
ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ	6
РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНЮВАННЯ ОБ'ЄМУ РУХІВ У СУГЛОБАХ	11
РОЗДІЛ 3. ВИДИ ОБМЕЖЕННЯ РУХІВ У СУГЛОБАХ	37
РОЗДІЛ 4. ШКАЛИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА АКТИВНОСТІ	51
4.1. Модифікована шкала Ренкіна (The Modified Rankin Scale)	51
4.2. Індекс Бартела	53
4.3. Сучасна класифікація основних категорій життєдіяльності та їх обмежень за ступенем вираженості	56
4.4. Опитувальник якості життя	57
РОЗДІЛ 5. ОБСТЕЖЕННЯ М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ	59
5.1. Визначення м'язового тону	59
5.2. Визначення м'язової сили	60
РОЗДІЛ 6. АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ТРАВМОЮ СПИННОГО МОЗКУ	63
6.1. Реабілітаційне обстеження спінальних пацієнтів	63
6.2. Міжнародні стандарти в оцінці неврологічних порушень при травмі хребта і спинного мозку	65

РОЗДІЛ 7. ОБСТЕЖЕННЯ РУХОВОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ	73
7.1. Обстеження м'язової системи в дітей	73
7.2. Обстеження рухової сфери в дітей першого року життя	80
7.3. Обстеження рефлексів у дітей першого року життя	83
РОЗДІЛ 8. МЕТОДИ ОЦІНЮВАННЯ ТА ВИВЧЕННЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	91
РОЗДІЛ 9. ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ	105
РОЗДІЛ 10. ДІАГНОСТУВАННЯ СКОЛІОЗУ	115
РОЗДІЛ 11. ДІАГНОСТУВАННЯ ПЛОСКОСТУПНЕВОСТІ	118
РОЗДІЛ 12. ОБСТЕЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ МОТОРИКИ	123
12.1. Оцінка основних рухових функцій	124
12.2. Тест «Функціональні категорії ходьби»	128
12.3. Обстеження функціонування верхньої кінцівки при рухових розладах	130
РОЗДІЛ 13. КЛІНІЧНІ ВИМІРЮВАННЯ ДОВЖИНИ КІНЦІВОК	133
РОЗДІЛ 14. ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ	139
РОЗДІЛ 15. ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ	154
ГЛОСАРІЙ	159
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	162
ДОДАТКИ	164

ВСТУП

Реабілітаційне клінічне обстеження є важливим етапом у процесі відновлення здоров'я пацієнта. Виявлення факторів ускладнення основного захворювання є необхідною фазою для постановки реабілітаційного діагнозу. Своєчасне розкриття наслідків захворювань, що спричиняють порушення функцій рухової сфери, запобігає розвитку незворотних змін у функціонуванні опорно-рухового апарату та сприяє швидкому відновленню здоров'я, компенсації порушених функцій та пристосування до змінених умов життя.

Огляд – один із найбільш інформативних методів обстеження при захворюваннях, що спричиняють розлади загальної та дрібної моторики, специфічно змінюють зовнішність хворого, погіршують якість його життя. При одних захворюваннях відзначаються парези чи паралічі різної локалізації, при інших – порушення рухових функцій чи їх втрата.

Фахівці, які працюють у галузі фізичної терапії, повинні **знати** основні симптоми і синдроми захворювань, що спричиняють порушення функцій рухової сфери; характеристику методів діагностики захворювань та контролю ефективності, безпеки застосування засобів обстеження хворих; принципи сучасної фізичної терапії з урахуванням особливостей етіології та ступеня тяжкості захворювання, індивідуальних потреб пацієнта; ускладнення основного захворювання; особливості обстеження та реабілітації хворих різних вікових груп.

Фізичні терапевти повинні **володіти навичками** добирати засоби реабілітаційного обстеження з урахуванням їх переваг і побічних ефектів; порівнювати клінічну ефективність різних засобів реабілітаційного огляду; вибирати засоби обстеження; попереджувати його побічні наслідки.

Якісний та кількісний всебічний огляд пацієнта забезпечить об'єктивне реабілітаційне діагностування та сприятиме оптимізації процесу відновного лікування хворого.

РОЗДІЛ 1. ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Аналіз порушених моторних функцій у хворих має важливе значення, бо інколи неможливо судити про ефективність реабілітаційних заходів за динамікою тяжкості захворювання. Реабілітаційна діагностика дозволяє спланувати відновлювальні методики та оцінити їх ефективність.

