

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.71 «ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА»

Ситуационная задача № 1

Женщина, 66 лет, на консультации у врача физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на слабость в левых конечностях, снижение кратковременной памяти. По квартире передвигается без дополнительных средств опоры, по улице с тростью. Манипуляции производит правой рукой, изредка включая левую верхнюю конечность. Забывает ключи во входной двери, кастрюлю с готовящейся пищей на плите. Снижение памяти в течение 1,5 лет. В анамнезе: повышение АД, ОИМ, отрицает. ОНМК 1,5 года назад. Падений, переломов не было. Проживает одна. Замужем не была, детей нет. Поддерживает связь с племянниками. На пенсии. Образование высшее, работала инженером. Наследственный анамнез: у матери деменция в возрасте 70 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимает. 1 раз в несколько месяцев — седалгин в связи с головной болью. Результаты КГО: индекс Бартел 65/100 баллов. Динамический индекс походки 17/24 баллов. Тест рисования часов 7/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). МоСА тест 24/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнила 2). Тест на называние животных - 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов. Тест 12 слов - непосредственное воспроизведение 6+3 (9 слов), отсроченное воспроизведение 3+5 (8 слов). Тест «Встань и иди» - 9 секунд. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 18 кг.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 2

Женщина, 80 лет, обратилась к врачу физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах. Из анамнеза: 5 лет назад впервые стали беспокоить боли в тазобедренных суставах, больше справа, боли по наружной поверхности бедра, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Принимает хондроитин сульфат, нимесулид. В сентябре 2018 года была госпитализирована в плановом порядке для решения вопроса об эндопротезировании. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ — 28,65 кг/м². Окружность талии — 95 см, окружность бедер — 105 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное,

хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре отмечается ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений. Амплитуда сгибаний при выпрямленной ноге: правый т/б сустав - 30° , левый - 70° ; угол внутренней ротации: правый - 10° , левый - 20° ; угол наружной ротации: правый - 30° , левый 30°) Рентген тазобедренных суставов: суставная щель резко сужена, местами не определяется, с признаками анкилозирования. В верхнем полюсе головки на фоне разреженной костной ткани определяются участки кистовидной перестройки с переходом на вертлужную впадину. Головка деформирована, шейка бедренной кости укорочена. Заключение: рентгенологические признаки коксартроза IV стадии.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите бал по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 3

Мужчина, 30 лет, находится в травматологическом отделении Областной больницы, обратился к врачу физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами боль в шейном отделе позвоночника. Нырлящик ударился головой о грунт на мелководе. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий.
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
4. Какие реабилитационные методики планируются для применения
5. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.

Ситуационная задача № 4

Больной 46 лет на консультации у врача физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на одышку при повседневных нагрузках, ночные приступы удушья. Нарастание одышку при доступных еще недавно нагрузках отметил за 2 недели до

поступления. Переносимость нагрузок прогрессивно снижалась, стал просыпаться по ночам от непродуктивного кашля. В последние сутки одышка несколько уменьшилась, но отметил отеки голеней и стоп, нарастающую слабость. При осмотре цианоз губ, акроцианоз. Набухшие шейные вены в положении полусидя. Значительное расширение границ сердца, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке и над мечевидным отростком. Незвучные мелкопузырчатые хрипы ниже углов лопаток, в межлопаточном пространстве. АД 120/75 мм Hg, ЧСС 98 в минуту, правильный ритм. Печень + 4 см. Отеки голеней и стоп. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 203×10^9 /л, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$ /л, СОЭ - 69 мм/час. Общий анализ мочи: моча светло-желтая, прозрачность полная, белок 0,1 ммоль/л. Глюкоза 0 ммоль/л. Реакция кислая. Относительная плотность. - 1023. Эпителий плоский 0-1. Лейкоциты 2 - 5 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л. Мочевина - 8,4 ммоль/л. Креатинин - 135 мкмоль/л. АСТ - 56 ед/л. АЛТ - 70 ед/л. КФК общ - 93 ед/л. КФК-МБ - 23 ед/л. Калий - 5,44 ммоль/л. Натрий - 141 ммоль/л. Хлориды - 104 ммоль/л. Глюкоза сыворотки - 6.0 ммоль/л. Мочевая кислота - 509 мкмоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 в мин. Рентгенография грудной клетки: кардиомегалия с кардиоторакальным индексом более 50%. При ЭхоКГ конечно-диастолический объем ЛЖ 260 мл, фракция выброса ЛЖ 28%, диффузный гипокинез ЛЖ. Передне-задний размер левого предсердия 50 мм.

Вопросы:

- 1 Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий.
- 2 Какие специальные функциональные пробы, тесты и шкалы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий
3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
4. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.

Ситуационная задача № 5

Мужчина 22-х лет, возвращаясь с работы домой на машине, был уставший, сонлив, не справился с управлением авто, машина слетела с дороги и врезалась в дерево. Мужчина сильно ударился головой о лобовое стекло. На КТ выявлено: фронтальный перелом черепа и субдуральная гематома. Проведено хирургическое лечение. Пациент находится в реанимационном отделении на ИВЛ через трахеостому. Уровень бодрствования 16 баллов по FOUR. Вербальный контакт затруднён. Ориентацию во времени, пространстве и личности оценить не представляется возможным. Менингеальные симптомы: отрицательные. Оценка полей зрения не представляется возможным. Взор не фиксирует. Спонтанного нистагма нет. Зрачки OD = OS, не деформированы; ширина зрачков: соответствует освещенности. Фотореакция прямая, содружественная снижена. Роговичный рефлекс сохранён с обеих сторон. Трофика жевательных мышц не нарушена. Лицо асимметрично, несколько сглажена правая носогубная складка. Оценка речевой функции, глотания не представляется возможным. Язык в полости рта. Мышечный тонус D>S. Сухожильные рефлексy D>S, оживлены. Активные движения сохранены в левых конечностях, оценка мышечной силы затруднительна в связи с нарушением мышечного

тонуса, отсутствием продуктивного вербального контакта. На болевую и тактильную стимуляцию с обеих сторон реагирует.

