

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра організації та економіки фармації

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: Комплексний підхід в лікуванні та реабілітації хворих
неврологічного профілю**

Виконала: здобувач вищої освіти 5 курсу,
групи В-1-А

напряму підготовки 22 Охорони здоров'я
спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
освітня програма Фармація

Третякова Вікторія Юріївна

Керівник : к.фарм.н., доцент Шолойко Н. В.

Рецензент : к.фарм.наук, доцент Негода Т.С.

Київ 2024 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
АНОТАЦІЯ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	9
1.1 Особливості перебігу та методи реабілітації після інсульту...	7
1.2 Розсіяний склероз. Методи реабілітації, лікарські засоби	11
1.3 Комплексний підхід в реабілітації при травмах хребта та спинного мозку	14
1.4 Черепно- мозкові травми. Комплексний підхід до реабілітації та лікування ЧМТ	17
1.5 Реабілітація при хворобі Паркінсона	21
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1 Методи досліджень	27
2.2 Порівняльна характеристика реабілітаційних центрів неврологічного профілю	30
2.3 Організація дослідження	36
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	38
ДОДАТКИ	41
SUMMARY	45

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЧМТ – черепно-мозкові травми

ЕЕГ – електроенцефалограма

МЕГ- магнітоенцефалографія

ФМРТ- функціональна магніто- резонансна томографія

ДТТ- дифузна тензорна томографія

ТМС - Транскраніальна магнітна стимуляція

ТСПС- Транскраніальна стимуляція постійним струмом

АТ- артеріальний тиск

РС- розсіяний склероз

АНОТАЦІЯ

Третьякова В.Ю.

Комплексний підхід в лікуванні та реабілітації хворих неврологічного профілю

Ключові слова: реабілітація, інсульт, травматичні ушкодження головного мозку, паркінсонізм

Нейрореабілітація - це галузь медичної реабілітації, спрямована на полегшення відновлення після захворювань чи травм нервової системи, а також на мінімізацію чи компенсацію будь-яких функціональних змін, що виникають внаслідок них. Основні принципи нейрореабілітації включають багатодисциплінарний підхід, індивідуальні плани лікування, ранню інтервенцію, постійне оцінювання та адаптацію. Неврологічна реабілітація охоплює відновлення після інсультів, травматичних ушкоджень головного мозку, спинного та головного мозку, розсіяного склерозу та хвороби Паркінсона.

Методи включають аналіз науково-методичної літератури, порівняльну характеристику ціноутворення в центрах неврологічної реабілітації, соціальний метод (опитування, анкетування), медико-біологічні методи.

Результати: Проведено аналіз медичних історій пацієнтів із інсультами, травматичними ушкодженнями головного мозку, спинними та головними ушкодженнями, розсіяним склерозом та хворобою Паркінсона в Центрі реабілітації Сосні. Дослідження проведено на основі таких критеріїв: шкала оцінки м'язової сили, шкала Ашфорда для визначення спастичності м'язів, оцінка стану після травматичного ушкодження головного мозку за шкалою COVS, орієнтація та соціальний аспект. Більшість часу було приділено порівняльному аналізу центрів неврологічної реабілітації. Характеристика включала ціноутворення, методи реабілітації та комфортні умови для пацієнтів.

Висновки: Розроблені практичні рекомендації сприяють індивідуалізації фізичного процесу реабілітації, що призводить до швидкого і ефективного відновлення порушених функцій. Це, в свою чергу, покращує якість життя та зменшує обмеження у щоденних активностях пацієнта.

SUMMARY

Tretyakova Viktoriia

COMPEHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

Keywords : rehabilitation ,stroke, traumatic brain injuries, Parkinsonism

Introduction : Neurorehabilitation is a branch of medical rehabilitation aimed at facilitating recovery after diseases or injuries to the nervous system, as well as minimizing or compensating for any functional changers resulting from them.

The key principles of neurorehabilitation include a multidisciplinary approach, individualized treatment plans, early imtervention, ongoing assessment and adaptation.

Neurological rehabilitation encompasses the recovery following strokes, traumatic brain injuries, spinal and brain injuries, multiple sclerosis and Parkinsons dicease.

Materials and methods: The object of study is neurological rehabilitation.

The subject of the study is the rehabilitation methods used in treatment of patients with strokes, traumatic brain injuries, spinal and brain injuries, multiple sclerosis and Parkinsons dicease.

Methods : Analyses of scientific and methodological literature, comparative characterization of pricing policies in neurological rehabilitation centers, social method (surveys, questionnaires), medical- biological methods.

Results : The analis of the medical histories of patients with strokes, traumatic brain injuries, spinal and brain injuries, multiple sclerosis and Parkinsons dicease was conducted at the Sosni Rehabilitation Center.

The research was conducted based on the following criteria: Muscle strength assessment scale, Ashford scale for determining muscle spasticity, evaluation of the condition after traumatic brain injury using the COVS scale, orientation, and the social aspect. The majority of the time was devoted to a comparative analysis of neurological rehabilitation centers. The characterization included pricing policies, rehabilitation methods, and the comfort of conditions for patients.

Conclusions : The developed practical recommendations facilitate the individualization of the physical rehabilitation process, leading to a rapid and effective restoration of impaired functions. This, in turn, improves the quality of life and reduces the limitations in the patient's daily activities..

ВСТУП

Актуальність теми:

Нейрореабілітація- галузь медичної реабілітації, метою якої є сприяння одужанню після захворювання чи травми нервової системи, а також мінімізація або компенсування будь-яких функціональних змін внаслідок цього.[1]

До основних принципів нейрореабілітації хворих відносяться : мультидисциплінарний підхід, індивідуальні плани лікування, раннє втручання, постійна оцінка та адаптація.

На даний момент актуальність нейрореабілітації має неабияке значення в галузі медицини України. В разі втрати працездатності, що є наслідком травм хребта, пошкодження головного мозку, важкості перебігу тяжкої хвороби йде серйозна зміна життя пацієнта та його родини.

Реабілітація пацієнтів неврологічного профілю є однією з важливих та складних напрямів медицини. До неї відноситься реабілітація після інсультів, ЧМТ, травм спинного та головного мозку, розсіяного склерозу, хвороби Паркінсона.

Світова статистика ЧМТ за останні 15 років налічує від 95 до 783 на 100 тис.людей, показник смертності від таких травм до 66 на 100 тис. населення в рік. Порівняно зі статистикою черепно - мозкових травм показники захворювання на інсульт за даними НЗСУ в Україні на 2022 рік складають 96329 людей в рік (48908 – чоловіки, 47331 – жінки). [2]

Основними методами нейрореабілітації є використання нейрокомп'ютерних інтерфейсів на основі ЕЕГ, МEG або їх поєднання; нейропротезування або екзоскелети, ФМРТ, ДТІ, ТМС, ТСПС і т.д.

Оцінюючи статистику реабілітації військових за 2022-2023 рік нейрореабітація складає 45% від загальної кількості. Найчастіше потребують

реабілітації хворі після ЧМТ та травм спинного мозку. Саме по цій причині вивчення та впровадження нових методів неврологічної реабілітації має величезне значення в умовах воєнного часу в Україні.

Мета роботи : вивчення діючих нових програм реабілітації пацієнтів неврологічного профілю на стаціонарному та післястаціонарному етапі лікування.

