

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
імені Івана Боберського

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Крук Б. Р.

ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ (ГПМК)

Лекція № 7 з навчальної дисципліни

„ ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ”

для студентів спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК)

- епідеміологія і патогенез
- фактори ризику виникнення ГПМК
- класифікація ГПМК

Недостатнє кровопостачання судин головного мозку приводить до судинних захворювань

Види ГПМК

1. Перехідні (скороминучі) порушення мозкового кровообігу:
 - Транзиторні ішемічні напади;
 - Гіпертонічний церебральний криз
2. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
3. Стійкі (мозковий інсульт)
 - Інфаркти мозку (ішемічні інсульти)
 - Геморагічні (крововиливи)

Ризик виникнення ГПМК

Для ГПМК характерні прояви клінічних симптомів зі сторони нервової системи на фоні існуючих судинних патологій :

Захворювання характеризуються гострим початком і відрізняються значною динамікою загально мозкових і вогнищевих симптомів ураження головного мозку.

Не корегуючі фактори	Корегуючі фактори
1. Вік	1. Артеріальна гіпертензія
2. Стать	2. Гіпертонічні кризи
3. Інфекційні хвороби в анамнезі (туберкульоз, малярія)	3. Зайва вага тіла
4. Наслідки травми мозку	4. паління
5. Спадковість (церебральна патологія) у батьків та близьких рідних	5. Зловживання алкоголем
6. Несприятливі екологічні і кліматичні фактори	6. Недостатня фізична активність
7. Несприятливі житлові, побутові та соціально – економічні умови	7. Цукровий діабет
8. Емоційний стрес	8. гіперхолестеринемія
	9. Хвороби крові
	10. склероз серцевих судин
	11. аневризма судин головного мозку
	12. виразка або стеноз вертебральної артерії.
	13. Приймання жінками контрацептивів

Перехідні порушення мозкового кровообігу.

При виявленні характеру ГПМК враховують подальше протікання захворювання темп розвитку неврологічних симптомів їх особливості.

Розрізняють **перехідні порушення мозкового кровообігу** які характеризуються регресом неврологічних симптомів за добу після їх виникнення (30-40%).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, до перехідних порушень мозкового кровообігу належить таки **випадки уражень судин головного мозку, при яких вогнищеві ознаки порушення функції мозку зникають протягом 24 годин.**

Перехідні порушення мозкового кровообігу – най розповсюджений вид ГПМК - частіше виникає при гіпертонічній хворобі та атеросклерозі з ураженням мозкових судин.

Зустрічаються перехідні порушення мозкового кровообігу, які розвиваються внаслідок мікро емболії церебральних судин. Цей механізм порушення мозкового кровообігу характерний для хворих з:

1. вадами серця
2. інфарктом міокарда
3. атеросклеротичним та постінфарктним кардіосклерозом
4. атеросклеротичні ураження аорти
5. атеросклеротичні ураження магістральних судин головного мозку (артеріо-артеріальні емболії)

В окремих випадках головна роль належить зміні фізико-хімічним властивостям крові (підвищена в'язкість та згортання).

Ступені приступів перехідних порушень.

- 1-легкий ступень (не більше 5-10 хв)
- 2-середній ступень (більше 10 хв. Іноді кілька годин.триває менш доби без залишкових явищ)
- 3-тяжкий (триває годинами до доби виявляються легкі симптоми ураження мозку)

Види перехідних порушень

1. Транзиторні ішемічні напади
2. Гіпертонічний церебральний криз

Клінічна картина:

Перехідні порушення мозкового кровообігу можуть проявлятися тільки загально-мозковими або вогнищеві ми симптомами або тими і другими одночасно.

Транзиторні ішемічні напади в більшості випадків характеризуються раптовим гострим початком із появою загально-мозкових і вогнищевих симптомів, характер і вираженість яких залежить від ураженої мозкової судини. В патогенезі розвитку транзиторних ішемічних нападів важливу роль відіграє утворення мікроемболів, які закупорюють кінцеві гілки артерій головного мозку. Такі емболи можуть бути частинками більш великих тромбів у порожнині серця, чи великих судин.

Гіпертонічний церебральний криз

В патогенезі гіпертонічного церебрального кризу важливу роль відіграє зрив авторегуляції мозкового кровообігу при підйомі артеріального тиску вище 180 – 200 мм рт. ст. Криз виникає гостро на фоні доброго самопочуття. Він починається з загально мозкових симптомів.

Загально-мозкові симптоми.

1. головний біль
2. біль в очних яблуках при рухах
3. головокружіння
4. нудота
5. блювота
6. шум в голові
7. закладання вух
8. зміна свідомості(приглушеність, психомоторне збудження)
9. втрата свідомості
10. судоми
11. епілептичні припадки

Загально мозкові симптоми характерні для гіпертонічних церебральних кризів В таких випадках вони спостерігаються на фоні додаткового підвищення А.Т. та вегетативних розладів:

- озноб
- відчуття спеки
- часте сечопускання

При тяжких гіпертонічних кризах, які проходять з загально-мозковими симптомами, деколи відмічаються менінгіальні явища, при люмбальній пункції виявляється підвищений тиск спинномозкової рідини (ліквор) ,на очному дні набряк сосків очних нервів (точкові крововиливи)

Загально мозкові симптоми провокуються:

1. емоційним хвилюванням
2. прийомом гарячої ванни
3. перебування в душному приміщенні
4. надмірне фізичне навантаження
5. швидка зміна положення

Гіпотонічні церебральні кризи характеризуються менш вираженими загально мозковими симптомами і спостерігаються на фоні низького А.Т. і ослабленого пульсу.

Вогнищеві симптоми

Вогнищеві симптоми пов'язані з порушенням кровообігу в великих півкулях головного мозку проявляються:

1. порушення чутливості у вигляді парестезій
2. рухові розлади (парези, паралічі)
3. зміна сухожилкових та шкірних рефлексів
4. Інколи поява патологічних рефлексів (Бабінського)
5. перехідні порушення мовлення(афазія сенсорна, моторна)
6. апраксічні розлади
7. порушення схеми тіла
8. випадіння полів зору
- 9.