Вопросы:

1 Какие результаты диагностических инструментальных и лабораторных методов могут быть противопоказанием для начала реабилитационных мероприятий?

2 Какие специальные функциональные пробы, тесты и шкалы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий

3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия

4 Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациента

Ситуационная задача № 6

Пациент Н., 60 лет. Почтальон по профессии, разносит пенсию по геронтологическим центрам. Диагноз по МКБ 10: Геморрагический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии от 11.12.2021 года (5 месяцев после ОНМК). Клиническая картина: Правосторонний гемипарез (верхняя конечность 3-3-3; нижняя конечность 2-2-3). Моторная афазия средней степени. Пациент прибыл на второй этап медицинской реабилитации по каналу ВМП. Проводится лечение в реабилитационном центре. Осмотрен всеми специалистами МДРК. Хочет вернуться к трудовой деятельности. Передвигается с помощью ДСО. Назначен курс физической реабилитации. ЛФК включает: упражнения в одном темпе в течение 25-30 минут в положении лежа. В конце занятия выполняет упражнения у гимнастической лестницы и ходьбу в брусках в течение 20 минут.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.

2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия

3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.

4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 7

Больному П., 56 лет, с диагнозом: пиальная артериовенозная фистула тела левого бокового желудочка. Осложнения: Внутрижелудочковое кровоизлияние от 13.10.2021г. САК. ВМГ медиальных отделов височной доли и базальных ганглиев слева около 5 мл. Пневмэнцефалия. Клиническая картина: правосторонний гемипарез до 4 баллов в нижней конечности во всех отделах, 3 баллов в верхней во всех отделах. У пациента выраженные Модально-специфические нарушения слухоречевой памяти средне-грубой степени выраженности, Нарушения произвольной регуляции деятельности средней степени выраженности. Назначен курс ЛФК. Пациент не может запомнить всех специалистов МДРК. Упражнения выполняются в одном темпе в течение 20 минут в положении лежа и 20 в положении сидя. В конце занятия пациент использует ходьбу в брусках.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите бал по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 8

Ребенок Л, 7 лет, с диагнозом: ДЦП, спастический тетрапарез, - получает курс реабилитации, включающий в себя физиотерапию, кинезотерапию, медикаментозное лечение, в отделении восстановительного лечения. На момент осмотра у ребенка жалобы на повышение температуры до 37,5 градусов, насморк, кашель. Ребенок осмотрен педиатром, поставлен диагноз: ОРВИ, острый фарингит. Назначено противомикробное лечение.

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для продолжения реабилитационных мероприятий.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.

Ситуационная задача № 9

Пациент М, 74 года, с диагнозом: повторный ишемический инсульт (кардиоэмболический вариант) в бассейне кровоснабжения левой СМА. Находится в первичном сосудистом отделении. Жалобы на подъемы цифр АД до 180 мм.рт.ст, онемение и слабость в левых конечностях, затрудненную речь, головные боли, головокружение, шаткость и неустойчивость при ходьбе. Вызвал скорую помощь по поводу онемения и слабости правых конечностей, головокружения, подъема цифр АД до 180/120 мм.рт.ст. Около 10 лет страдает артериальной гипертонией, в 2010г — ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне кровоснабжения левой СМА. Гипотензивные препараты не принимает. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолия. Прадаксу отменил самостоятельно год назад. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пациент контактен. Общее состояние удовлетворительное. Т0 36,6С. Цианоза нет. Отеки средней трети голени в виде пастозности. Частота дыхания 18 в мин. При аускультации: влажные хрипы в нижней части легочных полей. АД 190/100 мм.рт.ст. ЧСС 98 уд. в мин.

ОАК и ОАМ без патологии. В БАК: повышение ЛПНП, холестерина. ЭКГ без особенностей.

В неврологическом статусе: в сознании. Дизартрия. Зрачки d=s, крупноразмашистый горизонтальный нистагм. Перкуссия черепа умеренно, диффузно болезненна. Оболочечных, менингеальных знаков нет. Симптомы ВЧГ (Членова, М-Гуревича) слабо

«+» с обеих сторон. Недостаточность 7 и 12 пары ЧМН по центральному. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S, средней живости. Правосторонний гемипарез до 3 баллов, правосторонняя гемигипестезия. В позе Ромберга неустойчив и падает. КП выполняет с промахиванием справа, с интенцией слева. Тазовые функции контролирует.

NIHSS 9 баллов

Оценка по шкале Рэнкин: 4 балла.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 10

Пациент С., 37 лет, осмотрен в травматологическом отделении на 2 ые сутки от начала заболевания.

Боль в плечевом суставе возникает в начале движения, усиливается после физической нагрузки, ликвидируется после приема анальгетиков и после продолжительного отдыха. Движения правой верхней конечностью ограничены, сопровождаются звуковыми феноменами- пощелкивания и крепитация.

Травма получена во время горнолыжного спуска, падение на вытянутую правую верхнюю конечность, ощущение «щелчка» в плечевом суставе - после резкая боль. Местными врачами оказана первая помощь – холод местно, НПВС, отправлен для дальнейшего обследования в травматологическое отделение при ГКБ.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 65 в минуту. АД 119/79 мм.рт.ст. Вес 75 кг, рост 182, температура 36,7С

-Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски

-Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные.

