

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Методичні рекомендації до лабораторних занять з дисципліни
«Кінезіотерапія постінсультних хворих»**

Ужгород – 2023

Методичні рекомендації до лабораторних занять з дисципліни «Кінезіотерапія постінсультних хворих» / Укладач: к.н. з фіз.вих. і спорту, доцент Сабадош М.В., Ужгород, 2023. 57 с.

Методичні рекомендації до лабораторних занять з дисципліни «Кінезіотерапія постінсультних хворих» призначені для підготовки і проведення лабораторних занять у магістрів спеціальності 227 «Фізична терапія». Вони укладені у відповідності до навчальної робочої програми з даної дисципліни, містять завдання для оволодіння студентами практичних навичок при застосуванні засобів фізичної терапії та перелік необхідних теоретичних питань для самостійної роботи. Дане методичне видання враховує специфіку підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, сприяє забезпеченню високої якості підготовки студентів-магістрів.

Рецензент:

Філак Ф.Г., к. мед. н., доцент кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». Розглянуто та схвалено до друку методично-науковою комісією факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», протокол № 7, від 23 лютого 2023 року.

ЗМІСТ

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 1. Тема: Нейрофізичне обстеження чутливості.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 2. Тема: Нейрофізичне обстеження зору.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 3. Тема: Мобільність в ліжку і контроль тазу.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 4. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Сублюксація.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 5. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. PROM.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 6. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. AROM.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 7. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Оцінка координації.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 8. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Обстеження функції кисті.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 9. Тема: Кінетичні принципи переміщення.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 10. Тема: Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я (NIHSS)

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 1. Тема: Нейрофізичне обстеження чутливості.

Завдання:

- Ознайомитися з документом нейрофізичне обстеження чутливості.
- Провести обстеження чутливості на пацієнті.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Чутливість	Обладнання/ позиціонуван ня:	Метод:	Спостерігайте за
<p>Чутливість:</p> <p>Легкий дотик</p>	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стілець із високою спинкою. Потріть бавовною (пензликом, пером або м'якою тканиною) невелику ділянку (3 см) шкіри клієнта. Можливо, доведеться підкотити сорочку клієнта для проведення обстеження. Потрібно забезпечити</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуття. Поясніть, що ви хочете перевірити, як відчуються деякі речі, і що ви шукаєте відмінності, наприклад між обома руками, а також після інсульту і до початку захворювання. Запитайте, чи помітив клієнт різницю в тактильних відчуттях, наприклад при одяганні, або різницю температури, наприклад приймаючи душ, чи знають вони, де їхня рука, коли лежать у ліжку в темряві. ▪ Перевірте чутливість на неураженій стороні. ▪ Поясніть, що ви спочатку спробуєте легкий дотик. ▪ Змінійте періодичність торкання та розташування стимулу для перевірки точності відповіді. ▪ Перевіряйте від 	<p>Відповідь:</p> <p>Клієнт вказує, чи відчувався подразник, якість цього відчуття і де саме він відчув дотик</p> <p>Примітка: Якщо порушене відчуття, зафіксуйте ступінь погіршення для всіх перевірених ділянок тіла.</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений</p>

	<p>доступ до оголеної шкіри.</p> <p>Тестуйте в зручному, розслабленому положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті.</p> <p>Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<p>проксимального до дистального.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Поверніть руку, щоб можна було перевірити як передню, так і тильну сторону верхньої кінцівки. ▪ Після завершення попросіть клієнта відкрити очі; поясніть, що тепер ви так само перевірите уражену руку, тому клієнту потрібно знову закрити очі. ▪ Запитайте наприкінці, чи вважає клієнт, що існує якась різниця між ураженою і неураженою рукою. ▪ Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	<p>: відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній:</p> <p>відповіді не отримано</p> <p>Порушення:</p> <p>Затримка реакції, відчуття невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
<p>Чутливість:</p> <p>Глибокий тиск</p>	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стільчик з високою спинкою</p> <p>Терапевт використовує гумку на олівці для сильного натискання на невелику ділянку</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що тепер ви хочете перевірити, наскільки добре може відчувати клієнт, коли ви здійснили легкий натиск. ● Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуття та чи вона змінилася з моменту натиску. ● Продемонструйте, а потім попросіть закрити очі. ● Попросіть клієнта відкрити очі та поясніть, що тепер ви будете перевіряти інші сторони - так закрийте очі знову. 	<p>Відповідь:</p> <p>Клієнт вказує, чи відчувався подразник, якість цього відчуття і де саме він відчув дотик</p> <p>Примітка:</p> <p>Якщо порушене відчуття,</p>

	<p>шкіри. Тиск повинен бути досить сильним, щоб вдавити шкіру.</p> <p>Тестуйте в зручному, розслабленом у положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Спершу протестуйте відчуття на неураженій стороні. Змінійте періодичність торкання та місце розташування стимулу щоб перевірити точність відповідей клієнта. ● Тестуйте від проксимального до дистального. Поверніть руку, щоб можна було перевірити як передню, так і тильну сторону верхньої кінцівки. ● Запитайте наприкінці, чи вважає клієнт, що існує якась різниця між ураженою і неураженою рукою. ● Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	<p>зафіксуйте ступінь погіршення для всіх перевірених ділянок тіла.</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка реакції, відчуття</p> <p>невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
<p><u>Чутливість:</u> Гостре/Тупе (здатність розрізняти)</p>	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стілець з високою спинкою.</p> <p>Використовуйте олівець з гумкою на кінці. Терапевт</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що ви хочете побачити, чи може клієнт відчутти якусь різницю між дотиком до гострого предмета та тупого. ● Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуттів та будь-які зміни у здатності відчувати гострий та тупий дотик та чи є різниця між двома сторонами. ● Спершу протестуйте 	<p>Відповідь:</p> <p>Клієнт відповідає розрізняю чи гострі і тупі подразники. Оцінка базується на</p>

	<p>застосовує гострі та тупі подразники, при цьому контакт відбувається лише зі шкірою і триває одну секунду. Тестуйте в зручному, розслабленому положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<p>відчуття на неураженій стороні.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Змінійте періодичність торкання та місце розташування стимулу щоб перевірити точність відповідей клієнта. ● Тестуйте від проксимального до дистального. Поверніть руку, щоб можна було перевірити як передню, так і тильну сторону верхньої кінцівки. ● Запитайте наприкінці, чи вважає клієнт, що існує якась різниця між ураженою і неураженою рукою. ● Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	<p>точності реакції на гострі подразники. Тупий стимул використовується лише для розрізнення відмінності між подразниками</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка реакції, відчуття</p> <p>невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
<p><u>Чутливість:</u></p>	<p>Клієнт сидить у зручному</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що зараз ви хочете перевірити, чи може клієнт 	<p>Відповідь:</p>

<p>Температура</p>	<p>кріслі, напр. стілець з високою спинкою.</p> <p>Перед тестуванням переконайтеся, що шкіра клієнта має нормальну температуру. Закриті пробірки, одна з яких наповнена гарячою водою (40-45 градусів C) і одна, заповнена холодною водою (5-10 градусів C), торкаються у випадковому порядку шкіри клієнта протягом однієї секунди.</p> <p>Спочатку випробуйте температуру пробірок самостійно, щоб забезпечити адекватний</p>	<p>відчутти різницю між гарячим (теплим) та холодним. Поясніть, що дві пробірки виглядають однаково, але одна тепла, а друга холодна. Запитайте, чи клієнт хоче спробувати на дотик, а потім продемонструйте, торкнувшись його шкіри. Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуттів та будь-які зміни у здатності відчувати гаряче /холодне на дотик та чи є різниця між двома сторонами.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Спершу протестуйте чутливість на неураженій стороні. ● Прогдемонструйте теплий, а потім холодний. ● Змінійте періодичність торкання та місце розташування стимулу щоб перевірити точність відповідей клієнта. ● Якщо у клієнта виникають труднощі, попросіть їх подумати, де або якщо вони можуть це відчутти, а потім подумати, гаряче це чи холодно. ● Тестуйте від проксимального до дистального. Поверніть руку, щоб можна було перевірити як передню, так і тильну сторону верхньої кінцівки. ● Запитайте наприкінці, чи вважає клієнт, що існує якась різниця між ураженою і неураженою рукою. ● Надайте клієнту відгук про 	<p>Клієнт вказує, чи йому було гаряче чи холодно. Немає потреби вказувати, де саме його торкалися.</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка реакції, відчуття невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
---------------------------	---	--	--

	<p>контраст, але не стимулюючи больові рецептори. Тестуйте в зручному, розслабленом у положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<p>ваші висновки.</p>	
<p><u>Чутливість:</u> Пропріоцепція</p>	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стілець з високою спинкою. Терапевт позиціонує уражену верхню кінцівку, тримаючи її латерально</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що тепер ви хочете перевірити, чи може клієнт позиціонувати свою неуражену руку так само, як ви позиціонуєте уражену руку. Це перевіряє відчуття в суглобах ураженої руки. ● Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуттів і чи змінилася здатність відчувати положення ураженої руки чи відрізняється воно від неураженої руки. 	<p>Відповідь:</p> <p>Після кожного стимулу попросіть клієнта імітувати позицію з іншого боку. Якщо не вдається, попросіть клієнта описати,</p>

