



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67557 (13) U  
(51) МПК (2012.01)  
A61B 5/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА НАСЛІДКАМИ ВОГНИЩЕВОГО УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ І ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

1

2

(21) u201109694

(22) 03.08.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл.№ 4, 2012 р.

(72) КУЛИК ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) КУЛИК ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) 1. Спосіб реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищового ураження центральної і периферичної нервової системи, що включає неперервне реабілітаційне лікування на післягоспітальному етапі в умовах місця проживання хворого шляхом створення стаціонару на дому, який **відрізняється** тим, що перед початком проведення неперервного реабілітаційного лікування попередньо виконують експертну оцінку фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворого та визначають зону найближчого відновлення патологічно зміненої функції, після чого за результатами вказаної експертної оцінки створюють стаціонар на дому шляхом визначення і встановлення технічних засобів відповідно до стану хворого та розробляють реабілітаційний маршрут хворого, в якому визначають етапи здійснення неперервного реабілітаційного лікування та контрольні строки для динамічної експертної оцінки ефективності проведення вказаного реабілітаційного лікування, причому при досягненні зазначених контрольних строків реабілітаційного маршруту при здійсненні неперервного реабілітаційного лікування додатково проводять лабораторний та інструментальний електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворого.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як стаціонар на дому переобладнують кімнату хворого та побутові приміщення.

3. Спосіб за пп. 1-2, який **відрізняється** тим, що за результатами проведення лабораторного та ін-

струментального електрофізіологічного і нейровізуалізаційного моніторингу стану хворого додатково проводять корекцію реабілітаційного маршруту хворого та переобладнують кімнату хворого і побутові приміщення.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при досягненні контрольного строку реабілітаційного маршруту починають наступний попередньо запланований етап неперервного реабілітаційного лікування та визначають нові зони найближчого відновлення патологічно зміненої функції.

5. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково здійснюють цілодобовий дистанційний відео on-line моніторинг за станом хворого із використанням персональної відстежувальної апаратури.

6. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що неперервне реабілітаційне лікування здійснюють шляхом щоденної 6-8 годинної роботи реабілітаційних бригад з хворим та його родичами.

7. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що неперервність реабілітаційного лікування досягають шляхом дублювання функцій медичного персоналу однієї реабілітаційної бригади медичним персоналом іншої реабілітаційної бригади, кожна з яких урахує особливості відновного лікування конкретного хворого.

8. Спосіб за п. 6-7, який **відрізняється** тим, що реабілітаційні бригади формуються за принципом розділення зон відповідальності та працюють за естафетним типом шляхом передачі хворого одним фахівцем в кінці заняття наступному фахівцю для іншого заняття.

9. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що у створений стаціонар на дому залучають фахівців багатoproфільних лікувальних закладів.

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до реабілітації, та може бути застосована при здійсненні реабілітаційного лікування хворих з функціональними розладами та наслідками вог-

нищового ураження центральної і периферійної нервової системи в умовах стаціонару на дому.

Відомо, що у 40-50 процентів хворих, які перенесли черепно-мозкові травми, інсульт та інші захворювання центральної і периферійної нервової

(19) UA (11) 67557 (13) U

системи, виникають порушення вищих психічних функцій, зокрема, мовлення, у вигляді афазії і дизартрії, що, як правило, поєднуються з психічними розладами і порушенням руху в кінцівках. Це призводить до виникнення у хворого тяжкої інвалідності, що супроводжується втратою не тільки працездатності, але й неможливістю самостійно виконувати гігієнічні функції в повсякденному житті. Після лікування в стаціонарному відділенні лікарні таких хворих виписують із лікарні для проведення подальшого реабілітаційного лікування у дільничних поліклінічно-амбулаторних медичних службах по місцю проживання. Але лікування в зазначених медичних службах таких хворих здійснюється не в достатній мірі, в результаті чого зусилля, прикладені під час лікування в стаціонарному відділенні лікарні, зводяться до мінімуму. Тому на післягоспітальному етапі реабілітаційного лікування виникає необхідність у створенні стаціонару на дому для хворого в умовах місця проживання з метою проведення реабілітаційного лікування, що підбирають для конкретного хворого згідно з його станом та проводять за участю персоналізованої реабілітаційної бригади.

Відомий спосіб реабілітації осіб з поєднаними ураженнями нервової системи і опорно-рухового апарату, що включає обстеження пацієнтів, застосування лікувальної фізкультури та корекційної педагогіки, причому в залежності від результату обстеження відбирають необхідні для реабілітації опорні пристосування згідно з запропонованою таблицею (деклараційний патент України на винахід № 59146А, дата публікації - 15.08.2003 р., кл. МПК: А61Н3/00).