-Тоны сердца ясные, ритмичные

-Печень, селезенка не увеличены

-Стул, диурез в норме

Ограничение амплитуды движений в правом плечевом суставе (сгибание 60 градусов, разгибание 30 градусов, отведение 45 градусов), при пальпации определяется болезненность, отечность, крепитация в области большого бугорка

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий?
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?
4. Профилактика каких осложнений должна проводиться пациенту?

Ситуационная задача № 11

Пациентка Н., 58-ми лет, поступила в дневной стационар на 3-й этап медицинской реабилитации с жалобами на быструю утомляемость, дискомфорт, чувство стеснения за грудиной при ходьбе, физических нагрузках.

Из анамнеза известно, что 23.11.2021г. у пациентки утром остро возникли боли в грудной клетке с иррадиацией в шею и левое плечо, одышка. Вечером она обратилась в СМП, была доставлена в отделение кардиореанимации городской клинической больницы, где при обследовании был зафиксировано снижение АД до 90/60, пульс 80/мин. На ЭКГ выявлены элевация сегмента ST в II III aVF на 1 мм, депрессия сегмента ST в I aVL максимально на 1 мм. На основании имеющейся клинической картины ОКС, повышения уровня тропонина, данных ЭКГ (новые изменения сегмента S-T), данных коронароангиографии, был установлен диагноз «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST», принято решение о проведение КАГ, ЧКВ. 25.12.2021 была переведена в кардиологическое отделение.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Правильного телосложения. Повышенного питания. Вес 78 кг, рост 162 см. ИМТ = 29,7. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 78 в минуту. АД 124/80 мм. рт. ст. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Какими методами реабилитации возможно расширить проводимую реабилитацию?
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 12

Пациент С., 34 года. Проведена консультация ортопеда-травматолога по месту жительства на 14 день после травматической ампутации правой нижней конечности. На момент осмотра беспокоят пульсирующие боли в области культы (по ВАШ 3 балла), отечность культы.

Заболел остро. 09.10.2021 года попал в автомобильную аварию, произошло открытое повреждение с раздроблением костей, обширным размозжением мышц, не подлежащих восстановлению. Доставлен в больницу. В связи с вышеперечисленными травмами по экстренным показаниям выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне между тазобедренным и коленным суставами. Ранний послеоперационный период протекал без

осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Направлен на 2 этап медицинской реабилитации в условиях стационара для подготовки к протезированию.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоциональный фон лабильный. Сон нормальный. Настроение бодрое. Appetit хороший. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые, влажные. Дыхание свободное, через нос, голос чистый. Перкуторно легочной звук. Число дыханий 18 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, чистые. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный, не напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Местно: формирующийся рубец на коже культи без признаков воспаления, кожа над дефектом не западает и не выбухает. Культи болезненная по ВАШ 3 балла, определяется умеренный отек.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 13

Пациентка Л., 69 лет, осмотрена врачом физической и реабилитационной медицины в отделении нейрореанимации в 48 часов с момента поступления. Жалобы на выраженную общую слабость, умеренную головную боль, нечеткость речи, слабость и онемение в левых конечностях, невозможность самостоятельно передвигаться.

Заболела остро 10.12.21 около 10.00 при попытке встать с кресла возникла, выраженная слабость в левых конечностях, ранее подобного состояния не отмечала. Пациентка находилась в квартире одна. В 18.00 обнаружена родственниками. Вызвана бригада СМП, АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС 100 уд в мин, тоны сердца ритмичные. Бригадой СМП пациентка доставлена в приемное отделение РСЦ в 20.00, осмотрена неврологом, проведена КТ ГМ, КТ-ангиография экстра-интракраниальных артерий головного мозга, КТ ОГК:

КТ ГМ: КТ-картина ранних признаков ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА. КТ-ангиография сосудов: окклюзия М2 сегмента правой СМА.

В анамнезе: страдает повышенными цифрами АД (адаптирована к АД 150/90 мм рт.ст. максимальные цифры 200/100 мм рт.ст.), гипотензивные препараты регулярно не принимает, АД не контролирует.

Состояние тяжелое. ЧСС 75 в минуту. АД 145/90 мм. рт. ст. Вес 95 кг, рост 165 см.

Неврологический статус: сознание умеренное оглушение (13 баллов по ШКГ – несколько заторможена, сонлива, на вопросы отвечает верно, односложно, команды выполняет верно, быстро истощается). Ориентирована в себе, месте и времени верно.

Менингеальные знаки отрицательные. Обоняние субъективно не нарушено. Зрение субъективно снижено на оба глаза visus не оценивалась Левосторонняя гемианопсия.

Произвольные движения глаз в полном объеме. Глазные щели равные. Зрачки OD=OS, обычной формы, ширины. Фотореакции живые, симметричные. Аккомодация и конвергенция снижены с двух сторон. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице: сохранена. Лицо: асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки. Лакримации, сухости склер нет. Слух субъективно сохранен. Нистагма нет. Мягкое небо симметрично участвует в фонации, глоточный рефлекс сохранен. Глотание сохранено. Дизартрия. Положение головы не нарушено, произвольные движения головы и мышц плечевого пояса в полном объеме. Язык девирует влево. Гипотрофии мышц языка и фибрилляций не выявляется. Двигательная система: Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в руке 1-1-0; в ноге 2-1-1 б. Мышечный тонус: снижен в левых конечностях. Сухожильные рефлексы снижены слева. Патологические стопные знаки слева. Система чувствительности: Левосторонняя гемигипестезия. Симптомы натяжения периферических нервов (Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича) отсутствуют. Систем координации: статическая атаксия: Координаторные пробы (пальце-носовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, проба на диадохокинез) выполняет правыми конечностями удовлетворительно, левыми — не выполняет ввиду двигательного дефицита. Самостоятельно не предвигается. Функции тазовых органов: при поступлении в отделение установлен уретральный катетер ввиду острой задержки мочи.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 14

Пациент Иванов, 60 лет, перенес в августе 2021 г. острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии с развитием левостороннего гемипареза.