Завдання роботи:

- Дослідження клінічних порушень та наслідків основних неврологічних захворювань
- Визначення та аналіз основних завдань, методів та засобів нейрореабілітації
- Маркетинговий аналіз лікарських засобів, що використовуються в комплексному підході для реабілітації

Методи дослідження :

- 1) Аналіз науково- методолічної літератури
- 2) Порівняльної характеристики цінової політики реабілітаційних центрів неврологічного профілю
- 3) Соціологічний метод (опитування, анкетування)
- 4) Медико-біологічні методи

Новизна і значення одержаних результатів :

Новизна роботи полягає в детальному врахуванні особливостей травм головного та спинного мозку, інсультів при впровадженні нових методик для нейрореабілітації

Практичне значення полягає в можливості застосування нових методик для реабілітації при різноманітних захворюваннях та травмах неврологічного профілю у спеціальних лікувальних, реабілітаційно- відновлювальних і санітарно- курортних закладах.

Апробація результатів дослідження : публікація тез «Комплексний підхід в лікуванні та реабілітації хворих неврологічного профілю» у збірнику матеріалів I Міжнародної науково-практичної конференції «Advanced technologies for the implementation of new ideas» 9-12 січня, Берлін (Додаток Г)

Структура роботи :

Робота складається з 51 сторінок, 2 розділів, 4 додатків, 17 рисунків, 8 таблиць, 40 використаних джерел.

РОЗДІЛ 1 АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Особливості перебігу та методи реабілітації після інсульту

Інсульт – гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), що призводять до ушкодження тканин мозку і розладів його функцій.

Інсульт поділяється на 2 види:

- геморагічний (крововилив у речовину головного мозку, який виникає внаслідок розриву артерії або шляхом діapedезу формених елементів крові, переважно еритроцитів, при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі мозкових судин тощо)

- ішемічний (гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає внаслідок гострої ішемії головного мозку і супроводжується структурними та морфологічними змінами в тканинах мозку і стійкими органічними неврологічними симптомами) [3]



Рис.1.1.1 Види інсультів

Інсульт є одним з найнебезпечніших захворювань людства та посідає третє місце за рівнем смертності. В Україні щорічно відбувається біля 100 тис. випадків інсультів і смертність, нажаль є вищою, ніж в інших країнах. 25% випадків інсульту є повторними.

Головними чинниками інсульту є атеросклеротичне ураження судин та гіпертонічна хвороба.

Атеросклеротичне ураження судин - хронічне захворювання, яке пов'язане із поступовим накопиченням холестерину та інших речовин на

стінках великих і середніх артерій, що забезпечують кровотік у головному мозку.

Гіпертонічна хвороба - це підвищення АТ до $\geq 140/90$ мм рт. ст., зумовлене дисфункцією вищих судинорегулюючих центрів, нейрогуморальних та ниркових механізмів, без первинного зв'язку його з органічними змінами в нирках, головному мозку, ендокринній системі.

Крім цих чинників існують такі фактори ризику, що призводять до виникнення інсультів:

- Артеріальна гіпертензія
- Цукровий діабет
- Надмірна вага
- Гіперліпідемія
- Зловживання алкоголем та палінням

Для виявлення інсульту використовують такі дослідження, як комп'ютерна томографія (виявлення крововиливу в перші години) та магніто-резонансну томографія, доплер судин голови та шиї, ангіографія, люмбальна пункція. [4]

Діагностування інсульту : проведення за принципом FAST (face, arms, speech, time). Найчастішими проявами інсульту є перекіс обличчя, слабкість кінцівок з одного боку, розлади мови.

Надання медичної допомоги при інсульті + лікарські засоби, що використовуються для купірування симптомів:

- 1) Першим етапом є догоспітальна допомога (виклик швидкої, надання медичної допомоги в перші хвилини, в тому числі попередження аспіраційної пневмонії та дисфагії)



Рис.1.1.2 Діагностика інсульту

- 2) Контроль і корекція АТ (використання при підвищеному тиску альфа-бета –адреноблокаторів : лабеталол; селективних бета-блокаторів : метопролол 5-10 мг; інгібіторів АПФ : еналаприл)
- 3) Якщо пацієнт доставлений після 3 годин з початку симптомів, обмежуються застосуванням ацетилсаліцилової кислоти (350 – 500 мг).
- 4) Проведення КТ або МРТ
- 5) При прогресуванні набряку – осмо- та салуретична терапія; при судомомах – протисудомні засоби (вальпроати, фінлепсин)

Нерекомендоване застосування наступних препаратів: розчину глюкози, діуретиків, ніфедипіну та німодипіну (для попередження негативних наслідків). [5]

Харчування пацієнтів з інсультом: Необхідне проведення ентерального харчування на 2-3 добу захворювання, з включенням вітамінів, мікроелементів, ненасичених жирних кислот.

Проведення фізіотерапії : Консультація фізичного терапевта проводиться для профілактики утворення пролежнів, правильного

позиціонування уражених кінцівок та профілактики утворення патологічних поз, проведення реабілітаційного обстеження та призначення індивідуальної програми ранньої реабілітації.

Пацієнт повинен займатись мінімум 1 годину на день з реабілітологом, не менше 5 днів на тиждень з урахуванням індивідуальних потреб.

Загальні принципи реабілітації:

- 1) Пасивні рухи, використання механотерапії
- 2) Профілактика виникнення ускладнень дихання
- 3) Змінення положення хворого, для профілактики виникнення пролежнів
- 4) Активна механотерапія
- 5) Вправи на рівновагу в сидячому положенні
- 6) Робота з дрібною моторикою кисті
- 7) Надання консультацій для відновлення комунікативних можливостей або індивідуальна розробка альтернативних методів комунікації [6]



Рис.1.1.3 Механотерапія в реабілітації після інсульту

1.2 Розсіяний склероз. Методи реабілітації, лікарські засоби

Розсіяний склероз - хронічне запальне захворювання центральної нервової системи, при якому власні імунні клітини організму хворого атакують мієлін, «ізолюючи оболонку», котра оточує нервові волокна.

Типовими синдромами при РС є : монокулярна втрата зору, слабкість кінцівок, втрата чутливості , двоєння в очах через дисфункцію стовбуру мозка.



Рис.1.2.1 Симптоми розсіяного склерозу

Поширеність РС в Україні у перерахунку на 100 тис. осіб становить 59,2 виявлених захворювання порівняно з іншими країнами (Польща – 120, Чехія -160, Угорщина -176 на 100000 осіб). Вік захворювання становить в середньому 20-50 років, найчастіше зустрічається у жінок.

За класифікацією виділяють 4 типи РС:

- 1) Рецесивно- ремітуючий – вражає на 85% хворих ; період загострення- ремісія, в який відбувається повне або часткове відновлення неврологічних функцій

- 2) вторинно-прогресуючий – розвивається з часом
- 3) первинно-прогресуючий - вражає 8–10% пацієнтів, відзначається як поступове постійне неврологічне погіршення
- 4) рецидивно-прогресуючий – найменш поширений тип

Ознаками «предвісників» РС є: слабкість м'язів, оніміння кінцівок, «мурашки», погіршення розумових здібностей, утруднення мовної діяльності, різке погіршення зору.

