років. Діагноз: хвороба Паркінсона, II стадія. Клінічні дані: хворіє близько 2 років. При огляді: олігокінезія, брадикінезія, тремтіння в руках, порушення ходи – ахейрокінез. Тремор спокою в руках по типу «рахунок монет», тонус м'язів в кінцівках підвищений по типу «зубчате колесо», ходить повільно, злегка нахиляє тулуб вперед. Глибокі рефлекси не змінені. Патологічні рефлекси не викликаються.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості щодо виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом, історією хвороби.
2. Визначити ступінь функціональних порушень.
3. Визначити загальні та приватні задачі реабілітації.
4. Відповідно до задач дати рекомендації фізичної реабілітації.
5. Підібрати комплекс вправ лікувальної гімнастики.
6. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді:

1. Продовжити трудову діяльність, прогулянки, виконання роботи по дому, розгадування кросвордів, ведення щоденника.
2. Дієтотерапія: малобілкова, обмеження калорій до 2 тис./добу.
3. Лікувальна гімнастика: тренування координації рухів, ходьби широким кроком, вправи на розтягування м'язів, суглобова гімнастика.
4. Застосування тренувань методом біологічного зворотного зв'язку.
5. Масаж, вібротерапія.
6. Арт-терапія (спів, танці та ін.).

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Пацієнт 62 років. Діагноз: хвороба Паркінсона IV стадія. Хворіє близько 7 років. При огляді: поза манекена. Обличчя гіпомімічне, мова тиха, монотонна, незрозуміла. Утруднений початок руху. При ході – ахейрокінез. Тонус м'язів кінцівок значно підвищений за типом «зубчатого колеса». Тремор рук, в тому числі, і в спокої. Тремор голови. Хворий сидить самостійно. Пересувається, їсть, одягається зі сторонньою допомогою.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 60 років. Діагноз: хвороба Паркінсона, III стадія. Клінічні дані: хворіє 10 років, приймає ліки. При огляді: тремор голови і рук у спокої. Пересувається самостійно, ходить дрібними кроками, руки і ноги напівзігнуті, тулуб нахилений вперед, обличчя маскоподібне. Тонус м'язів підвищений в розгиначах рук і ніг по типу «зубчатого колеса».

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Скільки стадій хвороби Паркінсона виділяють в клінічному перебігу?

A – 3
B – 6
C – 4
*D – 5
E –8

2. У харчуванні хворого рекомендована кількість ккал/день становить:
A – 4 тис.
*B – 2 тис.
C – 3 тис.
D – 5 тис.
E – 1 тис.

3. Для хвороби Паркінсона не характерний клінічний синдром:
A – тиха, монотонна мова
B – олігокінезія
C – тремор спокою
*D – м'язова гіпотонія
E – ахейрокінез

4. При хворобі Паркінсона змінюється мова. Вона носить назву:
A – мутизм
B – афазія
*C – тиха, монотонна
D – скандована
E – дизартрія

5. Хода при хворобі Паркінсона характеризується як:
A – спастична
B – спастико-атактична
C – степаж
D – човгаюча, дрібними кроками
E – спастико-паретична

6. Фізична активність пацієнтів з хворобою Паркінсона на ранніх стадіях не передбачає:
A – подолання зовнішніх перешкод
B – танці
C – «м'язові» форми аеробіки
D – ігри з м'ячом
*E – стрибки на «тарзанці»

7. Фізична активність на пізніх стадіях не передбачає:
A – ходьбу
B – заняття на тренажерах
C – підйом по сходинках
D – плавання
*E – танці

8. Комплекс реабілітації при хвороби Паркінсона повинен включати:
A – кінезотерапія
*B – заняття йогою
C – ерготерапія

D – корекція мовних розладів
E – заняття з психологом

9. До методів кінезотерапії при хворобі Паркінсона відносять:
A – загальні методики: ходьба, плавання
B – аеробні вправи
C – методики для зниження ризику падінь
D – методики на підтримку сили м'язів, об'єму рухів
*E – все наведене вірно

10. На які симптоми впливає масаж при хворобі Паркінсона?
A – об'єм рухів в суглобах
B – амплітуду рухів
*C – ригідність, біль
D – зростання сили м'язів
E – підвищення тонусу м'язів

11. Пацієнтам з хворобою Паркінсона на I стадії тривалість ЛФК повинна дорівнювати:
*A – 20-30 хвилин двічі на день
B – 30 хвилин на день
C – 15 хвилин на день
D – до години 1 раз на день
E – до 1 години двічі на день

12. Пацієнтам з V стадією хвороби Паркінсона рекомендовано все, крім:
A – кожні 2 години міняти положення в ліжку
B – протирання шкіри антисептиком
C – постійно спілкування з хворими
D – дихальна і суглобова гімнастика
*E – механотерапія

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Набір ситуаційних задач.
4. Набір тестів з теми по варіантам.
5. Схеми, таблиці.
6. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 7. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ЗАКРИТИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ, СПІНАЛЬНИМИ ТРАВМАМИ, ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ГОЛОВНОМУ ТА СПИННОМУ МОЗКУ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Черепно-мозкові та спінальні травми відносяться до ургентних станів, тому з ними зустрічаються багато фахівців: нейрохірурги, неврологи і звичайно реабілітологи, оскільки етапна реабілітація один з важливих факторів відновлення функції.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів з травмами головного та спинного мозку та після оперативних втручань на головному та спинному мозку.

2. Освітня: оволодіти знаннями про закриту черепно-мозкову травму, спінальну травму та стан після оперативних втручань на головному та спинному мозку, що застосовують при їх лікуванні.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Види травм головного та спинного мозку.

Клініку струсу, забиття, здавлення головного мозку.

Клініку струсу, забою спинного мозку, гематомієлії.

Етапи медичної реабілітації.

Методи фізичної реабілітації на різних етапах.

Причини інвалідності, пов'язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Обстежити хворого з травмами головного та спинного мозку та після оперативних втручань.

Сформулювати реабілітаційний діагноз.

Скласти реабілітаційну програму

Провести хворому лікувальну гімнастику, кінезіотерапію, масаж згідно програми реабілітації.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

III. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з ЗЧМТ та спінальними травмами» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Яка класифікація закритих черепно-мозкових травм?
2. Які клінічні ознаки травм спинного мозку на різних рівнях?
3. Клінічні ознаки різних видів черепно-мозкової травми.
4. Задачі лікувальної гімнастики в відновлювальній функції після черепно-мозкової травми.
5. Який комплекс вправ призначають на ранньому етапі відновлювання функцій?
6. Який комплекс вправ призначають хворому на пізніх етапах відновлювання?
7. Який комплекс вправ призначають хворим з черепно-мозковою травмою при наявності спастичних парезів та для профілактики їх розвитку?
8. Які періоди травматичної хвороби спинного мозку?
9. Який реабілітаційний комплекс призначають хворим з ТХСМ у гострому періоді відновлювання?
10. Який комплекс вправ показаний хворому з ТХСМ у ранньому періоді відновлювання?
11. Які вправи лікувальної гімнастики показані хворим з ТХСМ в проміжному періоді захворювання?

12. Які вправи лікувальної гімнастики проводять на занятті хворим в пізньому відновлювальному періоді?

13. Які методи фізіотерапії показані в ранньому періоді лікування ТХСМ?

14. Значення реституції в реабілітаційному процесі при ТХСМ.

15. Яке значення має механізм формування компенсацій при ТХСМ?

16. Які ступені втрати функцій опори і пересування виділяють при ТХСМ?

17. Задачі і методи реабілітації у разі наявності I-IV ступеню втрати функцій.

18. Які сучасні методи фізіотерапії ефективні на пізніх етапах лікування ТХСМ?

19. Переваги методу гідрокінезотерапії в реабілітації хворих з ушкодженням спинного мозку.

20. Яка методика проведення гідрокінезотерапії при ТХСМ?

21. Застосування масажу в реабілітації хворих з травмами головного та спинного мозку.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Травми головного мозку: струс, забиття, здавлення мозку.

Загальні прояви травм головного мозку:

– втрата свідомості;
– головний біль;
– розлади дихання, серцевої діяльності;
– нудота, блювота;
– вогнищеві симптоми виникають в залежності від локалізації і характеру, тяжкості травми.

1. Порушення рухів (спастичні парези). Після виходу хворого з важкого стану застосовують методи аналогічні, як при інсультах.

2. Вестибулярні розлади ставлять перед реабілітологом спеціальні завдання: відновлення і підвищення стійкості вестібулярного апарату; покращення ритму дихання.

Для вирішення цих задач наприкінці постільного періоду і в наступних періодах застосовують вправи на розвиток статокінетичної стійкості; вправи зі зміною положень тіла, одночасні рухи голови і тулуба у бічній та передньо-задній площинах з обмеженою амплітудою і кількістю повторень. Після адаптації допускають вправи на ізольовані рухи тільки головою, дихальні вправи, вправи статичного і динамічного характеру. Вправи у рівновазі на великий і малій площі опору: вправи на координацію. Вправи у метанні м’яча. Вправи з закритими очима на місці та в русі.

3. Фізіотерапія: холодні компреси на комірцеву зону; холодні обливання потилиці; банки вздовж хребта; магнітотерапія.

В пізній період призначається з урахуванням основного синдрому – астенічний, епілептичний, вогнищевий.

Фізична реабілітація

Лікувальна гімнастика на 2-3 день після травм (або операції).

1. Гострий період.

А) Лікування положенням (положення залежить від виду парезів, стану тонусу м’язів). Положення змінюють кожні 2 години.

Б) Лікувальні вправи 2-3 рази на день проводить реабілітолог в поєднанні з масажем грудної клітини. Самостійно – дихальні вправи.