Жалобы на трудности при ходьбе, слабость в левых конечностях, непроизвольное сгибание левых руки, сгибание стопы пальцев левых конечностей.

К моменту исследования (ноябрь 2021г.) в неврологическом статусе: Менингеальных знаков нет. Зрачки одинакового размера. Фотореакции живые. Подвижность глазных яблок не ограничена. Глазные щели симметричны. Нистагма нет. Сглажена левая н/г складка. Глубокие рефлексы средней живости справа, слева высокие с расширением рефлексогенных зон. Язык нерезко девирует влево. Мышечная сила снижена в левых конечностях до 4 баллов. Пациент самостоятельно садится, сидит, встает, стоит с периодической опорой, ходит с опорой на трость. Наблюдается сформированная спастичность левых конечностей. В верхней конечности — сгибание в локтевом суставе, прониравание предплечья, согнутая кисть, в ноге — эквиварусная деформация стопы (статический паттерн) со сгибанием пальцев. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно справа, нечетко слева. Снижение поверхностной чувствительности слева по гемитипу, глубокая чувствительность не нарушена. Глотание не

нарушено. Оценка по шкале MRC в мышцах сгибателях и разгибателях левых верхней и нижней конечности составила - 4 балла. При мануальном тестировании было выявлено повышение тонуса mm. brachialis, mm pronator teres, mm. flexor carpi radialis, mm. gastrocnemius, soleus, flexor digitorum longus по шкале Эшфорта для мышц н/к – 3 балла, для мышц в/к – 2 балла.

Рентгенологическое исследование суставов и ультразвуковое исследование мышц не выявили суставных контрактур и/или выраженного диффузного мышечного перерождения. Лабораторных отклонений от нормы не выявлено. Оценка по шкале Рэнкин – 3 балла Индекс мобильности Ривермид -9 баллов. Пациент испытывает умеренные трудности при передвижении на короткие расстояния при выходе на улицу, это является основной проблемой в списке проблем пациента.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 15

Пациент С., 36 лет, осмотрен в неврологическом отделении на 7-е сутки от начала заболевания. Жалобы на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении. Боли отдают в левую ногу, немеет левая голень и стопа. Слабость и неловкость в левой стопе. Затруднено самостоятельное передвижение, периодически тошнота.

Заболел остро, 07.09.2021 г, когда после интенсивной физической нагрузки появились боли в поясничном отделе позвоночника. Амбулаторно принимал анальгетики, втирания, без эффекта. Через 3-е суток боль начала иррадиировать в левую ногу, стало невозможно передвигаться. Болевой синдром нарастал. Бригадой «Скорой помощи» доставлен в больницу, осмотрен дежурным неврологом, проведена МРТ пояснично-крестцового отдела (14.09.2021) - в сегменте L5-S1 визуализируется левосторонняя фораменальная грыжа диска до 6 мм с компрессией левого корешка. Дуральный мешок частично деформирован. Позвоночный канал на уровне грыжи до 12мм, значимого сужения нет. Спинной мозг обычной формы, нормальных размеров.

В неврологическом статусе на момент поступления - выраженный болевой синдром (ВАШ-7баллов), миофасциальный синдром, ахиллов рефлекс слева не добывается, нижний дистальный монопарез слева (парез в левой стопе 3б), гипальгезия в проекции L5 корешка слева, положительны симптомы натяжения (прямой и перекрестный симптомы Ласега), тест Шоберга 0 см, функциональные ограничения в виде невозможности самостоятельного передвижения. Тазовых нарушений нет.

В приемном отделении осмотрен нейрохирургом. Учитывая анамнез, отсутствие «красных флажков», клинические данные, результаты МРТ показаний к экстренному оперативному лечению нет.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 72 в минуту. АД 124/80 мм рт ст. Вес 74 кг, рост 175 см.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в себе, месте и времени верно. Менингеальные знаки отрицательные. Черепные нервы интактны. Мышечная сила сохранена во всех мышечных группах, в левой стопе предьявляет снижение силы до 3 баллов. Глубокие рефлексы с конечностей живые, симметричные, ахиллов слева значительно снижен. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Мышечный тонус снижен в левой стопе. Чувствительность: гипалгезия в проекции L5 корешка слева, преимущественно тыльной поверхности стопы. Глубокие виды чувствительности сохранены. В позе Ромберга – неустойчив из-за слабости в левой стопе. Координаторные пробы выполняет без мимопадания и интенции. Вертебральный статус: физиологические изгибы позвоночника сглажены, болезненность при пальпации паравертебрально на пояснично-крестцовом уровне. Функции тазовых органов контролирует. Симптом Ласега слева 70*. Напряжение мышц спины, поясничного отдела пальпаторно. Тест Шоберга 7см. Эмоционально лабилен.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 16

Пациентка А., 51 год, осмотрена в отделении медицинской реабилитации на 16е сутки от начала заболевания.