При ураженні мозкового стовбура характерні:

1. головокружіння
2. похитування при ходьбі
3. порушення координації
4. двоїння в очах(диплопія)

5. ністагм
6. чутливі порушення в ділянці обличчя, язика, кінчиків пальців.

Рекомендована література

Основна:

1. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації. Перекл. з англ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 325 с.
2. Рокошевська В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фізкульт. профілю / Віра Рокошевська. - Львів, 2010. - 93 с.
<http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/8000>
3. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – 4-е изд. Л.: Медгиз, 1959. – 276 с., ил.
4. Шевага В.М. Неврологічні прояви захворювань судин головного мозку, їх діагностика та лікування: Курс вибраних лекцій. – Львів, 1998. – 43с.
5. Ярош О.А., Нервові хвороби: Пер. з рос./ Ярош О.А Криворучко І. Ф., - К.: Вища школа, 1993. – 487 с.
6. Jaillard A., Cornu E., Durieux P., Moulin T., Boutitim F., Jess K.R., Hommel M. Hemorrhagic transformation in ischemic strokes. The MPST-E Study // Stroke, 1999. - 30, № 7 – С. 7 – 19

Допоміжна:

7. Белова А. Н. Щепетова О. Н. Шкали, тести, та опитувальники в медичній реабілітації. – Москва: Антидор, 2002. ст. 53 – 55
8. Дмитрук М. Типові порушення функції ходьби в осіб після перенесеного мозкового інсульту / Михайло Дмитрук, Віра Рокошевська // Молода спортивна наука України : зб. тез доп. / за заг. ред. Євгена Приступи. - Львів, 2017. - Вип. 21, т. 3. - С. 87.
<http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/7985>
9. Анатомія людини : навч. посіб. / М. Я. Гриньків, Ф. В. Музика, С. М. Маєвська, Т. М. Куцериб. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 128 с.
10. Гриньків М. Нормальна анатомія : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2018. – 224 с.
11. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії ("Нормальна анатомія" та "Нормальна фізіологія") : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Станіслав Крась, Софія Маєвська, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2019. – 146 с.
12. Музика Ф. В. Анатомія людини : навч. посіб. / Ф. В. Музика, М. Я. Гриньків., Т. М. Куцериб – Львів : ЛДУФК, 2014. – 360 с.
13. Фізична реабілітація : анот. бібліогр. покажч. трьома мовами / уклад. Ірина Свістельник. – Київ : Кондор, 2012. – 1162 с.

Інформаційні ресурси інтернет:

14. Електронний каталог ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://3w.ldufk.edu.ua/>
15. Електронний репозитарій ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/>

16. Фізична реабілітація. Фізична терапія : анот. бібліогр. покажч. [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2019. – 145 с.
17. Фізична реабілітація у фізичному вихованні та спорті : анот. бібліогр. покажч. [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2015. – 66 с.
18. Ресурси інтернет.

ДОДАТКИ

Назва медичного закладу **КМ КЛШМД** Відділення _____

**РЕАБІЛІТАЦІЙНА КАРТКА ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ З УРАЖЕННЯМ
ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ №**

	Число	Місяць	Рік	№ історії хвороби _____
Дата госпіталізації				
Дата обстеження				
Дата виписки				

Кількість днів у стаціонарі _____ Кількість сеансів реабілітації _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать _____ **3. Вік** _____
(чоловіча/жіноча) (число, місяць, рік)

4. Постійне місце проживання _____
(вписати адресу: область, район, населений пункт,

вулицю, № будинку, № квартири, № телефону)

5. Основний клінічний діагноз _____

6. Синдроми ураження спинного мозку

Повне поперечне ураження – 1; центральний – 2; Браун-Секара – 3; передній – 4; задній – 5; конус спинного мозку – 6; кінський хвіст – 7

7. Ступінь ураження спинного мозку за шкалою ASIA

Дата			
Ступінь ураження спинного мозку			

8. Протипокази та застереження до фізичної реабілітації _____
(вписати: обмеження амплітуди руху, прийняття окремих положень)

9. Хірургічні операції

Назва операції	Дата

10. Рефлекси (відзначити)

Ступінь прояву	Дата							
	п		л		п		л	
Рефлекс Бабінського								
Викликається								
Не викликається								
Клонус стопи								
Дуже виражений								
Помірно виражений								
Не спостерігається								

11. Мануальний м'язовий тест

(тестування сили м'язів проводиться по п'ятибальній шкалі Ловетта)

Рівень інервації м'язів	М'яз, який тестується	Рух, який виконує даний м'яз	Дата					
			п	л	п	л	п	л
CIV	Верхня частина трапецієподібного м'язу	Піднімання лопатки						
CV	Середній дельтоподібний м'яз	Відведення плеча						
	Двоголовий м'яз плеча	Згинання передпліччя						
	Великий грудний м'яз (CV-CVIII)	Горизонтальне приведення плеча						
CVI	Променеві розгиначі кисті	Розгинання кисті у променеву сторону						
CVII	Ліктьовий розгинач кисті	Розгинання кисті у ліктьову сторону						
	Променевий згинач кисті	Згинання кисті						
	Триголовий м'яз плеча	Розгинання передпліччя						
	Довгі розгиначі пальців	Розгинання пальців						
CVIII	Ліктьовий згинач кисті	Згинання кисті у ліктьову сторону						
	Довгі згиначі пальців	Згинання пальців						
THI	Тильні міжкісткові	Відведення пальців						
	Долонні міжкісткові	Приведення пальців						
ThVII-ThX	М'язи черевного пресу	Згинання тулуба						
	М'язи розгиначі хребта	Розгинання тулуба						
LI	Квадратний м'яз попереку	Боковий нахил поперекової частини хребта						
LII	Клубово-поперековий м'яз	Згинання стегна						
	Привідні м'язи стегна	Приведення стегна						
LIII	Чотириголовий м'яз стегна	Розгинання гомілки						
LIV	Передній великогомілковий м'яз	Розгинання та інверсія стопи						
	Напівсухожилковий та напівперетинчатий м'язи	Згинання гомілки						
LV	Двоголовий м'яз стегна	Згинання гомілки						
	Середній сідничний м'яз	Відведення стегна						
	Довгий розгинач великого пальця стопи	Розгинання великого пальця стопи						
SI	Великий сідничний м'яз	Розгинання стегна						
	Малогомілкові м'язи	Еверсія стопи						
	Триголовий м'яз гомілки	Згинання стопи						
SII	Згиначі пальців стопи	Згинання пальців стопи						
Максимальний бал 140								

