## Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

**Кафедра физической реабилитации**

Заведующий кафедрой:

доц. Томашевский Н.И.

**КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА**

**по дисциплине: Основы физической реабилитации**

**ТЕМА**: ”**Реабилитационная программа**”

Выполнила:

студентка 2-го курса группы ФР-04

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Манжур Анна Ивановна

Руководитель: Кирилов А.Н.

2008

**Вопросы**

1. Составление реабилитационных программ

2. Реабилитационная программа

3.Составные части реабилитационной программы

4. Исходы реабилитации и оценка степени восстановления

**1. Составление реабилитационных программ**

Составление реабилитационных программ является неотъемлемой частью при организации реабилитационно-востановительного процесса в лечебно-профилактических учреждениях, реабилитационных центрах, санаториях.

На всех этапах реабилитационной программы предусматривается обращение к личности больного, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного восстановительного воздействия.

Для ее составления необходимо учитывать весь комплекс изменений (морфологических, физиологических, психологических) и руководствоваться правилами, которые предусматривают:

* партнерство врача, реабилитолога и пациента, определение реабилитационного потенциала больного, особенно его двигательных возможностей,
* разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного,
* комплексность лечебно-восстановительных мероприятий, ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного).

Определение реабилитационного потенциала больного является существенным моментом при подготовке программы и требует решения нескольких основных задач:

1. Выяснение характера двигательных нарушений и степени ограничения двигательной функции.
2. Определение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена ОДА, либо нарушенной функции поврежденного органа или системы.
3. Дальнейший прогноз развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании.
4. Оценка физической работоспособности организма в целом и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных по характеру, объему и интенсивности физических нагрузок **в** процессе реабилитации.

Результаты оценки реабилитационного потенциала следует рассматривать в динамике, что позволяет объективно устанавливать эффективность реабилитационной программы и отдельных занятий с целью их последующей коррекции.

**2. Реабилитационная программа. Составные части реабилитационной программы**

Любая реабилитационная программа должна состоять из 2-ух частей: 1- медицинская и 2- непосредственно программа физической реабилитации (см. Приложение 1)

***Первая часть реабилитационной программы*** должна содержать паспортные данные и все сведения о заболеваемости человека от момента появления первых признаков и до настоящего момента.

Медицинская часть реабилитационной программы (**РП**) включает в себя ряд разделов, которые должны быть представлены в строгой последовательности:

1.Паспортные данные, учетно-статистические сведения.

2.Данные субъективного исследования:

а) жалобы

б) анамнез заболевания(Anamnesis morbi)

в) анамнез жизни(Anamnesis vitae)

**Приложение 1**

**Реабилитационная программа больного**:

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(паспортные данные)***

Дата и время поступления в клинику:

Пол:

Возраст:

Профессия, место работы:

Место жительства:

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (при поступлении, если есть сопутствующий)

***(данные субъективного обследования)***

Жалобы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_основные, сопутствующие (на настоящее время). (Каждая жалоба должна быть описана самым подробным образом)См. методичку курации больного в хирургии.

Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез жизни: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(данные объективного исследования)***

Настоящее состояние больного (объективные данные): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подробное описание по органам и системам см. Методичку по хирургии)

***(физическая реабилитация)***

Этап реабилитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Двигательный режим: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Средства и методы реабилитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (применяемые на данном этапе в соответствии с двигат. режимом) ЛФК, массаж, физиотерапия, трудотерапия, музыкотерапия, фитотерапия, аэротерапия, мануальное воздействие, медикаментозная корекция и т.д.

Формы и содержание метода: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ЛФК, массажа, физиотерапии, механотерапии и т.д.). Т.е. для ЛФК - УГГ, дозирована ходьба, ЛГ и т.д;

для массажа – лечебный, гигиенический, сегментарно-рефлекторный и т.д;

для ФЗТ – Гальванизация, электрофорез, УВЧ, СВЧ, дарсонвализация, ДДТ, СМТ, амплипульстерапия и т.д.