Считает себя больной с 14.07.2021г, когда почувствовала слабость в левых конечностях, головокружение, шаткость при ходьбе. Бригадой СМП госпитализирована в неврологический стационар, где осмотрена неврологом. Выполнено КТ головного мозга: КТ-картина инфаркта мозга в бассейне ЗНМА, смежной зоне ЗНМА/ПНМА справа и бассейне ЗНМА слева, в бассейне правой ЗМА; инфаркта мозга в правом таламусе. Выставлен диагноз: Инфаркт головного мозга от 14.07.2021г. В неврологическом статусе на момент поступления - лёгкий левосторонний гемипарез (4 балла), асимметрия левой носогубной складки, признаки мозжечковой атаксии, спастико-паретическая дизартрия легкой степени выраженности, чувствительных нарушений нет. На фоне проводимой терапии - состояние с положительной динамикой в виде регресса гемипареза, улучшения общего самочувствия. 27.07.2021г выписана с улучшением.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм рт ст. Вес 78 кг, рост 174 см.

Неврологический статус: Сознание ясное. Контакт сохранен. Менингеальные знаки отрицательные. ЧМН интактны. Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Диплопии, нистагма нет. Корнеальные рефлексы вызываются, гипестезия слева на лице. Лицо асимметрично за счёт левой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы вызываются. Левосторонний гемипарез: в руке 4 балла, в ноге 4 балла.

Сухожильные рефлексы с рук D<S, с ног D<S, оживлены. Патологических стопных знаков нет. Глубокая чувствительность сохранена. Боль не беспокоит. В позе Ромберга качается без разницы сторон. Координаторные пробы выполняет с миомопаданием и интенцией слева. Нарушения функции тазовых органов нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента

Ситуационная задача № 17

Участковый терапевт прибыл к пациенту Е., 38 лет на 5 день болезни.

Жалобы на повышение температуры тела до 39,10, выраженную общую слабость, аносмию, гипотензию, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, выраженную потливость, ощущение «покалывания на коже», выраженную головную боль по ВАШ до 8 баллов.

Перенесенные заболевания: респираторные инфекции до 4-х раз в год. Вредные привычки: не скрывает употребление алкоголя до 3-х раз в неделю. Хронические заболевания сахарный диабет II типа (принимает метформин 1000 1 раз в сутки, вечером) в течение последних 3-х лет, ожирение III степени.

Заболела остро с появления озноба, выраженной потливости, повышения температуры до 37,5. К врачам не обращалась. На четвертый день от начала заболевания температура тела поднялась до 38,20, присоединилось выраженная общая слабость, аносмия, гипогевзия, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, головная боль по ВАШ до 6 баллов, сатурация 96. Продолжила лечиться самостоятельно: принимала жаропонижающие (парацетамол), витамин С 1000 мг, витамин Д 10000, арбидол 200 мг (1 капсула) 4 раза в сутки (каждые 6 часов). Самочувствие ухудшилось: повышение температуры тела до 39,10, выраженная общая слабость, аносмия, гипогевзия, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, выраженную потливость, ощущение «покалывания на коже», выраженная головную боль по ВАШ до 8 баллов, сатурация 89.

Температура тела 38,80. Гиперстеничного телосложения. Сознание ясное. Адекватна, ориентирована в пространстве и собственной личности. Очаговая и менингеальная симптоматика отсутствует. Эмоциональный фон лабильный. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые, влажные. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины и периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание затруднено, через нос, голос хриплый. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Число дыханий 24 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы сухие с обеих сторон. Артериальное давление 105/70 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок нормальный. Относительная сердечная тупость в норме. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, чистые. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий,

безболезненный, не напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Почки и мочевой пузырь не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 18

Пациент В., 16 лет поступил в плановом порядке в реабилитационный центр. Жалобы на головные боли, носовые кровотечения на фоне подъема артериального давления. Боли в нижних конечностях, не связанные с физической нагрузкой. Одышка на фоне физических нагрузок.

Врожденный порок сердца выявлен в возрасте 10 лет, когда на фоне частых головных болей и подъема артериального давления врачом по месту жительства ребенок был направлен на ЭХОКГ, по данным которой была выявлена коарктация аорты с градиентом давления на перешейке 70 мм.рт.ст., после чего был направлен на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу, рекомендовано оперативное лечение порока. Выполнена операция: Резекция коарктации аорты с наложением анастомоза конец-в-конец. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства на медикаментозной терапии капотен 25 мг 1 раз в сутки. По данным ЭХОКГ в послеоперационном периоде градиент давления на перешейке аорты составлял 20 мм. рт. ст. Медикаментозная терапия отменена самостоятельно через 1 месяц. Далее ребенок рос и развивался соответственно возрасту, вышеперчисленные жалобы не беспокоили. Ухудшение общего самочувствия отмечает в течение года.

Состояние при поступлении удовлетворительное, кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, зев без катаральных изменений. ЧД 18 в минуту, ЧСС 76 уд в мин, АД на правой руке 145/90 мм.рт.ст., на левой руке 130/85 мм. рт. ст, на правой ноге 125/85 мм.рт.ст., на левой ноге 125/90 мм.рт.ст. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. Печень справа, у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул в норме.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 19

Пациент А., 24 лет, проходит лечение в отделении медицинской реабилитации, с момента травмы прошло 10 мес. Жалобы на слабость в левых конечностях, шаткость и неустойчивость при ходьбе, трудности самообслуживания в быту, трудности при приготовлении пищи, эмоциональную тревожность.