Комплекс методів дослідження і клінічних тестів повинен відповідати таким умовам:

1. Класифікації та тести, що застосовуються в реабілітології, повинні базуватися на якісних, а не кількісних критеріях.

2. Застосовувані класифікації та діагностичні тести повинні мати клінічну та реабілітаційну спрямованість для необхідності формування реабілітаційного діагнозу та програми реабілітаційного втручання.

3. Діагностичні тести повинні відповідати тяжкості захворювання, клінічній об'єктивності, сприяти аналізу результатів лікування.

4. Обстеження, необхідні для відновного лікування та рухової реабілітації пацієнтів, повинні співвідноситися з міжнародними стандартами.

Існує 5 складових діяльності фізичного терапевта: обстеження або огляд, оцінювання, визначення реабілітаційного діагнозу, складання прогнозу, здійснення реабілітаційного втручання.

Мета реабілітаційного обстеження передбачає діагностичне, прогностичне, контролююче спрямування.

Під час проведення такого обстеження вирішуються найбільш важливі завдання:

1. Виявити наявний стан моторної сфери пацієнта на даний час.
2. На підставі діагностики визначити потенціал обстежуваного.
3. Оцінити стан здоров'я з урахуванням функціональних показників.

4. Зробити своєчасну діагностику різних відхилень у стані здоров'я, які можуть виникнути при нераціональних заняттях фізичними вправами.

5. Провести контроль ефективності реабілітаційного втручання.

Реабілітаційне обстеження є першим кроком у процесі фізичної терапії. Воно полягає в оцінці фізичного стану пацієнта, аналізі споріднених чинників і передбачає **три компоненти**: складання історії рухової дисфункції; огляд відповідних систем організму; відбір і застосування спеціальних вимірювань та тестів для отримання кількісної інформації.

Залежно від цілей реабілітаційне обстеження поділяють на **первинне, поточне та додаткове**.

Первинне обстеження проводять перед початком реабілітаційного втручання. Головна мета цього обстеження – поглиблена оцінка рухових дисфункцій, рівня загального здоров'я людини та резервних можливостей організму.

Поточні обстеження проводять періодично (від 2 до 5 разів на рік) з метою визначення ефективності впливу реабілітаційних заходів на організм та внесення відповідних коректив у процес відновлення.

Додаткові обстеження проводять у зв'язку з обставинами, які можуть негативно вплинути на стан здоров'я. Зміст і застосовані при цьому методи дослідження визначаються завданнями, які постають перед лікарем у конкретних умовах.

Основні складові комплексного обстеження:

1. Збір анамнезу (загального і реабілітаційного).
2. Дослідження та оцінка моторного та фізичного розвитку, функціонального стану.
3. Висновок за результатами комплексного обстеження.
4. На основі обстеження формування реабілітаційної програми та вирішення питання щодо вибору заходів фізичної реабілітації.
5. Рекомендації щодо дозування фізичних навантажень та інших методів реабілітації.

Реабілітаційне обстеження здійснюється відповідно до медичного діагнозу і встановлених лікарем протипоказань та застережень. Проводиться для визначення вихідного рівня рухових порушень та є основою реабілітаційної програми.

Вихідне реабілітаційне обстеження дозволяє визначити функціональні можливості обстежуваного, враховуючи індивідуальні

особливості, наслідки травми, перебіг захворювання та загальний стан організму. Результати вихідного реабілітаційного обстеження дозволяють індивідуалізувати подальший план програми фізичної реабілітації.

Реабілітаційне обстеження розглядає не тільки функціонування органів і систем організму, але й моторні, психологічні, когнітивні аспекти життєдіяльності людини в її повсякденному житті, сенсорні розлади після виписування з медичної установи.

Обстеження осіб із пошкодженням моторної сфери охоплює: вивчення антропометричних даних, обстеження амплітуди рухів у суглобах, м'язову силу та м'язовий тонус, мобільність, рівень самообслуговування та життєдіяльності, патологічні рефлекси, чутливість.

На рис. 1.1 представлено орієнтовний алгоритм дій при процесі обстеження.