Відомий спосіб дозволяє здійснювати реабілітацію осіб з поєднаними ураженнями нервової системи і опорно-рухового апарату в контексті формування і відновлення навичок ходьби.

Недоліком відомого способу є те, що основна увага приділяється відновленню навичок ходьби без підвищення показників ефективності реабілітаційного лікування в цілому.

Найбільш близьким до способу реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної і периферичної нервової системи, що заявляється, є спосіб реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної та периферичної нервової системи, який включає проведення реабілітаційного лікування в умовах стаціонару на дому під наглядом невролога, терапевта, психіатра та працівника соціальної служби (Організація спеціалізованої допомоги хворим з вогнищевими ураженнями головного мозку в результаті інсульту, черепно-мозкової травми і інших захворювань центральної нервової системи, Інтернет-ресурс: <http://www.insult.ru/metod.php>, дата публікації-06.02.2006р.).

Недоліком відомого способу реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної і периферичної нервової системи є відсутність розробки реабілітаційного маршруту для конкретного хворого згідно з його станом та відсутність проведення

лабораторного та інструментального електрофізіологічного і нейровізуалізаційного моніторингу у визначених контрольних строках реабілітаційного маршруту для динамічної експертної оцінки ефективності проведення вказаного реабілітаційного лікування, що знижує ефективність такого лікування та зменшує показники відновлення патологічно зміненої функції. Це призводить також до зниження результатів клінічного лікування в цілому.

Задачею корисної моделі є удосконалення способу реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної і периферичної нервової системи, в якій за рахунок запропонованої послідовності проведення реабілітації забезпечується висока ефективність реабілітаційного лікування в умовах стаціонару на дому при підвищенні показників відновлення патологічно зміненої функції. В результаті - покращуються клінічні показники стану хворого та закріплюються результати клінічного лікування.

Поставлена задача вирішується запропонованим способом реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної і периферичної нервової системи, що включає неперервне реабілітаційне лікування на післягоспітальному етапі в умовах місця проживання хворого шляхом створення стаціонару на дому, в якому перед початком проведення неперервного реабілітаційного лікування попередньо виконують експертну оцінку фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворого та визначають зону найближчого відновлення патологічнозміненої функції, після чого за результатами вказаної експертної оцінки створюють стаціонар на дому шляхом визначення і встановлення технічних засобів відповідно до стану хворого та розробляють реабілітаційний маршрут хворого, в якому визначають етапи здійснення неперервного реабілітаційного лікування та контрольні строки для динамічної експертної оцінки ефективності проведення вказаного реабілітаційного лікування, причому при досягненні зазначених контрольних строків реабілітаційного маршруту при здійсненні неперервного реабілітаційного лікування додатково проводять лабораторний та інструментальний електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворого.

Як стаціонар на дому переобладнують кімнату хворого та побутові приміщення.

За результатами проведення лабораторного та інструментального електрофізіологічного і нейровізуалізаційного моніторингу стану хворого додатково проводять корекцію реабілітаційного маршруту хворого та переобладнують кімнату хворого і побутові приміщення.

Причому при досягненні контрольного строку реабілітаційного маршруту починають наступний попередньо запланований етап неперервного реабілітаційного лікування та визначають нові зони найближчого відновлення патологічно зміненої функції.

Краще, коли додатково здійснюють цілодобовий дистанційний відео on-line моніторинг за ста-

ном хворого із використанням персональної відстежувальної апаратури.

Неперервне реабілітаційне лікування здійснюють шляхом щоденної 6-8 годинної роботи реабілітаційних бригад з хворим та його родичами. Причому неперервність реабілітаційного лікування досягають шляхом дублювання функцій медичного персоналу однієї реабілітаційної бригади медичним персоналом іншої реабілітаційної бригади, кожна з яких урахує особливості відновного лікування конкретного хворого.

Краще, коли реабілітаційні бригади формуються за принципом розділення зон відповідальності та працюють за естафетним типом шляхом передачі хворого одним фахівцем в кінці заняття наступному фахівцю для іншого заняття. А у створений стаціонар на дому залучають фахівців багатопрофільних лікувальних закладів.

Нами було встановлено, що за рахунок розробки індивідуального реабілітаційного маршруту для хворого з визначенням в ньому етапів проведення неперервного реабілітаційного лікування та визначенням контрольних строків для динамічної експертної оцінки ефективності вказаного реабілітаційного лікування, при досягненні яких додатково проводять лабораторний інструментальний та електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворого, забезпечується висока ефективність проведення реабілітаційного лікування та підвищуються показники відновлення патологічно зміненої функції. В результаті - покращуються клінічні показники стану хворого в цілому. При цьому, як стаціонар на дому переобладнують місце проживання хворого, тобто переобладнують кімнату хворого та побутові приміщення, відповідно до стану хворого. Причому зазначені приміщення переобладнують динамічно у часі відповідно до поточних умов реабілітаційного лікування.