Получил тяжелую сочетанную травму в результате падения с 4-го этажа. Бригадой СМП доставлен в "Республиканскую клиническую больницу". Госпитализирован по экстренным показаниям в реанимацию. Диагностирован ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние. После стабилизации витальных функций переведен в нейрохирургическое отделение. Консервативная терапия с положительным эффектом. В неврологическом статусе сохранялась левосторонняя пирамидная симптоматика (спастический парез), речевые нарушения. Проходил повторные курсы медицинской реабилитации на 2-м этапе. Для преодоления синдрома фокальной спастичности проводилась ботулиническая терапия с интервалом в 6 месяцев. На данный момент госпитализирован в отделение медицинской реабилитации в плановом порядке для прохождения медицинской реабилитации в рамках высокотехнологичной медицинской помощи в течение 3 недель.

Общее состояние удовлетворительное. ЧСС=Ps= 77 уд. в мин. АД=120/80 мм рт.ст. Рост 180 см. Вес 61 кг.

Неврологический осмотр: Сознание ясное, ШКГ 15 баллов. Продуктивному контакту доступен. Общемозговых симптомов нет. Афазии, апраксии, агнозии не выявлено. Мелкие менингеальные знаки, ригидность затылочных мышц, а также симптомы Кернига и Брудзинского отсутствуют. Фотофобии нет. Обоняние субъективно не нарушено. Зрение снижено, visus не оценивалась. Гемипарезов нет, цветовое восприятие сохранено. Носит очки. Произвольные движения глаз в полном объеме. Глазные щели равные. Зрачки OD=OS, обычной формы, ширины. Фотореакции живые, симметричные. Аккомодация и конвергенция сохранены. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице сохранена. Лицо асимметрично: сглажена носогубная складка слева. Слух субъективно сохранен. Вестибулярный синдром не выявляется. Нистагма нет. Мягкое небо симметрично участвует в фонации, глоточный рефлекс сохранен. Uvula по средней линии. Глотание не нарушено. Дизартрия. Положение головы не нарушено, произвольные движения головы и мышц плечевого пояса в полном объеме. Язык расположен по средней линии. Гипотрофии мышц языка и фибриллярных подергиваний не выявляются.

Двигательная система:

Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке. В ноге мышечная сила снижена до 4 баллов проксимально, 3 баллов дистально. Мышечный тонус: повышен по спастическому типу в левых конечностях до 3 баллов по шкале Ашфорт. Сухожильные рефлексы оживлены слева с расширением рефлексогенных зон. Патологические симптомы не выявляются. Синкинезии и фасцикуляции не определяются. Гиперкинезов нет. Походка паретическая, ходит самостоятельно с опорой на костыль, темп ходьбы снижен.

Система чувствительности: Поверхностная, глубокая и сложные виды чувствительности не нарушены. Симптомы натяжения периферических нервов (Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича) отсутствуют.

Система координации

Статическая атаксия: в позе Ромберга не устойчив. Координаторные пробы (пальце-носовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, проба на диадохокинез) выполняет правыми конечностями удовлетворительно, левыми — с атаксией.

Вегетативная система Дермографизм красный. Пиломоторный рефлекс сохранен. Симптом Бернара –Горнера отрицательный.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 20

Пациент С., 29 лет, имеет жалобы на боли в правом плечевом суставе с выраженным ограничением активных и пассивных движений в нём. Со слов: пациентки, травма в результате падения около подъезда. Вызванной БСМП доставлена в РТП, где выполнены рентгенограммы, верифицирован диагноз. Рекомендовано обращение в приемный покой 67 ГКБ. Осмотрена травматологом. Обследована клинически и инструментально. Верифицирован диагноз. Госпитализирована в ТОО для оперативного лечения.

Локальный статус: В области правого плечевого сустава – определяется припухлость. Пальпаторно определяется локальная болезненность плечевой кости на уровне хирургической шейки, нагрузка по оси плеча вызывает боль на том же уровне. Активные движения в правом плечевом суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко. Нейрочувствительных расстройств на момент осмотра не обнаружено.

После предоперационной подготовки и обследования пациентка прооперирована: выполнено тотальное эндопротезирование правого плечевого сустава. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 21

Пациент – ребёнок Б. 1,5 лет, поступил в отделение реабилитации для детей с врождёнными пороками сердца с диагнозом: ВПС. Состояние после операции пластики

ДМЖП аутоперикардиальной заплатой. Со слов матери, жалобы на слабость, невыраженную болезненность в области п\о шва, снижение аппетита.

С первых месяцев жизни ребёнок демонстрировал беспокойность, одышку, вялость, был утомляем, что трактовалось педиатром как проявление сопутствующей патологии (острого отита). В ходе дальнейшего наблюдения участковым педиатром при объективном осмотре был выявлен формирующийся сердечный горб, при аускультации, также, был выявлен грубый систолический шум. Ребёнок был направлен на ЭхоКГ, что позволило визуализировать ДМЖП. Консультирован кардиохирургом НМИЦ ССХ. Госпитализирован для хирургической коррекции ВПС в плановом порядке. Переведён в отделение реабилитации для детей с ВПС на 5-ые сутки после операции.

Ребёнок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала б\о. При опросе родственников стало известно, что бабушка по линии отца страдала неуточнённым ВПС

Температура тела 36,6°C. Кожа и видимые слизистые бледные. Отёков нет. АД – 100/65 мм.рт.ст, ЧСС – 119 уд. в мин. ЧДД 30 в мин. В легких дыхание пуэрильное, ослаблено в нижних отделах с двух сторон, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 22

Пациент А., 75 лет, осмотрен в травматологическом отделении на 2е сутки от начала заболевания. Жалобы на постоянные боли в спине, особенно в межлопаточной и поясничной области, резкое усиление болей в течение суток после наклона (пытался поднять упавший лист бумаги). Прием обезболивающих и нестероидных противовоспалительных препаратов купирует болевой синдром частично. Плохо спит из-за болей. Боли из поясничной области иррадируют в обе нижние конечности. Нарушились осанка, походка, самообслуживание из-за болей. Отмечает шаткость, неуверенность при ходьбе, начал использовать ходунки для дополнительной опоры.