	<p>над зап'ястям для зменшення тактильних подразників. Тестуйте суглоби від проксимального до дистального рухаючись через повний діапазон. Зупиніться і утримуйте положення протягом трьох секунд в точках перевірки діапазону. Тестуйте в зручному, розслабленому положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що ви поставите уражену руку в певне положення і затримаєте її там протягом 3 секунд. Потім клієнт повинен відтворити таке саме положення неуразеною рукою із закритими очима. ● Клієнт повинен почекати, поки ви скажете «зараз», перш ніж копіювати положення неуразеною рукою. ● Між кожним положенням попросіть клієнта розслабити руку та скажіть почекати, поки ви скажете йому скопіювати положення. ● Змінійте положення, щоб спочатку включити позиціонування більш проксимальних суглобів, наприклад плече / лікоть, а потім рухайтесь до позиціонування суглобів зап'ястя / пальців. Тримайте кожне положення протягом трьох секунд (порахуйте подумки 1001, 1002, 1003), перш ніж попросити клієнта скопіювати положення. ● Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	<p>що він відчував.</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка реакції, відчуття невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
--	--	---	---

	уникнути плутанини або хвилювання.		
Чутливість: Кінестезія (відчуття руху)	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стілець з високою спинкою.</p> <p>Терапевт знову тримає кінцівку латерально, щоб зменшити зайву тактильну інформацію і рухайте один суглоб через діапазон руху. Рухайтеся від проксимально до дистального відділу та різного ступеня діапазону руху на кожному суглобі. Тестуйте в зручному, розслабленому положенні в тихій</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що тепер ви хочете перевірити, чи може клієнт відчувати напрямок руху в суглобах ураженої верхньої кінцівки. ● Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуттів і те, чи відрізняється воно від початку захворювання чи відрізняється в кожній руці. ● Спершу перевіряйте відчуття на неураженій стороні. ● Скажіть клієнту, що ви будете рухати по одному суглобу неураженої кінцівки. Клієнт повинен сказати вам, згинається чи розгинається (лікоть) чи рухається вгору чи вниз (зап'ястя та пальці). ● Почніть з ліктя (згинання або розгинання), потім зап'ястя (вгору або вниз), а потім пальці (вгору або вниз). Під час руху зап'ястя та пальців використовуйте слова вгору та вниз. Не допускайте надмірного розгинання п'ястно-фалангових суглобів. Демонструйте з відкритими очима. ● Потім оцініть на ураженій стороні лікоть, зап'ястя та пальці. ● Змінюйте періодичність торкання та розташування місця стимулювання для перевірки точності відповіді 	<p>Відповідь:</p> <p>Під час руху клієнт вказує, в якому напрямку рухається суглоб (тобто згинання або розгинання або вгору / вниз)</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка реакції, відчуття невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>

	<p>обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<p>клієнта.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Попросіть клієнта порівняти якість відчуття з неураженою стороною. ● Тестуйте від проксимального до дистального. ● Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	
<p><u>Чутливість:</u> Стереогноз</p>	<p>Клієнт сидить у зручному кріслі, напр. стілець з високою спинкою. Зав'яжіть очі клієнта або попросіть клієнта закрити очі. Кладіть різні предмети в руку клієнта. Якщо клієнт погано маніпулює рукою, терапевт може рухати предмет в його руці. Тестуйте в</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Поясніть, що тепер ви хочете перевірити, наскільки клієнт може ідентифікувати предмети/ сказати, що це за предмети, не дивлячись на них. Це те, що ми робимо, коли щось відчуваємо на дотик і знаходимо необхідну річ, не заглядаючи в кишеню чи сумочку. ● Показати предмети, напр. , ложка, ручка, ключ, монета та попросіть клієнта назвати їх (важливо знати, що клієнт не має проблем з вірним називанням цих предметів). ● Перед офіційним оцінюванням попросіть клієнта описати якість відчуттів - до інсульту або початку захворювання та відмінності між двома сторонами ● Спершу перевіряйте відчуття на неуразеній стороні. Покладіть один із предметів у руку клієнта. Терапевт 	<p>Відповідь:</p> <p>Попросіть клієнта описати матеріал, з якого він виготовлений, та назвати предмет.</p> <p>Документ:</p> <p>Неушкоджений : відповіді швидкі та точні</p> <p>Відсутній: відповіді не отримано</p> <p>Порушення: Затримка</p>

	<p>зручному, розслабленом у положенні в тихій обстановці, очі клієнта закриті. Однак, не допускайте щоб клієнт протягом тривалого періоду був із закритими очима, щоб уникнути плутанини або хвилювання.</p>	<p>може запропонувати клієнту відчутти це пальцями тієї ж руки. Після того, як предмет названий, заберіть його і попросіть клієнта тримати руку відкритою, і ви помістите інший предмет в його руку.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Після завершення попросіть клієнта відкрити очі, а потім поясніть, що ви зробите те саме з іншою рукою. ● Змінюйте періодичність торкання та розташування місця стимулювання для перевірки точності відповіді клієнта. ● Попросіть клієнта порівняти якість відчуття з неураженою стороною. Надайте клієнту відгук про ваші висновки. 	<p>реакції, відчуття</p> <p>невідповідне до стимулу або змінної точності.</p>
--	--	--	---

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 2. Тема: Нейрофізичне обстеження зору.

Завдання:

- Ознайомитися з документом нейрофізичне обстеження зору.
- Провести обстеження зору в пацієнта.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Зір	Обладнання/ Позиціонування:	Метод:	Спостерігайте за:
<u>Зір:</u>	Клієнт і терапевт сидять	Запитайте клієнта, чи бачить він двоїння в очах /	Косоокість, закриття одного ока, нахил

Диплопія	один навпроти одного.	розмиті зображення. Дайте клієнтові щось прочитати чи іншу візуальну інформацію	голови
<u>Зір:</u> Конвергенція	Клієнт і терапевт сидять один навпроти одного. Ручка / олівець з круглою кольоровою наклейкою на кінці.	Сядьте перед клієнтом і тримайте ручку / олівець приблизно на відстані 20 см прямо перед собою. Попросіть клієнта зосередитись на ручці / олівці, потім поступово підсуньте її ближче до носа клієнтка (приблизно на 5 см перед носом), а потім знову поверніть назад.	При зближенні відбувається розходження очей. Очі повинні рухатися разом. У людини з нормальним зоровим контролем близька точка конвергенції знаходиться приблизно на 7-8 см від переднісся.
<u>Зір:</u> Пошук / Стеження :	Клієнт і терапевт сидять один навпроти одного. Ручка / олівець з круглою кольоровою наклейкою на кінці.	Сядьте перед клієнтом; клієнт повинен дивитись прямо перед собою. Дайте клієнтові чітку вказівку слідкувати за ручкою. Терапевт рівномірно рухає ручкою на відстані 20 см перед клієнтом у горизонтальному, вертикальному напрямках, а також по діагоналі.	Очі повинні рухатися разом. Здійснюється спостереження щодо швидкості, координації та здатності перетинати середню лінію. При порушенні здатності відстежувати предмет клієнт втрачає фокус на об'єкті, відхиляє очі в правий чи лівий бік не перетинаючи середньої лінії; порушується здатність зосереджуватись у вищих / нижчих квадрантах; або нездатний дивитись вгору.
<u>Зір:</u>	Клієнт і терапевт сидять	Спершу закрийте око на неуразеній стороні.	Обмеження поля зору. Омонімічна

<p>Поля зору / Геміанопсія</p>	<p>один навпроти одного.</p> <p>Ручка / олівець з круглою кольоровою наклейкою на кінці.</p>	<p>Терапевт сидить перед клієнтом і ручкою / олівцем проводить зі скроневої сторони дугою до середньої лінії поля зору. Перевірте середній (рівень очей), верхній (рівень чола) і нижній (рівень підборіддя) аспекти зорового поля (порядок не важливий). Повторіть, проводячи зі сторони носа. Повторіть це з закритим ураженим оком, перевіряючи зорове поле, проходячи ззаду голови з обох боків дугою до середньої лінії в середній, верхній та нижній частинах зорового поля.</p>	<p>геміанопсія - втрата половини поля зору на обох очах. Вища / нижча квадрантанопія - втрата верхньої або нижньої чверті поля зору. Повідомте фахівця, якщо присутня омонімчна геміанопсія: «Оцінка вказує на наявність омонімчної геміанопсії, що проявляється втратою половини зорового поля на скроневої сторони ураженого ока та половиною зорового поля на носовій стороні неушкодженого ока».</p>
<p>Зір:</p> <p>Неглект / Зорова неуважність</p> <p>(Обстежуйте лише якщо немає геміанопсії)</p>	<p>Клієнт і терапевт сидять один навпроти одного.</p>	<p>Терапевт показує звичайний стимул. Наприклад вказівні пальці обох рук підносить одночасно до поля зору пацієнта на відстань 30 см. Терапевт згинає по одному пальцю чи обидва разом у випадковій послідовності.</p>	<p>Нехтування подразників з ураженої сторони, при рівномірному стимулі обох сторін.</p>

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 3. Тема: Мобільність в ліжку і контроль таза.

Завдання:

- Ознайомитися з методикою мобільності в ліжку пацієнтів після інсульту.
- Зняти відео виконання мобільності в ліжку та контролю таза у пацієнтів.

Мобільність в ліжку і контроль таза:

Обладнання / позиціонування: Клієнт спочатку сидить на кушетці/ліжку, терапевт стоїть поруч з ним.