Для оцінки стадії хвороби використовують спеціальну шкалу інвалідизації EDSS. За нею пацієнти розподіляються за групами:

0-3,5 бала. Мінімальні або помірні рухові порушення. У наданні сторонньої допомоги необхідності немає.

4-5,5 балів. Рухова активність обмежена.

6-6,5 балів. Переміщення хворого можливо за допомогою упору.

7 і більше балів. Рух тільки в інвалідному візку. [7-8]

Основними інструментами для діагностики є МРТ, обстеження спинно-мозкової рідини та клінічна діагностика.

Препарати, що використовуються для лікування РС:

- імуномодулятори (гальмують чи змінюють перебіг хвороби)
- для симптоматичного лікування : протиепілептичні препарати (діазепам), антидепресанти (амітриптилін), ліки для зниження м'язового тонусу і т.д
- при треморі : ізоніазид, клоназепам
- при стомлюваності : амантадин, модафілін, флуоксетин

Фізична терапія при РС: аеробна терапія, вправи з помірними фізичними навантаженнями, водні вправи.

Загальні принципи реабілітації при РС:

- лікувальна фізкультура
- голковколювання
- психологічна терапія
- фізіотерапевтичні процедури
- тракційне витягування
- лікувальний масаж
- вестибулярна реабілітація (вправи для рівноваги та рухи очима для осіб з розсіяним склерозом)
- механотерапія і кінезіотерапія
- заняття з логопедом [9,10]



Рис.1.2.2 Приклад аеробної терапії

1.3 Комплексний підхід в реабілітації при травмах хребта та спинного мозку

Хребет складається з 31-34 хребців: 7 шийних, 12 грудних, 5 поперекових, 5 крижових та 5 куприкових. Він є рухливим за рахунок наявності 52 суглобів.(рис.1.3.1)

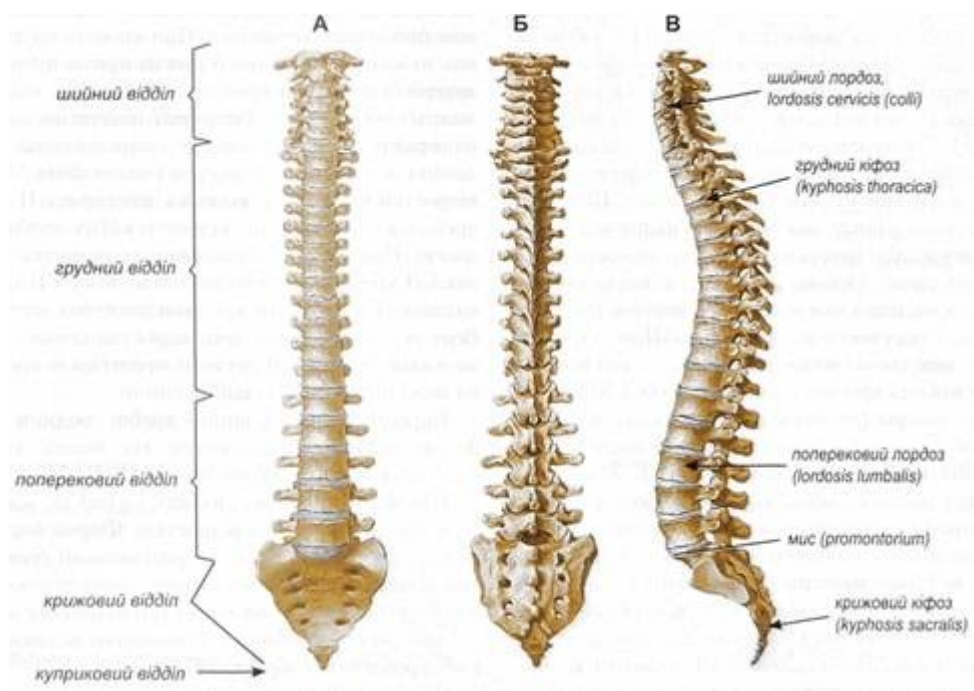


Рис.1.3.1 Загальний вигляд хребта

Тіло разом з дужкою хребця формують хребцевий отвір. Хребцеві отвори розташовані один над одним, формуючи хребетний канал. У хребетному каналі розташований спинний мозок, кровоносні судини, нервові корінці та жирова клітковина. [11]

При з'єднання 33-34 хребців, в хребетному стовпі утворюється хребетний канал, в якому розташовується спинний мозок (Рис.1.3.2)

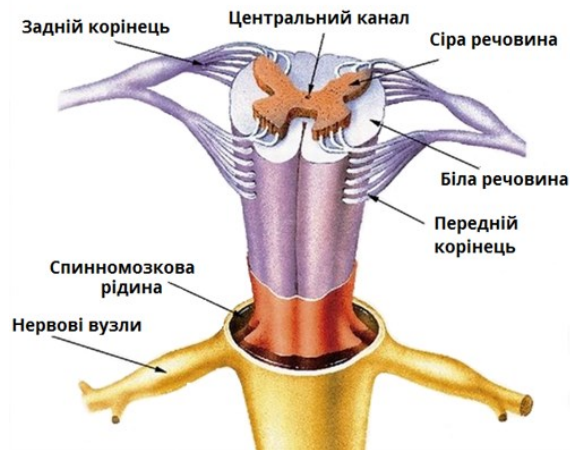


Рис.1.3.2 Будова спинного мозку

Травма хребта — це пошкодження, при якому виникає перелом хребців, або нестабільність зв'язок у хребті; при цьому не обов'язково буде травма спинного мозку. [11]

Травма спинного мозку — це пошкодження спинного мозку внаслідок зовнішнього механічного впливу, що викликає тимчасові або постійні зміни його функцій.

Одна з частих причин компресійних переломів хребта є остеопороз. Компресійні переломи можуть бути результатом падіння, стрибка з висоти, автомобільної аварії, а також через будь-яке осьове навантаження, що перевищує межу міцності хребта [12-14]

Пошкодження хребта поділяють на :

- стабільні (не зміщуються структури хребта при звичайних рухах)
- нестабільні (небезпека зміщення структур хребта із загрозою здавлення нейросудинних утворень хребтового каналу)
- неускладнені (без ушкоджень спинного мозку)
- ускладнені (ушкодження структур хребта разом з пошкодженням спинного мозку і його корінців)

Діагностування травм хребта:

- 1) Збір скарг та анамнезу
- 2) Призначення комплексу процедур з метою уточнення діагнозу
- 3) Рентгенографія хребта
- 4) Призначення КТ
- 5) Мієлографія для оцінки стану спинного мозку
- 6) МРТ

В першу чергу при госпіталізації на шию накладається жорсткий шийний комір, а голова тримається з блоками з обох боків, тіло фіксується до спеціального спинального щита. (рис.1.3.3)