Запропонована корисна модель пояснюється кресленням, де зображено схему варіанту встановлення технічних засобів.

Спосіб реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищового ураження центральної і периферичної нервової системи здійснюють наступним чином.

Перед початком проведення неперервного реабілітаційного лікування хворого з функціональними розладами та наслідками вогнищового ураження центральної і периферичної нервової системи на післягоспітальному етапі лікування попередньо виконують експертну оцінку фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворого та визначають зону найближчого відновлення патологічно зміненої функції за участю фахівців відповідного профілю.

Далі за результатами вказаної експертної оцінки створюють стаціонар на дому шляхом визначення та встановлення технічних засобів (креслення) відповідно до стану хворого. Для цього у кімнаті хворого встановлюють персональну відстежувальну апаратуру, приєднують до Інтернет-мережі, та слідує апаратуру з функцією контролю частоти скорочень серця, температури тіла, оксигенації крові і артеріального тиску, за допомогою яких здійснюють цілодобовий дистанційний

відео on-line моніторинг за станом хворого. Причому, у відповідності до поточних умов реабілітаційного лікування при необхідності переобладнують кімнату хворого.

Після чого за результатами вказаної експертної оцінки розробляють реабілітаційний маршрут хворого, в якому визначають етапи здійснення неперервного реабілітаційного лікування та визначають контрольні строки для динамічної експертної оцінки ефективності проведення вказаного реабілітаційного лікування. Причому для кожного етапу неперервного реабілітаційного лікування відповідно до стану хворого підбирають лікувальні методи такі, як: фармакотерапія, лікувальна фізкультура, мануальна терапія, механотерапія, музикотерапія, робота з дефектологом, індивідуальні заняття із психологами і іншими фахівцями, загальний і спеціальний догляд, дієтотерапія, водні процедури та соціальна реабілітація. Неперервне реабілітаційне лікування здійснюють щоденно протягом 6-8 годинної роботи реабілітаційних бригад з хворим та його родичами, сформованими із фахівців багатопрофільних лікувальних закладів. При цьому неперервність реабілітаційного лікування досягають шляхом дублювання функцій медичного персоналу однієї реабілітаційної бригади медичним персоналом іншої реабілітаційної бригади, кожна з яких урахує особливості реабілітаційного лікування конкретного хворого. А кожна реабілітаційна бригада формується за принципом розділення зон відповідальності та працює за естафетним типом шляхом передачі хворого одному фахівцем в кінці заняття наступному фахівцю для іншого заняття.

Далі при досягненні визначених у реабілітаційному маршруті контрольних строків додатково проводять лабораторний та інструментальний електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворого. Після цього починають наступний попередньо запланований етап реабілітаційного лікування та визначають нові зони найближчого відновлення патологічно зміненої функції.

В окремому випадку здійснення способу за результатами проведення лабораторного та інструментального електрофізіологічного і нейровізуалізаційного моніторингу стану хворого додатково проводять корекцію реабілітаційного маршруту хворого та продовжують здійснення неперервного реабілітаційного лікування згідно з відкоректованим реабілітаційним маршрутом.

Корисна модель, що заявляється, пояснюється наступними прикладами.

Приклад 1. Хвора С.Я., вік на момент прийняття в стаціонар на дому 12 років.

Стаціонар на дому № 023 від 05.07.2006, сформований у квартирі, м. Київ, куди хвора була переведена з реанімаційного відділення Одеської дитячої обласної лікарні для реабілітації. Стаціонар працював з 2006 року по 2008 рік щоденно, безперервно.

Отримала важку черепно-мозкову травму у результаті дорожньо-транспортної пригоди, що сталася у квітні 2006 р. Знаходилась на стаціонар-

ному лікуванні в Одеській дитячій лікарні до серпня 2006 р.

Перед початком проведення неперервного реабілітаційного лікування було попередньо виконано експертну оцінку фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворої за участю фахівців Одеської дитячої обласної лікарні, Київського інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова АМН України та визначено зону найближчого відновлення патологічно змінених функцій. В результаті експертної оцінки фізичного, психологічного стану хворої було встановлено, що хвора має наслідки важкої черепно-мозкової травми, важкого забою головного мозку, дифузного аксонального пошкодження, субдуральної гематоми з права (оперована), травматичного субарахноїдального крововиливу, перелому основи та склепіння черепа, множинних переломів кісток лицьового черепа у вигляді персистуючого вегетативного стану, неповного апалічного синдрому, правостороннього та лівостороннього геміпарезів, синдрому Вебера, Фовіля, Міяра-Гублера, Бенедикта (парез III, IV, VI, VII пари зліва), центральних розладів функцій тазових органів, посттравматичної вегетативної дисфункції, пароксизмального гіпертермічного синдрому, симптоматичної вторинно-генералізованої епілепсії з частими тоніко-клонічними епілептичними нападами.