***(приблизительный режим дня больных)***

7.00 – Подъём

7.30-8.00 – Утренний туалет больных (санитарно-гигиенические процедуры)

8.00 – УГГ (1- клинико-физиологическое обоснование применения УГГ, 2 - приблизительный комплекс упражнений. Здесь необходимо расписать упражнения, функциональный контроль адекватности нагрузки);

8.30 – Приём лекарств

8.30-9.00 – Завтрак

9.00-10.00 – Врачебный обход (реабилитолог совместно лечащим врачом)

10.30 – Лечебный массаж (1- клинико-физиологическое обоснование применения массажа на данный момент, 2- описать вид массажа и его методику, ежедневно или через день, а также сочетание данного вида массажа с другими методами реабилитации)

11.30 – Лечебная гимнастика (1- клинико-физиологическое обоснование применения ЛГ в на данный момент, 2 - приблизительный комплекс упражнений, расписать содержание ЛГ, функциональный контроль адекватности нагрузки)

12.10 – Физиотерапия (1- клинико-физиологическое обоснование применения ФЗТв данный момент, 2 - приблизительный комплекс упражнений, расписать содержание ЛГ, функциональный контроль адекватности метода ФЗТ)

13.00-13.30 – Приём лекарств

13.30-14.30 – Обед

14.30-16.30 – Послеобеденный отдых

17.00-19.00 – Посещение больных родственниками.

17.30 – Дозированная ходьба, терренкур (Т) и т.д. (1- клинико-физиологическое обоснование применения ДХ или Т на данный момент, 2 - расписать содержание ДХ или Т, функциональный контроль адекватности нагрузки)

18.30 – Аэротерапия, музыкотерапия или фитотерапия ( то же)

19.00-19.30 Приём лекарств

19.30-20.00 – Ужин

20.00-21.30 – Свободное время (интеллектуальные игры, аутотренинг и т.д.)

21.30-22.00 Вечерний туалет

22.00-7.00 – Сон.

Исход реабилитации и оценка степени восстановления больного на данном этапе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (функциональные показатели, общее состояние больного и т.д.)

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (перевести на следующий этап, внести изменения и продлить текущий этап реабилитации, выписать, дать комплекс ФР больному для самостоятельных занятий на дому и т.д.).

3.Данные объективного исследования, которые освещаются по мере получения сведений при изучении органов и систем больного с помощью осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации (физикальных методов исследования).

4.Данные дополнительного исследования(относятся к объективному исследованию):

а) клинические ибиохимические исследования крови, мочи, других плотных и жидких сред организма (слюна, лимфа, эксудат, асцит и т. д.);

б) функциональные исследования;

в) другие диагностические исследования, основанные на применении сложных диагностических приборов,аппаратов ицелых систем(эндоскопических, рентгенологических, компьютерной техники и др.).

**ДАННЫЕСУБЪЕКТИВНОГООБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Жалобы больного

Все жалобы по их характеру и способу получения от больного весьма условно разделяются на основные — это те, которые на ваш взгляд составляют предмет заболевания, сопутствующие — они непосредственного отношения к настоящей болезни не имеют, затем жалобы, выявленные при опросе больного об имеющихся нарушениях функции органов и систем. Излагая жалобы в реабилитационной программе, вам не следует делать заголовки; «основные жалобы, сопутствующие жалобы» и т. д., хотя изложение их целесообразно в сгруппированном виде, причем основные жалобы следует излагать в первую очередь, а затем сопутствующие. Жалобы, которые выявлены вами в процессе опроса больного касательно деятельности органов и систем, прежде чем фиксировать их, должны быть также разделены на основные и сопутствующие с изложением их по принадлежности. Следует помнить, что сопутствующая патология, как правило, усугубляет тяжесть течения основного процесса и требует к себе серьезного внимания.

***Куратор собирает жалобы на настоящее время, а не на момент поступления больного в стационар. Момент беседы является определяющим настоящее время.***

Каждая жалоба должна быть описана самым подробным образом. Если имеются боли, то необходимо указать локализацию их, продолжительность, интенсивность, характер, связь с диспептическими, дизурическими или с другими расстройствами, с приемом пищи или оправления кишечника, с какими-либо факторами быта или труда, погодой, временем года: указать, влияют ли боли на функцию того или иного органа или части тела: положение больного во время болей, применяемые обычно при болях средства и их эффект.