Спостерігайте за клієнтом, який сидить на кушетці, ноги на підлозі і знімає взуття. Наступне завдання - попросити клієнта перейти від сидячого до лежачого положення, а терапевт повинен надати допомогу, якщо це необхідно. Клієнт повинен змінити положення через уражену сторону, а терапевт повинен знаходитись з ураженої сторони. У лежачому положенні клієнт спочатку рухається до неураженої сторони. Терапевт знаходиться з ураженого боку.

Метод: Приклад того, як почати обстеження: «Я хотів би подивитися, як легко вам пересуватися в ліжку, лежати і сідати в ліжку. Чи є у вас проблеми коли ви лягаєте на ліжко або коли встаєте з ліжка або здійснюєте переміщення, коли ви лежите в ліжку?»

- Терапевт дає усні вказівки і чекає, поки клієнт відреагує після кожної інструкції.
- Відзначте використовувані методи, необхідну допомогу та необхідні зусилля.
- Дотримуйтесь симетричності, контролю голови та обертання тулуба.

Мостик: Приклад інструкцій:

- «Ляжте на спину. Покажіть мені, як ви можете підняти сідниці з ліжка». Клієнт піднімає сідниці з ліжка і знову опускає.

- “Я хочу, щоб ви знову підняли сідниці, але цього разу я натисну на ваші стегна, щоб побачити, наскільки вони сильні. Тепер знову опустіть сідниці . Зараз я хочу, щоб ви знову підняли сідниці вгору і рухали стегнами з боку в бік. І знову опустіть сідниці ”.

Поворот: Приклад інструкції:

- «Зараз я хочу щоб ви повернулися до мене. Покажіть мені, як ви можете повернутися на інший бік» (і ви переходите на іншу сторону). "А зараз поверніться на спину".

Пересування на ліжку та переміщення всторони, вгору-вниз по ліжку: Приклад інструкції:

- “Покажіть, як ви можете переміститися на край ліжка. Покажіть мені, як ви можете переміститися в інший бік, а тепер назад до середини»
- «А тепер подивіться, чи зможете ви переміститися трохи вниз ліжка - а тепер подивіться, чи можете ви повернутися на свою подушку». Перехід від лежачого положення до положення сидячи з випрямленими ногами і назад до лежачого: Приклад інструкцій:

- “Подивимось, чи зможете ви сісти з лежачого положення. А тепер покажіть як ви можете знову лягти».

Перехід від лежачого положення до сидячого на краю ліжка: Приклад інструкції:

- “Цього разу я хочу, щоб ви показали мені, як ви можете сісти опустивши ноги з краю кушетки / ліжка”.

Спостерігайте:

- **Контроль тазу:** Клієнт у положенні лежачи на спині, зігнуті стегна та коліна, з опорою стопами на ліжку. Попросіть клієнта підняти сідниці з ліжка; постукайте по сідницях, щоб допомогти клієнту досягти бажаного положення. Дотримуйтесь симетрії положення та / або ознак відставання (тобто R або L). Зверніть увагу, на скільки сантиметрів клієнт може підняти стегна з ліжка (“Мостик”).
- **Рух через ліжку:** запишіть використаний прийом та допомогу, яка необхідна

- **Переміщення вгору та вниз по ліжку:** застосовувана техніка та необхідна допомога
- **Поворот:** зверніть увагу на здатність пацієнта повернутися в обидві сторони та ступінь необхідної допомоги. Зверніть увагу на здатність виконувати сегментарний поворот замість повертання «як колода».
- **З положення лежачи до сидіння з випрямленими ногами до положення лежачи:** запишіть використаний прийом та допомогу, яка необхідна. Перевірте рух як на уражену, так і на не уражену сторону
- **З положення лежачи до положення сидячи на краю ліжка, до положення лежачи:** запишіть використаний прийом та допомогу, яка необхідна. Перевірте рух як на уражену, так і на не уражену сторону
Надайте клієнту відгук про ваші висновки.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 4. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Сублюксація.

Завдання:

- Ознайомитися з методикою обстеження верхньої кінцівки.
- Провести обстеження підвивиху (сублюксації) плеча в пацієнта.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Обстеження сублюксації (підвивиху) плеча

Обладнання/ Позиціонування: Пацієнт сидить на стільці з низькою спинкою, кріслі-колісному чи на кушетці.

Метод:

Поясніть, що вам потрібно знаходитися позаду пацієнта і пропальпувати обидва плеча - від шиї до плечей. Пропальпувати ключиці. Поясніть, що ви пальпуєте обидва для того, щоб ви могли порівняти під час пальпування будь-який простір чи зміни, які показують, що кістки знаходяться не в найкращому положенні.

Сублюксація (підвивих): Слід обстежити перед виконанням пасивних рухів у геміплегічній верхній кінцівці. Оцінюючи сублюксацію, ви грубо оцінюєте відстань, що розділяє акроміон і верхній край головки плечової кістки (підакроміальний простір). Щоб обстежити уражену кінцівку, потрібно порівняти її з неураженою кінцівкою.

Пам'ятайте, плечовий суглоб схильний до сублюксації в передньому, задньому та нижньому напрямках.

Щоб протестувати:

- Пацієнт сидить симетрично, тримаючи руки на колінах
- Станьте за спиною пацієнта, поклавши руки на його плечі - якщо це можливо
- Проведіть руками латерально (збоку) вздовж кісткової поверхні плеча, пальцями пропальпуйте приблизно на 5 см вниз плечей.

Надайте пацієнту відгук про ваші висновки.

Спостерігайте за:

Якщо присутня сублюксація, вказівний палець переміститься у помітну щілину. Корисно порівняти уражене плече з неураженою стороною.

Запишіть чи є сублюксація чи немає. Зафіксуйте величину підвивиху в сантиметрах. Занотуйте чи є набряк.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 5. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. PROM.

Завдання:

- Ознайомитися з методикою обстеження пасивного діапазону рухів.
- Провести обстеження PROM на пацієнті.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Пасивний діапазон руху (PROM) – Верхня кінцівка (UL)

Пам'ятайте:

- Тонус змінюється залежно від загального позиціонування, на нього впливають афективний стан пацієнта, втома, оточення, зв'язок з екзаменатором та інші фактори.
- Гіпотонічна кінцівка є важкою і не чинить опору пасивному діапазону рухів (PROM).
- Кінцівка з гіпертонусом буде чинити опір до пасивного діапазону руху (PROM).

Обладнання/ Позиціонування: пацієнт лежить на кушетці або ліжку

Метод:

- Необхідно лише приблизне значення. Якщо діапазон руху суглобу (ROM) суттєво зменшується, потрібна більш широка і точна оцінка.
- Перевірте уражену і неуряжену кінцівки, щоб встановити, що є нормальним для цього пацієнта.
- Зверніть увагу, якщо пасивна амплітуда руху (PROM) є обмежена набряками, тонусом, артритом або іншими станами (наприклад, артрит, діабет) або змінами температури шкіри, кольору або шкіри виглядає блискучою.
- Оцінка діапазону руху усіх суглобів повинна відбуватися пасивно.

Оцінка діапазону рухів плеча:

- Важливо оцінити пасивний діапазон руху лопатки під час руху плеча.
- При відведенні руки перші 30 градусів руху здебільшого відбуваються в плечовому суглобі.
- Переконайтеся, що лопатка рухається в ритмі з плечовою кісткою під час проходження діапазону руху. Лопаточно-плечовий ритм дозволяє плавно піднімати руку в повне підняття.

- Підвищений тонус м'язів, що виконують ретракцію і опускання лопатки, може призвести до порушення цього ритму. У цьому випадку, коли рука пацієнта піднімається від тіла, відбувається обмеження обертання лопатки, внаслідок чого защемлюються структури між акроміальним відростком лопатки та голівкою плечової кістки.
- Щоб перевірити плечо-лопатковий ритм, покладіть одну руку на медіальний край лопатки та обережно відведіть плечову кістку приблизно на 45 градусів, щоб відчутти рух лопатки. Порівняння з неураженою стороною, може бути корисним.
- Пам'ятайте, що плече може зазнати сублюксації під час пасивного руху в'ялою кінцівкою. Згинання не повинно перевищувати 90 градусів в млявій кінцівці. Відведення плеча повинно бути в межах 90 градусів, рука має знаходитися в зовнішній ротації.
- Окремо оцініть зовнішню ротацію плеча, оскільки цей рух швидко втрачає діапазон руху після інсульту і може бути пов'язаний з болем у плечі.

Діапазон руху – довідник для обстеження

Плече

Згинання 0-90- 180
 Розгинання 0-50
 Відведення 0-180
 Приведення 180-0
 Внутрішня ротація 0-70
 Зовнішня ротація 0-90

Лікоть

Згинання 0-145-160
 Розгинання 160-145-0
 Передпліччя
 Пронація 0-80
 Супінація 0-90
 Зап'ясток
 Згинання 0-80
 Розгинання 0-70

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 6. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. AROM.

Завдання:

- Ознайомитися з методикою обстеження активного діапазону рухів.
- Провести обстеження AROM на пацієнті.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Активний діапазон руху (AROM) – Верхня кінцівка (UL):

Обладнання/ Позиціонування: пацієнт лежить на кушетці або ліжку

Метод: Поясніть, що у цьому завданні ви хочете побачити, наскільки вони можуть самостійно рухати рукою, і що для цього ви хочете подивитися, як рухається неуражена рука.