Після чого за результатами вказаної експертної оцінки фізичного, психологічного стану хворої був створений стаціонар на дому шляхом встановлення визначених технічних засобів (фіг.) відповідно до стану хворої. Для цього було переобладнано як стаціонар на дому кімнату хворої площею 25 кв. м та побутові приміщення, розташовані у квартирі на першому поверсі багатоповерхового будинку, шляхом проведення інженерно-технічних заходів. У кімнаті хворої було встановлено персональну відстежувальну апаратуру, приєднану до Інтернет-мережі, та слідкуючу апаратуру Ютас з функцією контролю частоти скорочень серця, температури тіла, оксигенації крові і артеріального тиску, за допомогою якої здійснювався цілодобовий дистанційний відео on-line моніторинг за станом хворої. Крім цього, було замінено вікно квартири на металопластикове, в якому одна частина спеціально сконструйована під припливно-витяжну систему вентиляції приміщення фірми Toshiba; змонтовано незалежну від загальної мережі квартири електромережу з системою запобіжників, ручного керування, безперебійного живлення (резерв до 30 хв. при навантаженні 4,5 кВт); встановлено аудіосистему 5.1., асоційовану з відеопроєктором та комп'ютерною мережею; вста-

новлено комплексну систему очищення, іонізації, зволоження повітря фірми Samsung; розміщено над входом у кімнату кварцову лампу із зворотною індикацією; встановлене трисекційне функціональне ліжко з системою блоків для проведення лікувальної фізкультури у ліжку, обладнано пост медичної сестри; встановлено механічний гідравлічний пересувний підйомач Likrill; встановлені мобільні реабілітаційні тренажери фірми KINETEC для пасивної розробки кінцівок; встановлено гібридну систему полімодальної стимуляції на основі персонального комп'ютеру (зір, слух, тактильне відчуття, вібраційне відчуття, дрібна моторика) для соціальної реабілітації пацієнтки; створено сектор для відпочинку матері (батька) і нічного спостереження ними за станом хворої, реалізованого через відеоресурс. Крім того, було додатково встановлено спеціальну систему підйому-опускання у ванній кімнаті фірми CARLO для полегшення купання хворої.

Далі за результатами вказаної експертної оцінки фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворої був розроблений реабілітаційний маршрут хворої, в якому визначено п'ять етапів здійснення неперервного реабілітаційного лікування та визначено контрольний строк для динамічної експертної оцінки ефективності проведення реабілітаційного лікування, який становив шість місяців. Причому при здійсненні п'яти етапів неперервного реабілітаційного лікування використовувались наступні лікувальні методи: спрямована фармакотерапія (групи препаратів, які позитивно поєднують холінергічні й адренергічні механізми впливу на центральну нервову систему, що сприяє збільшенню активності нейромедіаторних систем; катехоламінові антагоністи, антагоністи глутамату, дофамінергічні препарати, ноотропи, посилена судинна терапія, метаболічна терапія, терапія підвищення антиоксидантного резерву); симптоматична фармакотерапія; лікувальна фізкультура (кінезотерапія); мануальна терапія; механотерапія; музикотерапія (заняття з педагогом-музикантом: гра на скрипці); робота з дефектологом; індивідуальні заняття із психологом і іншими фахівцями, залежно від завдань реабілітації на конкретному етапі реабілітаційного маршруту; загальний і спеціальний догляд; дієтотерапія; водні процедури; лікувально-охоронний режим; соціальна реабілітація. Результати ефективності здійснення неперервного реабілітаційного лікування заносились щоденно у робочу таблицю виконаних контрольних вимірів з уніфікованими шкалами (таблиця 1).