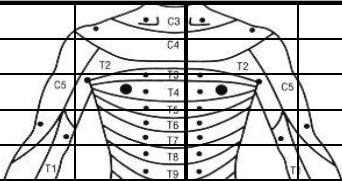
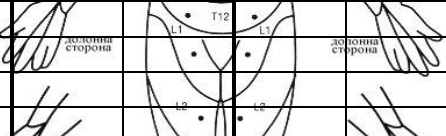

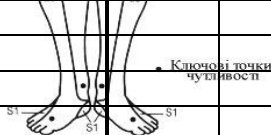
П'ятибальна шкала тестування сили м'язів по Ловетту

- Ø – немає видимого або пальпованого скорочення м'язу, немає руху сегментом;
- 1 – видиме або пальповане скорочення м'язу, немає руху сегментом;
- 2 – рух сегментом по повній амплітуді без сили тяжіння;
- 3 – рух сегментом по повній амплітуді проти сили тяжіння;
- 4 – рух сегментом по повній амплітуді з середнім опором наприкінці амплітуди руху;
- 5 – рух сегментом по повній амплітуді з великим опором наприкінці амплітуди руху.

12. Пасивна амплітуда руху у суглобах

(вимірювання проводиться кутоміром і записується в градусах, у таблиці наведені середні показники)

Назва руху	Норми	Дата
------------	-------	------

	амплітуди руху	П		Л		П		Л	
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ									
Згинання плеча	0° – 180°								
Розгинання плеча	0° – 60°								
Відведення плеча	0° – 180°								
Внутрішня ротація плеча	0° – 70°								
Зовнішня ротація плеча	0° – 90°								
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ									
Розгинання передпліччя	150° – 0°								
Згинання передпліччя	0° – 150°								
Пронація передпліччя	0° – 80°								
Супінація передпліччя	0° – 80°								
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ									
Згинання кисті	0° – 80°								
Розгинання кисті	0° – 70°								
КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ									
Згинання стегна	0° – 120°								
Розгинання стегна	0° – 30°								
Відведення стегна	0° – 45°								
Приведення стегна	0° – 35°								
Внутрішня ротація стегна	0° – 45°								
Зовнішня ротація стегна	0° – 45°								
Згинання прямої ноги	0° – 110°								
КОЛІННИЙ СУГЛОБ									
Згинання гомілки	0° – 135°								
Розгинання гомілки	135° – 0°								
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ									
Розгинання стопи	0° – 20°								
Згинання стопи	0° – 50°								

13. Тонус м'язів (тестування проводиться за модифікованою шкалою Ашворда)

Рівень інервації м'язів	М'яз, який тестується	Рух, який виконує даний м'яз	Дата							
			П		Л		П		Л	
LII	Клубово-поперековий м'яз	Згинання стегна								
	Привідні м'язи стегна	Приведення стегна								
LIII	Чотириголовий м'яз стегна	Розгинання гомілки								
LIV-LV	М'язи задньої поверхні стегна	Згинання гомілки								
SI	Триголовий м'яз гомілки	Згинання стопи								
Максимальний бал 20										

Модифікована шкала спастичності Ашворда

- Ø – немає збільшення патологічного м'язового тонусу;
- 1 – незначне збільшення м'язового тонусу, яке проявляється у швидкому скороченні та розслабленні м'язу, чи у появі мінімального опору наприкінці амплітуди руху при згинанні або розгинанні сегменту;
- 1+ – незначне збільшення м'язового тонусу, яке проявляється у швидкому скороченні та розслабленні м'язу, та наступній появі мінімального опору протягом менш ніж половини амплітуди руху;
- 2 – більш виражене (помірне) збільшення м'язового тонусу протягом майже всієї амплітуди руху, але уражений сегмент легко піддається пасивному руху;
- 3 – значне підвищення м'язового тонусу, пасивний рух ураженим сегментом виконується важко;
- 4 – уражений сегмент має ригідність при згинанні та розгинанні.

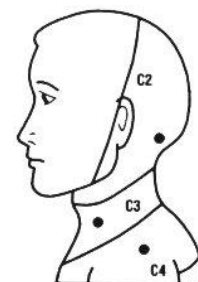
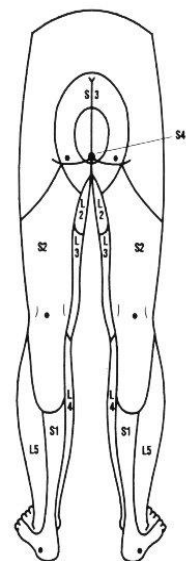
14. Чутливість

а) больова та тактильна чутливість

(тестування проводиться по ключових точках виходу шкірних нервів)

Рівень	Дата

інервації	дотик		біль		дотик		біль		дотик		біль	
	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л
	СII											
СIII												
СIV												
СV												
СVI												
СVII												
СVIII												
ThI												
ThII												
ThIII												
ThIV												
ThV												
ThVI												
ThVII												
ThVIII												
ThIX												
ThX												
ThXI												
ThXII												
L I												
L II												
L III												
L IV												
L V												
S I												
S II												
S III												
S IV-S V												
Макс. бал 58												