В) Пасивні вправи (розроблення в суглобах) проводять з першого тижня від центру до периферії. Темп повільний, 3-5 разів. Тривалість заняття ЛФК 10-12 хвилин.

2. Проміжний період – ЛФК (з урахуванням оборотних та необоротних змін).

А) Хворі, яким операція заперечена декомпресію спинного мозку – ЛФК сприяє повному відновленню рухів.

Б) Хворі, у яких після операції рухів відновились частково – ЛФК сприяє відновленню тимчасово пригнічених рухливих функцій, розвитку компенсаторних механізмів.

В) Хворі з важкими ушкодженнями. Розлади функцій необоротні – ЛФК застосовують для розвитку пристосування, функцій заміщення.

ЛФК проводяться реабілітологом 2 рази на день, самостійно 4-5 разів.

Через 1-2 місяця за допомогою і самостійно повертається на живіт, потім пересуватися в межах ліжка. Потім опирання на коліна, кисті. Корекція вправ згідно з розширенням вихідних положень.

Пасивні вправи.

Вправи для розслаблення м'язів і підвищення тонусу.

Гідрокінезотерапія з 5-7 місяця (коли хворий починає сидіти).

Масаж.

Застосовують для заспокійливого впливу на ЦНС, зменшення болю, поліпшення нервово-психічного стану, зниження напруженості та розслаблення спастичних м'язів; підвищення тонусу м'язів при в'ялих парезах; профілактиці пролежнів, пневмонії. Розпочинають з перших днів після травми. Можливо після лікування застосування сегментарно-рефлекторного масажу, точкового, апаратного, вібромасажу. Масаж поєднують з пасивними іта активно-пасивними рухами, тепловими процедурами, вправами у воді.

Фізіотерапія.

1. Електроаерозольтерапія з антибіотиками, фітонцидами.
2. Електрофорез.
3. УВЧ.
4. Магнітотерапія.
5. Електростимуляція.
6. Ультразвук.
7. Індуктермія.

Післялікарняний період реабілітації:

1. ЛФК – вправи на зміцнення м'язів, поліпшують витривалість, удосконалюють координацію, рівновагу, поставу, розвивають і покращують ходу; пасивні рухи в суглобах корекція в залежності від стану хворого. Гідрокінезотерапія. Оволодіння навичками самообслуговування.

2. Масаж – щоденно, двомісячними курсами. Сегментарно-рефлектоний, точковий, класичний, вібромасаж, гідромасаж.

3. Фізіотерапія – періодично, двомісячні курси 3 рази на рік; електрофорез. ДДГ, електростимуляція, лазеротерапія.

4. Механотерапія – апарати маятникового і блокового типу; у воді (особливо ефективна).

5. Працетерапія.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Анестезія – втрата чутливості до зовнішніх подразнень, особливо до болю.

Атрофія – зменшення розмірів окремих органів, або тканин, яке супроводжується занепадом їхньої життєдіяльності.

Гіперрефлексія – підвищення сегментарних функцій.

Дисметрія – нездатність керувати амплітудою та силою довільних рухів.

Парез – часткова втрата рухових функцій.

1. Класифікація травм головного та спинного мозку.
2. Клінічні ознаки різних видів черепно-мозкової травми.
3. Клінічні ознаки уражень спинного мозку на різних рівнях.
4. Періоди реабілітації травм головного мозку, травматичної хвороби спинного мозку.
5. Принципи фізичної терапії при спастичних парезах.
6. Методи фізіотерапії та масажу в ранньому періоді лікування ЗЧМТ та ТХСМ.
7. Методи фізичної терапії в пізньому, проміжному періоді відновлення після ТХСМ.
8. Сучасні методи відновлення функцій після черепно-мозкової травми та травм спинного мозку.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хворий 36 років. Діагноз: наслідки закритої черепно-мозкової травми у вигляді гематоми в правій півкулі головного мозку, лівобічний спастичний геміпарез. Клінічні дані: 5 місяців тому отримав травму голови на виробництві. Проходив лікування протягом місяця в нейрохірургічному відділенні, де була виконана операція по видаленню гематоми. На момент огляду: центральний спастичний геміпарез в лівих кінцівках з високим тонусом м’язів і сухожилкових рефлексів. Пасивні рухи утруднені в розгиначах, патологічних сінкінезій не спостерігається. Хворий пересувається за допомогою оточуючих.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомтеся з клінічним діагнозом.
2. Визначте наявність і ступень вираженості рухових розладів, м’язового тонусу.
3. Визначте період перебігу захворювання.
4. Сформулюйте загальні і приватні задачі фізичної реабілітації.
5. Відповідно до задач дати загальні рекомендації з реабілітації.
6. Підібрати комплекс спеціальних вправ лікувальної гімнастики згідно стану хворого і періоду захворювання, регламентувати їх дозування.
7. Визначити методики застосування масажу, фізіотерапії.
8. Визначити критерії ефективності реабілітації хворого.
9. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Кінезіотерапія: лікування положенням, пасивні рухи в паретичних кінцівках, активні рухи в суглобах кінцівок з повною амплітудою і багаторазовим повторенням; вправи на розслаблення м’язів; дихальні вправи; корегування дефектів ходи; вправи на координацію. Темп виконання повільний і середній.
2. Кінезіотейпування.
3. Масаж, вібромасаж спастичних м’язів.
4. Механотерапія.
5. Фізіотерапія: електрофорез з лікарськими препаратами, міорелаксуючі методики електролікування.
6. Рефлексотерапія.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 28 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку на рівні шийного потовщення, тетрапарез. Клінічні дані: отримав травму в ДТП 7 місяців тому. Лікувався в нейрохірургічному відділенні та у відділенні нейрореабілітації, зараз знаходиться вдома. Лікується амбулаторно. При огляді: парез верхніх кінцівок з низьким тонусом та рефлексами, підвищений тонус в нижніх кінцівках з високими рефлексами і патологічними стоповими знаками. Знижена чутливість з рівня C_5 (порушені всі види чутливості). Затримка сечовиділення.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 37 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку, грудний рівень, нижній тетрапарез. Клінічні дані: отримала травму грудного відділу хребта місяць тому, після якої розвилася слабкість нижніх кінцівок, порушення функції тазових органів, порушення чутливості в нижніх відділах тулуба, нижніх кінцівках. При огляді: нижній парапарез зі зниженим тонусом м'язів, гіпотрофіями м'язів нижніх кінцівок, знижена чутливість з рівня пупка.

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хворий 48 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку, ураження поперекового потовщення, нижній м'язовий парапарез. Клінічні дані: травма спини 12 місяців тому. Спочатку нижній парапарез мав ознаки периферичного зі зниженим тонусом, рефлексами, але поступово тонус почав зростати і на момент огляду має ознаки спастичного. Знижена чутливість в ногах з рівня пахових складок. Функції тазових органів порушені за периферичним типом. Хворий сидить самостійно. Пересувається за допомогою ходунків.

Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хворий 18 років. Діагноз: струс головного мозку. Клінічні дані: місяць тому катався на гірських лижах, впав, вдарився головою. Після травми скарги на головний біль вранці, швидку втомлюваність, загальну слабкість. При огляді осередкової неврологічної симптоматики не відмічається.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хворий 46 років. Діагноз: забиття головного мозку в правій півкулі головного мозку, лівобічний геміпарез. Клінічні дані: був побитий 3 місяці тому. Проходив лікування в нейрохірургічному відділенні; зараз перебуває в відділенні реабілітації. При огляді: лівобічний спастичний геміпарез з підвищеним тонусом, рефлексами, гемігіпостезія лівого боку тіла. Хворий сидить, ходить самостійно. Стоїть зі сторонньою допомогою. Пасивні рухи в суглобах кінцівок обмежені: у ліктьовому (розгинання), в колінному (згинання). Активні рухи в руці – ворушить пальцями, в нозі – відсутні.

Складіть програму реабілітації.

Еталони відповідей

Задача №1.

Хворий перебуває в проміжному періоді захворювання.

1. Кінезіотерапія: ідеоматичні вправи, ізометричне напруження м'язів, пасивні і активно-пасивні вправи, вправи в підвісній терапії, спеціальні вправи.

2. Механотерапія на тренажерах зі зворотнім зв'язком. Пересування в апаратах, паралельних брусів.

3. Масаж, вібромасаж.
4. Ерготерапія: відновлення або компенсація функцій самообслуговування.
5. Трансвертебральні методики стимуляції спинного мозку.
6. Рефлексотерапія.

Задача №2.

1. Кінезіотерапія: пасивні вправи в суглобах в усіх напрямках, лікування функціональним становищем з частою зміною положення кінцівок, дихальні вправи, пересування тазу догори з підтягуванням ноги; вправи на скорочення сідниць з втягуванням м'язів промежини і прямої кишки, вправи з положенням на животі, повороти на живіт.
2. Масаж.
3. Фізіотерапія.
4. Трансвертебральна мікрополяризація, електростимуляція.
5. Психотерапія.

Задача №3.

1. Хворий має втрату функцій 2-го ступеня; пізній період захворювання, етап реабілітації 2, тривалість 45 днів.
2. Кінезотерапія: ранкова гімнастика, ізометричні напруження різних м'язових груп, тренування на блоковому тренажері та в підвісній терапії, вправи на розтягнення, вправи стоячи в апаратах (корсеті), вправи на рівновагу, зміцнення м'язів спини, животу, заняття у гімнастичної стінки – «втягування ноги», замикання колінного суглоба.
3. Точковий масаж.
4. Рефлексотерапія
5. Фізіотерапія: електрофорез, ультразвук на поперековий відділ хребта, електростимуляція м'язів кінцівки, електростимуляція м'язів кінцівки.
6. Трансвертебральна мікрополяризація.

Задача №4.