Таблиця 1

Лист контрольних вимірів: діагностично-експертна таблиця.																
УВАГА! Правила заповнення таблиці																
Дані вносяться в таблицю Пациентом чи його законним представником Пациента щоденно. Дані в графі 11-15 вносяться під значенням, що відповідає запропонованим варіанти дані вносяться в їх фактичному значенні. В кінці кожного дня запису, особа, яка заповнювала дані в таблицю, ставить свій підпис в графу 14.																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
Дата	Артеріальний тиск, в 16:15	Пульс, в 16:15	Артеріальний тиск, в 19:00	Пульс, в 19:00	Температура тіла в 16:15	Температура тіла в 19:00	Орієнтована кількість епінападів за період чергування під час активного стану пацієнта	Орієнтована кількість епінападів за період чергування під час сну пацієнта	Кількість мокрот за період чергування, мл	Рухова поведінка дитини в ліжку	Мовна (звукословна) поведінка дитини	Реактивність дитини (реакція на подразники)	Скарги пацієнта:			
										GW- активна (дитина робить більше 10 спонтанних рухів за 5 хв.)	W- посередня (дитина робить 5-10 спонтанних рухів за 5-10 хв.)	G- пасивна дитина робить менше 5 спонтанних рухів за 30 хв.)	GW- активна (дитина подас більше 10 спонтанних звуків за 5 хв.)	W- посередня (дитина подас 5-10 спонтанних звуків за 5 хв.)	G- пасивна дитина подас менше 5 спонтанних звуків за 30 хв.)	1-білий 2-слабкість 3-дратівливість 4-виснаженість 5-неспокій 6-порушений сон 7-плаксивість 8-розлади ШКТ 9-розлади сечопуску 10-шкірні висипання 11-надмірне виділення мокрот 12-посилення 13-набряки 15-поганий апетит 16-рвоту
28.03.07																
29.03.07																
30.03.07																
31.03.07																
01.04.07																
02.04.07																
03.04.07																
04.04.07																
05.04.07																
06.04.07																

Неперервне реабілітаційне лікування здійснювалось щоденно протягом 8 годинної роботи основної реабілітаційної бригади за участю фахівців багатoproфільних лікувальних закладів, які відвідували стаціонар на дому та здійснювали консультування і динамічний огляд хворої, а саме за участю: нейрохірурга, фізіотерапевта-реабілітолога, нейроофтальмолога, педіатра, психолога, логопеда, педагога, інструктора з лікувальної фізкультури, масажиста та медичної сестри.

Далі при досягненні визначених у реабілітаційному маршруті контрольних строків, а саме кожні шість місяців, проводився лабораторний та інструментальний електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворої. Після цього через кожні 6 місяців починався наступний попередньо запланований етап реабілітаційного лікування та визначались нові зони найближчого відновлення патологічно зміненої функції.

У результаті здійснення реабілітаційного лікування згідно зі способом було досягнуто значної позитивної динаміки як зі сторони вогнищевої неврологічної симптоматики, так психоемоційного, інтелектуально-медичного статусу, в наслідок чого було відмічено появу перших складних реакцій усвідомленого спостереження та слідуван-

ня; відновлення узгодженої роботи мимічної мускулатури, ускладнення емоційних виразів обличчя; відновлення та усвідомлене використання емоцій у вираженні своїх бажань та незадоволення; повну вторинну реінтеграцію сенсорних і моторних реакцій; початок третинної інтеграції вісцеровегетативних, сенсорних, рухових актів в складніші психомоторні, психосенсорні та психовегетативні акти; повний контроль перших прогнозованих міофасціальних субтильних приступів; ускладнення гіперсинхронізації в корі мозку; повне завершення соціального та фізіологічного (мозкового) "пробудження" хворої; появу всіх реакцій включення "в свідомість"; ускладнення довільної рухливості; ускладнення фізіологічних актів пов'язаних із пероральним харчуванням (прийомом їжі); появу перших ознак відновленої роботи коркового центру моторної мови.

Приклад 2. Хвора П.Ю., вік на момент прийняття в стаціонар на дому 2 роки.

Стаціонар на дому № 032 від 26.01.2007, сформований у квартирі, м. Київ.

Перед початком проведення неперервного реабілітаційного лікування було попередньо виконано експертну оцінку фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворої та

визначено зону найближчого відновлення патологічно змінених функцій. В результаті експертної оцінки фізичного, психологічного стану хворої було встановлено, що хвора має наслідки гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи в інтранатальному періоді (клінічна смерть), синдром грубої затримки психомоторного розвитку (брадікінезія, алалія), спастичний тетрапарез, явища нестійкої децебраційної ригідності, псевдобульбарний синдром, мікроцефалію, гіпогенезію мозолястого тіла, атрофію зорових нервів, амовроз, синдром ліквородинамічних порушень, симптоматичну епілепсію, с-м Веста, гіпотрофію 3 ступеня, рахіт - 2 ступеня, спазмофілію. Як зону найближчого відновлення патологічнозмінених функцій визначено подолання важ-

кої гіпотрофії, спазмофілію та глибоких порушень обміну речовин.