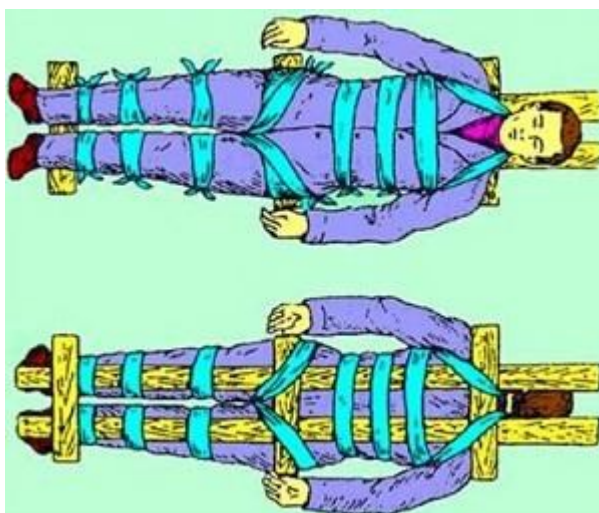


Рис.1.3.3 Фіксація хворого при травмі хребта

Фізіологічна реабілітація :

- 1) ЛФК : тривалість 10-15 хвилин (дихальні вправи, вправи для верхніх кінцівок з повною амплітудою, для кистей, променево-зап'ясного та ліктьового суглобів
Лежучи на спині- діафрагмальне дихання/зжимання, розжимання пальців кисті/згинання та розгинання гомілково- підшвенних суглобів в повільному темпі
- 2) Масаж (поглажування, сегментний масаж, масаж грудної стінки, міжреберна стінка)

- 3) Фізіотерапія : метою є знеболення і нормалізації репаративної регенерації пошкоджених тканин. Використовується електрофорез
- 4) Працетерапія (робити ватні кульки, згортати серветки, скачувати бинти, ліплення з пластиліну, в'язання, плетіння тощо) [15-17]

Препарати, що використовуються для лікування травм хребта :

Ушкодження вище рівня Т6–Т7, лікують вазопресорами (норадреналін та дофамін), які володіють хронотропними та інотропними ефектами. Ушкодження нижче рівня Т7 можуть мати достатній рівень відповіді на чисті вазоконстриктори, такі як фенілефрин.

В перші 8 годин після ушкодження спинного мозку використовують великі дози кортикостероїдів.

1.4 Черепно- мозкові травми. Комплексний підхід до реабілітації та лікування ЧМТ

Головний мозок- передній відділ центральної нервової системи. Він розташований у порожнині черепа, має дві півкулі (праву та ліву) і складається із сірої та білої речовини. Сіра речовина складається з нейронів, біла з нервових волокон.

Виділяють такі відділи головного мозку (див.рис.1.4.1)

- Передній мозок (кінцевий, проміжний)
- Середній

Задній (довгастий, вароліїв міст, мозочок)

Черепно-мозкова травма — стан, що виникає внаслідок травматичного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх

покривів голови. До тяжкої черепно-мозкової травми відносять забиття та стиснення головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

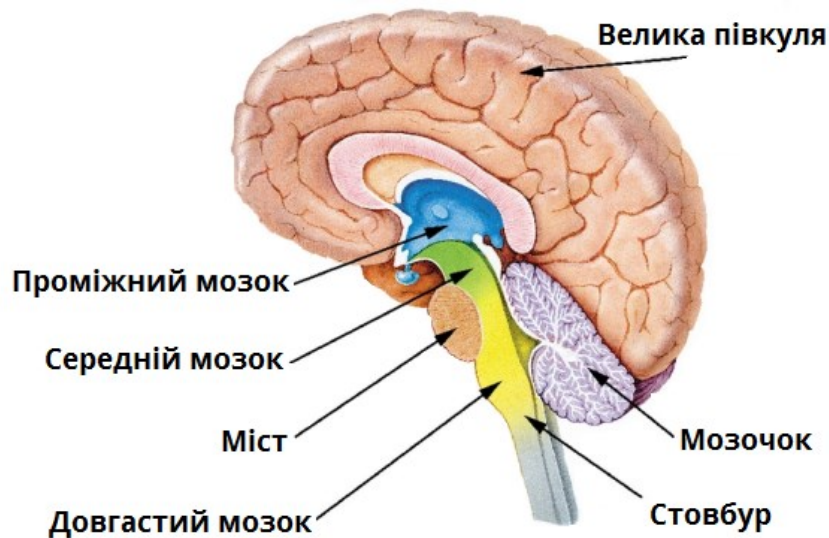


Рис.1.4.1 Відділи головного мозку

Наслідки ЧМТ:

- Запаморочення
- Головні болі
- Порушення пам'яті
- Порушення координації руху
- Інвалідність і втрата працездатності

Черепно- мозкові травми поділяються на :

- Закриті
- Відкриті [18]

Класифікація черепно- мозкових травм :

- 1) Тяжкість ЧМТ (легка ЧМТ, середньої важкості, важка ЧМТ)
- 2) Поєднана (ізольована, сполучена, комбінована)
- 3) За видом пошкодження (вогневищеві, дифузні)
- 4) За характером (закрита, відкрита, непроникаюча, відкрита проникаюча)

5) За генезом (первинні, вторинні)

Закриті ЧМТ поділяється на :

- 1) Тріщина склепіння черепа
- 2) Переломи основи черепа
- 3) Здавлення голови
- 4) Здавлення мозку
- 5) Дифузне ушкодження мозку
- 6) Забій мозку різного ступеня ураження [19-21]

У результаті травми голови може виникати субдуральна (при розриві кровоносних судин між ГМ та твердою мозковою оболонкою), епідуральна (між зовнішньою поверхнею оболонки та черепом) або внутрішньомозкова гематома (проникнення крові в ГМ). (див.рис.1.4.2)



Рис.1.4.2 Гематоми мозку

Діагностика ЧМТ:

- 1) Нейровізуалізація за допомогою КТ

- 2) Ренгенографія черепа
- 3) Ехоенцефалоскопія
- 4) Церебральна ангіографія
- 5) Дослідження очного дна

Харчування хворих з ЧМТ:

- а) парентеральне : в/в введення рідин – протеїн, білковий гідролізат, глюкоза
- б) ентеральне : через назогастральний зонд [22-24]

Фізична реабілітація при ЧМТ:

Реабілітаційне лікування включає в себе лікувальну фізкультуру, медикаментозну терапію та працетерапію.

Реабілітація включає в себе : амбулаторну частину, інтенсивну терапію, , відновлення колишніх навичок або відновлення нових.

В якості відновлювальних процедур, хворим призначають масаж, лікувальну гімнастику, фізіотерапія (різні заходи), що допомагають боротись з наслідками травм і попереджає виникнення ускладнень.[25-27]

Препарати для лікування наслідків ЧМТ:

Коли пацієнти з черепно-мозковою травмою потребують підтримки прохідності дихальних шляхів або штучної вентиляції легень, то замість назотрахеальної інтубації в свідомості частіше рекомендується швидка послідовна індукція з оральною інтубацією (введення міорелаксантів – сукцинілхолін в дозі 1,5 мг/кг в/в)

При седації використовують пропафол, бензодипіни (лоразепам). Зрідка виникає потреба в застосуванні міорелаксантів.

Для ефективного знеболення використовують найчастіше опіоїдні анальгетики.[28]

1.5 Реабілітація при хворобі Паркінсона

Нервова система — цілісна морфологічна і функціональна сукупність різних взаємопов'язаних нервових структур тварин та людей, яка спільно з гуморальною системою забезпечує взаємопов'язану регуляцію діяльності усіх систем організму та реакцію на зміну умов внутрішнього та зовнішнього середовища.