1. Кінезіотерапія: загальнозміцнюючі, легкі аеробні вправи, дихальні вправи.
2. Прогулянки, плавання.
3. Масаж шийно-комірцевої зони.
4. Фізіотерапія: електрофорез із лікарськими засобами, дарсонвалізація.
5. Транскраніальні методики електролікування.

Задача №5.

1. Кінезотерапія: тренування вестибулярного апарату – нахили голови і тулуба, вправи на рівновагу; пасивні рухи в паретичних кінцівках, активне їх тренування симетрично в обох кінцівках; навчання стоянню, ходьбі, лікування положенням паретичних кінцівок, вправи на розслаблення, вправи стоячи в апаратах або з підтримкою.
2. Ерготерапія: навчання навичкам самообслуговування.
3. Масаж, вібромасаж.
4. Фізіотерапія.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Як довго триває ранній період після черепно-мозкової травми?
A – 5-10 діб
B – 2 тижні
C – 15-30 діб
*D – 2-5 доби
E – 1-2 місяці

2. Як довго триває проміжний період після черепно-мозкової травми?
A – 3 місяці
*B – 5-30 діб
C – 30-45 діб
D – 40-60 діб
E – 3-6 місяців

3. Пізній відновлювальний період після черепно-мозкової травми триває:
A – 6-8 місяців
B – 1-2 місяці
C – 2-3 місяці
*D – 1-4 місяці
E – 6 місяців

4. В резидуальний період черепно-мозкової травми який з наведених методів є малоефективним?
A – лікувальна гімнастика
B – заняття на тренажерах
*C – заняття на профілакторі Євмінова
D – масаж
E – працетерапія

5. Після струсу головного мозку хворому були призначені наступні методи реабілітації. Який з них недоцільний?
A – легкі аеробні вправи
*B – повний спокій
C – прогулянки
D – плавання
E – дихальні вправи

6. В гострому (ранньому) періоді хворому з черепно-мозковою травмою, що має порушення свідомості, можна призначити:
A –
*B – проведення масажу спини кілька разів на день
C –
D –
E –

7. У відновлювальному періоді після ЗЧМТ показані наступні фізичні вправи (крім):
A – лікування положенням
B – загальнозміцнюючі вправи
C – заняття на тренажерах
D – гідрокінезотерапія, масаж
*E – заняття на профілакторі Євмінова

8. В перший тиждень після ЗЧМТ який з методів фізіотерапії рекомендований:
A –
B –
C –
D –
E – електрофорез з магнієм, бромом, еуфеліном на комірцеву зону

9. В разі ураження окорухового нерву при ЗЧМТ який з методів фізіотерапії найефективніший?

A –
B – електростимуляція
C –
D –
E –

10. Для зменшення контрактур кистей після ЧМТ рекомендовано застосовувати:

A – електростимуляцію м'язів і нервів (розгиначів)
B – УФ хребта, комірцевої зони
*C – УВЧ
D – електрофорез з міорелаксантами
E – діадинамічні струми

11. На етапі санаторно-курортного відновлення рухових функцій який з методів використовувати недоцільно?

A – дію факторів зовнішнього середовища
B – грязеві аплікації у вигляді шкарпеток, на комірцеву зону
C – лікувальну гімнастику, масаж
D – ванни радонові, сульфідні, йодобромні
*E – лікування положенням

12. Які прийоми застосовують для того, щоб змусити хворого зі спінальною травмою, виконати рух і повірити в можливість відновлення? (Всі, крім):

A – ідеомоторні вправи
B – ізометричне напруження м'язів
C – вправи у воді
D – пасивні, пасивно-активні вправи
*E – силові вправи з опором

13. Якого з наведених періодів не виділяють при ТХСМ?

A – гострий
B – ранній
C – проміжний
D – пізній
*E – резидуальний

14. Вправи в першому періоді реабілітації лікувальна гімнастика проводиться в положенні хворого, всіх, крім:

A – на спині
B – на животі
C – на боці
D – стоячи
*E – сидячи

15. Для відновлення компенсаторних рухових навичок з першого етапу реабілітації треба виконувати:

*A – пересування тазу догори
B – вправи з опором на ноги
C – підтягування на перекладині в ліжку
D – пасивна розробка суглобів кінцівок
E – вправи на скорочення сідниць

16. В пізньому реабілітаційному періоді ТХМС при високих реабілітаційних можливостях є:

A – компенсаційні процеси
B – пристосувальна діяльність
*C – процеси реституації
D – абілітація
E – процеси відновлення втрачених функцій

17. Основне завдання 2 етапу реабілітації при ТХСМ є все, крім:

A – відновлення функції рівноваги сидячи
B – поступова адаптація до зростання навантаження
C – освоєння методики замикання колінного суглоба
D – зменшення спастики
*E – відновлення функції ходьби

18. Основними завданнями 1 етапу реабілітації при ТХСМ є все, крім:

A – відновлення функції підтримки і рівноваги сидячи
B – профілактика контрактур
C – нормалізація м'язового тонусу
D – підвищення сили м'язів спини, животу, кінцівок
*E – пересування в вертикальному положенні

19. При призначенні гідрокінезотерапії хворим з ТХСМ треба орієнтуватися на наступний фактор:

*A – хворий може перебувати в вертикальному положенні
B – висока мотивація хворого до занять у воді
C – відсутність розладів тазових функцій
D – хворий може знаходитися без візка
E – хворий може самостійно пересуватися

20. Які вправи в воді треба включати в комплекс тренування?

A – повороти
B – оволодіння плавальними рухами
C – вправи на розслаблення м'язів
D – загальнозміцнюючі вправи
*E – занурювання

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Тези лекції «Фізична терапія при ЗЧМТ та спінальних травмах».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
6. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 8. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Спінальні травми відносяться до ургентних станів, тому з ними зустрічаються багато фахівців: нейрохірурги, неврологи і звичайно реабілітологи, оскільки етапна реабілітація один з важливих факторів відновлення функції.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів з травмами головного та спинного мозку та після оперативних втручань на головному та спинному мозку.

2. Освітня: оволодіти знаннями про закриту черепно-мозкову травму, спінальну травму та стан після оперативних втручань на головному та спинному мозку, що застосовують при їх лікуванні.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Види травм головного та спинного мозку.

Клініку струсу, забиття, здавлення головного мозку.

Клініку струсу, забою спинного мозку, гематомієлії.

Етапи медичної реабілітації.

Методи фізичної реабілітації на різних етапах.

Причини інвалідності, пов'язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Обстежити хворого з травмами головного та спинного мозку та після оперативних втручань.

Сформулювати реабілітаційний діагноз.

Скласти реабілітаційну програму

Провести хворому лікувальну гімнастику, кінезіотерапію, масаж згідно програми реабілітації.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з спінальними травмами» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Які періоди травматичної хвороби спинного мозку?
2. Який реабілітаційний комплекс призначають хворим з ТХСМ у гострому періоді відновлювання?
3. Який комплекс вправ показаний хворому з ТХСМ у ранньому періоді відновлювання?
4. Які вправи лікувальної гімнастики показані хворим з ТХСМ в проміжному періоді захворювання?
5. Які вправи лікувальної гімнастики проводять на занятті хворим в пізньому відновлювальному періоді?
6. Які методи фізіотерапії показані в ранньому періоді лікування ТХСМ?
7. Значення реституції в реабілітаційному процесі при ТХСМ.
8. Яке значення має механізм формування компенсацій при ТХСМ?
9. Які ступені втрати функцій опори і пересування виділяють при ТХСМ?
10. Задачі і методи реабілітації у разі наявності I-IV ступеню втрати функцій.
11. Які сучасні методи фізіотерапії ефективні на пізніх етапах лікування ТХСМ?
12. Переваги методу гідрокінезотерапії в реабілітації хворих з ушкодженням спинного мозку.

13. Яка методика проведення гідрокінезотерапії при ТХСМ?
14. Застосування масажу в реабілітації хворих з травмами спинного мозку.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Травми головного мозку: струс, забиття, здавлення мозку.
Загальні прояви травм головного мозку:

– втрата свідомості;
– головний біль;
– розлади дихання, серцевої діяльності;
– нудота, блювота;
– вогнищеві симптоми виникають в залежності від локалізації і характеру, тяжкості травми.

1. Порушення рухів (спастичні парези). Після виходу хворого з важкого стану застосовують методи аналогічні, як при інсультах.

2. Вестибулярні розлади ставлять перед реабілітологом спеціальні завдання: відновлення і підвищення стійкості вестібулярного апарату; покращення ритму дихання.

Для вирішення цих задач наприкінці постільного періоду і в наступних періодах застосовують вправи на розвиток статокінетичної стійкості; вправи зі зміною положень тіла, одночасні рухи голови і тулуба у бічній та передньо-задній площинах з обмеженою амплітудою і кількістю повторень. Після адаптації допускають вправи на ізольовані рухи тільки головою, дихальні вправи, вправи статичного і динамічного характеру. Вправи у рівновазі на великий і малій площі опору: вправи на координацію. Вправи у метанні м’яча. Вправи з закритими очима на місці та в русі.

3. Фізіотерапія: холодні компреси на комірцеву зону; холодні обливання потилиці; банки вздовж хребта; магнітотерапія.

В пізній період призначається з урахуванням основного синдрому – астенічний, епілептичний, вогнищевий.

Фізична реабілітація

Лікувальна гімнастика на 2-3 день після травм (або операції).

1. Гострий період.

А) Лікування положенням (положення залежить від виду парезів, стану тонусу м’язів). Положення змінюють кожні 2 години.

Б) Лікувальні вправи 2-3 рази на день проводить реабілітолог в поєднанні з масажем грудної клітини. Самостійно – дихальні вправи.

В) Пасивні вправи (розроблення в суглобах) проводять з першого тижня від центру до периферії. Темп повільний, 3-5 разів. Тривалість заняття ЛФК 10-12 хвилин.