Після чого за результатами вказаної експертної оцінки фізичного, психологічного стану хворої був створений стаціонар на дому як у прикладі 1 шляхом встановлення визначених технічних засобів (креслення) відповідно до стану хворої.

Далі за результатами вказаної експертної оцінки фізичного, соматичного, неврологічного, психологічного стану хворої був розроблений реабілітаційний маршрут хворої, в якому визначено етапи здійснення неперервного реабілітаційного лікування з визначеними для кожного етапу лікувальними методами та визначено контрольний строк для динамічної

Таблиця 2

Прізвище		Схема режиму форма СА-005/о		<div>ВІСЬМОГО - ВИСЬШИЙ ЗАКОН ДІЯ AVERTIT SUPREMA LEX MORA BRATO</div>		
Ім'я						
По батькові						
реєстраційний номер карти :№		032	КОД діагнозу			
Сон		тривалість	8 годин	підйом	7:00	
Кожен день заміна постільної білизни				відбій	22:00	
Гігієнічні, водні процедури (Кольором помічено частоту зміни рідини)	6:20:00 - 6:40:00	Особливу увагу звертати на чітку послідовність обробки наступних частин тіла:	1. Лоб→, Скроні→, очі→, ніс→, щоки→, вуха→, шия→, грудна клітка→, пахвинні ділянки→, плечі→, передпліччя→, зап'яст'→, таз→, передні поверхні стегон→, задні поверхні стегон→, передні поверхні гомілок→, задні поверхні гомілок→, стопи. 2. Ротоглотка→, порожнина носа→, піхва→, анальний отвір.			
	14:00:00 - 14:40:00					
	21:40:00 - 22:00:00					
Водний баланс:			Об'єм, мл	Інгаляції настоїв лікарських трав:		
Фізіологічні потреби: 150 мл х 1 кг ваги тіла (~ 7,6 кг)			1100	Сеанс №1	ромашка+звіробій+евкаліпт початок о 8:00	
Корекція патологічних втрат:		Профузне потовиділення	3 мл на 1кг ваги на кожен раз тіла	Сеанс №2	натрія гідрокарбонат 0,5% початок о 18:00	
		Блювота	30 мл на кожен раз	Інгаляції проводити ультразвуковим інгалятором в сидячому положенні за допомогою маски в умовах атмосферного тиску, тривалість 10 хв.		
		Гіпертермія	10 мл на кожен градус/ год	При відсутності патологічних втрат, V ml		
Харчування дієтичне, дробне, часте: дієтичний стіл №15 розширений за рахунок дієтичного столу №11 та збалансованих сумішей	Склад:	Структура	година	об'єм, мл масова частка зв'язаної рідини становить 30-35% (700 мл)	З розрахунку, що вся вода - 100%	об'єм, мл масова частка вільної рідини становить 65-70% (1400 мл)
				УТОЧНЕННЯ:		
	Режим харчування відображено в листку призначень. Структура харчування: зондове (80%), пероральне (20%) дробне.			суха речовина	рідина для приготування суміші	100
						100
						100
						100
						100
						100
						100
						100
Всього:			1000	360	800	Всього: 2160
Моніторинг показників		час виміру	Фізичні стандарти зовнішнього серидовища:		Кварцування коридору (біля кімнати)	
6:40				5:45-6:00 22:00-22:15		

Всього: 2160

Вимір АТ, пульсу, температура тіла; експертна оцінка самопочуття пацієнта, визначення основних параметрів об'єктивного статусу	9:35	температура, const вологість	25-26 C 60-63%	Вологе прибирання						
	12:35			5:30		22:30				
	15:35			Технічна підтримка: час роботи						
	18:35			Аероіонізатор 7:00:00-10:00:00 19:00:00-22:00:00						
	21:35			Гідростат 13:00:00-16:00:00						
		Вентилятор 6:00-7:00	12:00-13:00	16:00-17:00	21:00-22:00					
		Кондиціонер	цільодово							
Відеоспостереження										
2-і камери в постійнопрацюючому режимі										
Заплановані міроприємства (з травня 2007 р.)								період виконання		
Масаж								10:00-11:00		
Консультавання, огляди суміжних спеціалістів								11:00-16:00		
Основні етапи реабілітаційні заходи: полімодальна стимуляція, кінезотерапія, фізіотерапія								16:00-20:00		
Міроприємства (з квітня 2007 р.)										
Догляд медичної сестри експертна оцінка стану здоров'я хворої								ч/з день 16:00-20:00	16:00-21:00	
Санітарно-просвітня робота, створення оптимального санітарно-епідеміологічного середовища								10:00-21:00		
Психологічна релаксація та направлена ресоціалізація хворої								11:00-11:30	12:30-13:00	17:00-17:30
Похибка виконання завдань становить 5 хв.										