- Запитайте пацієнта про його рухи руками.
- Попросіть пацієнта лягти на кушетку і поясніть, що ви хочете, щоб він використовував неуражену руку.
- Потім оцініть, як пацієнт рухає ураженою рукою. Ви можете допомогти виконати ці рухи - пацієнт може керувати в межах діапазону.
- Виконайте такі рухи:
 - Згинання плеча понад 90 градусів
 - Відведення понад 90 градусів
 - Піднесіть руку за голову щоб долонею торкнутися потилиці
 - Заведіть руку за спину, щоб тильна сторона руки торкалася спини
 - Активні двосторонні рухи плечами: попросіть пацієнта звести плечі разом вгору і розслабитися. Відвести плечі назад і розслабитися; вивести плечі вперед і розслабитися; опустити плечі вниз і розслабитися.
 - Підніміть уражену руку в горизонтальне положення вперед.
 - Пронація-супінація, у лікті 90 градусів.
 - Підніміть уражену руку в горизонтальне бокове положення. (Кисть паралельно до плеча).
 - Підніміть уражену руку вперед і над головою.

- Пронація-супінація з витягнутим вперед ліктем.
- Торкніться плеча, згинаючи лікоть; випряміть руку; притисніть до боку; витягніть руку і вперед; поверніть руку вбік; зап'ястя вгору і вниз; з боку в бік; пальці- розведіть; пальці разом, пальці розгинаються потім по черзі згинаються і кожен палець торкається великого пальця

Спостерігайте і запишіть:

- Прокоментуйте пацієнтові конкретні рухи, у яких, на вашу думку, зменшився активний діапазон руху (AROM).
- Розгляньте положення проти сили тяжіння / із силою тяжіння.
- Задokumentуйте скільки приблизно градусів досягнуто за допомогою активного діапазону руху (AROM).
- Прокоментуйте $\frac{1}{4}$ діапазону / $\frac{1}{2}$ діапазону / $\frac{3}{4}$ діапазону і те, де в суглобовому діапазоні доступний активний рух, наприклад початок діапазону / середина діапазону / кінець діапазону.
- Посортуйте тестування: без дії сили тяжіння / здатність рухатися проти сили тяжіння

Сила:

Якщо є активний діапазон руху (AROM) в суглобі, тоді застосуйте певний опір руху, щоб оцінити силу. Запишіть згідно з мануальним ключем для тестування м'язів у оціночній формі.

Розгляньте положення без дії сили тяжіння і проти сили тяжіння.

Спостерігайте та зауважуйте:

- Рефлекторний рух, тобто розгинання ліктя при порушенні рівноваги або згинання ліктя при позіханні (відповідна реакція), але не за запитом.
- Проксимальна стабільність, тобто поганий баланс або піднятий плечовий пояс при русі верхньої кінцівки.
- Зниження сили проти сили тяжіння.
- Компенсаторні рухи, напр. піднімання плечей.

- Чи більший дистальний рух, ніж проксимальний.
- Ізольований або синергічний рух (тобто згинач, розгинач, стереотипний).
- Еквівалентні рухи (тобто швидкість, точність, сила та витривалість)

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 7. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Оцінка координації.

Завдання:

- Ознайомитися з оцінкою координації рухів верхньої кінцівки.
- Провести обстеження координації рухів у пацієнта.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Оцінка координації:

Обладнання / позиціонування: пацієнт і терапевт сидять обличчям один до одного; на стільці чи кушетці

Метод:

Тест палець/ніс: Особа, що проводить тестування тримає вказівний палець прямо перед пацієнтом на рівні носа. Враховується повна екскурсія руху руки клієнта. Пацієнт швидко і точно рухає вказівним пальцем між носом і пальцем екзаменатора. Плече пацієнта розташоване в положенні відведення з ліктем на висоті плечей, запобігаючи стабілізації ліктя. Зверніть увагу на дисметрію, тремор, брадикінезію, втому тощо.

Повторювані рухи: Пацієнт ритмічно постукує долонею по стегні якомога швидше. Спочатку нехай виконає неураженою рукою, потім ураженою рукою, потім двосторонньо.

Повторювані/ почергові рухи: Стукніть долонею і тильною стороною кисті по стегні якомога швидше. Порівняйте неуражену та уражену сторони, як зазначено вище. Прокоментуйте дисдіадохінезію.

Повторювані / рухи, що чергуються: Двічі постукайте долонною поверхнею кисті по стегні, а потім ритмічно двічі тильною поверхнею кисті по стегні. Порівняйте неуражені та уражені сторони, як зазначено вище. Надайте пацієнту відгук про ваші висновки.

Спостерігайте: Проведіть тестування двох рук за необхідності. Якщо наявне порушення координації, запишіть: незначний / середній / важкий

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 8. Тема: Обстеження верхньої кінцівки. Обстеження функції кисті.

Завдання:

- Ознайомитися з методикою обстеження функції кисті.
- Провести обстеження функції кисті в пацієнта.
- Обговорити варіанти лікування під час лабораторного заняття.

Обстеження функції кисті:

Позиціонування: Пацієнт сидить за столом.

Обладнання: Картка, олівець, склянка

Пам'ятайте:

- Спастичність зап'ястя або пальця може ускладнити оцінку функції кисті.
- Важливо нейтралізувати тонус між тестовими завданнями. Для цього обережно витягніть великий палець з долоні в розгинання / відведення, одночасно супінуючи передпліччя.

Метод:

Розгинання / згинання зап'ястя та ліктьова та променева девіація (підтримується для усунення сили тяжіння): тестується рука, розташована над столом або кушеткою. Клієнт може стабілізувати передпліччя, якщо це необхідно. Зверніть увагу, чи досягнуто нейтрального положення або чи можливе розгинання. Порівняйте з неураженою стороною.

- Згинання зап'ястя - тестується рука, яка спирається на ліктьову сторону руки. Початкове положення повинно бути нейтральним, тобто середнім згинанням / розгинанням. Якщо початкове положення має незначне згинання, закоментуйте. Порівняйте з неураженою стороною.

- Розгинання зап'ястя - тестується з рукою, яка спирається на ліктьову сторону руки. Початкове положення повинно бути нейтральним, тобто середнім згинанням / розгинанням. Зверніть увагу на початкове положення. Порівняйте з неураженою стороною.

- Ліктьова та променева девіація зап'ястя - тестується коли долоня та передпліччя клієнта лежать на столі, може стабілізуватися неураженою рукою.

- Розгинання / згинання зап'ястя та ліктьова і променева девіація (проти гравітації), включаючи колові рухи зап'ястя та масове хапання. Зверніть увагу на положення зап'ястя під час спроби / виконання масового хапання, наприклад згинання пальців під час згинання зап'ястя.

- Циліндричне хапання - це хапання, яке використовується, щоб підняти великий предмет, наприклад, склянку. Неуражена рука може використовуватися як допомога при позиціонуванні, якщо це необхідно. (Примітка в коментарях).

- Латеральне хапання предмета та випускання; клієнт захоплює карту між великим і радіальною сторонами вказівного пальця і відпускає, розгинаючи міжфаланговий суглоб великого пальця. Зверніть увагу, що спостереження за вивільненням (випусканням) є важливим аспектом цього руху.

- Індивідуальні рухи пальців: згинання та розгинання

- Здатність великого пальця обхопити предмет також перевіряють, опираючись рукою на стіл на ліктьову сторону.

- Відведення і приведення пальців: тестується коли рука лежить долонею на стіл.
- Долонне хапання - це захоплення, яке бере участь у хапанні олівця великим, вказівним та середнім пальцями.
- Протиставлення - це наближення подушечки великого пальця та кінчика вказівного пальця. Спостерігайте: Задokumentуйте можливі рухи, повний діапазон, зміни у тонусі. Надайте клієнтові відгук про ваші висновки.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 9. Тема: Кінетичні принципи переміщення.

- **Завдання №1: ознайомитися з кінетичними принципами та підготовкою терапевтів під час переміщення пацієнтів, які користуються кріслом-колісним.**

Кінетичні принципи переміщення:

- Будьте готові - знайте, куди буде відбуватись переміщення, оцінюйте свої знання, досвід, вміння та одяг
- Зверніть увагу на поверхню підлоги та навколишнє середовище, а також ділянку, на яку буде відбуватись переміщення
- Оцініть вагу, так ви будете розуміти чого очікувати
- Використовуйте міцний хват
- Тримайте вагу близько до тіла, забезпечуючи наближення центру ваги до основи опори вашого тіла
- Попередньо розташуйте ноги у напрямку руху
- Використовуйте стійку, широку опору (згинання колін, оскільки нижній центр ваги є більш стійким)
- Підтримуйте свій поперековий лордоз, щоб уникнути надмірного згинання попереку і активуйте свої стабілізатори живота
- Зігніть коліна і підніміть вагу, розігнувши коліна
- Уникайте швидких, неконтрольованих рухів, особливо при поворотах
- Не обертайте тіло під час руху, піднімайте та обертайте ноги - переконайтеся, що ваше взуття підходить

- Використовуйте вагу тіла та відповідний важіль, де це можливо
- Якщо задіяно більше однієї особи, слід дати чіткі інструкції напарникам
- Використовуйте механічні засоби для надважких предметів

Підготовка:

- Переконайтесь, що одяг (включаючи взуття) є відповідним
- Переконайтесь, що всі учасники процесу знають завдання, включаючи порядок його виконання та кінцеве положення пацієнта
- Підготуйте обладнання по порядку та всі необхідні аксесуари
- Підготуйте середовище, чіткий маршрут і зрозумілість шляхів доступу, готовність пункту призначення
- Підготуйте пацієнта, поясніть, що буде відбуватись і що ви очікуєте від нього
- Виберіть особу, яка буде керувати переміщенням
- Зворотний відлік "1,2,3" до виконання завдання

- **Завдання №2: робота студентів в парах або в невеликих групах. Студентам потрібно проаналізувати та вказати поетапне виконання рухів пацієнта при переміщеннях у різних положеннях.**

Завдання для групи №1

Сидіння

Підготовка

- 1.
- 2.
- 3.