б) пропріоцептивна чутливість (тестування проводиться по основних суглобах)

Назва суглобів	Дата					
	П	Л	П	Л	П	Л
Плечовий						
Ліктьовий						
Променево-зап'ястковий						
Пальців кисті						
Великий палець кисті						
Кульшовий						
Колінний						
Гомілковостопний						
Пальців стопи						
Максимальний бал 18						

Ключ оцінки чутливості

- 0 – чутливість відсутня;
- 1 – чутливість порушена;
- 2 – нормальна чутливість;

15. Рухова

активність (функціональні можливості)

а) Шкала COVS (Physiotherapy Clinical Outcome Variables) Варіанти клінічного фізіотерапевтичного прогнозу

Завдання 1: перевертання на: а)правий, б)лівий бік	Завдання 6: хода з використанням допоміжних пристроїв
<ol style="list-style-type: none"> Повна залежність Допомога однієї особи (з/без використання допоміжного пристрою) Самостійне виконання, але потрібна допомога у завершенні дії Самостійне виконання з використанням допоміжного пристрою Самостійне виконання без використання допоміжного пристрою, але повільно, незграбно та з більшим, ніж відведено, часом Норма 	<ol style="list-style-type: none"> Хода неможлива Хода на паралельних брусах чи постійна допомога двох осіб Самостійна хода з використанням рами-трапеції на короткі відстані Самостійна хода з використанням двох милиць Самостійна хода з використанням однієї милиці (за винятком палиці) Хода з палицею Хода без використання допоміжних пристроїв
Завдання 2: перехід з положення лежачи на спині у положення сидячи	Завдання 7: хода на витривалість
<ol style="list-style-type: none"> Повна залежність Допомога однієї особи (з/без використання допоміжного пристрою) Словесна допомога при виконанні у безпечний спосіб Самостійне виконання з використанням допоміжного пристрою Самостійне виконання без використання допоміжних пристроїв, але повільно, незграбно та з надмірними зусиллями Норма 	<ol style="list-style-type: none"> Хода неможлива < 10 метрів < 50 метрів < 100 метрів < 500 метрів > 500 метрів
Завдання 3: рівновага у положенні сидячи	Завдання 8: хода на швидкість
<ol style="list-style-type: none"> Сидіння без підтримки неможливе Неможливо здійснити будь-який рух, не тримаючись руками Можливий рух в межах площі опори, не тримаючись руками Можливий рух поза межі площі опори, не тримаючись руками Витримує швидкий поштовх, що виводить поза межі площі опори, не тримаючись руками (руки схрещені на грудях) Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 0 метрів/секунду < 1 метр/секунду < 3 метри/секунду < 6 метрів/секунду < 9 метрів/секунду > 9 метрів/секунду
Завдання 4: а) горизонтальне переміщення	Завдання 9: пересування у кріслі-візку**
<ol style="list-style-type: none"> Повна залежність Допомога однієї особи з використанням допоміжного пристрою Допомога однієї особи без використання допоміжного пристрою Словесна допомога з/без використання допоміжного пристрою Самостійне переміщення з використанням допоміжного пристрою Самостійне переміщення, але незграбно, повільно, з надмірними зусиллями Норма 	<ol style="list-style-type: none"> Повна залежність Постійна фізична допомога при пересуванні Періодична допомога на дистанції більше 30 метрів Словесна допомога при пересуванні Самостійне пересування у межах будинку Самостійне пересування поза межами будинку за виключенням долання бордюрів та ґрунту Самостійне пересування
Завдання 4: б) вертикальне переміщення*	Завдання 10: рухова функція руки: а) права, б) ліва
<ol style="list-style-type: none"> Повна залежність Допомога однієї особи з використанням допоміжного пристрою Допомога однієї особи без використання допоміжного пристрою Словесна допомога з/без використання допоміжного пристрою Самостійне переміщення з/без використання допоміжного пристрою у домашніх умовах, але незграбно, повільно, з надмірними зусиллями Самостійне переміщення у присутності інших Норма 	<ol style="list-style-type: none"> Будь-який активний рух неможливий Часткові активні рухи рукою, проте неможливе застосування її у побуті Використання руки для стабілізації чи допомоги деякі обмеження у здійсненні функціональних рухів (можливість підносити гонятку до рота) Виконання рукою основних функціональних рухів (проксимальний та дистальний контроль) Норма
Завдання 5: хода	Примітки:
<ol style="list-style-type: none"> Хода неможлива Постійна фізична допомога однієї особи Періодична фізична допомога однієї особи страхування та словесна допомога Самостійна хода по рівній поверхні та допомога при доланні архітектурних перешкод Самостійна хода, включно з доланням архітектурних перешкод Норма 	<p>* П/В – з підлоги на візок, П/С – з підлоги у положення стоячи. ** Е – електричний візок, Р/П – візок з ручним приводом.</p>

Таблиця показників по завданнях

№ п-п	Завдання	Дата		
1а	Перевертання на правий бік			
1б	Перевертання на лівий бік			
2	Перехід з положення лежачи на спині у положення сидячи			
3	Рівновага у положенні сидячи			
4а	Горизонтальне переміщення			
4б	Вертикальне переміщення			
5	Хода			
6	Хода з використанням допоміжних пристроїв			
7	Хода на витривалість			
8	Хода на швидкість			
9	Пересування у кріслі-візку			
10а	Рухова функція правої руки			
10б	Рухова функція лівої руки			
Максимальна кількість балів по всіх завданнях 83				

б) Шкала FIM (Functional Independence Measure) Ступінь функціональної незалежності