Нервова система розділена на дві частини - центральну і периферичну. Центральна система включає головний і спинний мозок. Периферична – з нервових волокон, які ведуть до ЦНС. [29]

Структурною одиницею нервової системи є нейрон. (рис.1.5.1)

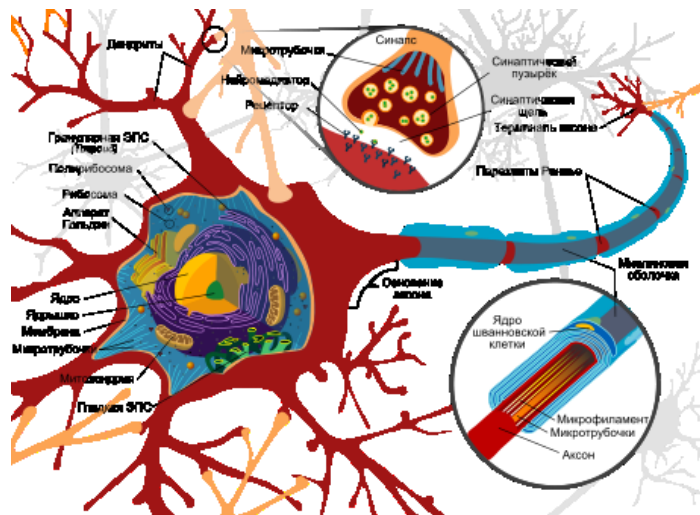


Рис.1.5.1 Будова нейрона

Хвороба Паркінсона - повільно прогресуюче хронічне неврологічне захворювання, притаманне особам літнього віку, особливо тим, які хронічно отримували травми центральної нервової системи. [30]

Факторами зовнішнього середовища, що впливають на розвиток хвороби Паркінсона є :

- Солі важких металів
- Гербіциди
- Пестициди

Хвороба Паркінсона виникає внаслідок дегенерації дофамінергічних нейронів чорної субстанції при наявності тілець Леві (одна з ознак захворювання).

Головними причинами для виникнення захворювання є :

- 1) Вік старше 45 років
- 2) Клімакс
- 3) Травма голови зі струсом мозку
- 4) Сильна мігрень
- 5) Проживання в хімічно забруднених районах, де у великих кількостях спостерігається скупчення свинцю, марганцю або міді
- 6) Регулярний прийом в їжу великої кількості молока
- 7) Наявність зайвої ваги, ожиріння у людини
- 8) Розвиток атеросклерозу, енцефаліту
- 9) Прийом лікарських препаратів нейролептичного дії (антидепресанти, стимулятори ЦНС)

Існує 5 стадій прогресування хвороби :

- 0- Без ознак захворювання
- 1- Симптоматика проявляється на одній з кінцівок та тулубі
- 2- Прояви з двох сторін без постуральної нестійкості
- 3- Постуральна нестійкість. Хворий здатен обслужити себе
- 4- нерухомість, потреба в сторонній допомозі
- 5- Тяжка інвалідизація

Ускладнення Парксонізму : Труднощі в мисленні, депресія і емоційні зміни, проблеми з ковтанням, розлади сну, неможливість контролю сечовипускання, закріп, зміна тиску, втома, біль, зміна в ході.



Рис.1.5.2 Зміна в ході при ХП

Ця хвороба може викликати психологічні порушення різної складності: від легких до найважчих.

До таких порушень відносяться: мовні, когнітивні, поведінкові, а також розлади поведінки і мислення. [31]

Діагностика хвороби Паркінсона встановлюється клінічно і поділяється на три етапи:

- 1) визначення синдрому і розмежування його з неврологічними і психопатологічними синдромами
- 2) виключення інших хвороб, які можуть проявлятися, як хвороба Паркінсона
- 3) відбувається пошук симптомів, які характерні для захворювання

Одним з явних проявів Паркінсонізму є синдром застигання при ходьбі.

Застигання при ходьбі зустрічаються переважно на розгорнутих і пізніх стадіях. Якщо ж застигання відзначаються в перший рік захворювання, необхідно виключити інші можливі його причини (атиповий і вторинний паркінсонізм).

Крім рухових симптомів, вторинних скелетно-м'язових змін, больових синдромів, зниження рухової активності можуть сприяти нервово-психічні порушення та дихальні порушення – напади задухи, бронхопневмонія, гіпофонія, порушення кашльового рефлексу, задишка, распіраторне тремтіння.

Напрямки лікування хвороби Паркінсона включають такі заходи:

- Лікарську терапію (симптоматичну і нейропротективну).
- Немедикаментозні схеми лікування.
- Медико-соціальну реабілітацію.
- Нейрохірургічне лікування

На будь-якій стадії реабілітація передбачає мультидисциплінарний підхід :

- кінезіотерапія (хода, плавання, аеробні вправи)
- мовна терапія
- нейропсихологічна реабілітація
- функціональна ерготерапія

Харчування при ХП:

Основа раціону- зернові та злакові продукти, овочі та фрукти, їжа з великим вмістом кальцію та невеликою кількістю білка.

Не можна вживати багато солі, велику кількість солодоців, алкоголь.

Їжа повинна бути різноманітною, насиченою вітамінами групи В, що беруть участь в регуляції метаболізму у нервовій тканині, в тому числі, сприяють збільшенню рівня дофаміну.

Лікарі рекомендують Харчуватися дрібно, невеликими порціями, не менше 5-6 разів на день, для будь-яких страв вибирати глибокі широкі тарілки - так їжа не буде висипатися.

Використання ЛФК:

Комплекс включає в себе вправи з активними рухами, вправи на розтягнення м'язів, вправи на протидію (для релаксації м'язів, збільшення амплітуди рухів і зменшення болювого синдрому).

Широко використовуються для корекції ходьби аеробні тренування на біговій доріжці або велотренажері, а також «скандинавська ходьба», аеробні вправи, різні види ходьби, скорочень падінь і застигання.

Виконання вправ повинно приносити відчуття приємної втоми. Не слід перевищувати навантаження до появи почуття знемоги або болів в суглобах і м'язах. [32]

Лікарі- реабілітологи активно використовують і такий метод, як кінезіотейпування. (рис.1.5.3)



Рис.1.5.3 Зміни шкіри при тейпуванні

Переваги методу кінезіотейпування:

- покращує тонус м'язів;
- знімає болювий синдром;
- знімає набряки;

- прискорює загоєння ран і розсмоктування гематом;
- зняття головного болю, пов'язаного з патологією шийного відділу хребта; поліпшення мікроциркуляції крові та лімфовідтоку;
- надання тону м'язам або їх розвантаження;
- реабілітація травм опорно-рухового апарату [30,32]

Використання технічних засобів для реабілітації ХП:

Система TRAD, GalileoMed 50 Parkinson, Galileo S 40 PlusParkinson

Препарати, що використовуються для лікування ХП:

- активатори дофамінергічних впливів: леводопа
- стимулятори дофамінових рецепторів : бромокриптін, селегілін
- пригнічення глутаматерічних впливів – амантадин, глудонтан
- пригнічення холінергічних впливів- дифенілтропін гідрохлорид, трипередин

РОЗДІЛ 2.МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи досліджень

Для отримання поставленої мети та завдань, при проведенні досліджень я керувалась сучасними вимогами і принципами до вибору методів дослідження.

Застосовувались наступні методи :

- 1) Аналіз науково- методологічної літератури
- 2) Порівняльної характеристики цінової політики реабілітаційних центрів неврологічного профілю
- 3) Соціологічний метод (опитування, анкетування)
- 4) Медико-біологічні методи

Аналіз науково- методологічної літератури, допоміг виявити проблеми фізичної реабілітації пацієнтів неврологічного профілю на етапі стаціонарного та післястаціонарного лікування та відновлення.

Аналіз історій хвороб пацієнтів з травмами хребта, інсультами, ЧМТ та розсіяним склерозом проводився на базі реабілітаційного центру «Сосни». Отриману інформацію вносили в карту реабілітаційного обстеження для подальшого планування та прогнозування реабілітацій разом с лікарями-неврологами та командою реабілітологів центру.

Медико- біологічні дослідження проводились за наступними критеріями :

- а) шкала оцінки м'язової сили (див. табл.2.1.1) [33]

Таблиця 2.1.1

Оцінка	Характеристика сили м'язів
0	Відсутність ознак напруження при спробі довільного руху
1	Відчуття напруження при спробі довільного руху
2	Рух по всій амплітуді руху з вилученням дії гравітації

3	Рух по всій амплітуді руху проти дії гравітації
4	Рух по повній амплітуді при дії сили з незначною зовнішньою протидією
5	Рух по повній амплітуді при дії сили з максимальною зовнішньою протидією

б) Також були проведені тести на рівень спастичності м'язів(див.табл.2.1.2)[33]

Таблиця 2.1.2 Шкала Ашфорда для визначення спастичності м'язів

Бали	М'язовий тонус
0	Без підвищення тонузу
1	Невелике, легке підвищення тонузу,
2	Незначне підвищення тонузу у вигляді опору
3	Помірне підвищення тонузу
4	Значне підвищення тонузу
5	Уражений сегмент кінцівки фіксований в положенні згинання або розгинання

в) оцінка стану після ЧМТ за шкалою COVS

- 1 бал – неможливо виконати завдання;
- 2 бали – пацієнт виконує завдання за допомогою однієї особи;
- 4 бали – виконує самостійно, але потребує нагляду, вербальної підказки, страхування;
- 5 балів – виконує самостійно з допоміжним пристроєм;

– 6 балів – виконує самостійно, безпечно, але зі значними зусиллями;

– 7 балів – норма

г) Орієнтація (місце, особа, час) : проводиться методом 3 питань : чи впізнає хворих рідних? Чи пам'ятає, як його звати? Чи знає який зараз день, рік, пора року?

Соціальний блок дослідження включав в себе :

а) Бесіда : ставились питання щодо втоми, рухової активності, діяльності, емоційного стану пацієнта

б) Спостереження : вивчення когнітивних і фізичних можливостей і індивідуальних реакцій людей в конкретних умовах реального часу

в) Анкетування : з'ясування інформації соціального характеру, зайнятості пацієнта, медичну інформацію, заняття фізичними вправами.

Найбільше часу дослідження було приділено порівняльній характеристиці реабілітаційних центрів неврологічного профілю (2.2)

2.2 Порівняльна характеристика реабілітаційних центрів неврологічного профілю

а) Порівняльна характеристика реабілітаційних центрів Києва (напрям ЧМТ)

Були досліджені такі приватні центри Києва : РЦ «Сосни», Result та державна реабілітація в Київській обласній клінічній лікарні. (табл. 2.2.1; 2.2.2) [34-36]

Таблиця 2.2.1 Реабілітація після ЧМТ

Назва центру	Категорія пацієнта *	Розміщення (місця)	Курс(дні)	Ціна
Сосни	1	1-місна	14	79809
Result	1	1-місна	14	63000
КОКЛ	1	1-місна	14	15460

*1 категорія- пацієнти не можуть себе обслуговувати самі

В таблиці 2.2.2 вказана порівняльна характеристика даних центрів за врахуванням послуг, що входять до вартості реабілітації.

Таблиця 2.2 Характеристика РЦ за послугами

Назва	Входить в вартість	Не входить в вартість
Сосни	Перебування в стаціонарі, медсестринські маніпуляції, програма реабілітації індивідуальна	Харчування- 590 грн/доба ; Медикаменти, транспортування по Києву та Україні
Result	Перебування в стаціонарі, медсестринські маніпуляції, програма реабілітації індивідуальна, харчування	-
КОКЛ	Перебування в стаціонарі, медсестринські маніпуляції, програма реабілітації індивідуальна, харчування	-

В РЦ «Сосни» використовується наступне обладнання:

- **Redcord-** комплекс призначений для діагностики, лікування та тренування м'язів
- **Motomed-** універсальний тренажер, який використовується навіть при повністю знерухомлених м'язах та суглобах
- **Вертикалізатори (стендери)** – для реабілітації пацієнтів із обмеженою руховою активністю, після ЧМТ, спінальних травмах.



Рис.2.2.1 Один з реабілітаційних залів в РЦ «Сосни»

б) Порівняльна характеристика РЦ Києва та Дніпра по напрямку – реабілітація після інсульту

Для дослідження були взяті наступні центри : м.Дніпро – Life Hause, м.Київ- Adonis (табл.2.2.3) [37-38]

Таблиця 2.2.3 Реабілітація за напрямом « інсульту»

Назва центру	Категорія пацієнта *	Розміщення (місця)	Курс(дні)	Ціна
Life Hause	1 категорія	1 місце	14	42000
Adonis	1 категорія	1 місце	14	65334

Етапи реабілітації в Life Hause :

- первинна : починається після виписки з лікарні і виходу з критичного стану. Від декілька тижнів до декількох місяців.

Виконується: моніторинг 24/7 стану пацієнта і догляд за ним, дихальна гімнастика, постійне спілкування з пацієнтами, медичне лікування згідно з розробленою програмою

- рання : моніторинг 24/7 стану пацієнта і догляд за ним, спеціальна гімнастика, вертикалізація, відновлення мобільності та руху, робота з проблемами мови та ковтання, відновлення навичок самообслуговування
- пізня : заняття з ерготерапевтом, фізіотерапевтом, логопедом, підбір особистих засобів для руху.



Рис.2.2.2 Центр реабілітації «Адоніс»



Рис.2.2.3 Процес реабілітації після інсульту в РЦ «Life Hause»

в) Реабілітаційні центри державної та приватної медицини м.Київ по напрямку – травми хребта та спинного мозку (табл.2.2.4) [39-40]

Приватні : Добробут, Медекс

Державні: Київська обласна клінічна лікарня

Таблиця 2.2.4 РЦ напрямку травми СМ та хребта

Назва РЦ	Категорія пацієнта	Розміщення (міся)	Курс (дні)	Ціна
Добробут	1	1	14	66500
Медекс	1	1	14	42000
КОКЛ	1	1	14	15460

Методи, що використовуються в реабілітації (табл.2.2.5)

Таблиця 2.2.5 Методи реабілітації

Назва закладу	Методи
Добробут	Механотерапія, бігові доріжки, підвісна терапія, мотошини, велотренажери, ерготерапія

Медекс	Фізіотерапія, мануальна терапія, масаж, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура (ЛФК), кінезотерапія та механотерапія
КОКЛ	Кінезіотерапія, ерготерапія, електротерапія, масаж, робота з психотерапевтом



Рис. 2.2.4 Зал фізіотерапії КОКЛ

г) Реабілітаційні центри м.Київ, що займаються реабілітацією ХП

До огляду взято 2 центри : Фенікс та Медбуд (табл. 2.2.6)

Таблиця 2.2.6 РЦ при хворобі Паркінсона

Назва РЦ	Категорія пацієнта	Розміщення (місця)	Курс (дні)	Ціна
Фенікс	1	1	14	31900
Медбуд	1	1	14	37100



Рис.2.2.5 Приклад ерготерапії в РЦ «Фенікс»

2.3 Організація дослідження

На першому етапі був проведений аналіз науково- методологічної літератури, проведена аналітична робота та зроблені певні висновки стосовно методів реабілітації хворих неврологічного профілю : застосування методів опитування, з'ясування анамнезу і т.д, проте головним методом є метод рентгенографії та томографії (КТ, МРТ)

На другому етапі була проведена порівняльна характеристика реабілітаційних центрів неврологічного профілю за ціною політикою та послугами.