Резкое ухудшение состояния, 15.12.2021г. - после неудачного наклона резко усилились боли в спине, особенно в поясничном отделе, появилась иррадиация болей в нижние конечности. Принял НПВС (мовалис 15мг внутрь), растирал спину капсикамом, согревал компрессом с димексидом и новокаином. Состояние не улучшалось, ночью не мог уснуть. Утром 16.12.2021г. не смог самостоятельно встать из-за болей, появилось ощущение слабости в обеих ногах, поднялось артериальное давление до 180/100мм.рт.ст., появилась выраженная боль в затылочной области. Вызвал «скорую помощь». Доставлен в больницу, осмотрен дежурным нейрохирургом, травматологом, выполнена КТ

поясничного отдела позвоночника: КТ-картина снижения высоты тела 3 поясничного позвонка в переднем отделе на 20% по сравнению с телами 2, 4 поясничных позвонков.

В неврологическом статусе на момент поступления - парезов, чувствительных нарушений, симптомов натяжения нервных корешков, менингеальных знаков нет.

Ввиду отсутствия неврологических осложнений на момент поступления в приемное отделение стационара, выбрана консервативная тактика ведения пациента.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 60 в минуту. АД 144/80 мм рт ст. Вес 80 кг, рост 175 см.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в себе, месте и времени верно. Менингеальные знаки отрицательные. Черепные нервы интактны. Мышечная сила сохранена во всех мышечных группах. Глубокие рефлексы с конечностей живые, симметричные. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Мышечный тонус не изменен. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены. В позе Ромберга - шаткость вперед. Координаторные пробы выполняет без mimoпопадания и интенции.

Вертебральный статус: физиологические изгибы позвоночника сглажены, умеренно ограничена подвижность в поясничном отделе позвоночника. Паравертебральные точки умеренно чувствительны при прессации в торако-люмбальном и люмбо-сакральном переходе. Пальпация остистых отростков безболезненна, осевая нагрузка на позвоночник усиления болевого синдрома не вызывает. Симптомы натяжения нервных корешков отрицательны. Имеется умеренно выраженное напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе, без четкой разницы сторон.

Выраженность болевого синдрома на момент осмотра оценивает на 2 балла по ВАШ. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 23

Пациент П., 3 лет, осмотрен врачом фрм при поступлении на второй этап медицинской реабилитации. Со слов законного представителя на нарушение моторного развития в виде нарушение походки, ходит самостоятельно, хромя на левую ногу на небольшие расстояния в помещении, на большие расстояния передвигается с помощью коляски. Нарушение моторики в левой руке (не захватывает предметы, не пользуется столовыми предметами) Понимание речи на бытовом уровне, речь представлена простыми фразами, звукопроизношение нарушено. Навыки опрятности не сформированы. Испытывает трудности в межличностных взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми. Частые необоснованные истерики. Трудности в засыпании, частые ночные пробуждения.

С рождения наблюдался детским неврологом с диагнозом Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, средней степени тяжести, синдром двигательных нарушений. Ребенок отставал в психомоторном развитии: голову держит в горизонтальном положении с 4х месяцев, в вертикальном с 5ти месяцев, переворачивается с 7ми месяцев,

сидит при высаживании с 12 месяцев, самостоятельно сидит с 1,5 лет, стоит без опоры с 2х лет, первые шаги с 2,5 лет. Доречевое развитие с задержкой на несколько месяцев, первые слова с 2х лет, простая фраза в 3х лет. В год выставлен диагноз ДЦП, спастический левосторонний гемипарез. Ребенок признан инвалидом. Наблюдается ортопедом с диагнозом разгибательная контрактура левого локтевого и левого голеностопного сустава. Наблюдается окулистом с диагнозом сходящееся содружественное косоглазие. Наблюдается детским психиатром с диагнозом органическое расстройство поведения. Инсомнии. Нарушение психоречевого развития. Занимается корректирующими занятиями с логопедом по поводу спастической дизартрии, системного недоразвития речи 2 уровня. Занимается с психологом для коррекции поведенческих реакций. Проходит регулярные курсы реабилитации с положительной динамикой моторных и психоречевых функций.

Состояние удовлетворительное. Голова округлой формы. ЧМН сходящееся косоглазие, сглаженность левой носогубной складки в остальном без очаговой симптоматики. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в левых конечностях. СХР оживлены с левых конечностях D<S. Чувствительность оценить сложно из-за возраста ребенка. Походка нарушена по гемипаретическому типу с атаксическим компонентом. Опора экинусная слева. Разгибательная контрактура левого локтевого и левого голеностопного сустава. Двигательная сфера: переворачивается на живот и обратно, четырехопорную стойку удерживает, ползает реципрочно. Самостоятельно садится, сидит кифозируя спину. Хват не сформирован слева, нарушена мелкая моторика слева. Вертикализация самостоятельная. Речь представлена простыми фразами, спастическая дизартрия. На вопросы отвечает односложно. Простые команды выполняет не с первого раза, зрительный контакт поддерживает. Контроль тазовых функций в стадии формирования.

Дополнительные методы обследования

МРТ головного мозга: Атрофическая заместительная наружная гидроцефалия. Очаг ишемического поражения справа. ЭЭГ эпилептической активности не зарегистрировано.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 24

Пациент В., 55 лет, осмотрен в отделении кардиологии. Жалобы на головные боли, нестабильность АД, одышка при ходьбе в умеренном темпе при подъеме на 2ой этаж, проходящая в покое, отеки на ногах, увеличение массы тела на 1 кг.