Самообслуговування	Дата		
1. Приймання їжі (користування столовими приборами, піднесення їжі до рота, жування, ковтання)			
2. Зовнішній вигляд (чистка зубів, зачісування, вмивання обличчя та рук, гоління або макіяж)			
3. Вмивання/прийняття ванни (миття та витирання тіла, за винятком ділянки спини)			
4. Одягання (включно з одяганням ортезів/протезів) верхньої частини тіла			
5. Одягання (включно з одяганням ортезів/протезів) нижньої частини тіла			
6. Здійснення туалету (використання туалетного паперу до та після туалету, гігієнічних пакетів)			
Контроль сфінктерів			
7. Випорожнення сечового міхура (контроль сечопуску та, при потребі, використання засобів для сечопуску – урідоми, катетера і т. д.)			
8. Випорожнення кишечника (контроль акту дефекації та при потребі використання спеціальних пристосувань – клізми, калоприймача і т. д.)			
Переміщення			
9. Ліжко, крісло, візок (можливість вставати з ліжка та лягати на нього, сідати на крісло або візок та вставати з нього)			
10. Унітаз (можливість користуватись унітазом – сідати, вставати)			
11. Душ, ванна (можливість користуватись кабіною для душу або ванною)			
Пересування			
12. Хода/візок (балу “7” відповідає можливість ходи без сторонньої допомоги на відстань не менше 50 метрів, балу “1” – неможливість подолати відстань більше 17 метрів)			
13. Сходи (балу “7” відповідає можливість підйому без сторонньої допомоги на 12-14 сходинок, балу “1” – неможливість подолати висоту більше 4 сходинок)			
Спілкування			
14. Сприйняття зовнішньої інформації (розуміння мови та/або письма)			
15. Вираження власних думок та бажань (усним та/або письмовим способом)			
Соціальна свідомість (активність)			
16. Соціальні стосунки (взаємодія з членами сім’ї, медперсоналом та оточуючими)			
17. Прийняття рішення (вміння вирішувати проблеми, пов’язані з фінансами, соціальними та особистими потребами)			
18. Пам’ять (здатність до запам’ятовування та відтворення отриманої зорової та/або слухової інформації, навчання, розпізнавання оточуючих)			
Загальна оцінка (максимальний бал 126)			

Ключ оцінки по завданнях у балах

Незалежний

- 7 Повна незалежність: повсякденна діяльність виконується легко та безпечно, без використання допоміжних пристроїв і у розумних межах часу;
- 6 Помірна незалежність: повсякденна активність вимагає використання допоміжних пристроїв та/чи більше часу на виконання у безпечний спосіб;

Залежний

- 5 Словесна допомога: не потрібна фізична допомога при виконанні завдань, але необхідні нагадування чи словесна підтримка;
- 4 Мінімальна допомога: пацієнт потребує малої кількості фізичної допомоги для виконання завдання, використовуючи 75% та більше своєї активності;
- 3 Помірна допомога: пацієнт потребує значної кількості фізичної допомоги для виконання завдання, використовуючи не більше, ніж 50-75% своєї активності, але ще здатний прикладати суттєві зусилля для завершення завдання;

- 2 Максимальна допомога: пацієнт використовує не більше, ніж 25-50% своєї активності, майже повністю залежний від фізичної допомоги для завершення завдання;
- 1 Повна залежність: пацієнт використовує не більше, ніж 0-25% своєї активності для завершення завдання, неспроможний виконати завдання.

16. Зведення даних для проведення фізичної реабілітації

Дата
Завдання:
План:

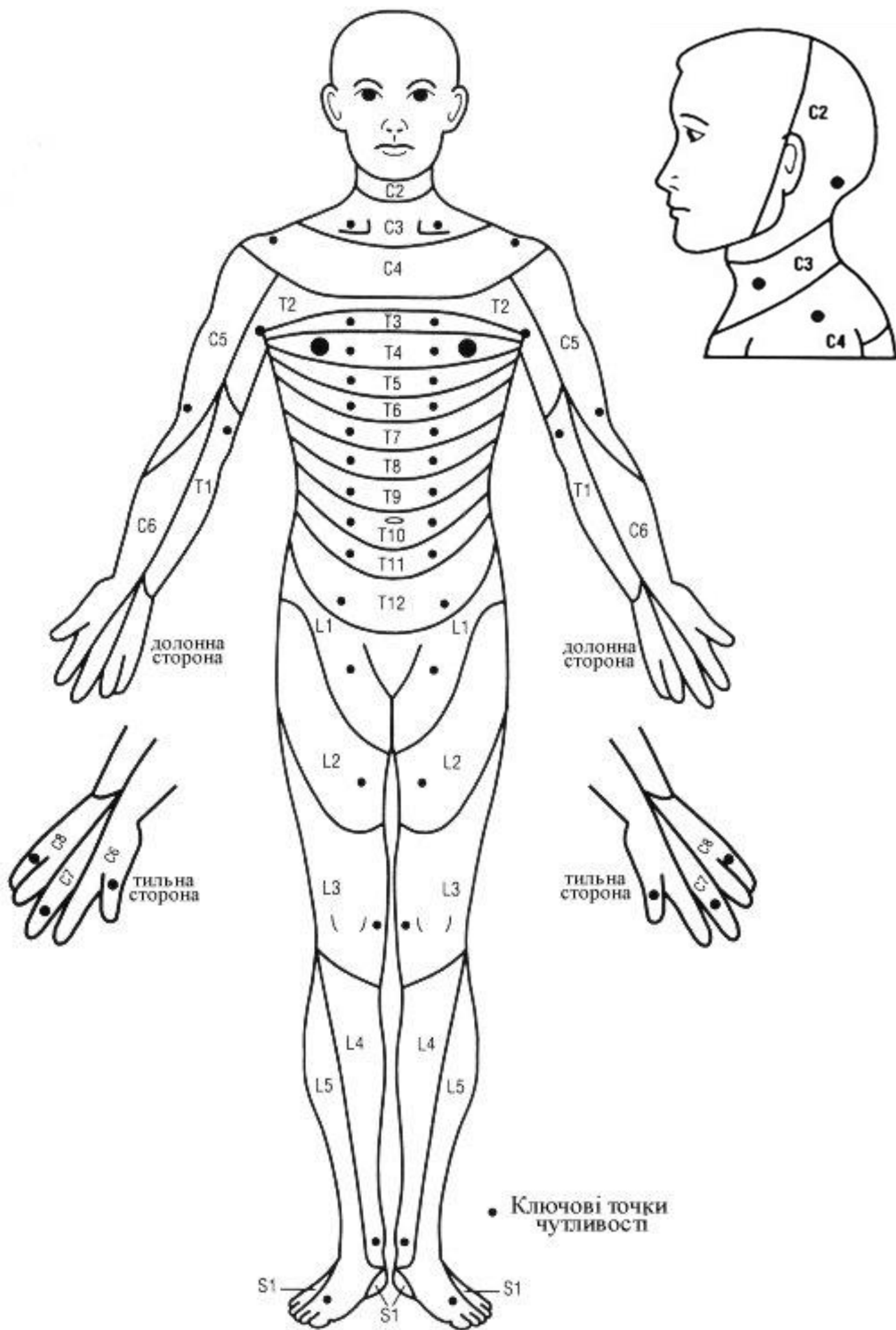
17. Підсумок фізичної реабілітації

а) Ефективність фізичної реабілітації:

Цілі досягнуті – 1; цілі не досягнуті по причині: нераціональний вибір методів фізичної реабілітації – 2; недостатньо часу – 3; нераціонально поставлені цілі реабілітації – 4; неповне чи помилкове реабілітаційне обстеження (тестування) – 5; неточний лікарський діагноз – 6 (підкреслити)

б) Рекомендації:

Не потребує подальшої реабілітації – 1; рекомендовано домашню програму – 2; рекомендовано регулярну амбулаторну реабілітаційну програму – 3; рекомендовано регулярну стаціонарну реабілітаційну програму – 4; повторне реабілітаційне обстеження_____ (дата) – 5; іншого спеціаліста – 6 (підкреслити)



Тестування сили м'язів верхніх кінцівок

C4 Верхня частина трапецеподібного м'язу

Вихідне положення пацієнта. Лежачи на животі на краю кушетки шия зігнута до переду. Стабілізувати верхню частину грудного відділу хребта та лопатки. Пацієнт розгинає шийний відділ хребта на оцінку 2 по неповній амплітуді, і на оцінку 3 по всій амплітуді руху

Інший спосіб

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на животі, реабілітолог підтримує плечові суглоби щоб уникнути сили тертя на кушетці. Пацієнт піднімає плечі у напрямку до вух, по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Положення сидячи руки розслабленні. Пацієнт піднімає плечі у напрямку до вух, по всій амплітуді руху

C5 Середній дельтоподібний м'яз

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині рука яка тестується вздовж тіла лікоть частково зігнутий, реабілітолог фіксує лопатку над акроміоном. Пацієнт відводить руку до 90° без зовнішньої ротації плеча

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Сидячи рука яка тестується вздовж тіла лікоть частково зігнутий, передпліччя проновано, реабілітолог фіксує лопатку. Пацієнт відводить руку до 90° без зовнішньої ротації плеча

C5 Двоголовий м'яз плеча

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині рука яка тестується пряма і відведена на 90° із зовнішньою ротацією плеча, реабілітолог фіксує плечову кістку. Пацієнт згинає передпліччя по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Сидячи рука яка тестується вздовж тіла, передпліччя супіновано, реабілітолог фіксує плечову кістку. Пацієнт згинає передпліччя по всій амплітуді руху

C7 Триголовий м'яз плеча

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині рука яка тестується зігнута в лікті і відведена на 90° із зовнішньою ротацією плеча, реабілітолог фіксує плечову кістку. Пацієнт розгинає передпліччя по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Лежачи рука яка тестується зігнута в плечовому суглобі на 90° та ліктьовому суглобі на всю амплітуду, реабілітолог фіксує плечову кістку. Пацієнт розгинає передпліччя по всій амплітуді руху

C5 - C8 Великий грудний м'яз

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Сидячи рука яка тестується відведена на 90° і знаходиться на кушетці, передпліччя частково зігнуто, реабілітолог фіксує тулуб. Пацієнт горизонтально приводить руку по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Лежачи на спині рука яка тестується відведена на 90° . Пацієнт приводить руку до вертикального положення

Розгиначі кисті (C6 променевий розгинач кисті, C7 ліктьовий розгинач кисті)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 для цих м'язів є однакове. Передпліччя на кушетці ліктьовою стороною, кисть та передпліччя у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує передпліччя. Пацієнт розгинає кисть по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 для цих м'язів є однакове. Передпліччя проноване м'язи пальців розслаблені, реабілітолог фіксує передпліччя. Пацієнт розгинає кисть з променевою девіацією для променевого розгинача кисті, і з ліктьовою девіацією кисті для ліктьового розгинача кисті, по всій амплітуді руху

Згиначі кисті (C7 променевий згиначі кисті, C8 ліктьовий згинач кисті)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 для цих м'язів є однакове. Передпліччя на кушетці ліктьовою стороною, кисть та передпліччя у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує передпліччя. Пацієнт згинає кисть по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 для цих м'язів є однакове. Передпліччя супіноване м'язи пальців розслаблені, реабілітолог фіксує передпліччя. Пацієнт згинає кисть з променевою девіацією для променевого згинача кисті, і з ліктьовою девіацією кисті для ліктьового згинача кисті, по всій амплітуді руху

Згиначі II – V пальців кисті у п'ястково-фалангових суглобах

(C8 – T1 долонні червоподібні mm. Lumbriales)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Передпліччя супіновано кисть у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує п'ясну кістку (п'ясток) II – V пальців кисті (metacarpals). Пацієнт згинає п'ястково-фалангові суглоби II – V пальців з розігнутими міжфаланговими суглобами по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2