Точно также подробно описываются и другие основные жалобы больного. Если больной не указывает на сопутствующие жалобы, то следует спросить: «Не беспокоит ли Вас еще что-либо, кроме уже изложенных жалоб». Таким образом удается выяснить, что, например, кроме отека, гиперемии, резких пульсирующих болей в области ногтевой фаланги первого пальца правой кисти у больного имеется жажда, зуд кожи, мигрирующие боли по всему телу, а чаще по ходу толстого или тонкого кишечника, что при дальнейшем исследовании больного будет установлено сопутствующее заболевание «диабет». Затем выясняется третья группа жалоб, которые больной сам не предъявляет, но которые можно узнать лишь путем опроса по органам и системам. Ранее отмеченные жалобы более не упоминаются. Выясняется состояние центральной нервной системы и психики: настроение, сон, самочувствие после сна, головные боли, раздражительность, плаксивость, интерес к работе и прочее; состояние органов чувств: обоняния, слуха, зрения, осязания; органов дыхания: одышка, боли в грудной клетке, кашель, наличие, характер и количество мокроты, кровохарканье, носовые кровотечения; органов кровообращения: одышка в связи с физической нагрузкой, отеки конечностей, боли в области сердца и прочее; органов пищеварения: аппетит, глотание, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, боли в различных отделах живота, отправления через желудочно-кишечный тракт (характер стула, регулярность его, частота дефекации; органов мочеиспускания: частота мочеиспускания, расстройства его, рези, боли при этом, уменьшение или увеличение количества мочи и мнение больного о возможных причинах этих явлений.

2. Анамнез заболевания

В этом разделе **РП** необходимо в строгом, хронологическом порядке описать начало, течение и развитие основного заболевания от самых первых его проявлений и возможных его причин до момента обследования больного куратором. Описывается влияние на течение заболевания различного рода лечебных мероприятий, стационарного, амбулаторного или санаторно-курортного лечения.

В случае, если описывается анамнез травматического повреждения, указывается точно время травмы, механизм и характер травмы, состояние и положение тела больного во время травмы, характер первой помощи и ее объем, характер транспортировки и т. д.

3. Анамнез жизни

Местность, где больной родился, возраст и здоровье родителей прирождении больного. Болезни детства.

Трудовая жизнь с краткой характеристикой профессии и условий труда(профессиональные вредности, продолжительность рабочего дня). Производилось ли переливание крови, как переносил? Половая жизнь, время вступления в брак (возраст). Для мужчин: здоровье жены,число беременностей у нее, родов, абортов; дети, их здоровье. Для женщин: здоровье мужа и детей; беременности и их течение, осложнения; роды, аборты и их осложнения; выкидыши самопроизвольные; женские болезни, время последней менструации.

Если отмечаются перенесенные больным заболевания, операции, травмы, то нужно указать,откуда получены сведения (со слов больного,из справок и пр.), в каком возрасте они перенесены,какое влияние они оказали на здоровье в дальнейшем.Должны быть отображены вопросы наследственности и семейного анамнеза: заболевания в семье злокачественными новообразованиями, болезнямиобмена, психическими, венерическимиболезнями, туберкулезом; наличие в семье пороков развития(аномалий), врожденных заболеваний.

**Жилищные условия.** Вредные привычки: курение (папиросы, сигареты, трубка; количество выкуриваемого табака), употребление алкоголя, наркомании, токсикомании, злоупотребление чаем, кофе. Переносимость лекарств.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Вне всякой зависимости от характера и локализации заболевания проводится полное и методическое обследование больного, всех его органов и систем, последовательно, с помощью осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Оценивается состояние больного — хорошее, вполне удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, весьма тяжелое, агонирующее. Сознание: ясное, спутанное, отсутствует. Положение: активное, пассивное, вынужденное. Выражение лица: обычное или не представляет никаких болезненных проявлений, страдальческое, тоскливое, возбужденное.

Телосложение правильное, имеются неправильности (сутулость, деформации). Питание: хорошее, удовлетворительное, чрезмерное.

**Температура тела.**

**Кожа:** окраска обычная, бледная, цианотичная (указать места, где цианоз наиболее выражен — губы, ногти), желтушная, землистая; пигментации, сыпи, рубцы, расчесы, шелушения, пролежни; эластичность кожи,потливость. Волосы и ногти.

Видимые слизистые оболочки: окраска обычная, бледная, желтушная, пигментации, изъявления, высыпания.