2. Проміжний період – ЛФК (з урахуванням оборотних та необоротних змін).

А) Хворі, яким операція заперечена декомпресію спинного мозку – ЛФК сприяє повному відновленню рухів.

Б) Хворі, у яких після операції рухів відновились частково – ЛФК сприяє відновленню тимчасово пригнічених рухливих функцій, розвитку компенсаторних механізмів.

В) Хворі з важкими ушкодженнями. Розлади функцій необоротні – ЛФК застосовують для розвитку пристосування, функцій заміщення.

ЛФК проводяться реабілітологом 2 рази на день, самостійно 4-5 разів.

Через 1-2 місяця за допомогою і самостійно повертається на живіт, потім пересуватися в межах ліжка. Потім опирання на коліна, кисті. Корекція вправ згідно з розширенням вихідних положень.

Пасивні вправи.

Вправи для розслаблення м'язів і підвищення тонусу.

Гідрокінезотерапія з 5-7 місяця (коли хворий починає сидіти).

Масаж.

Застосовують для заспокійливого впливу на ЦНС, зменшення болю, поліпшення нервово-психічного стану, зниження напруженості та розслаблення спастичних м'язів; підвищення тонусу м'язів при в'ялих парезах; профілактиці пролежнів, пневмонії. Розпочинають з перших днів після травми. Можливо після лікування застосування сегментарно-рефлекторного масажу, точкового, апаратного, вібромасажу. Масаж поєднують з пасивними іта активно-пасивними рухами, тепловими процедурами, вправами у воді.

Фізіотерапія.

1. Електроаерозольтерапія з антибіотиками, фітонцидами.
2. Електрофорез.
3. УВЧ.
4. Магнітотерапія.
5. Електростимуляція.
6. Ультразвук.
7. Індуктермія.

Післялікарняний період реабілітації:

1. ЛФК – вправи на зміцнення м'язів, поліпшують витривалість, удосконалюють координацію, рівновагу, поставу, розвивають і покращують ходу; пасивні рухи в суглобах корекція в залежності від стану хворого. Гідрокінезотерапія. Оволодіння навичками самообслуговування.

2. Масаж – щоденно, двомісячними курсами. Сегментарно-рефлектоний, точковий, класичний, вібромасаж, гідромасаж.

3. Фізіотерапія – періодично, двомісячні курси 3 рази на рік; електрофорез. ДДГ, електростимуляція, лазеротерапія.

4. Механотерапія – апарати маятникового і блокового типу; у воді (особливо ефективна).

5. Працетерапія.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Анестезія – втрата чутливості до зовнішніх подразнень, особливо до болю.

Атрофія – зменшення розмірів окремих органів, або тканин, яке супроводжується занепадом їхньої життєдіяльності.

Гіперрефлексія – підвищення сегментарних функцій.

Дисметрія – нездатність керувати амплітудою та силою довільних рухів.

Парез – часткова втрата рухових функцій.

1. Класифікація травм спинного мозку.
2. Клінічні ознаки уражень спинного мозку на різних рівнях.
3. Періоди реабілітації травматичної хвороби спинного мозку.
4. Принципи фізичної терапії при спастичних парезах.
5. Методи фізіотерапії та масажу в ранньому періоді лікування ТХСМ.
6. Методи фізичної терапії в пізньому, проміжному періоді відновлення після ТХСМ.
7. Сучасні методи відновлення функцій після травм спинного мозку.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хворий 28 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку на рівні шийного потовщення, тетрапарез. Клінічні дані: отримав травму в ДТП 7 місяців тому. Лікувався в нейрохірургічному відділенні та у відділенні нейрореабілітації, зараз знаходиться вдома. Лікується амбулаторно. При огляді: парез верхніх кінцівок з низьким тонусом та рефлексами, підвищений тонус в нижніх кінцівках з високими рефлексами і патологічними стоповими знаками. Знижена чутливість з рівня C_5 (порушені всі види чутливості). Затримка сечовиділення.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомтеся з клінічним діагнозом.
2. Визначте наявність і ступень вираженості рухових розладів, м'язового тонусу.
3. Визначте період перебігу захворювання.
4. Сформулюйте загальні і приватні задачі фізичної реабілітації.
5. Відповідно до задач дати загальні рекомендації з реабілітації.
6. Підібрати комплекс спеціальних вправ лікувальної гімнастики згідно стану хворого і періоду захворювання, регламентувати їх дозування.
7. Визначити методики застосування масажу, фізіотерапії.
8. Визначити критерії ефективності реабілітації хворого.
9. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

Хворий перебуває в проміжному періоді захворювання.

1. Кінезіотерапія: ідеоматичні вправи, ізометричне напруження м'язів, пасивні і активно-пасивні вправи, вправи в підвісній терапії, спеціальні вправи.
2. Механотерапія на тренажерах зі зворотнім зв'язком. Пересування в апаратах, паралельних брусів.
3. Масаж, вібромасаж.
4. Ерготерапія: відновлення або компенсація функцій самообслуговування.
5. Трансвертебральні методики стимуляції спинного мозку.
6. Рефлексотерапія.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хвора 37 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку, грудний рівень, нижній тетрапарез. Клінічні дані: отримала травму грудного відділу хребта місяць тому, після якої розвилася слабкість нижніх кінцівок, порушення функції тазових органів, порушення чутливості в нижніх відділах тулуба, нижніх кінцівках. При огляді: нижній парапарез зі зниженим тонусом м'язів, гіпотрофіями м'язів нижніх кінцівок, знижена чутливість з рівня пупка.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хворий 48 років. Діагноз: травматична хвороба спинного мозку, ураження поперекового потовщення, нижній м'язовий парапарез. Клінічні дані: травма спини 12 місяців

тому. Спочатку нижній парапарез мав ознаки периферичного зі зниженим тонусом, рефлексами, але поступово тонус почав зростати і на момент огляду має ознаки спастичного. Знижена чутливість в ногах з рівня пахових складок. Функції тазових органів порушені за периферичним типом. Хворий сидить самостійно. Пересувається за допомогою ходунків.

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Як довго триває ранній період після черепно-мозкової травми?
A – 5-10 діб
B – 2 тижні
C – 15-30 діб
*D – 2-5 доби
E – 1-2 місяці

2. Як довго триває проміжний період після черепно-мозкової травми?
A – 3 місяці
*B – 5-30 діб
C – 30-45 діб
D – 40-60 діб
E – 3-6 місяців

3. Пізній відновлювальний період після черепно-мозкової травми триває:
A – 6-8 місяців
B – 1-2 місяці
C – 2-3 місяці
*D – 1-4 місяці
E – 6 місяців

4. В резидуальний період черепно-мозкової травми який з наведених методів є малоефективним?
A – лікувальна гімнастика
B – заняття на тренажерах
*C – заняття на профілакторі Євмінова
D – масаж
E – працетерапія

5. Після струсу головного мозку хворому були призначені наступні методи реабілітації. Який з них недоцільний?
A – легкі аеробні вправи
*B – повний спокій
C – прогулянки
D – плавання
E – дихальні вправи

6. В гострому (ранньому) періоді хворому з черепно-мозковою травмою, що має порушення свідомості, можна призначити:
A –
*B – проведення масажу спини кілька разів на день
C –
D –
E –

7. У відновлювальному періоді після ЗЧМТ показані наступні фізичні вправи (крім):
A – лікування положенням
B – загальнозміцнюючі вправи
C – заняття на тренажерах
D – гідрокінезотерапія, масаж
*E – заняття на профілакторі Євмінова

8. В перший тиждень після ЗЧМТ який з методів фізіотерапії рекомендований:
A –
B –
C –
D –
E – електрофорез з магнієм, бромом, еуфеліном на комірцеву зону

9. В разі ураження окорухового нерву при ЗЧМТ який з методів фізіотерапії найефективніший?
A –
B – електростимуляція
C –
D –
E –

10. Для зменшення контрактур кистей після ЧМТ рекомендовано застосовувати:
A – електростимуляцію м'язів і нервів (розгиначів)
B – УФ хребта, комірцевої зони
*C – УВЧ
D – електрофорез з міорелаксантами
E – діадинамічні струми

11. На етапі санаторно-курортного відновлення рухових функцій який з методів використовувати недоцільно?
A – дію факторів зовнішнього середовища
B – грязеві аплікації у вигляді шкарпеток, на комірцеву зону
C – лікувальну гімнастику, масаж
D – ванни радонові, сульфідні, йодобромні
*E – лікування положенням

12. Які прийоми застосовують для того, щоб змусити хворого зі спінальною травмою, виконати рух і повірити в можливість відновлення? (Всі, крім):
A – ідеомоторні вправи
B – ізометричне напруження м'язів
C – вправи у воді
D – пасивні, пасивно-активні вправи
*E – силові вправи з опором

13. Якого з наведених періодів не виділяють при ТХСМ?
A – гострий
B – ранній
C – проміжний
D – пізній
*E – резидуальний

14. Вправи в першому періоді реабілітації лікувальна гімнастика проводиться в положенні хворого, всіх, крім:

A – на спині
B – на животі
C – на боці
D – стоячи
*E – сидячи

15. Для відновлення компенсаторних рухових навичок з першого етапу реабілітації треба виконувати:

*A – пересування тазу догори
B – вправи з опором на ноги
C – підтягування на перекладині в ліжку
D – пасивна розробка суглобів кінцівок
E – вправи на скорочення сідниць

16. В пізньому реабілітаційному періоді ТХМС при високих реабілітаційних можливостях є:

A – компенсаційні процеси
B – пристосувальна діяльність
*C – процеси реституації
D – абілітація
E – процеси відновлення втрачених функцій

17. Основне завдання 2 етапу реабілітації при ТХСМ є все, крім:

A – відновлення функції рівноваги сидячи
B – поступова адаптація до зростання навантаження
C – освоєння методики замикання колінного суглоба
D – зменшення спастики
*E – відновлення функції ходьби

18. Основними завданнями 1 етапу реабілітації при ТХСМ є все, крім:

A – відновлення функції підтримки і рівноваги сидячи
B – профілактика контрактур
C – нормалізація м’язового тонусу
D – підвищення сили м’язів спини, животу, кінцівок
*E – пересування в вертикальному положенні

19. При призначенні гідрокінезотерапії хворим з ТХСМ треба орієнтуватися на наступний фактор:

*A – хворий може перебувати в вертикальному положенні
B – висока мотивація хворого до занять у воді
C – відсутність розладів тазових функцій
D – хворий може знаходитися без візка
E – хворий може самостійно пересуватися

20. Які вправи в воді треба включати в комплекс тренування?