Посування в положенні сидячи із супервізією

- 1.
- 2.
- 3.

Сідання

- 1.
- 2.
- 3.

Вставання із супервізією

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Вставання з допомогою

- 1.
- 2.
- 3.

Завдання для групи №2

Переміщення в ліжку:

Поверот у ліжку:

Із супервізією:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

З допомогою:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Переміщення в ліжку вгору/вниз:

- 1.
- 2.

Переміщення з допомогою однієї особи:

- 1.
- 2.

3.

Перехід з положення лежачи у положення сидячи на краю ліжка:

Із супервізією

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Переміщення за допомогою ковзаючого простирадла:

Застосування

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Завдання для групи №3

Пересідання з ліжка на крісло:

Супервізія

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Переміщення за допомогою механічного/електричного підйомника:

Накладання слінга у ліжку та переміщення у крісло

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Накладання слінга пацієнту сидячи у кріслі

- 1.
- 2.
- 3.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 10. Тема: Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я (NIHSS)

Завдання:

- Ознайомитися з шкалою тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я (NIHSS).
- Працюючи в групах провести мозковий штурм (застосування засобів терапії в різних періодах реабілітації).

Клінічний випадок:

Чоловік 47 років, якого госпіталізували з інфарктом правого переднього відділу головного мозку, що викликав лівосторонню слабкість і погіршення мовлення.

Пацієнт мав на фоні хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), фібриляцію передсердь і один попередній ішемічний інсульт, що викликав лівосторонній геміпарез. Невролог після обстеження виявив у пацієнта дезорієнтацію та збудження зі слабкістю в лівій верхній кінцівці та дизартрію.

Вага пацієнта становила 107 кг. Протягом усього періоду він був гемодинамічно стабільним, із систолічним артеріальним тиском від 143 до 144 мм рт. ст. і частотою серцевих скорочень від 86 до 95 ударів/хв. З неврологічної точки зору у нього було помірне опущення лівого обличчя, 2/5 сили обох нижніх кінцівок, 2/5 сили лівої верхньої кінцівки та 5/5 сили правої верхньої кінцівки. Підвищився тонус лівої верхньої кінцівки.

У цього пацієнта під час анамнезу було виявлено супутнє захворювання – цукровий діабет, а також колишній курець (до того як пацієнту виявили цукровий діабет кував по 10-15 сигарет в день). Оцінка за шкалою інсульту NIHSS -19 балів. За результатами клінічних досліджень прогноз був несприятливим, тому пацієнта доставили в

нейрореанімацію. На 20 день, коли пацієнту стало краще, то його було переведено до реабілітаційного відділення для проведення ранньої реабілітації.

Завдання:

- Які обстеження ви б хотіли провести з пацієнтом та чому б ви провели саме їх?
- Встановіть 2-3 цілі за SMART-форматом, які були б ймовірними пріоритетами для пацієнта.
- Напишіть 10 вправ, які б ви рекомендували пацієнту для виконання в ранньому відновному періоді. Як це може відрізнятися від втручання ерготерапевта?

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Період формування компенсаторних механізмів:

- A. Починається безпосередньо після пошкодження мозку, є відсутність відповідної аферентації в розташовані вище відділи ЦНС;
- B. Пов'язане з пошуком моделі компенсаторного механізму, необхідного для заміщення даної порушеної функції;
- C. Тривале тренування компенсаторних механізмів, може забезпечити достатню компенсацію втрачених функцій;
- D. Систематичне тренування й використання компенсаторних механізмів у діяльності організму (ходіння, самообслуговування).

2. Процес компенсації порушених функцій є:

- A. Пасивним процесом;
- B. Активним процесом;
- C. Технічним процесом.

3. У хворих із патологією нервової системи компенсаторні механізми проходять такі етапи:

- A. Включення;
- B. Формування;
- C. Удосконалювання;
- D. Стабілізації;
- E. Всі відповіді правильні.

4. Скільки розрізняють рівнів відновлення порушених функцій?:

- A. 2 рівня відновлення;

- В. 3 рівня відновлення;
- С. 4 рівня відновлення;
- Д. 5 рівнів відновлення.

5. До числа сприятливих факторів, що асоціюються з хорошим відновленням, можна віднести:

- А. Ранній початок спонтанного відновлення функцій;
- В. Супутні когнітивні і емоційно-вольові порушення;
- С. Ранній початок реабілітаційних заходів, їх систематичність і адекватність;
- Д. Літній і старечий вік (для відновлення мови і складних рухових навичок).

6. Період включення компенсаторних механізмів:

- А. Починається безпосередньо після пошкодження мозку, є відсутність відповідної аферентації в розташовані вище відділи ЦНС;
- В. Пов'язане з пошуком моделі компенсаторного механізму, необхідного для заміщення даної порушеної функції;
- С. Тривале тренування компенсаторних механізмів, може забезпечити достатню компенсацію втрачених функцій;
- Д. Систематичне тренування й використання компенсаторних механізмів у діяльності організму (ходіння, самообслуговування).

7. Прикладом реадаптації до вираженого рухового дефекту є використання різних пристосувань у вигляді:

- А. Тростин;
- В. Велосипеду;
- С. Ходуль;

D. Крісел-каталок.

8. Як розрізняють рівні відновлення порушених функцій?:

A. Реституція;

B. Рівень істинного відновлення;

C. Компенсація;

D. Реадаптація.

9. До числа сприятливих факторів, що асоціюються з поганим відновленням, можна віднести:

A. Ранній початок спонтанного відновлення функцій;

B. Супутні когнітивні і емоційно-вольові порушення;

C. Літній і старечий вік (для відновлення мови і складних рухових навичок).

D. Локалізація вогнища ураження у функціонально значимих зонах: для рухових функцій - в області пірамідного тракту на всій його довжині, для мовних функцій - в коркових мовних зонах Брока і /або Верніке.

10.Що є особливістю кінезіотерапії й відрізняє її від інших лікувальних методів?:

A. Тренування організму в цілому;

B. Тренування здорових систем і органів;

C. Тренування уражених систем.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ

1. Застосування кінезіотерапії в реабілітації постінсультних хворих.
2. Патогенетичні основи кінезіотерапії.
3. Компенсація функцій при різних ураженнях нервової системи .
4. Прогностичні фактори відновлення.
5. Порухення рухової функції та координації рухів.
6. Порухення чутливості та вищих нервових функцій.
7. Вегетативно - трофічні порушення.
8. Мозковий інсульт. Причини, клінічний перебіг захворювання.
9. Наслідки перенесеного інсульту: рухові порушення, мовні порушення, бульбарні і псевдобульбарні порушення.
10. Постінсультні артропатії, когнітивні і емоційно-вольові розлади.
11. Кінезіотерапія при спастичному геміпарезі.
12. Кінезіотерапія при м'явих парезах і паралічах.
13. Стандартизовані інструменти обстеження пацієнтів після перенесеного інсульту.
14. Лікування положенням хворих після інсульту в лікарняний період. овітні кінезотерапевтичні технології .
15. Засоби реабілітації та методика проведення кінезіотерапії постінсультних хворих в гострому реабілітаційному періоді.
16. Завдання кінезіотерапії в ранній період після перенесеного інсульту.
17. Реабілітаційні заходи та методика проведення кінезіотерапії в ранній відновлювальний постінсультний період.
18. Загальні принципи комплексної терапії при інсульті.
19. Комплекс вправ пасивної кінезіотерапії в ранній реабілітаційний період хворих на інсульт.
20. Комплекс активних вправ кінезіотерапії в ранній реабілітаційний період хворих на інсульт.
21. Комплекс вправ кінезіотерапії в післялікарняний період.
22. Комплекс вправ кінезіотерапії на координацію рухів у післялікарняний період.
23. Комплекс вправ кінезіотерапії на відновлення навичок самообслуговування у післялікарняний період.
24. Комплекс вправ кінезіотерапії в розширеному ліжковому режимі.
25. Аналіз ходьби та функціональних порушень у постінсультних хворих.
26. Тренування з орієнтацією на засвоєння конкретного навичку.