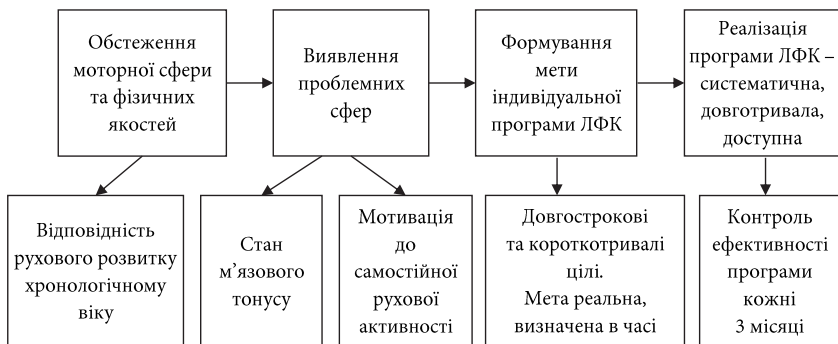


Рис. 1.1. Орієнтовний алгоритм дій при процесі обстеження

Спостереження за довільною руховою активністю дозволяє визначити:

- рівень розвитку рухової сфери;
- характер дій із предметами (захоплення, швидкість, точність, рух пальців, характер маніпуляцій).

На підставі алгоритму обстеження фізичний терапевт робить висновки, чому саме так відбувається рух, або що є перешкодою для його виконання: низький тонус м'язів, недостатня амплітуда руху в суглобі тощо.

Реабілітаційно-діагностична діяльність розпочинається з **клінічного огляду**. У результаті огляду формулюється **попередній діагноз**. Огляд фізичного терапевта проводиться за загальноклінічними принципами, за формою і змістом не відрізняється від лікарського дослідження. Фізичний терапевт у першу чергу оцінює ступінь випадіння (порушення) будь-яких функцій, на підставі чого формулює реабілітаційний діагноз та міждисциплінарну команду для відновного лікування.

Основне завдання фізичного терапевта – виявлення *збережених* анатомо-функціональних сегментів, визначення вихідного рівня компенсації втрачених функцій і прогнозування подальшого відновлення. За образним висловом Д. Д. Потехіна, реабілітологу необхідно виявляти *«не те, чого немає, а те, що залишилося»*.

Обстеження дозволяє оцінити *давність* патологічного процесу (травми або захворювання), ступінь стабільності й можливість навантаження, наявність супутніх хронічних захворювань.

Під час реабілітаційного огляду важливе значення має **огляд і пальпація**. У процесі огляду оцінюється загальний стан та фізичний розвиток пацієнта, стан тканин, пропорційність статури. Оцінюється рухова поведінка хворого: спосіб пересування, його симетричність, а також точність і координація рухів.

При огляді кінцівок вивчається вісь, наявність вкорочень і деформацій кісток і суглобів, вираженість трофічних порушень.

Положення кінцівки в стані спокою дозволяє оцінити тонічні співвідношення і стан сухожильно-м'язового апарату.

Пальпація дозволяє визначити тургор шкіри, підшкірної клітковини, м'язів і сумково-зв'язкового апарату плечового поясу, тазу, кінцівок, спини тощо.

Особливу увагу необхідно приділити шкірі поверхні стопи, яка свідчить про адекватність навантаження на ноги; на підставі огляду можливе подальше прогнозування рухової реабілітації, вибір методів реабілітації, фізичних вправ для упередження посилення больового і спастичного синдромів.

Під час огляду виявляються сегменти кінцівок із **підвищеним і зниженим** м'язовим тонусом, а також фактори, що підтримують спастичний синдром і провокують збочені рухові реакції.

Залежно від потреб пацієнта фізичний терапевт використовує у своїй практиці необхідні тести та шкали для об'єктивного обстеження. У процесі діагностування фізичний терапевт використовує

стандартизовані міжнародні шкали й тести: *Ашфорта, Гоффа, Бартел, Ловетта, Берга, обстеження функціонального стану організму, фізичний розвиток тощо*. Доцільно виміряти обсяги кінцівок, грудної клітки, голови, визначити тип дихання. Важливим аспектом діагностування моторної сфери є оцінювання рівня **навичок самообслуговування**. Першочерговим завданням обстеження є визначення можливості самостійно одягатися-роздягатися, поведінки під час харчування, у туалеті, вміння покликати, за потреби, дорослого на допомогу тощо.

Підбір спеціальних тестів для об'єктивного реабілітаційного обстеження фізичний терапевт здійснює самостійно, оскільки немає чітких загальноприйнятих схем для певних захворювань та рухових розладів.