На третьому етапі здійснений аналіз даних, узагальнення результатів дослідження, внесення їх до таблиці, перевірена достовірність за допомогою порівняння отриманих даних та підготовка кваліфікаційно- випускної роботи до захисту.

ВИСНОВКИ

Метою диплому було вивчення діючих та розробка нових програм реабілітації пацієнтів неврологічного профілю на стаціонарному та післястаціонарному етапі лікування за допомогою наступних методів дослідження: аналіз науково-методологічної літератури, порівняльної характеристики цінової політики реабілітаційних центрів неврологічного профілю, соціологічний метод (опитування, анкетування), медико-біологічні методи.

Дослідження джерел літератури щодо пацієнтів реабілітації неврологічного профілю : після інсультів, ЧМТ, травм хребта та головного мозку, розсіяного склерозу та хвороби Паркінсона дозволив встановити етіологію (можливі причини), патогенез (механізм розвитку травматичної хвороби при цих переломах) та клінічну симптоматику цих хвороб.

Проаналізовані основні методи реабілітації та розкриті механізми лікувальної дії фізичних вправ, лікувального масажу та фізіотерапії на функціональний стан систем та органів.

Проведена порівняльна характеристика реабілітаційних центрів м.Києва та м.Дніпра по критеріям : ціна, методи реабілітації, послугами.

В кваліфікаційно-випускній роботі були враховані особливості травм головного та спинного мозку, інсультів при впровадженні нових методик для нейрореабілітації

Були виявлені напрями застосування нових методик для реабілітації при різноманітних захворюваннях та травмах неврологічного профілю у спеціальних лікувальних, реабілітаційно-відновлювальних і санітарно-курортних закладах

Отже, розроблені практичні рекомендації сприяють індивідуалізації процесу фізичної реабілітації, швидшому та ефективнішому відновленню

порушених функцій і тим самим покращують якість життя та зменшують обмеженість життєдіяльності пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Козьолкін О.А. Нейрореабілітація: навч - метод. посібник для самостійної роботи та для підготовки до практичних занять студ.-бакалаврів ІV курсу ІІІ мед.факультету, що навчаються за спец.227 «Фізична терапія, ерготерапія»/ О.А. Козьолкін, М.В. Сікорська, І.В. Візір – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020.-215 с.
- 2) Гринів Ю.В. Особливості черепно- мозкових травм середнього і важкого ступеня в осіб старших вікових груп. Автореферат канд.мед.наук : 14.01.05 /Інститут нейрохірургії ім.А.П.Рамоданова.- К: 2003.-с.21
- 3) Неврологія, за ред.С.М.Віничука.- К: Здоров'я, 2008.-664с.
- 4) Бабак О.Я. Клінічна фармакологія: підручник/ колектив авторів, за ред.О.Я.Бабака, О.М.Біловола, І.С. Чекмана .-К :Медицина, 2008.-768с.
- 5) Шевага В.М. Неврологія: підручник/ В.М.Шевага, А.В. Паснок, Б.В. Задорожна.- 2-е вид., перероб. І доп.- К: Медицина, 2009.-656с.
- 6) «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих з ГПМК».Метод.рекомендації, Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2005
- 7) Ліщенко Т.С, Шульга О.Д, Бобрик Н.В., Шульга Л.А.Розсіяний склероз : Глобальні перспективи.Укр.медичний часопис, №3 (2014).
- 8) Andreassen, A., Stenager, E., & Dalgas, U. (2011). The effect of exercise therapy on fatigue in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(9), 1041–1054
- 9) Asano, M., & Finlayson, M. L. (2014). Meta-Analysis of Three Different Types of Fatigue Management Interventions for People with Multiple Sclerosis: Exercise, Education, and Medication. *Multiple Sclerosis International*, 2014
- 10) Beckerman, H., Eijssen, I. C., van Meeteren, J., Verhulsdonck, M. C., & de Groot, V. (2020). Fatigue Profiles in Patients with Multiple Sclerosis are

Based on Severity of Fatigue and not on Dimensions of Fatigue. Scientific Reports, 10(1), 1– 10.

- 11) Вейн А.М., Власов Н.А. Патогенез вегетативних порушень при остеохондрозі хребта .- Кн.: Проблеми патології хребта. - М., 2009. - С. 56-63.
- 12) Кас'ян М.А. Тернисті шляхи костоправа. - Київ, 2012. - 82 с.
- 13) Position statement. EMS spinal precautions and the use of the long backboard; National Association of EMS Physicians and American College of Surgeons Committee on Trauma. Prehospital Emergency Care 2013;17;392–393.
- 14) Sixta S, Moore FO, Ditillo MF, et al. Screening for thoracolumbar spinal injuries in blunt trauma: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma 2012
- 15) Стаціонарна реабілітація при травмах хребта. Режим доступу : [http : // reabilitaciya.org/stacionar/211](http://reabilitaciya.org/stacionar/211) - metody-opredeleniya-sgibaniya-pozvonochnika.html
- 16) Барвиненко А.А. Атлас мануальної медицини.- М:Медицина,2010.-243 с.
- 17) Богачова Л.А. Сучасний стан проблеми болей в спині (за матеріалами 8-го Всесвітнього конгресу, присвяченому болі).// Неврологічний журнал, 2015.- №4- с.59-62
- 18) Ахтемійчук Ю. Т. Оперативна хірургія та топографічнаанатомія /Ахтемійчук Ю. Т., Вовк Ю. М., Дорошенко С. В. — К. : Медицина, 2010. — 504 с
- 19) Капралов С.Ю. Реабілітація наслідків ЧМТ / С.Ю.Капралов, О.А,Пушна // Олімпійський спорт і спорт для всіх : тези ІХ Міжнародний науковий конгрес.- К:2005.-с.786
- 20) Бобков В.О. дифузне аксональне порушення головного мозку у хворих різних вікових груп : автореф.дис. на здобуття наук. ступ, кондид. мед. наук.: 14.01.05. «Нейрохірургія» / В.О. Бобков ; НАМН