A – повороти
B – оволодіння плавальними рухами
C – вправи на розслаблення м’язів
D – загальнозміцнюючі вправи
*E – занурювання

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Тези лекції «Фізична терапія при ЗЧМТ та спінальних травмах».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
6. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 9. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Серед усіх неврологічних захворювань у дитячому віці ураження нервової системи перед- і перинатального періоду складають 65-80%, з яких 30% припадає на останній. В Україні, як і в усьому світі найпоширеніший діагноз «Дитячий церебральний параліч» (ДЦП) – група синдромів, які виникають внаслідок недорозвитку або ураження головного мозку в пре- або перинатальному періоді. Значні рухові. Мовні та психічні порушення важко піддаються корекції, часто стають причиною інвалідізації. В Україні частота 2,56 випадків на 1000 новонароджених. Останні роки кількість на ДЦП збільшується. Загалом приблизно 180 тис. дітей в Україні мають статус дітей-інвалідів по ДЦП, що становить приблизно 2% від усього дитячого населення.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у хворих з перинатальними синдромами та ДЦП на різних етапах захворювання.

2. Освітня: оволодіти знаннями про перинатальну патологію на ДЦП, методи фізичної терапії, що застосовуються при їх лікуванні.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Класифікацію уражень нервової системи у дітей.

Причини перинатальних уражень.

Основні розлади, які виникають при перинатальних синдромах, в тому числі ДЦП.

Фактори ризику виникнення ДЦП.

Види фізичної реабілітації, які застосовуються при лікуванні хворих на ДЦП.

Види фізичної реабілітації, які застосовуються при лікуванні хворих на ДЦП.

Види масажу (точковий, лікувальний та інш.), які застосовують при терапії перинатальних синдромів.

Застосування кінезіотерапії при ДЦП.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Зібрати анамнез, провести обстеження хворого з перинатальною патологією нервової системи, ДЦП.

Оцінити ступінь розладів рухової, координаторної, м’язової систем.

Визначити методи фізичної реабілітації, які потрібно застосувати, навантаження для конкретного пацієнта.

Провести хворому масаж, лікувальну гімнастику, тейпування.

Оцінити ефективність проведеної реабілітаційної програми, дати рекоменданції по продовженню заняття в домашніх умовах.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу.

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

ІІІ. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми «Фізична реабілітація хворих з перинатальними синдромами і ДЦП» на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ

1. Дайте визначення дитячому церебральному паралічу.
2. Які синдроми виділяють при дитячому церебральному паралічу?
3. Які причини призводять до перинатальної патології та дитячого церебрального паралічу?
4. Які можливості масажу в відновленні рухових функцій при перинатальній патології і ДЦП?

5. Яка методика точкового масажу при ДЦП?
6. Задачі лікувальної гімнастики в реабілітації дітей з ДЦП?
7. Які методики лікування положенням при ДЦП?
8. Які пасивні вправи виконують з дітьми при ДЦП?
9. Які різновиди активних вправ застосовують при лікувальній гімнастиці у дітей при ДЦП?
10. Яка методика і тривалість самостійних занять дітей з ДЦП?
11. Задачі гідрокінезотерапії при ДЦП.
12. Що таке сенсорна корекція?
13. Які методи сенсорної корекції ви знаєте?
14. Що таке сенсорна кімната і яке значення її використання у реабілітації дітей з ДЦП?
15. Яка роль кінезотерапії в лікуванні дітей з перинатальною патологією і ДЦП?
16. Які принципи підбору фізичних вправ виділяють при складанні індивідуальних програм у дітей з ДЦП?
17. Які методи фізіотерапії ефективні в реабілітації дітей з ДЦП?
18. Які сучасні методи реабілітації застосовують при веденні хворих з ДЦП і перинатальними синдромами?
19. Іпотерапія і дельфінотерапія як методи реабілітації при ДЦП.
20. Арт-терапія в реабілітації дітей з перинатальними синдромами і ДЦП.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Перинатальная патологія:
- ДЦП
- Перинатальна енцефалопатія
- Пологова травма нервової системи

Етіологія: гіпоксія, травма, інфекція, інтоксикація, порушення метаболізму, ендокринні, гормональні впливи, автоімунний конфлікт, стреси та ін.

Періоди хвороби: гострий (до 1 міс), підгострий або ранній період відновлення (до 4-х місяців), пізній період відновлення (до 2-х років).

Ступені тяжкості: легка, середня, тяжка.

Клінічні синдроми:
Гострий період:
1. Підвищеної нейрорефлекторної збудивості.
2. Загального пригнічення.
3. Гіпертензівний.
4. Гіпертензійно-гідроцефальний.
5. Судомний.
6. Коматозний.

Період відновлення:
1. Астеноневритичний.
2. Вегетативно-вісцеральних дисфункцій.
3. Рухових порушень.
4. Судомний.
5. Гідроцефальний.
6. Затримка психомоторного та передмовного розвитку.

Пологова травма

Внутрішньочерепна:

- без крововиливу
- з крововиливом

Периферичної нервової системи:

- травма плечового сплетіння
- травма окремих нервів

Травма спинного мозку:

- розтягнення хребта під час тракції
- згинання та розгинання у разі повернення голови при пологах

Дитячий церебральний параліч

Збірний термін, що поєднує групу непрогресуючих неврологічних розладів, які виникають внаслідок недорозвитку або ураження мозку в ранньому онтогенезі.

Основні клінічні синдроми (форми) ДЦП

1. Пірамідних порушень – спастичних плегій (подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміплегія) до 80%.
2. Екстрапірамідних порушень – гіперкінетична форма до 4%.
3. Мозочкових порушень – атонічно-астатична форма до 4%
4. Змішані форми.

Основні клінічні прояви, що потребують реабілітації

1. Рухові розлади.
2. Патологічні сінкінезії.
3. Високий м’язовий тонус.
4. Порушення мови, психологічні розлади.

Перебіг поділяється на стадії:

1. Гострий – до 14 днів.
2. Початкова резидуальна – до 2-х місяців.
3. Пізня резидуальна – до 2-х років.
4. Залишкових явищ – після 2-х років.

Методи фізичної реабілітації, що застосовуються:

1. Масаж (точковий, рефлекторний, загальний лікувальний).
2. Лікувальна фізична культура (гідрокінезіотерапія, лікувальна гімнастика, самостійні заняття).
3. Фізіотерапія.
4. Зоотерапія та інш.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Атонія – відсутність тонусу, зокрема, м’язів.

Геміпарез – слабкість м’язів кінцівок на одному боці.

Гіперкінез – насильницьке скорочення м’язів, що призводить до надлишкових рухів.

Гіпотонія – зниження у людини тонусу будь-якої тканини, органу, кров’яного тиску.

Диплегія – параліч м’язів обох верхніх кінцівок.

Дисметрія – нездатність керувати амплітудою та силою довільних рухів.

Ригідність – стійке підвищення м’язового тонусу, однаково виражене у всіх фазах активних і пасивних рухів.

Тетрапарез – парез усіх кінцівок.

1. Види перинатальної патології.
2. Основні види дитячих церебральних паралічей.
3. Причини виникнення дитячих церебральних паралічей.
4. Лікувальна гімнастика – як основний метод відновлення при ДЦП.
5. Види масажу при перинатальних синдромах і ДЦП.
6. Методи нетрадиційної медицини в відновленні функції у дітей з ДЦП.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Дитина 4 років. Діагноз: дитячий церебральний параліч, гіперкінетична форма. Клінічні дані: дитина народилася від батьків з резус-несумісністю, перенесла гемолітичну жовтяницю. Протягом 1-го року життя – відставання від однолітків у психічному і фізичному розвитку. До кінця року життя став незграбним, з’явилися хробакоподібні рухи в пальцях рук, насильницькі рухи м’язів обличчя та нечітка мова. М’язовий тонус знижений. Функції черепних нервів без патології.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом.
2. Сформулювати загальні і приватні задачі фізичної реабілітації.
3. Відповідно до задач дати загальні рекомендації реабілітації.
4. Підібрати комплекс вправ лікувальної гімнастики.
5. Визначити методи фізіотерапії, види масажу.
6. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Кінезотерапія: активні, пасивні вправи за індивідуальною методикою, застосування авторських методик – Войт, Бобат, за Семеновою.
2. Заняття на апаратах з біологічно-зворотнім зв’язком, локоматі.
3. Фізіотерапія: електрофорез з лідокаїном, суфілліном, теплолікування (озокерит, парафін) або локальна кріотерапія.
4. Масаж.
5. Рефлексотерапія, анімалтерапія.
6. Кондуктивна педагогіка.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 12 років. Діагноз: ДЦП, спастична діплегія GMFCS-III G80.1. Клінічні дані: діагноз виставлений на першому році життя. При обстеженні МРТ – перивентрикулярна лейкопатія. При огляді: спастичний виражений парапарез в нижніх кінцівках, контрактури колінних суглобів. У верхніх кінцівках незначна слабкість. Пасивні рухи у верхніх кінцівках в повному обсязі, в нижніх – обмежені. Хворий ходить за допомогою, при ході ноги перехрещуються. Сколіоз поперекового відділу хребта.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 5 років. Діагноз: ДЦП, геміплегічна форма GMFCS-II G80.2. Клінічні дані: дитина народилася недоношеною (в 29 тижнів) з наявністю крововиливу в лівій півкулі головного мозку. З народження мала ознаки затримки фізичного і психічного розвитку. При огляді: спастичний геміпарез правих кінцівок. Активні рухи обмежені – в верхній кінцівці: підіймає плече, в нижніх – ходить без сторонньої допомоги, але хода по типу Верніке-Манна без циркумудуляції ноги. М'язовий тонус в правих кінцівках підвищений. Сколіоз хребта S-подібної форми. Епілептичних нападів немає.