Головний лікар: Підпис: І.М. Ващенко

Керівник реабілітаційної команди: Підпис: О.В. Кулик

Примітка: У відповідності до етапів реабілітаційного лікування та динаміки захворювання, а також зі змінами в стані здоров'я хворої, режим буде змінено.

Таблиця 3

Особливості	Склад харчування, та об'єм	Час прийому	23.01.10	24.01.10	25.01.10	26.01.10	27.01.10	28.01.10	29.01.10	30.01.10
Св/Пригот.	Каша або пюре	мл	7:00:00	150	150	150	150	150	150	150
	Сок з свіжого яблука, розведений в 2 мл води		8:00:00	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл
Настойка	"Валеріана", на кип'яч, охол. воді 15 мл		10:00:00	10 кр	10 кр	10 кр	10 кр	10 кр	10 кр	10 кр
	Зелений чай	мл	9:15:00	130	130	130	130	130	130	130
Пюре	Овочне (овочі чергувати)з добавками м'ясного пюре 40 гр	мл	10:00:00	150	150	150	150	150	150	150
	Яєчний жовток	мл	10:10:00	2 шт	2 шт	2 шт	2 шт	2 шт	2 шт	2 шт
	Укропна вода 10-15 мл	мл	11:30:00	х	х	х	х	х	х	х
Настойка	"Жень-шень", на кип'яч, охол. воді 15 мл	кр	12:35:00	20 кр	20 кр	20 кр	20 кр	20 кр	20 кр	20 кр
	Печене яблуко	гр	12:40:00	100	100	100	100	100	100	100
Св/Пригот.	Каша або пюре на молоці	мл	13:30:00	150	150	150	150	150	150	150
	Сок з свіжих фруктів розв. в 10 мл води	мл	14:30:00	10 мл	10 мл	10 мл	10 мл	10 мл	10 мл	10 мл
	Пюре з яблук	мл	15:10:00	2 гр	2 гр	2 гр	2 гр	2 гр	2 гр	2 гр
Св/Пригот.	Каша або пюре	мл	16:00:00	150	150	150	150	150	150	150
	Відвар з шипшини та ромашки, німецький	мл	17:30:00	130	130	130	130	130	130	130
Настойка	"Елеутерокок", на кип'яч, охол. воді 15 мл	кр	18:30:00	15 кр	15 кр	15 кр	15 кр	15 кр	15 кр	15 кр
Пюре	М'ясо: кролятина, телятина, індюшатина	мл	19:30:00	150	150	150	150	150	150	150
	Кефір середньої жирності	мл	21:00:00	100	100	100	100	100	100	100
Св/Пригот.	Молочна каша 150 гр	мл	22:15:00	150	150	150	150	150	150	150
Св/Пригот.	Балван сирний	мл	5:00:00	150	150	150	150	150	150	150
Всього:			1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510	1510
Контрольне зважування		час	6:00							
		час	23:00							
	Качання в колісці в напрямку вперед назад не більше чим на 30 градусів від початкової точки	час	10:30	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв
		час	13:30	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв
	Масаж та вертикалізація, в день чергув. м/с	час	заповнити							
	Носіння на руках з виконанням різнонаправлених рухів	час	7:30	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв
		час	20:30	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв	30 хв
	Музикотерапія, класика	час	11:30	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв
		час	17:30	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв
	звукотерапія "Дитячі голоси з мультфільмів"	час	11:45	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв
		час	16:30	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв	60 хв
	Заняття з інструктором ЛФК	час	заповнити							
Фармакотерапія										
	Екссалон по 0,75 мг за схемою через рот	час	6:45	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг
		час	18:00	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг	0,75 мг
	Ніобан по 30 мг через рот за схемою, після їди	час	11:00	х	х	х	х	х	х	х

Неперервне реабілітаційне лікування здійснювалось щоденно протягом 8 годинної роботи

основної реабілітаційної бригади за участю фахівців багатопрофільних лікувальних закладів, які