**Подкожная клетчатка:** степень развития (слабая, умеренная, чрезмерная). Отеки,локализация их, распространение.

**Лимфатическая система:** прощупываются лимфатические узлы или нет (подчелюстные, шейные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые). Величина лимфоузлов (не сравнивать с ягодами или фруктами! Примерно или точно выразить величину в сантиметрах). Консистенция их, болезненность, сращение между собой и с окружающими тканями.

**Мышцы.** Общее развитие: хорошее, умеренное, слабое.Болезненностьприощупывании.Тонусобычный,повышенный,пониженный. Местные гипертрофии и атрофии. **Кости.** Деформации, видимые опухоли. Болезненность при ощупывании, перкуссии, нагрузке по оси. Измерение длины конечностей на различных уровнях. Изменение походки. Порочные установки.

**Суставы**. Конфигурация: обычная, деформации, контрактуры и анкилозы. Болезненность при пальпации. Движения пассивные и активные, их объем, измерение его. Определение линий Розер-Нелятова, Шумахера, треугольника Бриана, линия и треугольник Гютера. Симптом баллотации надколенника.

**Грудная клетка и ее органы:**

Форма грудной клетки — обычная, коническая, бочкообразная, цилиндрическая, паралитическая, рахитическая, куриная, воронкообразная. Деформации (горб и пр.). Асимметрия груди, западение над- или подключичных пространств, выпячивание или западение одной стороны груди. Положение лопаток: плотное прилегание к груди, отставание.

**Тип дыхания**: преимущественно реберный, преимущественно брюшной, удлиненный выдох, удлиненный вдох. Ритм дыхания: правильный, число дыхательных движений в минуту; дыхание Кусмауля, Чейн-Стокса, Биота. Состояние межреберий при глубоком дыхании (выпячивание, втягивание). Ощупывание груди: болезненные места, отечность покровов (указать локализацию). Измерение длины окружности груди на уровне сосков во время вдоха и выдоха.

**Перкуссия легких.** Сравнительная перкуссия: перкуторный звук легочный, коробочный, тимпанический, притуплённый, тупой (точное определение границ каждого звука: в вертикальном направлении — на ключице, по ребрам и межреберьям, а в горизонтальном направлении — по линиям грудинно-ключичной, передней, средней, и задней подмышечным, лопаточной и позвоночной справа и слева). Высота стояния верхушек спереди над ключицей и сзади — по отношению к остистому отростку VII шейного позвонка. Нижняя граница по всем линиям с каждой стороны. Экскурсия края легких. Сравнительное определение голосового дрожания. Голосовое дрожание неизменное, ослабленное, усиленное (точная локализация).

**Аускультация легких сравнительная**. Дыхание везикулярное, жесткое, бронхиальное. Амфорическое: смешанное неопределенное, ослабленное, пуэриальное, отсутствие дыхательного шума (точно указать границы участков прослушивания каждого вида дыхания).

Хрипы сухие (низкого тона, высокого тона, дискантовые) и влажные (звонкие, незвонкие, мелко-, средне- и крупнопузырчатые). Крепитация. Локализация хрипов, влияние откашливания на их проявление или изменение количества. Шум, трения плевры.

При необходимости проводитсяспирометрия.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр и ощупывание артерий. Артерии неизвитые, извитые, мягкие, жесткие, узловатые. Пляска каротид. Пульс. Частота в одну минуту. Величина: полный, высокий, малый, низкий. Скорость: обычный, скорый или медленный. Напряжение: не напряжен, напряжен, мягкий. Дикротия пульса. Ритм: пульс ритмичный, аритмичный (указать тип аритмии). Артериальное давление максимальное и минимальное.

**Осмотр и ощупывание вен.** Венный пульс (указать, где определяется). Расширение вен шеи, грудной клетки, брюшной стенки, конечностей. Уплотнение и болезненность при ощупывании вен. При варикозном расширении вен нижних конечностей описать симптом Троянова-Тренделенбургаи маршевую пробу.

**Осмотр области сердца:** сердечный горб, сердечный толчок (указать, где он определяется по отношению к левой грудинно-ключичной линии). Определение места сердечного толчка ощупыванием, толчок усиленный, потрясающий, поднимающий, ограниченный протяжением, разлитой (снова указать локализацию). Дрожание. «Кошачьемурлыканье».