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хвора 7 років. Діагноз: ДЦП, дискінетична (гіперкінетична форма GMFCS-IV G80.3). Клінічні дані: після народження тяжка гемолітична жовтяниця. Поступовий розвиток гіперкінезів, ураження окорухових нервів. При огляді: знижений індекс маси тіла. Виражені гіперкінези в м'язах верхніх кінцівок та обличчя; косоокість, дизартрія. Відсутня правильна постава тулуба і кінцівок. Інтелект збережений.

Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хворий 8 років. Діагноз: ДЦП, атактична форма, GMFCS-II. В анамнезі: пологова травма. При огляді: знижений тонус в м'язах кінцівок. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Сухожилкові і периостальні рефлекси підвищені. Атаксія при ході і при виконанні координаторних проб з інтенційним тремором. Дисметрія. Спостерігається відсталість в розумовому розвитку.

Складіть програму реабілітації.

Задача №5.

Хвора 3 років. Діагноз: ДЦП, спастична тетраплегія, GMFCS-V. Клінічні дані: народилася недоношеною з явищами гіпоксії мозку. При огляді: тетрапарез з вираженою спастичністю, псевдобульбарний синдром, косоокість, зниження слуху. Інтелект знижений. Контрактури суглобів верхніх і нижніх кінцівок, деформація хребта. Дитина самостійно не рухається, не розмовляє.

Складіть програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. В розвитку ДЦП виділяють … стадій:
A – 4
*B – 3
C – 2
D – 6
E – 5

2. Рання стадія ДЦП триває до:
A – 2 місяців
B – 3 місяців
C – 3-4 місяців
D – 4-5 місяців
E – 6-7 місяців

3. Пізня резидуальна стадія починається після:
A – після року
B – після 5 років

C – після 2 років
*D – після 3 років
E – після 4 років

4. Згідно класифікації GMFCS виділяють наступну кількість рівнів розвитку великих моторних функцій:
A – 4
B – 3
*C – 5
D – 6
E – 2

5. Найбільш тяжка ступінь порушень великих моторних функцій:
A – 1
B – 2
C – 3
D – 4
*E – 5

6. Скільки півнів спастичності виділяють за шкалою Ашворта?
A – 5
B – 2
C – 6
D – 3
*E – 4

7. Ціллю консервативного лікування при ДЦП є все, крім:
A – набуття та збереження нових рухових навичок
B – профілактика розвитку контрактур і ускладнень
C – зниження рівня больових відчуттів
D – покращення рівня догляду за дитиною
*E – відновлення ушкоджених ділянок мозку

8. Який клінічний синдром значно обмежує обсяг реабілітаційних заходів при ДЦП?
A – наявність сінкінезій
B – наявність контрактур
C – наявність затримки психічного розвитку
*D – наявність епілептичних нападів
E – наявність плегій кінцівок

9. Необхідність якого клінічного синдрому є підставою для встановлення діагнозу дитячий церебральний параліч?
A – координаторних
B – ураження черепних нервів
*C – наявність рухових розладів
D – затримка психічного розвитку
E – зміна тонусу м’язів

10. Які методи фізичної терапії треба включати в реабілітаційний комплекс при ДЦП?
A – лікувальну гімнастику
B – масаж
C – фізіотерапію
D – рефлексотерапію

*E – всі відповіді вірні

11. Який з видів масажу найбільш ефективний при лікуванні спастичних форм ДЦП?
A – класичний
B – вакуумний
*C – точковий
D – вібраційний
E – тайський

12. Лікувальний масаж при ДЦП здійснюється з ціллю (все, крім):
A – зміцнення паретичних м'язів
B – покращення кровообігу
C – покращення процесів обміну
D – відновлення рухових функцій
*E – всі відповіді вірні

13. Заняття ЛФК при ДЦП повинно тривати:
*A – 30-35 хв.
B – 10-15 хв.
C – 15-20 хв.
D – 20-25 хв.
E – 25-30 хв.

14. Який вид вправ не відноситься до прикладних?
A – ходьба
B – біг
C – рачкування
D – стрибки
*E – заняття в «сухому басейні»

15. Який з методів не відносять до методик сенсорної корекції?
A – кінізотейпування
B – тренажер зі зворотнім зв'язком
C – сенсорна кімната
D – анімалтерапія
*E – навчання самообслуговуванню

16. Які стадії виділяють в течії дитячого церебрального паралічу?
*A – пізня резидуальна
B – гостра
C – початкова
D – остаточних явищ
E – заключна

17. Яку з наведених форм не виділяють в сучасній класифікації:
*A – гіпертонічно-гіперкінетична
B – подвійна геміплегія
C – гіперкінетична
D – геміплегічна
E – спастична диплегія

18. Який головний синдром при геміплегічній формі ДЦП?
A – центральний тетрапарез

B – атонічно-астатичний
*C – центральний геміпарез
D – гіпертонічно-гіперкінетичний
E – центральний нижній парапарез

19. Який з методів фізіотерапії застосовують при гіперкінезах?
A – електрофорез з прозеріном
*B – електрофорез з галоперідолом
C – ультразвук з гідрокортизоном
D – електрофорез з атропіном
E – вакуум-терапія

20. Який з методів фізіотерапії найбільш ефективний при гіпотонії м'язів?
A – електрофорез з магнезією
B – ультразвук з карипазімом
C – ультразвук з гелем бен-гей
D – електрофорез з галантаміном
*E – електрофорез з прозеріном

21. Який з методів фізіотерапії найбільш ефективний при гіпертонії м'язів?
*A – електрофорез з еуфіліном
B – ультразвук з гідрокортизоном
C – електрофорез з прозеріном
D – електростимуляція
E – ультразвук з фіналгоном.

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.
2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3. Тема лекції «Фізична терапія при дитячому церебральному паралічу».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
7. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

ТЕМА № 10. МІСЦЕ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

І. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

До нетрадиційних методів лікування відносяться ті методи, ефективність яких не доведена клінічними випробуваннями, але які можуть обґрунтуваннями з точки зору медичної науки, а отже, мають право на життя. Останнім часом спостерігається тенденція поступового визнання нетрадиційних методів лікування з підтвердженням їх ефективності за результатами клінічних даних.

ІІ. МЕТА НАВЧАННЯ

1. Загальна: сприяти формуванню загальних і професійних компетенцій студента при проведенні реабілітаційних заходів у хворих з різними захворюваннями нервової системи методами нетрадиційної терапії.

2. Освітня: оволодіти знаннями про нетрадиційні методи в реабілітації хворих з патологією нервової системи.

3. Кінцеві результати засвоєння теми: відповідно вимогам стандарту рівня підготовки бакалаврів – фізичних терапевтів, студент після вивчення теми повинен:

✓ *Знати:*

Нетрадиційні види, що застосовують в нейрореабілтації.

Механізм дії рефлексотерапії.

Види рефлексотерапії.

Показання та протипоказання для застосування рефлексотерапії.

Фітотерапія – ефекти методу, показання, протипоказання.

Вакуум-терапія в реабілітації неврологічних хворих.

Арт-терапія в нейрореабілітації.

Гірудотерапія: механізм дії, показання, методика проведення.

Іпотерапія в реабілітації нервових захворювань.

Дельфінотерапія в реабілітації дітей.

Причини інвалідності, пов’язані з захворюваннями нервової системи, показання, протипоказання для застосування реабілітаційних заходів при нервових хворобах.

✓ *Вміти:*

Визначити необхідність застосування нетрадиційних методів реабілітації.

Використовувати методи нетрадиційної терапії під час реабілітації хворих з неврологічними захворюваннями.

Застосовувати знання для проведення медичної реабілітації при захворюваннях нервової системи;

Навчити пацієнта комплексам лікувальної гімнастики і самомасажу;

Надати допомогу в освоєнні навичок до самодогляду, побутовим навичками.

✓ *Мати фахові (предметні) компетенції:*

ЗК.04. Здатність працювати в команді.

ЗК.12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

СК.03. Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

СК.05. Здатність провадити безпечну для пацієнтів практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у неврологічних хворих.

СК.07. Здатність допомогти пацієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст та необхідність з виконання програми фізичної терапії, ерготерапії.

СК.08. Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії, ерготерапії.

СК.10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта відповідними засобами і методами, документувати отримані результати.