Згиначі II – V пальців кисті у проксимальних та дистальних міжфалангових суглобах (C7 – T1 поверхневий згиначі пальців, C8 – T1 глибокий згинач пальців)

Вихідне положення пацієнта для цих м'язів є однакове. Передпліччя супіновано кисть у нейтральному положенні пальці розігнуті, реабілітолог фіксує проксимальні фаланги II – V пальців кисті

Для поверхневого згинача пальців пацієнт згинає середні фаланги пальців по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2

Для глибокого згинача пальців, реабілітолог фіксує середні фаланги пальців, пацієнт згинає дистальні фаланги пальців по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2

Розгиначі II – V пальців кисті у п'ястково-фалангових суглобах

(C6 – C8 розгинач пальців кисті, C6 – C8 розгинач вказівного пальця кисті, C6 – C8 розгинач мізинця кисті)

Вихідне положення пацієнта для цих м'язів однакове, передпліччя проновано кисть у нейтральному положенні, пальці зігнуті у всіх суглобах, реабілітолог фіксує п'ясткові кістки (п'ясток) metacarpals. Пацієнт розгинає п'ястково-фалангові (metacarpophalangeal) суглоби по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2

C8 – T1 Тильні міжкісткові м'язи кисті

Вихідне положення пацієнта, передпліччя проновано і лежить долонею на кушетці, пальці розігнуті у всіх суглобах та приведенні, реабілітолог фіксує п'ясткові кістки (п'ясток) II – V пальців (metacarpals) Пацієнт відводить пальці один від одного по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2. Середній палець повинен рухатись в обидва боки

C8 – T1 Долонні міжкісткові м'язи кисті

Вихідне положення пацієнта передпліччя проновано і лежить долонею на кушетці, пальці розігнуті у всіх суглобах та відведенні реабілітолог фіксує п'ясткові кістки (п'ясток) II – V пальців (metacarpals). Пацієнт приводить пальці один до одного по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді на оцінку 2. Середній палець повинен рухатись в обидва боки

Тестування сили м'язів тулуба

T7 – T12 М'язи червоного пресу

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 Лежачи на спині руки вздовж тіла, реабілітолог фіксує нижні кінцівки. Пацієнт згинає тулуб у грудному відділі хребта по неповній амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Лежачи на спині руки на животі, реабілітолог фіксує нижні кінцівки. Пацієнт згинає тулуб у грудному відділі хребта по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 4. Лежачи на спині руки схрещенні на грудях, реабілітолог фіксує нижні кінцівки. Пацієнт згинає тулуб у грудному відділі хребта по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 5. Лежачи на спині руки за головою, реабілітолог фіксує нижні кінцівки. Пацієнт згинає тулуб у грудному відділі хребта по всій амплітуді руху

T1 – T12 М'язи розгиначі хребта

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 Лежачи на животі, руки вздовж тіла реабілітолог фіксує таз та нижні кінцівки. Пацієнт розгинає тулуб по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 Лежачи на животі, руки вздовж тіла або на сідницях, реабілітолог фіксує таз та нижні кінцівки. Пацієнт розгинає тулуб по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 4 Лежачи на животі, руки за спиною, реабілітолог фіксує таз та нижні кінцівки. Пацієнт розгинає тулуб по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 5. Лежачи на животі, руки за головою, реабілітолог фіксує таз та нижні кінцівки. Пацієнт розгинає тулуб по всій амплітуді руху

Тестування сили м'язів нижніх кінцівок

L1 Квадратний м'яз попереку

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині, для стабілізації хребта пацієнт може схопитись руками за край кушетки. Пацієнт тягне таз та нижню кінцівку вздовж тіла по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Положення стоячи реабілітолог фіксує грудний відділ хребта. Пацієнт тягне таз та нижню кінцівку вздовж тіла по всій амплітуді руху

L2 Клубово-поперековий м'яз

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на боці, реабілітолог однією рукою підтримує верхню кінцівку, другою фіксує таз. Пацієнт згинає стегно по всій амплітуді руху, коліно під час руху є зігнуте.

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Сидячи звівши ноги руками тримаючись за край кушетки, реабілітолог фіксує таз. Пацієнт згинає стегно по всій амплітуді руху, коліно під час руху є зігнуте

Слідкувати щоб під час згинання не було відведення та зовнішньої ротації стегна

L2 Привідні м'язи стегна

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині з відведеною ногою яка не тестується на 45° , реабілітолог фіксує таз на протилежній стороні. Пацієнт приводить ногу по всій амплітуді руху без ротації стегна

Вихідне положення на оцінку 3. Лежачи на боці, реабілітолог однією рукою фіксує вільну ногу у відведеному положенні приблизно на 25° . Пацієнт приводить нижню ногу до верхньої по всій амплітуді руху

Слідкувати щоб не було ротації тазу під час руху, і при потребі зафіксувати його

L3 Чотириголовий м'яз стегна

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на боці, нога яка тестується зігнута в коліні по всій амплітуді, реабілітолог однією рукою підтримує верхню кінцівку другою фіксує передню частину коліна ноги яка тестується. Пацієнт розгинає коліно по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Сидячи звівши ноги, реабілітолог фіксує стегно. Пацієнт розгинає гомілку по всій амплітуді руху

Слідкувати щоб не була зовнішня ротація стегна під час руху

L4 Передній великогомілковий м'яз

. Вихідне положення пацієнта. Сидячи звівши ноги, реабілітолог фіксує дистальну частину гомілки. Пацієнт розгинає стопу в медіальну сторону по неповній амплітуді руху на оцінку 2, і по всій амплітуді руху на оцінку 3