 **Перкуссия сердца:** правая, левая, верхняя граница относительной и абсолютной тупостисердца.

**Аускультация сердца и крупных сосудов.** Тоны ясные, глухие, акцентированные, расщеплённые или раздвоенные; ослабление или выпадение отдельных тонов с указанием места, где найдены **все эти изменения.** Ритм правильный, сердечная деятельность аритмична (указать тип аритмии: экстрасистолия, мерцательная и пр.); маятникообразный ритм, ритм галопа; эмбриокардия. Шумы: систолический, диастолический, пресистолический и пр. Сила шума: резкий, слабый. Тембр: мягкий, грубый. Продолжительность: длинный, короткий. Место выслушивания шума и наибольшей его интенсивности; места куда он проводится. Изменение характера шумов при перемене положения тела. Шум трения перикарда (где выслушивается).

**Функциональные пробы** Штанге, Саабразе, после физической нагрузки; время нормализации пульса, дыхания и артериального давления.

**Органы пищеварения.**

Рот, Губы, цвет их: обычный, бледный, цианотичный. Сухость. Трещины. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щек, твердого и мягкого неба (обычного розового цвета, бледная, гиперемия, пигментация, изъявления). Десны бледные, разрыхленные, кровоточащие.

Зубы: кариозные, шатаются, вставные, отсутствуют.

Язык: влажный, сухой; необложенный, обложен, (немного, умеренно, сильно); покрыт корками, трещины, язвы, рубцы, припухлость языка. Малиновый язык, лакированный язык. Цвет налета.

Зев обычной окраски, красный, отечность слизистой зева, сухость, налеты.

Миндалины обычной величины, гипертрофированы, краснота, припухлость слизистой, налеты,гнойные пробки.

Живот. Форма живота: обычной конфигурации, овальный, грушевидный, выпяченый, расплывающийся. Величина эпигастрального угла: острый, прямой, тупой. Живот вздут, не вздут, втянут; частичное западение или втяжение (асимметрия), заметна ли видимая перистальтика; участвует или не участвует в акте дыхания, щадится при дыхании. Пальпация живота поверхностная: живот мягкий или напряженный на всем протяжении и в определенных отделах, наличие симптомов раздражения брюшины. Глубокая последовательная скользящая пальпация по Образцову. Пальпация сигмовидной, нисходящей, слепой, восходящей, поперечно-ободочной кишок, граница большой кривизны желудка, печени, нижняя граница ее (верхняя граница указывается на основании перкуссии).

Пальпация селезенки и отрезков кишечника.

Пальпация почек. Определение симптома Пастернацкого. Перкуссия и пальпация области мочевого пузыря: не пальпируется, высота стояния его над лобком при пальпации. Аускультация живота (кишечные шумы: шум плеска, симптом падающей капли, отсутствие, ослабление перистальтики).

Нервная система и органы чувств. Речь обычная, скандированная, заикание и другие виды дизартрии. Судороги, параличи, парезы. Нарушения чувствительности отсутствуют, имеются (тогда указать локализацию). Сухожильные рефлексы: обычные, живые, ослабленные, не вызываются, различной силы справа или слева. Дермографизм белый или красный. Глоточный, роговичный и зрачковый рефлексы обычны, ослабленные, не вызываются.

**3. Исходы реабилитации и оценка степени восстановления**

Степень восстановления может быть оценена по четырехбалльной шкале: полное восстановление; частичное восстановление; без изменения от исходного уровня; ухудшение.

Согласно материалам Международного отдела по вопросам труда разработана следующая шкала динамики восстановления и возможных исходов заболеваний и оценка функциональных возможностей:

1. Восстановление функциональной способности в той или иной степени.

1. Полное восстановление.
2. Частичное восстановление.
3. Компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствии восстановления.
4. Замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления.

2*.* Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни.

1. Воспитание готовности к труду и бытовой деятельности.
2. Трудотерапия.
3. Вовлечение в трудовой процесс — определение пригодности к трудовой деятельности, переподготовка.
4. Диспансерное обслуживание реабилитируемых.

Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов, и путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств добиваться благополучного результата.

**Список литературы**

1. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 512 с.: ил.
2. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. – К.: «Олан», 2004. – 559 с.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
4. Основи фізичної реабілітації: навч. Посібник. – Кіровоград: РВВКДПІ ім. В. Винниченка, 2004. – 238 с.
5. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н / Д: изд-во «Феникс», 1999. – 608 с.