III. ТЕРМІН ЗАНЯТТЯ – 3 академічні години.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

Основні етапи заняття	Час (хв.)
Організаційна частина. Контроль відвідування, ознайомлення студентів з темою, метою та планом заняття. Визначення критеріїв оцінювання.	5
Вступна частина. Контроль викладачем базисного рівня знань студентів теми про нетрадиційні методи лікування в неврології на підставі їх самостійної підготовки до заняття, методом усного опитування та вхідного тест-контролю (перелік питань, зразки тестів пропонуються в розділі V).	15
Основна частина. Вивчення, конспектування, дискусія студентів, пояснення викладачем найбільш важливих термінів, понять, певних проблематичних питань теми з використанням методичних рекомендацій для студентів. Розбір і засвоєння графологічної структури теми. Проведення інструктажу. Виконання практичного завдання за формами (групова, бригадна, індивідуальна). Відпрацьовування практичних навичок у палатах хворих під керівництвом викладача.	60
Самостійна робота студентів. Виконання індивідуальних ситуаційних завдань за варіантами, що запропоновані викладачем. Індивідуальний контроль результатів рішення.	15
Заключна частина. Заключний тестовий контроль знань та умінь з теми. Виставлення кожному студенту оцінки. Домашнє завдання.	30
Академічна перерва.	10
Разом:	135

V. ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ:

1. Які види нетрадиційної медицини застосовують при терапії і реабілітації нервових хворіб?
2. Що таке рефлексотерапія? Які принципи дії даного методу?
3. Які види рефлексотерапії ви знаєте?
4. Метод проведення точкового масажу у неврологічних хворих.
5. Види поверхневої рефлексотерапії. При яких захворюваннях нервової системи необхідно їх застосовувати?
6. Що таке гірудотерапія?
7. Механізм дії гірудотерапії?
8. Особливості гірудотерапії при вертеброгенних синдромах.
9. Принцип методу фітотерапії.
10. Використання фітотерапії при захворюваннях нервової системи.
11. Яким чином впливають кольори на нервову систему?
12. Що таке світлотерапія?
13. Які показання для проведення світлотерапії?

14. Які ефекти спостерігаються при світлотерапії?
15. Які завдання фізичної терапії вирішує іпотерапія?
16. При яких захворюваннях нервової системи показана іпотерапія?
17. Які механізми забезпечують ефективність іпотерапії?
18. Що таке дельфінотерапія, кому вона показана?
19. Ефекти музикотерапії в відновленні хворих після інсульту, черепно-мозкових травм.
20. Застосування образотворчого мистецтва в реабілітації хворих зі спадковими захворюваннями.

VI. ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

Нетрадиційні методи лікування, що застосовують в реабілітації нервових хворіб:

- Рефлексотерапія
- Фітотерапія
- Арт-терапія
- Кольоротерапія
- Іпотерапія, дельфінотерапія
- Гірудотерапія

Рефлексотерапія

Метод фізичного впливу на точкові ділянки поверхні тіла людини. Під впливом виникає імпульс, який передається у відповідні нервові центри. Далі в ушкоджений орган, активізуючи систему самовідновлення.

Види рефлексотерапії:

- ✓ Акупунктура (голкотерапія)
- ✓ Манопресопунктура (точковий масаж)
- ✓ Вакуум-пресопресура (вакуумтерапія, вакуум-масаж)
- ✓ Термопресура
- ✓ Кріопресура
- ✓ Електроакупунктура
- ✓ Магнітопресура
- ✓ Гемопунктура (інфрачервоне опромінювання)
- ✓ Лазеропунктура
- ✓ Введення медичних препаратів в активні точки

Завдання рефлексотерапії в реабілітаційний період:

- Відновлення та покращення функції опорно-рухового апарату
- Корекція розладів мовлення
- Зменшення больового синдрому
- Покращення інтелектуально-мнестичних функцій

Показання:

- Вертеброгенні синдроми
- Невропатії (у т.ч. лицьового нерву)
- Мігрень
- Неврози, депресії, порушення сну
- Парези, параалічи
- ДЦП
- Реабілітація після травм
- Паркінсонізм

Точковий масаж

– Метод не має протипоказань
– Початок з точок проксимальних відділів кінцівок
– Процедури проводять щоденно
– Курс 15 процедур
– Характерний ефект сумації
– Точковий масаж робити до ЛФК

Фізіопунктура

✓ Електропунктура
✓ Лазеропунктура
✓ КВЧ-пунктура
✓ Кріопунктура
✓ Магнітопунктура

Вакуум-терапія

Одночасне стимулювання активних точок, посилення кровообігу в місці встановлення банок, видалення продуктів розпаду з підшкірного жиру.

Показання:

– Захворювання опорно-рухового апарату
– Порушення сну, головний біль
– Вертеброгенні синдроми

Протипоказання:

– Вагітність
– Гострі інфекційні хвороби
– Травми шкіри
– Пухлини
– Варикозне розширення вен

Фітотерапія

Рослинні препарати використовуються як самостійний метод лікування, так і для посилення ефективності традиційних препаратів.

Переваги методу:

✓ Тривалість використання
✓ Широкий спектр дії
✓ М’який ефект
✓ Мало ускладнень та токсичних реакцій

Гомеопатія – найбільш поширена форма натуралістичної медицини у всьому світі. В 2004 році в Україні введено в дію додаток «Гомеопатичні лікарняні засоби» до Державної Фармакології України.

Арт-терапія

Різновид психотерапії, психокорекція, що заснована на використанні видів мистецтва з ціллю покращення психоемоційного стану.

Показання для методу:

– Тривалий стресовий стан
– Депресії
– Підвищена дратівливість, агресія
– Допоміжний метод, що посилює ефективність відновлювальної терапії

Форми методу

– Індивідуальний

– Груповий
– Самостійний (в домашніх умовах).

Різновиди методу

– Танцювальна терапія
– Образотворче мистецтво
– Музикотерапія
– Ліпка (скульптура)
– Фототерапія
– Казкотерапія
– Лялькотерапія та ін.

Переваги методу

✓ Легкість, доступність, відсутність протипоказань
✓ Невербальний метод
✓ Значно поліпшує контакт з пацієнтів
✓ Мобілізує творчі сили людини, дарує позитивний емоційний заряд

Гірудотерапія

Механізм дії: при укусі п'явка виділяє в кров антикоагулянт – гірудин, що знижує згортання крові, активізує лімфовідток, підвищує імунітет, покращується кровообіг тканини звільняються від продуктів розпаду.

Показання:

– Остеохондроз
– Головний біль
– Залишкові явища після травми головного мозку
– Підвищений артеріальний тиск
– Невропатії (у т.ч. лицьового нерву)
– Невралгії
– Синдром Рейно

Протипоказання:

– Вагітність
– 3 місяці після операцій
– Анемія. Гемофілія
– Онкологічні захворювання

Іпотерапія

Визначний засіб реабілітаційного впливу на хворих з неврологічними. Психічними розладами, реконвалесцентів після травми головного і спинного мозку.

Задачі іпотерапії:

– Протидія гіпокінезії, розвиток фізичної активності
– Сприяння відновленню втрачених функцій
– Відновлення чи покращення втрачених навичок
– Забезпечення професійної реабілітації
– Формування нових навичок

Лікувальний ефект:

– Фізична реабілітація
– Позитивний вплив на нервову систему
– Розвиток уваги, здатність концентруватися
– Високий ступінь мотивації до знань
– Соціальна реабілітація

Дельфінотерапія

Вид медико-психологічної реабілітації, що посилює захисні сили організму у хворих дорослих і дітей з порушенням розвитку.

Механізм дії методу:

– Активна позитивна стимуляція кори головного мозку

– Дельфін своїм сонаром, як «голка», що проходить через патологічні ділянки мозку, щоб дозволити традиційним методам стати «ниткою», що відкриває шляхи успішного лікування.

– Після сеансу покращується взаємодія між півкулями головного мозку, знижується спастика.

Показання:

– Порушення розвитку мови у дітей
– Психо-неврологічні порушення (аутизм)
– Синдром Дауна
– Гіперкінези
– Наслідки стресових ситуацій
– Хронічний больовий синдром

Протипоказання:

– Епілепсія
– Гострі запальні захворювання
– Онкологічні захворювання
– Стандартні протипоказання для реабілітації в санаторіях.

VII. НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ТЕМИ

Глосарій

Рефлексотерапія – вплив на активні точки тіла людини.

Рефлекторний – такий, що обумовлений рефлексом.

Іпотерапія – метод реабілітації, якій здійснюють під час верхової їзди на конях.

Гірудотерапія – фізіотерапевтичний метод впливу на організм людини за допомогою медичних п’явок (hirudo – п'явка).

Фітотерапія – метод лікування, при якому основним є лікарські засоби рослинного походження.

1. Механізм дії рефлексотерапії. Застосування в реабілітації з захворюваннями нервової системи.
2. Гірудотерапія в лікуванні хворих з патологією нервової системи.
3. Застосування елементів фітотерапії в комплексному лікуванні неврологічних захворювань.
4. Кольоротерапія в реабілітації хворих з захворюваннями нервової системи.
5. Вплив світла на організм людини. Застосування світлотерапії в неврології.
6. Анімалтерапія. Принцип дії на організм. Застосування в реабілітації при неврологічних захворюваннях.
7. Використання арт-терапії в реабілітації пацієнтів з захворюваннями нервової системи.

VIII. ІНСТРУКТАЖ ТА ПОЯСНЕННЯ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Хвора 32 років. Діагноз: невроз. Клінічні дані: після психотравмуючої ситуації 3 місяці тому стала відчувати підвищену дратливість, швидку стомлюваність, відчуття «кома у горлі», утруднення вдиху, неможливість сконцентруватися на виконанні роботи (працює

бухгалтером). При огляді: холодні дистальні відділи кінцівок, гіпергідроз, осередкової симптоматології не виявлено. Соматичних захворювань немає.

Складіть програму реабілітації.

Теоретичні відомості до виконання практичного завдання

1. Ознайомитися з клінічним діагнозом.
2. Сформулювати загальні і приватні задачі фізичної реабілітації.
3. Відповідно до задач дати загальні рекомендації реабілітації.
4. Визначити вправи для кінезотерапії, вид масажу, методи нетрадиційної терапії відповідно до діагнозу і стану хворої.
5. Скласти програму реабілітації.