Повышение АД в течении многих лет. МАХ повышение АД до 220/100 мм рт ст. Адаптирован к АД 130/80 мм рт ст. Повышенное АД сопровождается головными болями, слабостью, головокружением. Также беспокоят периодические сжимающие боли за грудиной и между лопаток, одышка респираторного характера, возникающие после

подъёма на второй этаж. Ангинозные приступы стал отмечать с 2020 года. Регулярно гипотензивной и антиангинальной терапии не получал.

В ноябре 2021 года на фоне нарастающей одышки, болями за грудиной жгучего характера, снижения толерантности к физ. нагрузкам госпитализирован в стационар с диагнозом: ИБС: острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST от 14.11.2020г. По срочным показаниям проведена КАГ. Выявлен пролонгированный стеноз ПКА до 75%. Выполнена ЧКВ, БАП стентирование НКА.

Проводимая терапия: Беталок ЗОК по 25 мг 2 раза в день, Микардис по 40 мг 1 раз в день, Брилинта по 90 мг 2 раза в день, Аспирин кардио по 100 мг 1 раз в день, Аторвастатин по 40 мг 1 раз в день.

В настоящее время госпитализирован в отделение кардиологии для подбора гипотензивной и антиангинальной терапии, проведения программы кардиореабилитации.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг, рост 175 см. ИМТ 35,9 кг/м². Гиперстенического телосложения. Кожные покровы: обычной окраски, чистые. Видимые слизистые: розовые, бледные, Лимфатические узлы: не увеличены, Щитовидная железа: без изменений, Костно-суставная система: не изменена, движения не ограничены; Мышечная система: не изменена, Легкие: частота дыхания 13 в минуту.

Перкуторный звук: ясный легочный, Дыхательные шумы: везикулярное, хрипы: нет,

Пульс 75 в 1 минуту, ритмичный, Наполнение: удовлетворительное, АД: сидя 165/90мм рт.ст. Сердце: тоны – ясные, чистые, ритмичные; приглушены; границы относительной тупости: не расширены, Язык: чистый, влажный; Живот: мягкий, безболезненный; участвует в акте дыхания; Печень: не увеличена, Край: ровный, не выступает из-под реберной дуги справа Селезенка: не пальпируется; Почки: не пальпируются, Симптом поколачивания отрицательный, Мочеиспускание: нормальное, безболезненное, Стул: регулярный, Отеки: пастозность нижних конечностей.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находился и будет находиться пациент? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 25

Мужчина, 54 года, направлен травматологом-ортопедом к врачу физической реабилитации с целью получения рекомендаций перед предстоящим эндопротезированием коленного сустава. Диагноз – левосторонний гонартроз III степени. Жалобы на боли, ограничение подвижности в левом коленном суставе.

Боли в суставе беспокоят около 3 лет. С анальгетической целью в настоящее время препараты не принимает.

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Конституция гиперстеническая. Рост – 173 см, вес – 128 кг. ИМТ – 42.76. Питание повышенное. Склеры и видимые слизистые нормальной окраски. Отеки отсутствуют. Пастозность не отмечается. При осмотре относительная гипотрофия мышц бедра слева до 1.5 см. Объем движений в

левом коленном суставе: сгибание – 40 гр., дефицит разгибания – 10 гр. Болезненная крепитация при движениях в пораженном суставе. Выраженность болевого синдрома по ВАШ – 7 баллов.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие методы медицинской реабилитации можно производить пациенту на амбулаторном этапе?

Ситуационная задача № 26

Пациентка 58 лет пришла на амбулаторный прием к врачу физической и реабилитационной медицины по направлению онколога. Жалобы на отек правой руки преимущественно в области локтя (значительно уменьшается после ночного отдыха), ощущение тяжести и распираания в руке, онемение кончиков пальцев кистей и стоп.

По поводу рака правой молочной железы ПА pT1N1M0 проведено комбинированное лечение: радикальная мастэктомия справа + 8 курсов полихимиотерапии (4АС+4Т) + дистанционная лучевая терапия на переднюю грудную стенку справа и пути лимфооттока. Лечение завершено 1,5 года назад, наблюдается онкологом по месту жительства, при плановом обследовании без признаков рецидива и прогрессирования. По данным медицинской документации проходила курс медицинской реабилитации на 2 этапе с положительным эффектом. Онемение и покалывание пальцев кистей и стоп отмечает после полихимиотерапии, сейчас значительно уменьшилось, но сохраняются затруднения при застегивании одежды с мелкими пуговицами и крючками. Отек правой руки появился около 2 недель назад после длительного пребывания в положении сидя за компьютером и работы с документами.

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. ИМТ 27,2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. Рубец после мастэктомии нормотрофичный, подвижный. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При пальпации правой верхней конечности отмечается мягкий отек от проксимальной трети предплечья до средней трети плеча, симптом «ямки» отрицательный, подвижность кожи сохранена, температура кожи не повышена. При антрометрии в сравнении с левой конечностью отмечается разница в длине диаметров на уровне средней трети плеча 1,0 см, на уровне локтя 1,2 см, на уровне средней трети предплечья 0,5 см (у правши). Мышечный тонус и сила мышц конечностей в пределах нормы, снижена поверхностная чувствительность кончиков пальцев. Координаторные пробы выполняет, походка не изменена. Движения в суставах правой верхней конечности в пределах нормы, безболезненны. ЧСС 72 АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?

2. На каких этапах реабилитации находился и будет находиться пациент?
Особенности этих этапов?

3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.

4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?