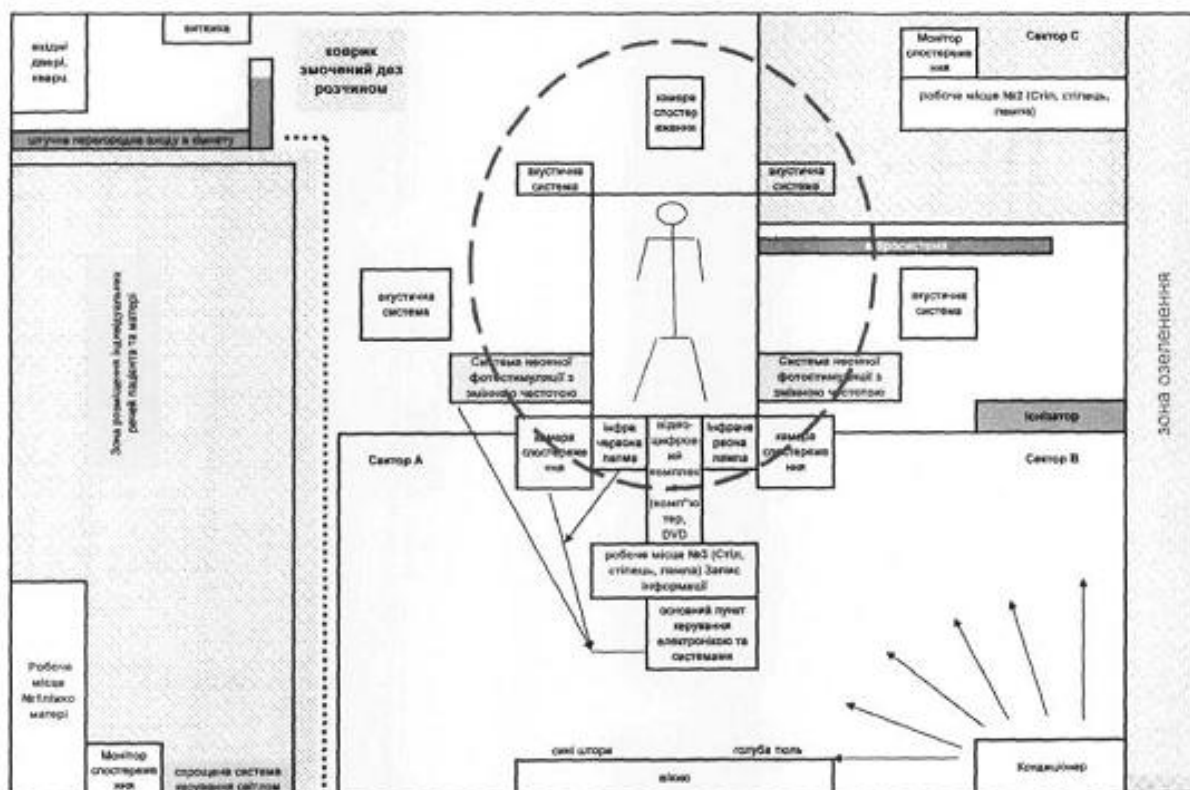


Далі при досягненні визначених у реабілітаційному маршруті контрольних строків, а саме кожні три місяці, проводиться лабораторний та інструментальний електрофізіологічний і нейровізуалізаційний моніторинг стану хворої.

Крім того, було досягнуто значної позитивної динаміки у стані хворої. Неврологічний статус: відновлення реакцій відсмикування кінцівок на різноманітні стимули; відновлення реакцій фіксації голови на звук; "дозрівання" всіх фізіологічних рефлексів; відновлення реінтеграції сенсорних і моторних реакцій; первинна інтеграція вісцеро-вегетативних, сенсорних, рухових актів в складніші психомоторні, психосенсорні та психовегетативні акти, в яких вже присутній первинний психічний компонент; швидке засипання після проведення спеціальних вправ лікувальної фізкультури; відсутність локальних вегетативних феноменів (локальна пітливість, гіперемія обличчя, ціаноз носогубного трикутника, псевдолихоманки); покращення тону м'язів, поява фізіологічного м'язового рельєфу; збільшення симптомів оральної поведінки (Kluver-Busy), ускладнення реакцій на-

Соматичний статус: покращення трофічних функцій (зростання ваги тіла до 12 кг, адаптація сальності та пітливості шкіри до умов зовнішнього середовища); відсутність ламкості волосся та нігтів; покращення моторики шлунково-кишкового тракту (самовільне випорожнення кишечника); нормалізація геодинамічних показників (артеріальний тиск, пульс, хвилинний об'єм крові (розрах.), САТ, ЦВТ); пожвавлення саногенетичних та гомеостатичних реакцій (водно-електролітний обмін); відсутність трофічно-запальних розладів слизової оболонки рота, ротоглотки, носоглотки; стабільність клініко-лабораторних показників крові, сечі.

Таким чином, запропонований спосіб реабілітації хворих з функціональними розладами та наслідками вогнищевого ураження центральної і периферичної нервової системи дозволяє забезпечити високу ефективність неперервного реабілітаційного лікування в умовах стаціонару на дому при підвищенні показників відновлення патологічно зміненої функції. В результаті - рахуються клінічні показники стану хворого та закріплюються результати клінічного лікування.





---

Комп'ютерна верстка В. Мацело

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601