27. Ключові механічні фактори при ходьбі по рівній поверхні у пацієнтів після інсульту.
28. Ходьба по рівній поверхні, біговій доріжці з використанням вправ та підтримкою маси тіла або без неї.
29. Тренування сили, швидкості та витривалості з активацією паралізованих м'язів і покращенням фізичної форми.
30. Допоміжні пристосування і ортопедична підтримка. Функціональні тести для оцінки ходьби.
31. Відновлення рухових функцій і реабілітація після інсульту.
32. Робота мультидисциплінарної команди в реабілітації пацієнтів після інсульту.
33. На якому етапі реабілітації та як проводиться вертикалізація хворих після перенесеного інсульту.
34. Роль нижніх кінцівок в підтримці вертикального положення.
35. Відновлення функцій верхньої кінцівки. Спеціальні та бімануальні вправи.
36. Тренування тактильної чутливості після перенесеного інсульту.
37. Використання ідеомоторних вправ у пацієнтів, які перенесли інсульт.
38. Роль силових тренувань у відновленні верхньої кінцівки після перенесеного інсульту.
39. Догляд та профілактика болі в плечі у пацієнтів після інсульту.
40. Функціональні тести при обстеженні верхньої кінцівки після перенесеного інсульту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Brain artery supply [Image]. (2011). Retrieved from <http://otah2o.wikispaces.com/06+Cardiology>
2. Carotid endarterectomy [Image]. (2011). Retrieved from <http://www.indiasurgerytour.com/india-neurosurgery/india-surgery-carotid-endarterectomy.html>
3. Davies, Patricia M. (2000). *Steps to follow: The comprehensive treatment of patients with hemiplegia*. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
4. Gillen, G. (2004). Upper extremity function and management. In G. Gillen & A. Burkhardt (Eds.), *Stroke rehabilitation: A function-based approach* (2 ed). (pp 172-218). St Louis: Mosby.
5. Haemorrhagic stroke [Image]. (2011). Retrieved from <http://irh4mgokilz.wordpress.com/2011/05/20/stroke/>
6. Hankey, G.J. (2002) *Stroke: Your Questions answered*. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier Science Limited.
7. Levit, K. (2008). Optimizing motor behaviour using the Bobath approach. In V.M. Radomski & C.A.Trombly Latham (Eds), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed.). (pp. 643-666). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
8. Lundy-Eckman, L. (2007). *Neuroscience: Fundamentals for rehabilitation*. (3rd ed., pp.490-501) Saunders: Philadelphia.
9. National Stroke Foundation. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Retrieved from <http://www.strokefoundation.com.au/>.
10. National Stroke Foundation. *Clinical Guidelines for stroke management* (2010). Melbourne Australia
11. Page, S., Gater, D., and Bach-y-Rita, P. (2004) Reconsidering the motor recovery plateau in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, pp.14-18
12. Primary motor cortex homunculus [Image]. (2011). Retrieved from http://querytracker.blogspot.com/2010_02_01_archive.html
13. Rust, K., (2008). Managing deficit of first-level motor control capacities using Rood and proprioceptive neuromuscular facilitation techniques. In V.M. Radomski & C.A.Trombly Latham (Eds), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed.). (pp.691-713). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

14. Somatosensory cortex: motor & sensory homunculus [Image]. (2011). Retrieved from <http://whomdat.wordpress.com/2007/08/01/bobs-your-homunculus/>
15. Subarachnoid & Intracerebral haemorrhage [Image]. (2011). Retrieved from <http://factoidz.com/heart-health-surprising-facts-on-stroke-everyone-must-know/>
16. Trombly Latham, C. (2008). Optimizing motor behaviour using the Brunnstrom movement therapy approach. In V.M. Radomski & C.A.Trombly Latham (Eds), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed.). (pp 667-689). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

ШКАЛА ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ НАЦІОНАЛЬНИХ ІНСТИТУТІВ ЗДОРОВ'Я (NIHSS)

ВКАЗІВКИ
<ul style="list-style-type: none"> • Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі. • Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок. • Дотримуйтеся вказівок щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що хворий насправді зробив, а не те, що, на вашу думку, він може зробити. • Записуйте оцінки під час огляду та працюйте швидко. • Окрім зазначених випадків, не навчайте хворого (зокрема не наполягайте, щоб він докладав якомога більше зусиль).
ОЦІНЮВАННЯ
<p>1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ.</p> <p>Якщо такі фізичні перешкоди, як інтубація трахеї, мовний бар'єр, пошкодження/пов'язка на обличчі чи трахеї унеможливають повне оцінювання, оцінюйте на власний розсуд. Оцінку «3» слід обирати тільки у випадку, коли хворий не реагує рухами (крім рефлексорних) на больові подразники.</p> <p>Шкала: її визначення (пояснення)</p> <p>0: притомний, реагує швидко.</p> <p>1: оглушення, сонливий але можливо опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує.</p> <p>2: напівпритомний, реагує повільно, потребує повторної стимуляції до участі, оглушений і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні).</p> <p>3: непритомний (кома), реагує тільки рефлексорними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлекси відсутні.</p> <p>ОЦІНКА: _____</p>
<p>1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ.</p> <p>Запитайте хворого, який зараз іде місяць та скільки йому років. Відповідь має бути точною – не давайте частину балів за приблизну відповідь. Хворі з афазією або значним порушенням свідомості, які не розуміють запитання, отримують оцінку «2». Хворі, які не можуть говорити через інтубацію трахеї, пошкодження/пов'язку на обличчі чи трахеї, тяжку дизартрію (з будь-якої причини), мовний бар'єр чи іншу проблему, яка не спричинена афазією, отримують «1». Важливо оцінювати тільки першу відповідь і не допомагати хворому будь-якими словами чи діями.</p> <p>Шкала: її визначення</p> <p>0: правильно відповів на обидва запитання.</p>

1: правильно відповів на одне запитання.

2: не дав жодної правильної відповіді.

ОЦІНКА: _____

1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: КОМАНДИ.

Попросіть хворого розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, віддайте інший наказ, що передбачає одну дію. Коли спроба була чіткою, але її не завершено через слабкість м'язів, бал за неї нараховується. Якщо хворий не розуміє словесний наказ, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з команд). Хворому з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами віддайте інший простий одно-дійний наказ. Оцінюйте тільки першу спробу

Шкала: її визначення

0: правильно виконав обидві команди.

1: правильно виконав одну команду.

2: не виконав жодної з команд.

ОЦІНКА: _____

2. РУХИ ОЧЕЙ.

Оцінюйте лише горизонтальні рухи очей. Виставляйте оцінку за довільні або рефлекторні (окулоцефальний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука хворого парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлекторних рухах їх положення змінюється, оцінка «1». Якщо у хворого периферичне ураження черепного нерва, який забезпечує рухи очного яблука (III, IV чи VI), оцінка «1». Оцінюйте рухи очей в усіх хворих з афазією. У хворого з травмами ока, пов'язками, сліпотою та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлекторні рухи – вибір залишається за клініцистом. Інколи рухи в один і в другий бік від хворого зі збереженням контакту між очима дозволяють виявити частковий параліч погляду.

Шкала: її визначення

0: норма.

1: парез погляду; рухи одного чи обох очей порушені але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду.

2: тонічне відведення очей або повний параліч погляду, які зберігаються під час перевірки окулоцефального рефлексу.

ОЦІНКА: _____

3. ПОЛЯ ЗОРУ.

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати хворого, але якщо хворий дивиться в бік пальця, що рухається, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи видалене, оцінюйте поля зору другого ока. **Оцінка «1»** ставиться

тільки у разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантанопсію. Якщо хворий сліпий (з будь якої причини), **оцінка «3»**. Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. Якщо є вибірковий брак уваги, нарахуйте хворому 1 бал і врахуйте це в розділі 11.

Шкала: її визначення

0: поля зору збережені.

1: часткова геміанопсія.

2: повна геміанопсія.

3: двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту)

ОЦІНКА: _____

4. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ ОБЛИЧЧЯ.

Попросіть (або заохотьте жестами), щоб хворий показав зуби, підняв брови та міцно заплющив очі. У хворих з порушеною свідомістю або тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через пошкодження/пов'язку, інтубацію трахеї або інші причини), усуньте усі перешкоди наскільки це можливо.

Шкала: її визначення

0: нормальна симетрична міміка.

1: легкий парез (згладженість носо-губної складки, асиметрична посмішка).

2: помірний парез (повний чи майже повний параліч нижніх мімічних м'язів – центральний тип).

3: повний одно - чи двобічний параліч (без міміки у верхній та нижній частинах обличчя – периферичний тип)

ОЦІНКА: _____

5. СЛАБКІСТЬ РУК.

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої. Надайте руці хворого початкове положення: випростайте руку хворого (долонею донизу) під кутом 90 градусів до тіла (якщо хворий сидить) або 45 градусів до тіла (якщо хворий лежить)– і попросіть щоб він так її утримував. Під опусканням розуміють рух руки донизу у перші 10 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу плечового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

0: опускання немає, рука утримується у початковому положенні протягом 10 секунд.

1: опускання; рука спочатку утримується у початковому положенні (90 або 45 градусів), але починає рухатися донизу протягом перших 10 секунд, не торкаючись ліжка або іншої опори.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння, хворий не може самостійно поставити руку у початкове положення або утримувати її в цьому положенні,

і рука опускається на ліжко, але є певні зусилля проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, рука одразу падає.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА:

5а: ліва рука _____

5б: права рука _____

6. СЛАБКІСТЬ НІГ.

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої (завжди в положенні горілиць). Надайте нозі хворого початкове положення: під кутом 30 градусів до ліжка – і попросіть, щоб він її так утримував. Під опусканням розуміють рух ноги донизу в перші 5 секунд. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестами, але не завдавайте болю. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу кульшового суглоба зазначте, що цей розділ *неможливо оцінити (Н/О)*, і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

0: опускання немає, нога утримується під кутом 30 градусів протягом 5 секунд.

1: опускання, нога починає рухатись донизу впродовж перших 5 секунд, але не торкається ліжка.

2: окремі спроби подолати силу тяжіння, нога падає на ліжко протягом перших 5 секунд, але з певними зусиллями проти сили тяжіння.