Еталон відповіді

1. Кінезотерапія: групова форма занять по 40 хвилин. Вправи різноманітні. Гідрокінезотерапія.
2. Плавання, прогулянки, спортивні ігри, заняття спортом.
3. Масаж.
4. Рефлексотерапія: поверхнева на шийний відділ хребта, точковий масаж.
5. Фітотерапія: заспокійливі чаї, аромтерапія.
6. Кольоротерапія: зелений колір. Світлотерапія: синій колір.
7. Іпотерапія, дельфінотерапія.
8. Арт-терапія: малювання, ліпка, плетіння, вишивання та ін.

IX. ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хвора 14 років. Діагноз: ДЦП, спастична диплегія, GMFCS-II. Клінічні дані: діагностований ДЦП наприкінці першого року життя. У статусі: спастичний парапарез в нижніх кінцівках, хворий ходить зі сторонньою допомогою, при ході ноги «переплітаються» між собою. Інтелект збережений.

Складіть програму реабілітації.

Задача №2.

Хвора 43 років. Діагноз: вертеброгенна цервікокраніалгія, м'язово-тонічний синдром, підгостра стадія. Клінічні дані: хворіє більше 5 років. Загострення 1-2 рази на рік, пов'язує з фізичним навантаженням. При огляді: рухи в шийному відділі хребта не обмежені, але болісні. М'язи напружені в шийно-комірцевій зоні. Порушень рухової і чутливої сфери не виявлено.

Складіть програму реабілітації.

Задача №3.

Хвора 23 років. Діагноз: мігрень без аури. Клінічні дані: початок стереотипних нападів з 15 років. Напади 4-5 разів на рік. При огляді в міжнападний період патології з боку нервової системи не відмічається. Останній напад триває 20 годин, супроводжується фото- і фонофобією. Прийом медикаментів послаблює вираженість в лівій половині голови.

Які з методів нетрадиційної медицини можна використати у хворої?

Задача №4.

Хворий 17 років. Діагноз: стан після струсу головного мозку. Клінічні дані: 3 тижні тому впав на ковзанці, вдарився головою. Діагностований струс мозку. Пройшов курс медикаментозної терапії, але зберігаються: поганий сон, швидка втомлюваність, відчуття «тяжкої голови». При огляді: осередкової неврологічної симптоматології не виявляється.

Які методи нетрадиційної медицини можна провести хворому?

Задача №5

Хворий 23 років. Діагноз: посттравматична нейропатія правого стегнового нерву. Клінічні дані: 3 місяці тому отримав травму в ДТП з виникненням позачеревної гематоми і розвитком нейропатії стегнового нерву. При огляді: знижена чутливість по зовнішній поверхні стегна справа, слабкість та атрофія чотриголового м'яза справа. Початкові ознаки утворення контрактури колінного суглоба.

Проходить курс реабілітації. Визначте методи нетрадиційної терапії, що слід включити в програму реабілітації.

X. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ. ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Вкажіть китайську назву акупунктури:
A – хе-гу
B – цзан-гу
C – су-джок
*D – чжень-цзю
E – ци-гун

2. Вкажіть протипоказання для проведення рефлексотерапії:
A – наявність парезів
*B – наявність гарячки
C – пологи (тривають)
D – збуджений стан хворого
E – різкий больовий синдром

3. Який з наведених діагнозів передбачає застосування рефлексотерапії в лікуванні?
*A – ішемічний інсульт
B – гострий психічний розлад
C – гострий енцефаліт
D – епілепсія
E – запальний процес шкіри

4. З якими видами лікування не слід проводити рефлексотерапію?
*A – променева терапія
B – фізіотерапія
C – ударно-хвильова терапія
D – транскраніальна магнітостимуляція
E – масаж

5. Який з наведених видів дій не характерний для рефлексотерапії?
*A – бактерицидна дія
B – збільшує синтез серотоніна
C – аналгезуюча дія
D – збуджує ЦНС
E – збільшує кількість імуноглобулінів

6. Який з наведених методів на точки не відносять до рефлексотерапії?
A – пресорефлексотерапія
B – лазеропунктура
C – цзю-терапія
*D – черезшкірна електронейроміографія
E – електропунктура

7. В якому положенні хворого не проводять рефлексотерапію?
A – сидячи
*B – стоячи
C – лежачи на спині
D – лежачи на животі
E – лежачи на боку

8. В якому столітті вперше стали використовувати медичні п’явки?
*A – IV-V ст. до н.е.
B – I ст. н.е.
C – середина XVII ст.
D – III ст. н.е.
E – V ст. н.е.

9. Який фермент був вивчений першим в слині п’явки?
A – бделлін
B – аланін
C – гіалуронідаза
*D – гірудін
E – дестабілаза

10. Скільки присосок у медичної п’явки?
A – 5
*B – 3
C – 1
D – 2
E – 4

11. При якому захворюванні не проводять гірудотерапію?
A – ішмічний інсульт
*B – гемофілія
C – міопатія
D – вертеброгенні синдроми
E – вегето-судинна дистонія

12. Яка техніка постанови п’явок більш зручна і безпечна?
*A – пробіркою
B – шприцем
C – пінцетом
D – бінтом
E – просто рукою

13. Кровотеча з ранки після гірудотерапії триває:
A – до 3-х годин
B – 3-6 годин
*C – 6-24 години
D – 2-48 години
E – до 1 години

14. Кольоротерапія – метод лікування, який має наступні вплив на людину:
A – психофізіологічний
B – анлгезуючий

*C – психологічний
D – серотонін-нормалізуючий
E – імуностимулюючий

15. При світлотерапії зменшується кількість вироблення якого гормону?
A – серотоніну
*B – мелатоніну
C – адреналіну
D – норадреналіну
E – катехоламіну

16. Який з наведених захворювань не показано лікувати світлотерапією?
A – депресія
B – порушення сну
C – зниження імунітету
D – захворювання крові
*E – мігрень

17. Яке з наведених завдань не вирішує іпотерапія?
A – протидія гіпокінезії
B – сприяння відновленню порушених функцій
C – відновлення втрачених навичок
D – розвиток фізичної активності хворого
*E – всі відповіді вірні

18. При якому захворюванні не призначають дельфінотерапію?
A – дитячий церебральний параліч
B – розлади аутичного спектру
C – синдром гіперактивної дитини
D – синдром Дауна
*E – спінальні аміотрофії

19. До методів арт-терапії не відносяться:
A – образотворче мистецтво
*B – кулінарія
C – лялькотерапія
D – музикотерапія
E – пісочна терапія

20. Методи арт-терапії сприяють:
A – розвитку дрібної моторики
B – зниженню психосоматичної напруги
C – розвитку мовлення
D – зниженню агресії, тривожності
*E – всі відповіді вірні

XI. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1. Навчально-методичний посібник «Нейрореабілітація» для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» - Запоріжжя. – 2020.

2. Навчальний посібник «Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюванням нервової системи» для студентів-бакалаврів IVкурсу III медичного факультету, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
3 . Тези лекції «Нетрадиційні методи в реабілітації хворих з захворюваннями нервової системи».
4. Набір ситуаційних задач.
5. Набір тестів з теми по варіантам.
6. Схеми, таблиці.
7. Прилади та устаткування для виконання практичного завдання.

Рекомендована література

Основна:

1. Лизак В.М. Фізична реабілітація: Підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту / В.М.Мухін. – Київ: Олімпійська література. – 2018. – 422 с.
2. Неврологія : нац. підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / І. А. Григорова [та ін.] ; за ред.: І. А. Григорової, Л. І. Соколової. - 3-є вид., перероб., та допов. - Київ : Медицина, 2020. - 640 с.
3. Самойленко В.Б., Яковенко Н.П., Петряшев І.О. та ін. Медична і соціальна реабілітація: підручник. Київ.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018 – 464 с.

Допоміжна:

1. 1. Богдановька Н.В., Кальонова І.В. Фізична реабілітація засобами фізіотерапії: підрусник для здобувачів чтупеню вищої освіти магістра спеціальності «Фізична реабілітація, Запоріжжя: ЗНУ, 2017. – 286 с.
2. Козьолкін О.А., Сікорська М.В., Візір І.В. Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюваннями нервової системи: навч.посібник // Козьолкін О.А., Сікорська М.В., Візір І.В. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020 – 178 с.
3. Козьолкін О.А. Хвороба Паркінсона: сучасні аспекти діагностики та лікування: навч.посіб. / О.А.Козьолкін, А.В.Ревенько, С.О.Мєдвєдкова – 2-ге вид.допрац. та доп. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017 – 158 с.
4. Козьолкін О.А., С.О.Мєдвєдкова, А.В.Ревенько. Реабілітація хворих з вибраними неврологічними синдромами: навч.посіб.: / О.А.Козьолкін, С.О.Мєдвєдкова,А.В.Ревенько – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021 – 138 с.
5. Козьолкін О.А., С.О.Мєдвєдкова, А.В.Ревенько. Реабілітація хворих на мозковий інсульт: навч.посіб.: / О.А.Козьолкін, С.О.Мєдвєдкова, А.В.Ревенько – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021 – 168 с.
6. Кущенко О.О. Вплив ерготерапії на рівень самообслуговування дітей з церебральним паралічем. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2018. – 3(65):35-41.
7. Медіко-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії (Нормальна анатомія, Нормальна фізіологія): навч.посібник / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Станіслав Крась, Софія Маєвська,Федір Музика – Львів: ЛДУФК, 2019. – 146 с.
8. Мазепа М.А. Сучасна пародігмаерготерапії / М.Мазепа // Вісник Прикарпатського університету. Серія:Фізична культура. – 2017. – Вип.25/26. – С.174-180.

9. Мурза В.П. Психофізична реабілітація. Підручник / В.П.Мурза. – Київ: «Олан». – 2017. – 608 с.
10. Ціж Л.М. Актуальні проблеми забезпечення технічними засобами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні / Л.М. Ціж // Вісник Запорізького національного університету: Збірник наук.статей. – Фізичне виховання та спорт. – 2017. - № 1. – С.183-191.