Діагностика і прогнозування є результатом обстеження та оцінки. Вони представляють результати клінічного обґрунтування з урахуванням додаткової інформації від інших фахівців у разі необхідності; можуть бути виражені в якості певної дисфункції рухового апарату або охоплювати комплекс вад, обмеження функцій організму, втрату працездатності, розлади в результаті негативних впливів навколишнього середовища, неповносправність.

РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНЮВАННЯ ОБ'ЄМУ РУХІВ У СУГЛОБАХ

Визначення рухливості в суглобах здійснюють за *об'ємом* максимально можливих *рухів* у плечових, ліктьових, променево-зап'ясткових, кульшових, колінних, гомілковостопних та інших суглобах при пасивних і активних рухах за допомогою кутоміра або *гоніометра* та *оцінюють* у *градусах*.

Гоніометрія – методика визначення амплітуди рухів суглобів.

При проведенні обстеження суглобів слід враховувати наступні фактори: конфігурацію, набряк, характер болю, характер та механізм травми в анамнезі, наявність супутньої патології.

Показання: дослідження функціонального стану суглобів у пацієнтів із захворюваннями суглобів.

Протипоказань не існує.

Проводиться за допомогою гоніометра. Одна бранша кутоміра встановлюється на осі проксимальної частини суглоба, друга – паралельно його дистальній частині. Вісь суглоба повинна збігатися з віссю шарніра. Облік величини рухомості в суглобі здійснюють із вихідного положення, відомого як анатомічне чи нейтральне. Для більшості суглобів у вихідному положенні повздовж осі сегментів кінцівок формують пряму повздовжню лінію при вертикальному вільному положенні тіла.

При певних назвах суглобових рухів доцільно керуватися напрямом рухів, що здійснюються в суглобі відповідно до їх осі обертання. Рухи в сагітальній площині позначаються, як згинання та розгинання; у фронтальній площині – відведення та приведення, навколо повздовжньої осі – зовнішня та внутрішня ротація. Об'єм рухів легко визначається в одно- і двохосьовому суглобах (ліктьові, колінні, міжфалангові), набагато важче – у багатоосьових суглобах (гомілковостопні, кульшові, плечові, променезап'ясткові).

План дослідження рухомості суглобів:

1. Зорове сприйняття функції суглобового апарату та окремих суглобів.

2. Посередні методики (проба Отта, Шобера, симптом Форестье та ін.).

3. Гоніометричні методи визначення амплітуди рухів суглобів приладом.

4. Графічні методи – графічний запис амплітуди рухів.

При огляді в **положенні стоячи** звертають увагу на симетричність положення кінцівок щодо плечового поясу або тазу, передпліччя до плеча, кисті до передпліччя, гомілки до стегна, стопи до гомілки. При цьому визначають положення надпліччя, кутів лопаток, гребенів клубових кісток, підколінних та сідничних складок, наявність фізіологічних згинів хребта (2 в грудному та 2 в поперековому відділах), наявність патологічних викривлень (кіфоз, сколіоз). Виявляють порушення постави: за наявності змін у поперековому відділі хребта випинається живіт, у грудному спостерігається сутулість. Плоску спину виявляють за відсутності фізіологічного кіфозу в грудному та лордозу в поперековому відділах хребта (поза прохача).

Звертають увагу на довжину кінцівки та її частин щодо іншої, при цьому можна констатувати норму, вкорочення або подовження. Слід пам'ятати, що в деяких випадках, частіше при гострому артриті, при значному больовому синдромі хворий займає вимушене положення (поза розвантаження), при цьому уражений суглоб знаходиться в стані помірного згинання, що знижує внутрішньосуглобовий тиск та зменшує вираженість болю. Вимушене положення в ураженому суглобі має місце також у хворих із м'язовими контрактурами та анкілозами. Необхідно звернути увагу, що больові відчуття в суглобах, обмеження їх рухливості та розвиток контрактур можуть бути зумовлені патологією скелетних м'язів або нервової системи.

Ретельно досліджують стан усіх суглобів: кисті, промене-зап'ясткових, ліктьових, плечових, ключично-акроміальних, грудино-ключичних, грудино-реберних, скронево-нижньощелепних, ступні, гомілковостопних, колінних, кульшових, шийного, грудного, поперекового відділів хребта, крижово-клубових суглобів. Обов'язково слід проводити порівняння хворих суглобів із симетричними здоровими.