3: немає спроб подолати силу тяжіння, нога одразу падає на ліжко.

4: відсутні будь-які рухи.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА:

6а: ліва нога _____

6б: права нога _____

7. АТАКСІЯ У КІНЦІВКАХ.

В цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочку. Попросіть хворого, щоб під час огляду не заплющувати очі. У разі зорових порушень проводьте пробу у збереженому полі зору. Виконуйте проби «палець-ніс-палець» та «п'ята-коліно» з обох боків; нараховуйте бали за атаксію лише тоді, коли атаксія є більшою за слабкість. Якщо хворий не розуміє мови або є паралізованим, атаксії немає (**оцінка 0**). Тільки у випадках ампутації чи анкілозу суглоба зазначте, що цей розділ *неможливо оцінити (Н/О)*, і запишіть чітке пояснення.

Шкала: її визначення

0: немає.

1: є в одній кінцівці.

2: є у двох кінцівках.

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше _____)

ОЦІНКА: _____

8. ЧУТЛИВІСТЬ.

Оцінюйте чутливість або гримаси хворого під час уколів одноразовою голкою чи ухилення від больових подразників (у разі значного порушення свідомості чи афазії). Враховуйте тільки втрати чутливості від інсульту. Перевіряйте пильно в різних ділянках тіла (руки, але не кисті, ноги, тулуб, обличчя), щоб надійно виключити гемігіпестезію. **Оцінку 2** виставляйте тільки тоді, коли немає сумнівів, що у хворого є дуже значна або повна втрата чутливості. Тому хворому з порушенням свідомості або з афазією поставте **оцінку 1 або 0**. Хворому зі стовбуровим інсультом та двобічною втратою чутливості поставте **оцінку 2**. Якщо хворий не відповідає і має тетраплегію, визначте **оцінку 2**. Хворому в комі (оцінка 3 в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу поставте **оцінку 2**.

Шкала: її визначення

0: норма; втрати чутливості немає.

1: легка чи помірна втрата чутливості; на ураженому боці пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; або хворий не відчуває болю, але відчуває, коли до нього доторкуються.

2: тяжка або повна втрата чутливості; хворий не відчуває дотиків на обличчі, руці та нозі.

ОЦІНКА: _____

9. МОВА.

Багато відомостей щодо розуміння мови ви вже отримали під час попередніх оглядів. Попросіть хворого описати, що зображено на запропонованому **малюнку 1**, назвати зображені речі та прочитати речення. Оцінюйте розуміння мови на підставі отриманих відповідей, а також виконання наказів під час загального неврологічного огляду. Якщо розлади зору заважають оглядові, попросіть хворого назвати речі, які кладуть йому у руку, повторювати фрази та говорити. У разі інтубації трахеї попросіть хворого написати. Хворий в комі (**оцінка «3»** в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу отримує **оцінку 3**. Якщо у хворого порушена свідомість або хворий не може співпрацювати, оцініть хворого на власний розсуд, але 3 бали ставте тільки тоді, коли хворий є німим і не виконує жодного наказу.

Шкала: її визначення

0: афазії немає; норма.

1: легка чи помірна афазія; є деякі чіткі ознаки втрати плавності або розуміння мови, але без значних обмежень у висловлюванні думок. Порушення мовлення та/або розуміння мови ускладнюють або унеможливають розмову про те, що намальовано. Однак ви можете зрозуміти з відповідей хворого, що зображено на малюнку, і назви

зображених предметів.

2: тяжка афазія; спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватись, що хворий має на увазі, та/або перепитувати. Обсяг інформації, якою можливо обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування лежить на слухачеві. З відповідей хворого ви не можете зрозуміти, що є на малюнку і назви зображених предметів.

3: німота, повна афазія; немає ані змістовного мовлення, ані розуміння мови.

Пацієнти в комі автоматично отримують **оцінку 3**. При порушенні свідомості оцінку встановлює дослідник, але **оцінка 3** ставиться тільки при аутизмі та повному ігноруванні простих команд.

ОЦІНКА: _____

10. ДИЗАРТРИЯ.

Не інформуйте пацієнта, що ви збираєтесь оцінювати. При нормальній артикуляції пацієнт говорить розбірливо, у нього немає труднощів при вимовлянні складних звуків та словосполучень, скоромовок. При важкій афазії оцінюється вимовляння окремих звуків та фрагментів слів; при аутизмі ставиться **оцінка 2**.

Якщо тест провести неможливо (інтубація трахеї, травма обличчя) даний розділ помічається **Н/О** (неможливо оцінити) та надається пояснення причин

Коли значних порушень немає, оцініть вимову хворого, попросивши його прочитати та повторити слова на долученій сторінці. Якщо у хворого наявна тяжка афазія, оцініть чіткість вимови та довільного мовлення. Тільки у разі інтубації або інших фізичних перешкод для мовлення, зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення. Не пояснюйте хворому, що саме ви оцінюєте.

Шкала: її визначення

0: норма.

1: легка чи помірна дизартрія; хворий «змазує» деякі слова й іноді буває складно його зрозуміти.

2: тяжка дизартрія; вимова настільки спотворена, що пацієнта неможливо зрозуміти (афазії немає або її ступінь значно поступається дизартрії), чи хворий зовсім не говорить (німота).

Неможливо Оцінити (Н/О) – поясніть: інтубація, фізична перешкода, інше _____)

ОЦІНКА: _____

11. ВИКЛЮЧЕННЯ АБО БРАК УВАГИ.

(інші можливі назви синдрому ГЕМІІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)

Під сенсорним геміігноруванням розуміють порушення сприймання на одній половині тіла (за звичай зліва) при нанесенні подразнень одночасно з обох сторін (при відсутності гемігіпестезії).

Під візуальним геміігноруванням розуміють порушення сприймання об'єктів в лівій половині поля зору при відсутності лівосторонньої геміанопсії.

Під час попередніх оглядів ви могли отримати досить інформації щодо браку уваги чи вибіркового сприйняття. Якщо одночасна подвійна стимуляція неможлива через значне звуження полів зору (геміанопсію), а чутливість шкіри збережена, оберіть **оцінку «0»**. Якщо хворий з афазією звертає увагу на подразники з обох боків, **оцінка «0»**. Якщо є брак зорової уваги до частини простору або анозогнозія, це підтверджує порушення. Оскільки ці порушення оцінюються лише коли вони є, цей розділ ніколи не буває таким, що неможливо оцінити.

Шкала: її визначення

0: порушень немає.

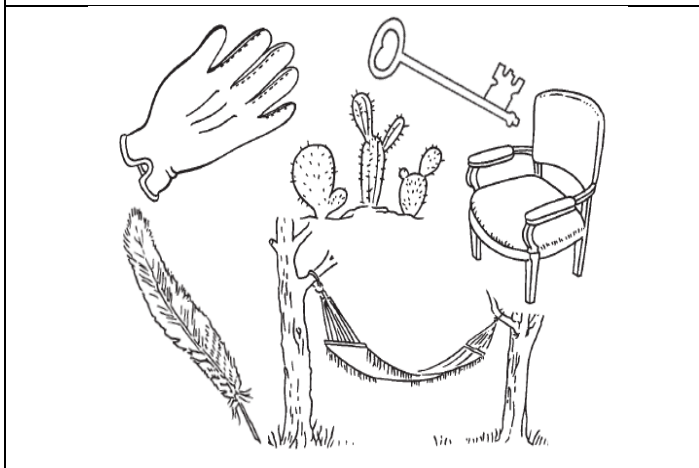
1: брак уваги до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності; при одночасному нанесенні подразників з обох боків вони сприймаються лише з одного боку.

2: тяжкий брак уваги або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більш ніж однієї модальності (наприклад, не впізнає власну руку або орієнтується в просторі лише з одного боку).

ОЦІНКА: _____

Додатки

Малюнок 1 (оцінювання п.9. МОВА)



Словосполучення до оцінювання афазії (до п.9. МОВА)

Ти знаєш як.
Вниз до землі.
Я повернувся додому з роботи.
Поблизу столу у вітальні.
Вони чули його виступ по радіо
минулого вечора.