- України, Ін-т.нейрохірургіїім.акад. А.П. Ромаданова НАМН України. — К.:2012.— С.21
- 21) Гринів Ю.В. Особливості черепно-мозкової травми середнього та тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп (Клініка, діагностика, прогнозування) : Автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.05 / Ін-т. нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромаданова. — К.:2003.— С.21
- 22) Майорнікова С.А. Особливості комплексної реабілітації хворих з черепно-мозковими травмами/С.А.Майорнікова//Лікування та фізична культура і спортивна медицина.-2012.- №5-с.50-56
- 23) Неврологія : навч.посібник для студентів вищих мед.навч.закладів ІV рівня акредитації/ І.А.Григорова [і інші]; під ред.І.А.Григорової, Л.І.Соколової.-К:ВСВ Медицина, 2016.-680 с.
- 24) Луцький І.С., Євтушенко С.К., Симонян В.А. «Хвороба Паркінсона» (клініка, діагностика, принципи терапії) // Післядипломна освіта.-2011.- №5
- 25) Жданова В. М. Комплексне відновлювальне лікування хворих з черепно- мозковою травмою та переломом основи черепа / В. М. Жданова, О.С. Скобська, Л.В. Задояний.— 2008. — №2. — С. 10-13.
- 26) Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – 3-тє вид., перероб. та доп. – Київ : Олімп. літ., 2010. – 488 с
- 27) Окамото Г. Основи фізичної реабілітації / Гері Окамото ; пер. з англ. — Л. : Галицька видавнича спілка, 2002. — 294 с.
- 28) Товстуха Є. С. Фізіотерапія / Товстуха Є. С. - К. : Здоров'я, 1990. - 304 с.
- 29) Нодель М.Р. Хвороба Паркінсона. Сучасні можливості терапії: Метод.рекомендації / М.Р.Нодель; підгот.під ред. М.М.Яхно.- М, 2008.- 40с.
- 30) Фізіотерапія: підручник/Н.П.Яковенко ,В.Самойленко-2-е вид., випр.-К: ВСВ «Медицина»,2018.-с.256.

- 31) Яхно М.М. Сучасні принципи терапії хвороби Паркінсона // М.М.Яхно, М.Р.Нодель // Рус.мед.журнал.-2010.-Т.8, №10- с.418-425
- 32) Шевчук В.І., Сторожук Л.О, Яворовенко О.Б, Вершигорська М.В, Довгалюк Т.В., Ісаєнко О.Л, Козловський В.А. Організаційно-методичні основи оцінки життєдіяльності та реабілітації хворих внаслідок посттравматичної енцефалопатії. Вінниця, 2007 рік
- 33) Швесткова Ольга, Свєцена Катержина. Ерготерапія : підручник.- Київ, Чеський центр у Києві, 2019.-280 с.
- 34) Реабілітаційний центр «Сосни». Режим доступу : [http : //sos-na.kiev.ua](http://sos-na.kiev.ua)
- 35) Центр нейрореабілітації Result. Режим доступу : [http : // result.ua/cherepno-mozkovi- travmy/](http://result.ua/cherepno-mozkovi-travmy/)
- 36) Київська клінічна обласна лікарня. Відділення реабілітації. Режим доступу : [http : // kokl.ua/ua/statsionar/viddilennya- reabilitatsiy/](http://kokl.ua/ua/statsionar/viddilennya-reabilitatsiy/)
- 37) РЦ Лайф Хаус. Режим доступу : [http : //life-hause.ua/center/ru/](http://life-hause.ua/center/ru/)
- 38) Центр реабілітації клініки Адоніс. Режим доступу : [http : // Adonis.com.ua/uk/direction/reabilitacija/](http://Adonis.com.ua/uk/direction/reabilitacija/)
- 39) Добробут.Режим доступу : [http : //dobrobut.com.ua](http://dobrobut.com.ua)
- 40) Клініка Медекс.Режим доступу : [http : // medex.kiev.ua/uk](http://medex.kiev.ua/uk)

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест "Інформація - Пам'ять - Концентрація уваги"

(Information - Memory - Concentration Test, таблиця.

Інструкція

Кожна правильна відповідь оцінюється в один бал, за винятком пунктів, де вказана інша система оцінки у балах

Інформація

Ім'я :

Вік :

Час (година):

День тижня :

Число (дата) :

Місяць :

Пора року :

Рік :

Місцезнаходження: назва установи, вулиця, місто :

Характеристика місцезнаходження (наприклад, лікарня, власна квартира, і т.д.) :

Впізнання двох знайомих людей (по одному балу за кожне правильно назване ім'я) :

Пам'ять

Дата народження :

Місце народження :

Школа, яку закінчував :

Продовження Додатку 1

Професія :

Назва будь-якого міста, в якому хворий жив або працював :

Концентрація уваги (кожне завдання оцінюється балами 0-1-2)

Перерахувати назву місяців року в зворотному порядку :

Рахунок від 1 до 20 :

Рахунок від 20 до 1:

ОЦІНКА : _____

Додаток Б

Тест «Кроки у чотирьох квадратах» The four square step test (FSST)

(<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/four-step-square-test>)



Необхідне обладнання:

1. Чотири палиці довжиною 1 метр, висотою і шириною 2,5 см.
2. Секундомір.

Процедура тестування:

1. Екзаменатор демонструє виконання тесту.
2. Перед виконанням тесту дозволена одна практична спроба.
3. Тест виконується два рази, береться кращий результат (час в секундах).
4. Час рахується з моменту, коли права нога робить крок.

97

5. Тест починається з квадрата 1, стоячи обличчям у напрямку до квадрата
2. Виконавець залишається обличчям у цьому напрямку, переходячи до наступних квадратів.
6. Інструкції виконавцю: «Станьте в квадрат 1. Постарайтесь пройти всі

Продовження Додатку 2

квадрати якомога швидше, не торкаючись паличок. У кожному квадраті потрібно ставати обома ногами на підлогу. Якщо можливо, завжди дивіться вперед в напрямку руху»

7. Дивлячись вперед, ідіть у такій послідовності: 2, 3, 4, 1, 4, 3, 2, 1.

Повторіть тест, якщо виконавець:

Не зміг завершити послідовність успішно;

Втрачає рівновагу;

Торкнувся до палиці.

Додаток В

MEDICINE
ADVANCED TECHNOLOGIES FOR THE IMPLEMENTATION OF NEW IDEAS

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

ї основними етіологічними чинниками інсульту є атеросклеротичне ураження судин та гіпертонічна хвороба.

Для виявлення інсульту використовуються такі методи, як КТ, МРТ, доплер судин голови та шиї, ангиографія, люмбальна пункція.

Комплексний підхід до реабілітації після інсульту

Ліки: використання альфа-бета адреноблокаторів в випадку високого тиску, інгібіторів АПФ, при судомах – протисудомні засоби (вальпроати, фінлепсин).

Засоби реабілітації: використання механотерапії, профілактика виникнення дихальних ускладнень, вправи на рівновагу, відновлення комунікативних можливостей.

Черепно-мозкова травма — стан, що виникає внаслідок травматичного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх покривів голови.

До тяжкої черепно-мозкової травми відносять забиття та стиснення головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

У результаті травми голови може виникати субдуральна (при розриві кровоносних судин між ГМ та твердою мозковою оболонкою), епідуральна (між зовнішньою поверхнею оболонки та черепом) або внутрішньомозкова гематома (проникнення крові в ГМ). (рис.1)

Додаток Г