Згиначі гомілки

(L5 – S1 півсухожилковий м'яз, L5 – S2 півперетинчатий м'яз, S1 – S3 двоголовий м'яз стегна)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 для цих м'язів є однакове. Лежачи на боці, реабілітолог однією рукою фіксує стегно ноги яка тестується, другою рукою фіксує протилежну ногу у відведеному положенні. Пацієнт згинає гомілку по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Лежачи на животі нога яка тестується пряма, реабілітолог фіксує стегно ноги яка тестується, не тиснучи на сухожилки півсухожилкового, півперетинчатого та двоголового м'язів стегна. Пацієнт згинає гомілку до 90° амплітуди руху. Для тестування півсухожилкового та півперетинчатого гомілка та стопа розвернуті до середини. Для тестування двоголового м'язу стегна гомілка та стопа розвернуті назовні

Слідкувати щоб під час руху не піднімався таз над кушеткою, і при потребі зафіксувати його

L5 Середній сідничний м'яз

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині, реабілітолог однією рукою фіксує таз другою протилежну ногу. Пацієнт відводить ногу по всій амплітуді руху без ротації стегна

Вихідне положення на оцінку 3. Лежачи на боці, нижня (опірна) нога зігнута в кульшовому та колінному суглобах, для кращої стабілізації, реабілітолог фіксує таз. Пацієнт відводить вільну ногу по всій амплітуді руху

Слідкувати щоб не було ротації тазу, під час руху, та його підтягування вздовж тіла

Згиначі стопи (S1 – S2 литковий м'яз, S1 – S2 камбалоподібний м'яз)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 для цих м'язів є однакове. Лежачи на боці, нога яка тестується розігнута в коліні стопа в нейтральному положенні і латеральною стороною на кушетці, реабілітолог фіксує гомілку. Пацієнт згинає стопу по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 для цих м'язів є однакове. Стоячи на одній нозі коліно опорної ноги розігнуте. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) один раз по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 4 для цих м'язів є однакове. Стоячи на одній нозі коліно опорної ноги розігнуте. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) два, три рази по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 5 для цих м'язів є однакове. Стоячи на одній нозі коліно опорної ноги розігнуте. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) чотири, п'ять разів по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 для камбалоподібного м'язу. Стоячи на одній нозі, коліно опорної ноги частково зігнуте. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) один раз по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 4 для камбалоподібного м'язу. Стоячи на одній нозі, коліно опорної ноги частково зігнуто. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) два, три рази по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 5 для камбалоподібного м'язу. Стоячи на одній нозі, коліно опорної ноги частково зігнуто. Пацієнт згинає стопу (стає на носок) чотири, п'ять разів по всій амплітуді руху

S1 Задній великогомілковий м'яз

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2. Лежачи на спині нога яка тестується пряма, стопа у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує гомілку. Пацієнт повертає стопу до середини по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3. Лежачи на боці, стопа у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує гомілку не тиснучи на задній великогомілковий м'яз. Пацієнт повертає стопу до середини по всій амплітуді руху.

Малогомілкові м'язи

(L4 – S1 довгий малогомілковий м'яз, L4 – S1 короткий малогомілковий м'яз)

Вихідне положення пацієнта на оцінку 2 для цих м'язів є однакове. Лежачи на спині стопа у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує гомілку. Пацієнт повертає стопу назовні, по всій амплітуді руху

Вихідне положення пацієнта на оцінку 3 для цих м'язів є однакове. Лежачи на боці нога яка тестується пряма стопа у нейтральному положенні і медіальною частиною на кушетці. Пацієнт повертає стопу назовні по всій амплітуді руху

Згиначі пальців стопи у плюсно-фалангових (metatarsophalangeal) суглобах

(L4 – S1 короткий згинач великого пальця стопи, L4 – L5 червоподібний м'язи II - V пальців стопи)

Вихідне положення пацієнта для цих м'язів є однакове. Лежачи на спині, стопа у нейтральному положенні, реабілітолог фіксує плюсни II – V пальців стопи з підошвенної сторони для червоподібного м'язу, і плюсну I пальця, для короткого згинача великого пальця

Для червоподібного м'язу, пацієнт згинає II – V пальці в плюсно-фалангових суглобах, з розігнутими міжфаланговими суглобами по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Для короткого згинача великого пальця, пацієнт згинає I палець в плюсно-фаланговому суглобі, з розігнутим міжфаланговим суглобом I пальця стопи, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Згиначі пальців стопи в міжфалангових суглобах

(L5 –S1 довгий згинач II - V пальців стопи, L4 – L5 короткий згинач II - V пальців стопи, L5 – S2 згинач великого пальця стопи)

Вихідне положення пацієнта для цих м'язів є однакове. Лежачи на спині стопа у нейтральному положенні

Для довгого згинача II – V пальців стопи, реабілітолог фіксує проксимальні фаланги II – V пальців стопи. Пацієнт згинає II – V пальці, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Для короткого згинача II – V пальців стопи, реабілітолог фіксує середні фаланги пальців. Пацієнт згинає II – V пальці, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Для згинача великого пальця стопи, реабілітолог фіксує I плюсну великого пальця. Пацієнт згинає великий палець, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Розгиначі пальців стопи

(L5 –S1 довгий розгинач II - V пальців стопи, L5 – S1 короткий розгинач II - V пальців стопи, L5 – S2 довгий розгинач великого пальця стопи)

Вихідне положення пацієнта для цих м'язів є однакове. Лежачи на спині стопа у нейтральному положенні

Для довгого розгинача II – V пальців стопи, реабілітолог фіксує тильну поверхню стопи. Пацієнт розгинає II – V пальці стопи, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Для короткого розгинача II – V пальців стопи, реабілітолог фіксує проксимальні фаланги пальців стопи. Пацієнт розгинає II – V пальці в дистальних фалангах стопи, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

Для довгого розгинача великого пальця стопи, реабілітолог фіксує проксимальну I фалангу великого пальця. Пацієнт розгинає дистальну фалангу великого пальця, по всій амплітуді руху на оцінку 3, і по неповній амплітуді руху на оцінку 2