Слова для оцінки дизартрії (до п.10. ДИЗАРТРИЯ)	МАМА ТІК-ТАК ВРЕШТІ-РЕШТ СКЛИКАННЯ СТУДЕНТСЬКИЙ ФУТБОЛІСТ
Загальна кількість балів при оцінці пацієнта	_____
ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ по NIHSS	
ДО 5 БАЛІВ	ЛЕГКИЙ ІНСУЛЬТ
6-13 БАЛІВ	ІНСУЛЬТ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ
14-20 БАЛІВ	ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ
БІЛЬШЕ 20 БАЛІВ	ДУЖЕ ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ

ІНДЕКС АКТИВНОСТІ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ (ШКАЛА БАРТЕЛА)

ПРИЙОМ ЇЖІ
0 — повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою) 5 — частково потребує допомоги, наприклад при розрізанні їжі, намащуванні масла на хліб тощо, при цьому приймає їжу самостійно 10 — не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не лише м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)
ПРИЙОМ ВАННИ
0 — залежний від оточуючих 5 — незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)
0 — потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни 5 — незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні
ОДЯГАННЯ
0 — залежний від оточуючих 5 — частково потребує допомоги (наприклад при застібанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу 10 — не потребує допомоги, в тому числі при застібанні гудзиків, зав'язуванні шнурків тощо, може вибирати і надягати будь-який одяг
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
0 — нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, яка доглядає) 5 — випадкові інциденти нетримання калу (не частіше 1 разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок 10 — повний контроль дефекації, за необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
<p>0 — нетримання сечі або використовується катетер, користуватися яким хворий самостійно не може</p> <p>5 — випадкові інциденти нетримання сечі (максимум 1 раз на 24 год)</p> <p>10 — повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
<p>0 — повністю залежний від допомоги оточуючих</p> <p>5 — потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно</p> <p>10 — не потребує допомоги (при переміщенні, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)
<p>0 — переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб</p> <p>5 — при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (однієї сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку</p> <p>10 — при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (однієї особи) або потрібний догляд, вербальна допомога</p> <p>15 — незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)</p>
ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватися допоміжні засоби)
<p>0 — не здатний до переміщення або долає <45 м</p> <p>5 — здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань >45 м, в тому числі оминати кути і користуватися дверима та самостійно повертати за ріг</p> <p>10 — може ходити з допомогою однієї чи двох осіб (фізична підтримка чи нагляд і вербальна підтримка), проходить >45 м</p> <p>15 — незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад ціпок), долає самостійно >45 м</p>
ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
<p>0 — не здатний підніматися по сходах, навіть із підтримкою</p> <p>5 — потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка</p> <p>10 — незалежний</p>

ШКАЛА БРЕЙДЕНА ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВІДЛЕЖИН

<p>Тактильна чутливість</p> <p>Здатність реагувати належним чином на дискомфорт, пов'язаний з тиском</p>	<p>□1. Абсолютно обмежена</p> <p>Не реагує (не стогне, не здригається чи усвідомлює) на хворобливі подразники через зниження рівня свідомості чи внаслідок дії заспокійливих, або через обмежену здатність відчувати біль у більшій частині тіла.</p>	<p>□2. Дуже обмежена</p> <p>Реагує лише на хворобливі подразники. Не може повідомити про дискомфорт, крім стогонів чи неспокою, або має сенсорне порушення, яке обмежує здатність відчувати біль або дискомфорт на половині тіла.</p>	<p>□3. Трохи обмежена</p> <p>Реагує на словесні команди, але не завжди може повідомити про дискомфорт або про необхідність повернутися, або має деякі сенсорні порушення, що обмежують здатність відчувати біль або дискомфорт в одній або двох кінцівках.</p>	<p>□4. Відсутність відхилень</p> <p>Реагує на словесні команди. Немає сенсорного дефіциту, який обмежував би здатність відчувати або говорити про біль чи дискомфорт.</p>
<p>Вологість шкіри</p> <p>Ступінь впливу вологи на шкіру</p>	<p>□1. Постійно волога</p> <p>Шкіра майже постійно залишається вологою внаслідок потовиділення, сечі і т. д. Вологість виявляється кожного разу, коли пацієнта рухають або повертають</p>	<p>□2. Дуже волога</p> <p>Шкіра часто, але не завжди волога. Постіль потрібно змінювати раз на зміну.</p>	<p>□3. Зрідка волога</p> <p>Шкіра зрідка волога, необхідно змінювати постільну білизну один раз на день.</p>	<p>□4. Суха</p> <p>Шкіра незвично суха. Постіль потрібно змінювати через звичні проміжки часу.</p>

<p>Рівень фізичної активності</p> <p>Ступінь фізичної активності</p>	<p>□1. Прикутий до ліжка</p> <p>Прикутий до ліжка</p>	<p>□2. Прикутий до візка/крісла</p> <p>Здатність ходити дуже обмежена або відсутня. Не може переносити власну вагу, або потрібна допомога, щоб сісти у крісло чи крісло-колісне</p>	<p>□3. Ходить з допомогою</p> <p>Іноді ходить протягом дня, але на короткі відстані, зі сторонньою допомогою або без неї. Більшу частину дня проводить в ліжку або кріслі-колісному/кріслі.</p>	<p>□4. Часто ходить</p> <p>Виходить за межі кімнати принаймні двічі на день, а також по кімнаті принаймні один раз на 2 години протягом часу, коли не спить.</p>
<p>Рухливість</p> <p>Здатність змінювати і контролювати положення тіла</p>	<p>□1. 100% нерухомий</p> <p>Не робить навіть незначних змін у тілі або кінцівках без сторонньої допомоги</p>	<p>□2. Дуже обмежений</p> <p>Час від часу незначно змінює положення тіла або кінцівок, але самостійно не може робити часті або значні зміни</p>	<p>□3. Трохи обмежений</p> <p>Самостійно робить часті, хоча і незначні зміни в положенні тіла або кінцівок.</p>	<p>□4. Повністю мобільний</p> <p>Робить великі і часті зміни у положенні тіла без сторонньої допомоги.</p>
<p>Харчування</p> <p>Звична схема прийому</p>	<p>□1. Дуже погано</p> <p>Ніколи до кінця не доїдає страву. Зрідка з'їдає більше ніж</p>	<p>□2. ½ денної порції</p> <p>Зрідка з'їдає повну порцію і, як правило,</p>	<p>□3. Більшу частину порції</p> <p>З'їдає більше половини порції більшості страв.</p>	<p>□4. Їсть все</p> <p>З'їдає більшу частину порції кожної</p>

їжі	<p>половину запропонованої порції. З'їдає дві порції або менше білка (м'яса або молочних продуктів) на день. Погано приймає рідину. Не приймає рідкі дієтичні добавки, або нічого не приймає ротовою порожниною. Життєдіяльність підтримується через прозорі рідини чи внутрішньовенний розчин більше 5 днів.</p>	<p>з'їдає лише близько половини запропонованої страви. З'їдає три порції білка (м'ясо або молочні продукти) на день. Іноді приймає дієтичні добавки або отримує менше оптимальної кількості рідкої дієти або годування через зонд.</p>	<p>З'їдає чотири порції білка (м'ясо або молочні продукти) на день. Іноді відмовляється від прийому їжі, але, як правило, приймає добавку, якщо її пропонують, або годують через зонд, або на повному парентеральному режимі харчування, який, ймовірно, відповідає більшості харчовим потребам.</p>	<p>страви. Ніколи не відмовляється від їжі. Їсть чотири чи більше порцій білка (м'ясо чи молочні продукти) на день. Зрідка їсть між прийомами їжі. Не потребує дієтичних добавок.</p>
<p>Стійкість шкіри до тертя</p>	<p><input type="checkbox"/>1. Часте ковзання</p> <p>Потребує помірної або максимальної допомоги, щоб порухатися. Повний підйом без ковзання по простирядлу неможливий. Часто ковзає в ліжку або на стільці,</p>	<p><input type="checkbox"/>2. Слабка корекція</p> <p>Рухається слабо або вимагає мінімальної допомоги. Під час руху шкіра, ймовірно, ковзає по простирядлах, стільцях, інших</p>	<p><input type="checkbox"/>3. Незалежна корекція</p> <p>Самостійно рухається в ліжку і кріслі/візку, має достатньо сили в м'язах, щоб піднятися. Утримує добре положення у ліжку чи</p>	

	вимагаючи часті зміни положення з максимальною допомогою. Спазми, контрактури або збудження призводять до майже постійного тертя.	підтримуючих пристроях, тощо. Велику частину часу зберігає відносно добре положення в кріслі або в ліжку, але іноді сповзає вниз.	кріслі/кріслі-колісному.	
--	---	---	--------------------------	--

Загалом за шкалою Брейдена: _____

Рівень ризику: _____

Розшифровка тесту:

17-18 незначний ризик для людей похилого віку

15-16 незначний ризик від 50-60% розвитку пролежнів 1 стадії у госпіталізованих дорослих

12-14 помірний ризик від 65-90% розвитку пролежнів 1 або 2 стадії у госпіталізованих дорослих

< 12 високий ризик від 90% до 100% розвитку пролежнів 2 стадії або гірше у госпіталізованих дорослих

ПОЧАТКОВА ФОРМА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата поступлення:

Дата звернення:

Прізвище терапевта:

Діагноз:

Анамнез:

Соціальна ситуація:

Сфери виконання заняттєвої активності:

Ключ: I = Незалежний

A = Потрібна допомога

D =

Залежний

		Попередній статус		Теперішній статус
Мобільність				
Мобільність в ліжку				
Переміщення				
Мобільність /Рівновага				
Особистий догляд ADL (Personal care)				

Прийом їжі				
Гігієна				
Одягання				
Купання				
Туалет				
Прийом ліків				
ADL вдома (Domestic ADL)				
Приготування їжі				
Робота по дому				
Прання				
Догляд Городу / Дому				

ADL в громаді (Community ADL)				
Водіння авто/ Транспорт				
Менеджмент фінансів				
Покупки				

Листування / Телефон				
-------------------------	--	--	--	--

Робота:

Відпочинок:

КОМПОНЕНТИ ВИКОНАННЯ
БІОМЕХАНІЧНІ:
СЕНСОРНО-МОТОРНІ:
КОГНІТИВНІ / ПОВЕДІНКА:
ЗІР / СПРИЙНЯТТЯ:
ПСИХОСОЦІАЛЬНІ:

КОМПОНЕНТИ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА
ПІДСУМКИ ЖИТЛОВИХ УМОВ (тип житла і хто живе /підтримує вдлма)
Головний вхід (доступність):
«Чорний» вхід (доступність):
Всередині:
Ванна:

