

Тема: ОБСТЕЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

План

1. Алгоритм діяльності фізичного терапевта і ерготерапевта.
2. Обстеження опорно-рухового апарату у фізичній реабілітації.
 - 2.1. Розпитування хворого.
 - 2.2. Об'єктивне обстеження: огляд пацієнта, пальпація, аускультация.
 - 2.3. Кількісна оцінка суглобового синдрому.

1. Алгоритм діяльності фізичного терапевта і ерготерапевта

Завдання фізичної терапії

- ▶ Відновити функцію;
- ▶ Компенсувати функцію;
- ▶ Зберегти функцію;
- ▶ Сповільнити втрату функцію.

Функція (виконання) – здатність людиною виконувати притаманні їй певні види активності

- ▶ Нервово-м'язовий контроль, координація
- ▶ Сила
- ▶ Витривалість
- ▶ Мобільність, гнучкість
- ▶ Постуральна рівновага

Структура (алгоритм) діяльності ФТ:

- ▶ Оцінювання пацієнта (*під час обстеження може бути потрібна консультація іншого фахівця, застосування додаткових методів досліджень: рентгенографія кісток і суглобів, лабораторні, інструментальні методи досліджень, тобто проблема може виходити за межі практики ФТ*)
- ▶ Аналіз проблеми та реабілітаційний діагноз
- ▶ Прогноз
- ▶ Планування
- ▶ Терапія
- ▶ Результати фізіотерапевтичного втручання
- ▶ Контроль і оцінювання, а за необхідності - корекція реабілітаційного процесу

Оцінювання пацієнта – це ретельне обстеження, без якого є неможливим встановлення реабілітаційного діагнозу, розробка реабілітаційної програми і планування реабілітаційного втручання.

Мета обстеження пацієнта:

- визначення функціональних порушень та обмежень;
- встановлення реабілітаційного діагнозу.

Обстеження у фізичній терапії - збір відповідної та точної інформації для оцінки фізичного стану пацієнта та визначення функціональних порушень та обмежень.

Реабілітаційне обстеження включає:

- спостереження,
- збір анамнезу хвороби,
- суб'єктивна оцінка свого стану і можливостей,
- об'єктивна оцінка життєво-важливих систем організму,
- об'єктивне обстеження опорно-рухового апарату.

Особливістю реабілітаційного обстеження є аналіз не тільки фізичних дефектів, але і впливу цих дефектів на життєдіяльність хворого.

Позаяк за рекомендаціями ВООЗ, необхідно визначати як ступінь пошкодження органів або систем, так і рівень соціальних обмежень унаслідок хвороби або травми (МКФ).

Реабілітаційний прогноз - це передбачення:

- а) результатів впливу реабілітаційного втручання;
- б) часу, необхідного для досягнення цього результату.

Реабілітаційний прогноз може бути:

- позитивний;
- негативний (обговорюється з лікуючим лікарем, пацієнтом та його близькими, і припиняється подальша реабілітація).

Планування - (створення) реабілітаційної програми

► **Визначення коротко- і довготермінових завдань (цілей) (ЩО?)**

Короткотермінові цілі:

- ✓ профілактика відлежин, контрактур, гіпотрофії,
- ✓ тренування сили м'язів;

Довготермінові цілі:

- ✓ тренування витривалості,
- ✓ тренування навичок повсякденної діяльності.

Інколи тренування сили м'язів може перерости з короткотермінових у довготермінові цілі:

Цілі мають відповідати системі S.M.A.R.T.:

- **Specific** – специфічні (індивідуальні тільки для конкретного пацієнта);
 - **Measurable** - вимірювальні (поміряти рухову активність за допомогою відповідних тестів);
 - **Attainable** - досяжні (це потужна мотивація для пацієнта – вони мають бути досяжними приблизно за 3 тижні: н-д, за 3 тижні можна навчити неврологічного хворого перейти з ліжка на візок);
 - **Realistic** – реалістичні (якщо ми знаємо, що пацієнт не може ходити, то не треба йому цього обіцяти. Встановити цю можливість можна за допомогою фрактографії – методу дослідження, який дає інформацію про те, чи проходять імпульси від кори головного мозку через спинний мозок, і до якого рівня);
 - **Timely** – своєчасні (який сенс вчити пацієнта сидіти і вставати, якщо він вже ходить).
- **Методи реабілітації (ЯК?).** наприклад, для дітей використовується ігровий метод, а для дорослих свідомих людей застосовують ті самі вправи, але методика їх виконання інша – можна приказати).
- **Засоби реабілітації (ЧИМ?)**
- **Місце (ДЕ?), графік і термін надання послуг (КОЛИ?)**

Основні фактори, які необхідно враховувати при створенні реабілітаційної програми:

- Стадії процесу загоєння;
- Перебіг захворювання;
- Попередній рівень функцій;
- Наслідки іммобілізації;
- Швидкість відновлення (вік, супутні захворювання);
- Проводити порівняльну ефективність при виборі методів та засобів;
- Застосовувати дидактичні принципи та специфічні принципи ФВ.

Терапія

Активна фізична вправа є основним засобом фізичної терапії

- Найкраще сприяє відновленню втрачених фізичних функцій;
- Фізична вправа робить пацієнта незалежним;
- Фізична вправа задіює всі системи організму;
- Фізичну вправу можна застосовувати протягом всього життя.

**Готові програми - «Cookbook» - це усереднені схеми,
орієнтири**



Результати фізіотерапевтичного втручання.

Контроль і оцінювання і реабілітаційного процесу

Контроль у фізичній терапії – це оцінка результатів виконання реабілітаційної програми

Форми контролю:

1. Оперативний (під час виконання вправ, ми можемо коригувати навантаження);
2. Поточний (на початку та в кінці заняття);
3. Етапний (при виписці з лікарні. Визначаємо, чи прогноз реабілітаційний підтвердився, чи ні).

Оцінка результатів:

- позитивна;
- негативна.

Умови завершення фізичної терапії:

- Повністю виконано завдання;

- На вимогу пацієнта;
- На вимогу лікуючого лікаря;
- Не вдається досягти згоди пацієнта щодо стратегії реабілітації або пацієнт діє всупереч рекомендацій.

2. Обстеження опорно-рухового апарату у фізичній терапії

Обстеження хворих із патологією опорно-рухового апарату ґрунтується на загально-визнаних методах, включаючи:

- Розпитування хворого для з'ясування скарг та ретельного збору анамнезу (історії) захворювання;
- Огляд (соматоскопія);
- Виконання активних та пасивних рухів;
- Гоніометрія;
- Суглобова гра;
- Мануальне м'язове тестування (ММТ);
- Ізометричне напруження м'язів;
- Пальпація;
- Візуальна аналогова шкала болю (ВАШ);
- Неврологічне тестування (міотоми, дерматоми, рефлекси);
- Функціональні тести та шкали.

2.1. Розпитування хворого

Особливої уваги слід надавати розпитуванню хворого. Це пов'язано з тим, що в даний час саме *суб'єктивна оцінка свого стану і можливостей*, тобто *оцінка обумовленої здоров'ям якості життя*, розглядається як найважливіша відправна точка для подальших реабілітаційних дій.

Збір скарг і анамнезу необхідно побудувати так, щоб не пропустити найістотніших штрихів розвитку захворювання і суб'єктивного сприйняття

пацієнтом його наслідків. Рекомендується цілеспрямовано розпитати хворого і отримати його відповіді за такими пунктами:

- основні скарги (болі, скутість, порушення ходи, підвищена втомлюваність, порушення координації, тощо);
- історія розвитку захворювання і проблем, які виникли у зв'язку з ним; рекомендується не тільки з'ясувати питання, які стосуються отриманого пацієнтом лікування і його ефективності, наявності супутніх захворювань і алергії, але й попросити хворого охарактеризувати стиль його життя до і після розвитку хвороби або отримання травми, щоб оцінити нанесений ними збиток;
- ступінь обмеження рухової активності (здатність повертатися в ліжку, сідати з положення лежачи, вставати, пересуватися усередині квартири і поза нею, користуватися транспортом, тощо);
- можливість виконання побутових операцій (особиста гігієна, одягання, прийом їжі);
- здійснення побутових робіт (приготування їжі, прибирання, прання, закупи, тощо);
- громадська активність;
- обмеження у спілкуванні з оточуючими;
- потреба в допоміжних засобах (милицях, інвалідному візку, протезах, тощо);
- проблеми психологічного і сексуального плану;
- ситуація в сім'ї, ступінь допомоги з боку родичів або знайомих, фінансова забезпеченість.

Особливої уваги надається з'ясуванню обмежень, які виникають у зв'язку із захворюванням у сфері звичної життєдіяльності. Для впорядкування процедури розпитування пацієнтів і осіб, які доглядають за ними, а також для отримання кількісних показників рівня життєдіяльності пацієнта широко застосовуються **спеціальні опитувальники**. В основі методик виявлення порушень життєдіяльності найчастіше лежить оцінка незалежності особи від

сторонньої допомоги у повсякденному житті. При цьому аналізуються не всі її види, а тільки найбільш загальні і значущі з рутинних дій людини.

З'ясування скарг.

Основною скаргою пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є **біль у суглобах - артральгія.**

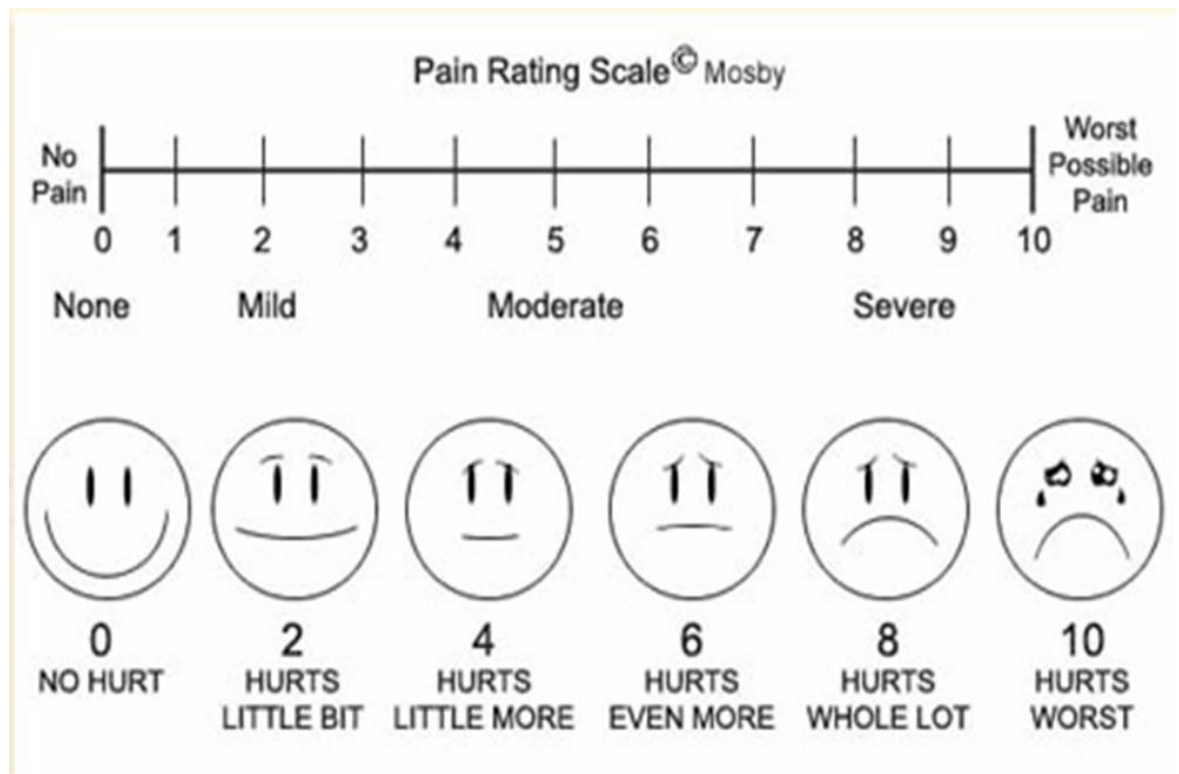
Інтенсивність болю оцінюють за 4-бальною шкалою:

- 0 балів - відсутність больового синдрому;
- 1 бал - мінімальний біль, який не потребує лікування, не викликає зниження працездатності, не перешкоджає сну;
- 2 бали - помірний біль, який знижує працездатність, обмежує самообслуговування, добре піддається лікуванню знеболювальними препаратами (анальгетиками);
- 3 бали - сильний, майже постійний біль, який погано знімається анальгетиками, різко знижує професійну і побутову працездатність, перешкоджає сну;
- 4 бали - це біль надзвичайної інтенсивності, наприклад, «простирадловий біль», при якому внаслідок ймовірного посилення больових відчуттів хворий боїться навіть дотику простирадла. Цей біль повністю знерухомлює пацієнта, порушує його сон.

Інтенсивність больового синдрому також може бути оцінена за допомогою так званої градації болю за 10-сантиметровою шкалою (**візуально-аналогова шкала - ВАШ**). На папері креслиться пряма лінія із сантиметровими позначками від 0 до 10 см. Хворому пропонують згадати найсильніший біль, який він відчував у своєму житті (наприклад, після падіння, травми, тощо) та прийняти інтенсивність перенесеного болю за 10 см. Відсутність болю - це 0 см. За наявності болю у суглобах хворий самостійно порівнює його інтенсивність з найсильнішим болем у анамнезі та відкладає на шкалі число сантиметрів, яке відповідає інтенсивності больових відчуттів на час обстеження.

ВАШ (Візуально- Аналогова Шкала)

Оцінка динаміки болю



Ще однією поширеною скаргою хворих є скутість у суглобах, особливо під час ранкових годин. Її тривалість може бути різною - від декількох хвилин (**тугорухомість суглобів**) до декількох годин. Ранкова скутість є діагностично значущою, якщо її тривалість перевищує 1 годину. Причинами розвитку ранкової скутості є порушення нормального ритму продукції гормонів надниркових залоз зі зміщенням піку їх вивільнення на пізніший період доби, а також накопичення медіаторів запалення у синовіальній рідині запалених суглобів під час сну. Посилення ранкової скутості також пов'язують із розвитком м'язових контрактур. Існує залежність між тривалістю ранкової скутості і активністю захворювання.

Пацієнти також подають скарги на *почервоніння шкіри над суглобом, зміну форми суглоба, його припухання, зміну конфігурації, обмеження рухів.*

Узагальнюючи скарги, дослідник повинен з'ясувати, чи хворого турбує тільки біль у суглобах, чи раніше були ознаки запалення суглобів (артриту).

Артрит супроводжується п'ятьма основними ознаками запалення: набряк, підвищення локальної температури, почервоніння шкіри, болючість, порушення функції. Для артралгії притаманна тільки наявність больового синдрому.

Рідше пацієнти скаржаться на хруст (крепітацію) при рухах у суглобі, що нерідко супроводжується болем.

Вивчення характеру больового синдрому є обов'язковою частиною при зборі анамнезу у хворих з патологією опорно-рухового апарату. При цьому уточнюють:

1. У якому саме суглобі локалізований біль, місце максимального болю, його іррадіація.
2. Поширення ураження: моноартрит (ураження одного суглоба), олігоартрит (ураження 2-3 суглобів) чи поліартрит (ураження багатьох суглобів).
3. Який суглоб був уражений на початку захворювання.
4. Симетричність ураження суглобів.
5. Наявність ознак запалення: загальних (підвищення температури тіла, загальна слабкість, кволість, пітливість) і локальних (почервоніння, набряк, біль).
6. Наявність обмеження при рухах у суглобах.
7. Інтенсивність больового синдрому (визначається за методикою, викладеною вище).
8. Ритм больового синдрому: біль виникає зранку, ввечері, вночі; під час якої пори року, зв'язок з метеофакторами (біль «на зміну погоди»),
9. Які чинники провокують біль, а які зменшують, чи є зв'язок з рухами.

Характер болю може бути:

- **запальним** - біль більш виражений у спокої або ж біль інтенсивніший на початку руху, ніж наприкінці, рухи зменшують біль; больові відчуття і скутість більше турбують вранці;

- **механічним** - біль пов'язаний з рухами у суглобі: чим більше хворий рухається, тим сильніший біль, спокій зменшує симптоматику;
- **постійним** - болі виразні, виснажливі, різко посилюються вночі.

10. Гострота початку захворювання. Гострий початок - основні симптоми захворювання виникають упродовж декількох годин, рідше днів. При підгострому початку основні симптоми розвиваються поступово, інколи впродовж місяця.

11. Локалізація больового синдрому найчастіше відповідає ураженому суглобу, проте нерідко можливий «віддзеркалений» біль. Наприклад, при ураженні кульшового суглоба біль може виникати у пахвинній і сідничній ділянках чи в ділянці колінного суглоба; при плоскостопості - у гомілковостопному, колінному та навіть кульшовому суглобах; при грудному спондилезі - у поперековій ділянці; при фіброміалгії - дифузний біль по всій кінцівці; при тендиніті двоголового м'яза плеча - у плечовому суглобі.

12. Варіанти перебігу больового синдрому: перебіг без прогресування, повільно прогресуючий перебіг, швидко прогресуючий перебіг, хвилеподібний перебіг без прогресування, хвилеподібний перебіг із неухильним прогресуванням, рецидивуючий прогресуючий перебіг, рецидивуючий регресуючий перебіг.

Збір анамнезу захворювання. При опитуванні (зборі анамнезу) пацієнтів необхідно звернути увагу на початок захворювання, уточнити, в якому віці з'явилися артралгії чи артрит, з чим пов'язано їх виникнення (попередня носоглоткова, кишкова, сечостатева інфекція, алергія, вакцинації, травми, стрес, переїдання і зловживання алкоголем, пологи, викидні). Вагоме значення має вплив фізичних факторів (перегрівання, переохолодження, значні фізичні навантаження, вібрація, професійні шкідливості, тощо), наявність супутніх захворювань (ожиріння, цукровий діабет, злоякісні новотвори). Необхідно з'ясувати сімейний анамнез, передусім, щодо захворювань опорно-рухового апарату.

Важливо також встановити фактори, які зменшують та посилюють больовий синдром. Якщо пацієнт тривало страждає на захворювання суглобів, то необхідно встановити характер його перебігу, частоту рецидивів, терміни й характер змін суглобового синдрому, час появи перших дефігурацій і деформацій, наявність ремісій і їх тривалість (виявити чинники, які сприяли ремісії), характер і ефективність попереднього лікування і реабілітаційних заходів.

У практиці реабілітаційних установ для хворих з порушеннями опорно-рухового апарату застосовують спеціальні шкали. Найбільшого поширення набули:

- **шкала повсякденної життєдіяльності Бартела** (табл.1), або індекс Бартела,

- **шкала функціональної незалежності FIM** (Functional Independence Measure) (табл. 2), розроблена Американською Академією Фізичної терапії і Реабілітації.

При застосуванні шкали Бартела оцінка рівня побутової активності проводиться за сумою балів, визначених у хворого за кожним з розділів тесту. Максимальна сума балів, яка відповідає повній незалежності у повсякденному житті, дорівнює 100.

Таблиця 1

Шкала Бартела БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

БАЛИ	ЗМІСТ
<i>ПРИЙОМ ЇЖІ</i>	
10	не потребує допомоги, здатний самостійно користуватися всіма необхідними столовими приладами
5	частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі
0	повністю залежний від оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)

ОСОБИСТА ГІГІЄНА (умивання обличчя, причісування, чищення зубів, гоління)	
5	не потребую допомоги
0	
ОДЯГАННЯ	
10	не потребую сторонньої допомоги
5	частково потребую допомоги, наприклад, при одяганні взуття, заціпанні гудзиків
0	повністю потребую сторонньої допомоги
ПРИЙОМ ВАННИ	
5	приймаю ванну без сторонньої допомоги
0	потребую сторонньої допомоги
КОНТРОЛЬ ТАЗОВИХ ФУНКЦІЙ (сечовипускання, дефекація)	
20	не потребую допомоги
10	частково потребую допомоги (при використанні клізми, свічок, катетера)
0	постійно потребую допомоги у зв'язку з грубим порушенням тазових функцій
ВІДВІДУВАННЯ ТУАЛЕТУ	
10	не потребую допомоги
5	частково потребую допомоги (утримання рівноваги, використання туалетного паперу, зняття і одягання штанів, тощо)
0	потребую використання судна, сечоприймача
ВСТАВАННЯ З ЛІЖКА	
15	не потребую допомоги
10	потребую спостереження або мінімальної підтримки
5	можу сісти в ліжку, але для того, щоб встати, потрібна істотна підтримка
0	не здатний встати з ліжка навіть зі сторонньою допомогою
ПЕРЕСУВАННЯ	
15	можу без сторонньої допомоги пересуватися на відстань до 500 м
10	можу пересуватися зі сторонньою допомогою в межах 500 м
5	можу пересуватися за допомогою інвалідного візка
0	не здатний до пересування
ПІДЙОМ ПО СХОДАХ	
10	не потребую допомоги
5	потребую нагляду або підтримки
0	не здатний підніматися по сходах навіть з підтримкою

Шкала функціональної незалежності FIM складається з 18 пунктів, які відображають стан рухових (пункти 1-13) та інтелектуальних (пункти 14-18) функцій. Пункти оцінюються особами, які доглядають за хворим, за 7-бальною шкалою, потім підраховується сума балів за всіма пунктами опитувальника. Пропуск пунктів не допускається. Якщо яку-небудь функцію неможливо оцінити, відповідний пункт оцінюється балом «1». Сумарна оцінка може складати від 18 до 126 балів; чим вища сумарна оцінка, тим повніша незалежність хворого у повсякденному житті.

Таблиця 2

Шкала функціональної незалежності FIM

7 - бальна шкала оцінки пунктів:

7 - повна незалежність у виконанні відповідної функції (усі дії виконуються самостійно, в загальноприйнятій манері і з розумними витратами часу);

6 - обмежена незалежність (хворий виконує всі дії самостійно, але повільніше, ніж зазвичай, або потребує сторонньої поради);

5 - мінімальна залежність (при виконанні дій потрібний нагляд персоналу або допомога при надяганні протеза/ортеза);

4 - незначна залежність (при виконанні дій потребує сторонньої допомоги, проте понад 75% завдання виконує самостійно);

3 - помірна залежність (самостійно виконує 50-75% необхідних для виконання завдання дій);

2 - значна залежність (самостійно виконує 25-50% дій);

1 - повна залежність від тих, хто перебуває поряд (самостійно може виконати менше 25% необхідних дій).

БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

БАЛИ	ЗМІСТ
САМООБСЛУГОВУВАННЯ	
1	Прийом їжі (користування столовими приладами, піднесення їжі до рота, жування, ковтання)

2	Особиста гігієна (чищення зубів, причісування, умивання обличчя і рук, гоління або макіяж)
3	Прийом ванни/душу (миття і витирання тіла, за винятком ділянки спини)
4	Одягання (включаючи надягання протезів/ортезів), верхня частина тіла (вище пояса)
5	Одягання (включаючи надягання протезів/ортезів), нижня частина тіла (нижче пояса)
6	Туалет (використання туалетного паперу після відвідування туалету, гігієнічних пакетів)
КОНТРОЛЬ ТАЗОВИХ ФУНКЦІЙ	
7	Сечовий міхур (контроль сечовипускання і, за необхідності, використання пристосувань для сечовипускання — катетера, тощо)
8	Пряма кишка (контроль акту дефекації і, за необхідності, використання спеціальних пристосувань - клізми, калоприймача, тощо)
ПЕРЕМІЩЕННЯ	
9	Ліжко, стілець, інвалідний візок (здатність вставати з ліжка і лягати на ліжко, сідати на стілець або інвалідний візок і вставати з них)
10	Туалет (здатність користуватися унітазом - сідати, вставати)
11	Ванна, душ (здатність користуватися душовою кабінкою або ванною)
РУХЛИВІСТЬ	
12	Хода/пересування за допомогою інвалідного візка (балу «7» відповідає можливість ходи без сторонньої допомоги на відстань не менше 50 метрів, балу «1» - неможливість подолати відстань понад 17 метрів)
13	Підйом по сходах (балу «7» відповідає можливість підйому без сторонньої допомоги на 12-14 сходинок, балу «1» - неможливість подолати висоту понад 4 сходинки)
РУХОВІ ФУНКЦІЇ: СУМАРНИЙ БАЛ	
СПІЛКУВАННЯ	
14	Сприйняття зовнішньої інформації (розуміння мови і/або письма)
15	Виклад власних бажань і думок (усним або письмовим способом)
СОЦІАЛЬНА АКТИВНІСТЬ	
16	Соціальна інтеграція (взаємодія з членами сім'ї, медперсоналом та іншими оточуючими особами)
17	Ухвалення рішень (уміння вирішувати проблеми, пов'язані з фінансами, соціальними і особистими потребами)
18	Пам'ять (здібність до запам'ятовування і відтворення отриманої зорової і слухової інформації, навчання, впізнавання оточуючих)
ІНТЕЛЕКТ: СУМАРНИЙ БАЛ	

Останнім часом усе частіше починають застосовуватися **опитувальники**, скеровані на з'ясування якості життя хворого або інваліда. Відповіді на поставлені запитання дає сам хворий або його родичі і персонал, що доглядає за ним. У таких опитувальниках робиться акцент не на кількісні показники повсякденної активності, а на задоволеність ним основними сферами життя, оскільки реабілітаційна допомога повинна орієнтуватися не на короткотермінові критерії, а на довготривалі результати. Оцінка якості життя багато в чому визначається особливостями особистості, її психоемоційним станом, рівнем потреб, тобто є надзвичайно суб'єктивною; проте такий підхід дозволяє орієнтуватися безпосередньо на інтереси самого хворого. Опитувальники, які висвітлюють якість життя, пов'язану зі здоров'ям, охоплюють зазвичай сфери фізичного і психоемоційного стану хворого, рівнів його побутової і соціальної життєдіяльності.

Уніфікованим опитувальником, який є загальним для всіх захворювань, є розробка мультидисциплінарної команди реабілітологів європейських країн **Опитувальник якості життя «EuroQol»** (табл. 3). Він ґрунтується на 3-бальній самооцінці хворим шести сфер життєдіяльності.

Таблиця 3

Опитувальник якості життя «EuroQol»

БАЛИ	ЗМІСТ
МОБІЛЬНІСТЬ	
1	У мене не виникає жодних проблем з пересуванням
2	У мене є утруднення при пересуванні
3	Я повністю прикутий до ліжка
САМООБСЛУГОВУВАННЯ	
1	У мене не виникає проблем із самообслуговуванням
2	У мене деякі проблеми з умиванням або одяганням
3	Я абсолютно не можу самостійно митися або одягатися
ПОБУТОВА АКТИВНІСТЬ	

1	У мене не виникає проблем із виконанням звичних повсякденних обов'язків (робота, навчання, ведення домашнього господарства, відпочинок)
2	У мене є деякі проблеми з виконанням звичних повсякденних обов'язків
3	Я абсолютно не можу виконувати звичні повсякденні обов'язки
БІЛЬ / ДИСКОМФОРТ	
1	Я не відчуваю болю або дискомфорту
2	Я відчуваю помірний біль або дискомфорт
3	Я відчуваю надзвичайний біль або дискомфорт
ТРИВОГА / ДЕПРЕСІЯ	
1	Я не відчуваю тривоги або депресії
2	Я відчуваю помірну тривогу або депресію
3	Я відчуваю надзвичайну тривогу або депресію

А.Н. Беловою і В.Н. Григор'євою (1997) розроблений опитувальник *якості життя*, призначений для хворих з руховими порушеннями. Опитувальник складається з 17 пунктів, кожен з яких має чотири варіанти відповідей: перший з них оцінюється в 0 балів, другий — в один бал, третій у два бали і четвертий у .3 бали (табл. 4). 1 -4-й пункти відображають оцінку хворим суб'єктивних проявів, які негативно впливають на якість його життя. Пункт 5-17-й характеризують пов'язані із захворюванням обмеження життєдіяльності у соціальній, виробничій, побутовій сферах. Інтегральний показник зміни якості життя визначається шляхом підсумовування балів за всіма пунктами опитувальника. Теоретично максимально можливою є оцінка порушення якості життя, рівна 51 балу, мінімальною - 0 балів.

Час заповнення хворим опитувальника, як і час, який витрачається на підрахунок балів, складає 10-15 хв.

Таблиця 4

Опитувальник «Зміна якості життя у зв'язку із захворюванням»
БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

Шановний ! З метою поліпшення якості реабілітаційної допомоги і оцінки її ефективності просимо Вас відповісти на приведені нижче запитання. Після кожного із запитань подано 4 варіанти відповідей. Необхідно відзначити ту відповідь, яка, на Ваш погляд, найточніше відповідає Вашому стану у цей час.

№	ЗАПИТАННЯ	ВІДПОВІДЬ
1.	Чи турбують Вас болі і/або скутість у суглобах, хребті?	<ul style="list-style-type: none"> ● не турбують ● незначно і/або рідко (3-4 дні в місяць) ● помірно і/або часто (щотижня по 3-4 дні) ● значно і/або постійно
2.	Чи турбують Вас м'язова слабкість і/або порушення координації, сповільненість рухів?	<ul style="list-style-type: none"> ● не турбують ● незначно і/або рідко (3-4 дні в місяць) ● помірно і/або часто (щотижня по 3-4 дні) ● значно і/або постійно
3.	Чи турбують Вас зниження настрою, відчуття безнадійності, апатія, небажання діяти?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> не турбують <input type="checkbox"/> трохи і/або рідко (3-4 дні в місяць) <input type="checkbox"/> часто (щотижня по 3-4 дні) <input type="checkbox"/> практично постійно
4.	Чи турбують Вас відчуття тривоги, нав'язливі думки і страхи?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> не турбують <input type="checkbox"/> трохи і/або рідко (3-4 дні в місяць) <input type="checkbox"/> часто (щотижня по 3-4 дні) <input type="checkbox"/> практично постійно
5.	Чи маєте Ви потребу в допомозі під час їди (при користуванні столовими приладами, піднесенні їжі до рота)?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд або допомога при надяганні протеза/ортеза) <input type="checkbox"/> потрібна помірна допомога (наприклад, при розрізанні або наливанні їжі); самостійне виконання не менше 50% необхідних дій <input type="checkbox"/> значна або повна залежність від оточуючих (самостійне виконання менше 50% необхідних дій)
6.	Чи маєте Ви потребу у допомозі при виконанні процедур особистої гігієни (умивання обличчя і рук, причісування, чищення зубів, гоління або макіяж)?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд або допомога при надяганні протеза/ортеза) <input type="checkbox"/> потрібна помірна допомога (наприклад, при розрізанні або наливанні їжі); самостійне виконання не менше 50% необхідних дій <input type="checkbox"/> значна або повна залежність від оточуючих (самостійне виконання менше 50% необхідних дій)

7.	Чи маєте Ви потребу у допомозі при прийманні ванни/душу (приготуванні ванни, переміщенні в/з неї, митті і витиранні тіла, за виключенням ділянки спини)?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд або допомога при надяганні протеза/ортеза) <input type="checkbox"/> потрібна помірна допомога (наприклад, при наповненні ванни, переміщенні в/з неї); самостійне виконання не менше 50% необхідних дій <input type="checkbox"/> значна або повна залежність від оточуючих (самостійне виконання менше 50% необхідних дій)
8.	Чи маєте Ви потребу в допомозі при одяганні?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд або допомога при надяганні протеза/ортеза) <input type="checkbox"/> потрібна помірна допомога (наприклад, при зачіпанні Гудзиків і блискавок, зав'язуванні шнурків); самостійне виконання не менше 50% необхідних дій <input type="checkbox"/> значна або повна залежність від оточуючих (самостійне виконання менше 50% необхідних дій)
9.	Чи маєте Ви потребу у допомозі при відвідуванні туалету (при користуванні унітазом або нічним горщиком, туалетним папером)?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд) <input type="checkbox"/> потрібна помірна допомога; самостійне виконання не менше 50% необхідних дій <input type="checkbox"/> значна залежність від оточуючих або повна нездатність користуватися туалетом, нічним горщиком (використання судна)
10.	Чи обмежене Ваше пересування у межах квартири/будинку?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібна незначна допомога (порада, нагляд, або, наприклад, допомога при вставанні з ліжка, стільця) <input type="checkbox"/> пересування можливе зі сторонньою допомогою або з допомогою інвалідного візка <input type="checkbox"/> пересування практично неможливе
11.	Чи обмежене Ваше пересування поза межами квартири/будинку?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібний нагляд або допомога під час переходу вулиці, ходи по сходах <input type="checkbox"/> пересування можливе зі сторонньою допомогою або з допомогою інвалідного візка <input type="checkbox"/> пересування практично неможливе
12.	Чи обмежена Ваша здатність користуватися громадським транспортом?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> потрібний нагляд і/або допомога при посадці, висадці <input type="checkbox"/> використання транспорту можливе лише за наявності супроводжуючої особи <input type="checkbox"/> використання транспорту практично неможливе
13.	Чи обмежує захворювання Ваше сексуальне життя?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> незначно <input type="checkbox"/> помірно <input type="checkbox"/> значно

14.	Чи обмежена Ваша здатність до виконання побутових обов'язків (приготування їжі, прибирання, прання, закупи)?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> незначно: виконання не менше 75% звичних повсякденних обов'язків <input type="checkbox"/> помірно: виконання біля 50% (25-75%) звичних повсякденних обов'язків <input type="checkbox"/> значно: виконання менше 25% звичних повсякденних обов'язків
15.	Чи обмежена Ваша здатність до трудової діяльності?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> трудова діяльність можлива за колишньою спеціальністю з обмеженням фізичних і/або психоемоційних навантажень, звичних повсякденних обов'язків <input type="checkbox"/> трудова діяльність можлива за умови перенавчання новому, доступному виду праці <input type="checkbox"/> будь-яка трудова діяльність неможлива
16.	Чи обмежена Ваша можливість відпочивати (хобі, читання, спорт, туризм)?	<input type="checkbox"/> ні (доступний повноцінний відпочинок у спосіб, звичний до розвитку захворювання) <input type="checkbox"/> характер відпочинку у зв'язку із захворюванням змінився, але Вас влаштовує <input type="checkbox"/> можливості відпочинку, який би Вас влаштовував, обмежені у зв'язку із захворюванням <input type="checkbox"/> повноцінний відпочинок практично неможливий
17.	Чи змінилося у зв'язку з Вашим захворюванням звичне коло Вашого спілкування (друзі, родичі, знайомі)?	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> коло спілкування дещо звузилося <input type="checkbox"/> спілкування обмежується лише давніми друзями сім'єю <input type="checkbox"/> спілкування обмежується лише найближчими родичами або особами, які доглядають хворого

2.2. Об'єктивне обстеження хворого

Огляд пацієнта. Огляд має на меті скоректувати те перше враження, яке було отримане при розпитуванні хворого і його родичів, а також отримати додаткову інформацію про наслідки захворювання. Крім дослідження за загальноприйнятою схемою шкіри і слизових оболонок, підшкірної жирової клітковини, дихальної, серцево-судинної, травної і сечостатевої систем, **проводиться особливо ретельне вивчення рухових функцій, а також рівня функціональних можливостей хворого.**

Огляд включає обстеження хворого у положенні лежачи, стоячи і під час ходи. При цьому важливо оцінити:

❖ поставу пацієнта,

- ❖ характер ходи, її швидкість,
- ❖ наявність деформацій суглобів, контрактур.

Основні різновиди ходи:

1. **Несправжня кульгавість** - хворий оберігає ушкоджену ногу при ході, опирається на неї обережно і короткочасно. Причиною такої ходи є **біль**.
2. **Справжня кульгавість** викликана вкороченням кінцівки більше, ніж на 2 см (вкорочення ноги в межах 1-2 см компенсується опущенням тазу і не дає кульгавості). Вкорочена кінцівка не болюча, використовується для опори, тулуб при опорі на цю ногу опускається (падаюча кульгавість). При значному вкороченні кінцівки (8-10 см) стопа встановлюється у положенні підшовного згинання, опора припадає тільки на передній відділ стопи (**кінська стопа**).
3. **Підстрибуюча хода** спостерігається при видовженні ноги - хвора нога при ході описує коло або хворий «вкорочує» довшу ногу, згинаючи її у кульшовому і колінному суглобах.
4. **Качина (хода з розхитуванням)** спостерігається при двобічному вродженому вивиху стегна або деформаціях з укороченням тазово-вертлюжних м'язів. Тулуб при ході поперемінно відхиляється то в один, то в інший бік.
5. **Паралітична або паретична хода** спостерігається у хворих з ізольованими паралічами або парезами окремих м'язів, які викликають гіпермобільність і слабопірність суглобів. Наприклад, при паралічі малогомілкових м'язів стопа звисає вниз, і хворі, щоб не торкатися при ході пальцями підлоги, намагаються підняти її якомога вище (шльопаючий характер ходи).
6. **Спастична хода** спостерігається у хворих зі спастичними паралічами і парезами. Хворі ходять з важкістю, пересуваються малими кроками, тягнучи ноги, шуркаючи стопами. При підвищенні тонусу привідної групи м'язів стегон і схильності до перехрещення ніг при кожному кроці одне коліно третється об інше. При спастичному скороченні литкових м'язів хода супроводиться підстрибуванням.

При огляді відзначають зміни осі нижніх і верхніх кінцівок.

Варусне викривлення нижніх кінцівок - це їх відхилення під кутом, відкритим досередини, **вальгусне викривлення** - під кутом, відкритим назовні.

Якщо пацієнт має проблеми з пересуванням, описують його положення, а також положення кінцівок. Воно може бути вимушеним через виражений больовий синдром при артритах, внаслідок анкілозів і контрактур.

Огляд проводять зверху донизу - починаючи від скронево-нижньощелепних і грудинно-ключичних суглобів. Після цього оглядають суглоби рук, тулуба, ніг. Порівнюють форму, конфігурацію суглобів і об'єм рухів у них з обох боків.

Враховують колір і тургор шкіри над суглобом, наявність гіперпігментації, висипань, вузликів, рубців, атрофічних процесів, склеротичних змін, набряку білясуглобових тканин.

Оцінюють ступінь розвитку мускулатури, атрофію і гіпотрофію м'язів.

Можливі зміни конфігурації суглобів:

припухлість - рівномірне збільшення об'єму суглоба і згладження його контурів за рахунок набряку навколосуглобових тканин і скупчення випоту в його порожнині;

дефігурація - тимчасова нерівномірна зміна форми суглоба за рахунок ексудативних та проліферативних змін у ньому і навколосуглобових тканинах, а також скупчення випоту у складках суглобової капсули. Після регресії запальних явищ конфігурація суглоба повертається до норми;

деформація - грубе порушення форми суглоба внаслідок змін у кістках, що його утворюють, і капсуло-зв'язковому апараті;

девіація - відхилення від нормального розташування осі суглоба внаслідок утворення кута між двома сусідніми кістками через розвиток підвивихів і тривалої контрактури окремих м'язових груп, котрі з часом набувають незворотнього характеру (наприклад, «ласти моржа» у хворих на ревматоїдний артрит - відхилення пальців кистей у бік ліктьової кістки).

Пальпація. Другим етапом обстеження опорно-рухового апарату є пальпація. Пальпація проводиться у стані спокою, а також під час активних і пасивних рухів.

Спочатку пальпують симетричний здоровий, а потім уражений суглоб. Долонною поверхнею лівої кисті підтримують уражений суглоб, а правою кистю проводять його пасивне згинання й розгинання. Застосовують **«правило великого пальця»** - пальпацію проводять із зусиллям, яке викликає збліднення нігтьового ложа великого пальця кисті дослідника.

Під час пальпації виявляють місцеве підвищення температури (гіпертермію), болючість, припухлість, ущільнення і вузлики у м'яких тканинах, болючість за ходом сухожиль і в місцях їх прикріплення до кісток.

У нормі в суглобі є невелика кількість синовіальної рідини, яка пальпаторно не виявляється. Підвищена кількість рідини визначається за наявністю **флюктуації**.

Під час пальпації можлива поява **патологічних шумів**. Тріск, який чути на відстані, - це фізіологічне явище, яке, зазвичай, не супроводжується болючістю і є двобічним. Крепітація - «скрегіт» у суглобі, який відчувається пальпаторно чи акустично при його рухах. Може бути тиха, ніжна крепітація запаленої синовіальної оболонки при розростанні йорсин. Вона є постійно, і сприймається тільки за допомогою стетоскопа. Груба крепітація (хруст) легко виявляється, її добре чути при рухах. Вона має мінливу інтенсивність, низькі тони. Її виникнення пов'язане з дегенерацією хряща за рахунок тертя нерівних суглобових поверхонь.

При пальпації навколосуглобових м'язів оцінюють їх консистенцію, тонус, об'єм і болючість. Для запальних захворювань суглобів характерний розвиток гіпотрофії і атрофії м'язів. Це обумовлено тривалим обмеженням рухів у хворому суглобі через болючість, а також особливостями протікання активного запального процесу.

Аускультация. Аускультация (вислуховування з допомогою фонендоскопа) проводиться тільки під час рухів у суглобах. Фонендоскоп

встановлюють на рівні суглобової щілини і просять хворого здійснити згинання й розгинання. Визначають час появи шуму і оцінюють його тривалість і характер. У нормі шуми не вислуховуються, однак при патологічному процесі у суглобі можуть з'являтися шуми різного характеру.

2.3. Кількісна оцінка суглобового синдрому

Суглобовий синдром - це сукупність якостей, які характеризують патологічний стан опорно-рухового апарату.

Для оцінки стану суглобів і виразності суглобового синдрому запропоновано багато функціональних тестів.

Найпоширенішими з них є:

1. **Оцінка хворим виразності болів у суглобах** за трибальною системою: біль відсутній - 0 балів; слабо виражений біль - 1 бал; помірний біль - 2 бали; сильний біль - 3 бали.

2. **Рахунок болю (РБ)** - це сумарний числовий вираз болю при оцінці його хворим за трибальною системою для 76 суглобів.

3. **Суглобовий індекс (СІ)** - це сумарний числовий вираз болю в усіх 76 суглобах, що виникає у відповідь на стандартне (збліднення нігтьової фаланги 1-го пальця) натискання на кожний суглоб у ділянці його суглобової щілини. У деяких суглобах, важко доступних для пальпації (кульшові, міжхребцеві), СІ оцінюється за болючістю при пасивних і активних рухах. Оцінка проводиться за наступною шкалою:

0 - відсутність болю;

1 - відчуття незначного болю при пальпації;

2 - відчуття болю середньої інтенсивності (хворий морщиться);

3 - сильний біль; хворий різко морщиться і відсувається від дослідника.

4. **Індекс припухлості суглобів (ІП)** - сумарний числовий вираз припухлості, котрий оцінюється візуально у 28 суглобах за наступною градацією:

0 - відсутність припухлості;

- 1 - сумнівна чи слабо виражена припухлість;
- 2 - явна припухлість;
- 3 - сильно виражена припухлість.

Оцінка індексу припухлості проводиться для наступних суглобів: ліктьових, променево-зап'ясткових, п'ястково-фалангових, проксимальних міжфалангових суглобів кистей, колінних і гомілковостопних з обох боків. Даний індекс об'єднує усі припухлі суглоби, незважаючи на причину виникнення припухлості. Таким чином, ІІ об'єднує суглоби з припухлістю, що може бути зумовлена кістковими розростаннями, потовщенням капсули і внутрішньосуглобових тканин, нагромадженням ексудату, запальними явищами білясуглобових тканин, тощо.

5. Суглобовий рахунок - виражається числом суглобів з активним запальним процесом, про що свідчить почервоніння шкіри над суглобом, локальне підвищення температури, припухлість і болючість суглоба.

6. Тривалість ранкової скутості, виражена в годинах чи хвилинах.

Запис результатів оцінки виразності суглобового синдрому проводять за Річі (Р) і Лансбурі (Л). Для зручності доцільно користуватися запропонованою таблицею (табл. 2.1). Показник суглобового синдрому за Ландсбурі враховує різну частку участі у запальному процесі великих, середніх і дрібних суглобів. При цьому застосовують коефіцієнти перерахунку, що наведені для кожного суглоба в дужках.

Таблиця 2.1

Основні показники суглобового синдрому

Суглоби (коефіцієнти перерахунку)		Справа						Зліва					
		РБ		СІ		ІІ		РБ		СІ		ІІ	
		Р	Л	Р	Л	Р	Л	Р	Л	Р	Л	Р	Л
1	Висково-нижньощелепний (2)												
2	Грудинно-ключичний (4)												
3	Ключично-акроміальний (4)												
4	Плечовий (2)												
5	Ліктьовий (12)												
6	Променево-зап'ястковий (4)												
7	П'ястково-фаланговий 1-ий (1)												
8	П'ястково-фаланговий 2-ий (1)												
9	П'ястково-фаланговий 3-ий (1)												
10	П'ястково-фаланговий 4-ий (1)												

11	П'ястково-фаланговий 5-ий (1)												
12	Проксим. міжфаланговий 1-ий (1)												
13	Проксим. міжфаланговий 2-ий (1)												
14	Проксим. міжфаланговий 3-ий (1)												
15	Проксим. міжфаланговий 4-ий (1)												
16	Проксим. міжфаланговий 5-ий (1)												
17	Дистальн. міжфаланговий 2-ий (1)												
18	Дистальн. міжфаланговий 3-ий (1)												
19	Дистальн. міжфаланговий 4-ий (1)												
20	Дистальн. міжфаланговий 5-ий (1)												
21	Кульшовий (24)												
22	Колінний (24)												
23	Гомілково-стопний (8)												
24	Таранно-п'ятковий (4)												
25	Плесно-фаланговий 1-ий (1)												
26	Плесно-фаланговий 2-ий (1)												
27	Плесно-фаланговий 3-ий (1)												
28	Плесно-фаланговий 4-ий (1)												
29	Плесно-фаланговий 5-ий (1)												
30	Міжфаланговий суглоб стопи 1-ий (1)												
31	Міжфаланговий суглоб стопи 2-ий (1)												
32	Міжфаланговий суглоб стопи 3-ий (1)												
33	Міжфаланговий суглоб стопи 4-ий (1)												
34	Міжфаланговий суглоб стопи 5-ий (1)												
35	Шийний відділ хребта (1)												
36	Грудний відділ хребта (1)												
37	Поперековий відділ хребта (1)												
38	Крижово-здухвинне з'єднання (1)												
ЗАГАЛЬНА СУМА													

Представлена таблиця також перераховує всі суглоби, зміни в яких потрібно враховувати при оцінці виразності суглобового синдрому у пацієнта. Для узагальнення отриманих даних доцільно користуватися наступною таблицею (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Зведена таблиця показників активності суглобового синдрому

№п/п	Показники	Рахунок болю РБ	Суглобовий індекс СІ	Індекс припухлості ІП
1	За Річі			
2	За Лансбурі			

7. Об'єм проксимальних міжфалангових суглобів кистей – визначається на II – V пальцях спеціальним вимірювальним приладом – напрометром і обчислюється сумарно для правої і лівої кисті.

8. Обхват колінних суглобів – визначається сантиметровою стрічкою.

9. Сила стискання кисті – оцінюється за допомогою динамометра.

10. При ураженні суглобів нижніх кінцівок застосовують тест – **час проходження відстані 15 метрів**. Після відпочинку не менше 30 хв. хворому пропонується пройти 15 м по прямій. Фіксується час проходження дистанції.

11. **Функціональний індекс Лі** – визначається за допомогою опитувальника, що вміщує 17 запитань, які з'ясовують можливість виконання певних елементарних побутових дій із врахуванням участі різних груп суглобів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Опитувальник для визначення індексу Лі

№ п/п	Запитання	Відповіді і їх оцінка		
		Так, без затруднень (1 бал)	Так, але із затрудненнями (2 бали)	Ні (3 бали)
1	Чи можете Ви повертати голову в різні боки?			
2	Чи можете Ви розчісувати своє волосся?			
3	Чи можете Ви розщепнути гудзики?			
4	Чи можете Ви відчинити двері?			
5	Чи можете Ви підняти чайник?			
6	Чи можете Ви підняти чашку однією рукою, щоб пити з неї?			
7	Чи можете Ви повернути ключ у дверях?			
8	Чи можете Ви різати м'ясо ножом?			
9	Чи можете Ви намазати хліб маслом?			
10	Чи можете Ви завести ручний годинник?			
11	Чи можете Ви ходити?			
12	Чи можете Ви пересуватися без: 1) сторонньої допомоги? 2) милиць? 3) палиці?			
13	Чи можете Ви підійматись сходами?			
14	Чи можете Ви спускатись сходами?			
15	Чи можете Ви прямо піднятися зі стільця?			
16	Чи можете Ви стояти на пальцях?			
17	Чи можете Ви нахилитися, щоб підняти щось з підлоги?			
ЗАГАЛЬНА СУМА				

Максимально можлива сума балів при визначенні функціонального індексу Лі дорівнює 51. Тобто, чим більша величина функціонального індексу, тим більше виражені функціональні порушення у хворого. Даний індекс дає змогу визначати глибину уражень різних груп суглобів.

Для оцінки функціональної спроможності опору-рухового апарату при різних захворюваннях суглобів застосовують окремі функціональні індекси і системи оцінки здоров'я. Так, для оцінки функціональної активності хворих із гонартрозом (остеоартрозом колінного суглоба) і коксартрозом (остеоартрозом кульшового суглоба) використовують Сумарний індекс Лекена.

Таблиця 2.4

Сумарний індекс Лекена (індекс важкості для коксартрозу)

1. Біль чи дискомфорт	Бали
Біль вночі:	
- немає	0
- тільки при рухах і у певних положеннях	1
- навіть без рухів	2
Ранкова скутість чи біль після вставання з ліжка:	
- немає чи менше 1 хвилини	0
- менше 15 хвилин	1
- 15 хвилин і більше	2
Посилення болю після стояння на ногах упродовж 30 хвилин:	
- немає	0
- є	1
Біль при ході	
- не виникає	0
- виникає тільки після проходження певної дистанції	1
- виникає з самого початку і потім лише посилюється	2
Біль виникає у положенні безперервного сидіння впродовж 2 годин	2
2. Максимальна дистанція при ході без болю:	
- немає обмежень	0
- більше 1 км, але є утруднення	1
- біля 1 км	2
- від 500 до 900 м	3
- від 300 до 500 м	4

- від 100 до 300 м	5
- менше 100 м	6
- з однією палицею чи милицею	+ 1
- з двома палицями чи милицями	+2
3. Функціональна активність (за градаціями відповідей):	
Чи можете Ви, нахилившись вниз, одягнути шкарпетки?	0-2
Чи можете Ви підняти предмет з підлоги?	0-2
Чи можете Ви піднятися на один прогін сходами?	0-2
Чи можете Ви сісти в машину?	0-2

Сумарний індекс: балів

Градації відповідей: вільно - 0, з певними утрудненнями - 1, неможливо - 2.

Важкість коксартрозу:

1 - 4 бали - слабка;

5-7 балів - середня;

8-10 балів - виразна;

11-12 балів - істотна;

більше 12 балів - різко виражена.

Таблиця 2.5

Сумарний індекс Лекена (індекс важкості для гонартрозу)

1. Біль чи дискомфорт	Бали
Біль вночі:	
- немає	0
- тільки при рухах і у певних положеннях	1
- навіть без рухів	2
Ранкова скутість чи біль після вставання з ліжка:	
- немає чи менше 1 хвилини	0
- менше 15 хвилин	1
- 15 хвилин і більше	2
Посилення болю після стояння на ногах упродовж 30 хвилин:	
- немає	0
- є	1
Біль при ході	
- не виникає	0
- виникає тільки після проходження певної дистанції	1
- виникає з самого початку і потім лише посилюється	2
Біль чи дискомфорт при вставанні без допомоги рук з положення сидячи:	
- немає	0
- є	1
2. Максимальна дистанція при ході без болю:	
- немає обмежень	0
- більше 1 км, але є утруднення	1
- біля 1 км	2
- від 500 до 900 м	3

- від 300 до 500 м	4
- від 100 до 300 м	5
- менше 100 м	6
- з однією палицею чи милицею	+ 1
- з двома палицями чи милицями	+2
3. Функціональна активність (за градаціями відповідей):	
Чи можете Ви піднятися на один прогін по сходах?	0-2
Чи можете Ви спуститися вниз на один прогін по сходах?	0-2
Чи можете Ви прибрати нижню полку шафи, стоячи на колінах?	0-2
Чи можете Ви йти по нерівній дорозі?	0-2
Чи відчуваєте Ви біль штрикаючого характеру чи раптове відчуття втрати опори в ураженій кінцівці?	
- іноді	1
- часто	2

Сумарний індекс: _____ балів

Градації відповідей: вільно - 0, з певними утрудненнями - 1, неможливо - 2.

Важкість гонартрозу:

1 - 4 бали - слабка;

5-7 балів - середня;

8-10 балів - виразна;

11-12 балів - істотна;

більше 12 балів - різко виражена.

Для оцінки функціонального статусу пацієнта рекомендується використовувати Стенфордську анкету оцінки здоров'я (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Стенфордська анкета оцінки здоров'я хворого на ревматоїдний артрит

У кожному рядку анкети відзначте відповідь, яка найбільше відповідає Вашому стану						
№ п/п	Чи здатні Ви в даний момент:	Вільно	З незначним затрудненням	Зі значним затрудненням	Не можу виконати	
1	одягнутися, включаючи зав'язування шнурків і застігання гудзиків?					
2	лягти в ліжку і встати з нього?					
3	піднести наповнену чашку до рота?					
4	здійснювати прогулянки до дому?					
5	вимити й витерти усе тіло?					
6	нахилитися й підняти предмет з підлоги?					
7	відкрити й закрити кран?					
8	сісти в машину і вийти з неї?					

В анкетах порівнюють отримані величини в динаміці лікування.

Вимірювання довжини кінцівки найчастіше виявляє достовірну клінічну ознаку перелому зі зсувом уламків - анатомічне (справжнє) укорочення, як всієї кінцівки, так і пошкодженого сегменту. Для того, щоб виявити зміну довжини кінцівки, що з'явилася після травми, необхідно за допомогою звичайної гнучкої сантиметрової стрічки виміряти довжину пошкодженої кінцівки і її сегментів. Потім порівняти отримані результати зі здоровою кінцівкою.

Для цього необхідно користуватися тими ж точками відліку, для чого використовують нерухомі кісткові виступи. Для вимірювання верхньої кінцівки найчастіше для цих цілей використовують вершину акроміального відростка лопатки та вершину шилоподібного відростка ліктьової або променевої кістки. Для вимірювання плеча - вершину акроміального відростка лопатки і зовнішній надвиросток плеча. Для передпліччя - вершину ліктьового відростка і вершину шилоподібного відростка ліктьової кістки.

Для вимірювання довжини нижньої кінцівки найчастіше використовують передньо-верхню ость тазу і вершину внутрішньої чи зовнішньої щиколотки. Стегно вимірюють від вершини великого вертіла до

щілини колінного суглоба, а гомілку - від щілини колінного суглоба до вершини щиколотки.

За допомогою вимірювання довжини кінцівки можна виявити три види укорочення (подовження):

- * *Анатомічне* або справжнє - при зміщенні уламків по довжині.

- * *Відносне* або дислокаційне характерно для вивихів. У цих випадках довжина всієї пошкодженої кінцівки укорочена (подовжена), а довжина складових сегментів праворуч і ліворуч залишається однаковою.

- * *Проекційне* або гадане укорочення (подовження) обумовлено неприродним положенням кінцівки в суглобі (суглобах). Наприклад, при пошкодженні колінного суглоба нога може перебувати в стані легкого згинання. При вимірюванні довжини сегментів кінцівки вони будуть рівними з обох сторін, а при проекції кінцівок на нерухомій площині (поверхня ліжка) пошкоджена нога здається укороченою.

У деяких випадках при травмі необхідно визначати не тільки довжину кінцівки, але і величину обсягу її в місці пошкодження. Так уточнюється величина набряку тканин і деформація, обумовлена наявністю гематом. Вимірювання проводять на симетричних ділянках праворуч і ліворуч, вказуючи в історії хвороби на якій відстані, від якого кісткового виступу проводилося вимірювання кола сегмента.

Для уточнення діагнозу перелому необхідно вивчити **обсяг активних і пасивних рухів** в ушкодженному і здоровому суглобах. При близько- і внутрішньосуглобових ушкодженнях обсяг рухів найчастіше зменшується (контрактура суглоба) або повністю відсутня (анкілоз). При деяких ортопедичних захворюваннях можна виявити і ще один вид обмеження рухів в суглобі - ригідність (малорухомість), яка характеризується наявністю в суглобі тільки пасивних рухів з амплітудою 3° - 5° .

Обсяг рухів у суглобах визначається за допомогою кутоміра. При цьому за норму приймається обсяг рухів у здоровому суглобі. Для визначення об'єму рухів необхідно встановити кутомір так, щоб його бранші збігалися з віссю суміжних сегментів, а ось обертання кутоміра збігалася з віссю руху в суглобі. Відлік у всіх суглобах проводиться від 0° (положення сегментів кінцівок в суглобах вертикально розташованої людини).

Запис результатів складається з 3 цифр: 1. Кут крайньої позиції; 2. Нейтральна позиція - 0° . 3. Кут кінцевої позиції протилежного розмаху руху. Якщо у суглобі відбуваються різні види рухів, то записують їх у такій послідовності:

- * Розгинання/згинання;

- * Відведення/приведення;

* Ротація: зовнішня/внутрішня.

Суглоб і вид рухів	Правий (або хворий)	Лівий (або здоровий)
Плечовий: Розг./згин. Відв./прив. Рот.наз./рот.вн.		180/0/60 180/0/0 90/0/90
Ліктьовий: Розг./згин .		10/0/150
Проміневозап'ясний: Розг./згин . Пром./лікт.відв.		70/0/80 20/0/30
Кульшовий: Розг./згин Відв./прив Рот.нар./рот.вн.		10/0/130 50/0/40 50/0/50
Колінний: Розг./згин		5/0/140
Гомілковостопний: Підшв./тильне згинан.		30/0/30

Запис в історії хвороби повинен бути таким, як це відображено в таблиці.

У суглобах можна визначити ще два види порушень рухів: надмірні і патологічні рухи.

Надмірними рухами вважають такі рухи, які здійснюються в звичайній площині для даного суглоба, але з більшою амплітудою. Якщо такі рухи здійснюються в різних площинах одного з суглобів, то такі суглоби називають "розбавтаними".

Патологічні рухи характеризуються тим, що в нормі вони відсутні і з'являються тільки при певній патології, тобто відбуваються в площинах, непридатних даному суглобу.

Запитання для самоконтролю

- Перерахуйте основні скарги хворих з патологією опорно-рухового апарату.
- Деталізуйте характеристики больового синдрому у хворих з патологією опорно-рухового апарату.
- Охарактеризуйте особливості анамнезу хворих з патологією опорно-рухового апарату.
- За допомогою яких опитувальників можна встановити якість життя хворих з патологією опорно-рухового апарату?

- Перерахуйте патологічні види ходи.
- Розберіть можливі результати об'єктивного обстеження хворого з патологією опорно-рухового апарату за схемою: а) особливості огляду; б) особливості перкусії суглобів; в) особливості аускультатії суглобів.
- Які можливі зміни конфігурації суглобів при патології опорно-рухового апарату?
- За якими показниками проводиться кількісна оцінка суглобового синдрому? Дайте характеристику кожному з них.

Література

Основна:

1. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Т. Бойчук, М. Голубєва, О.Левандовський, Л.Войчишин. - Л.: ЗУКЦ, 2010. - 240 с.
2. Букуп К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: пер. с англ. – М.: Мед. лит., 2008. – 320 с.

Допоміжна:

1. Герцик А.М. Структура процедури обстеження опорно-рухового апарату у фізичній реабілітації // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наукова монографія за редакцією проф. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2007. – № 9. – С.23-25.
2. Энока Р.М. Основы кинезиологии (перевод с английского). – К.:Олимпийская литература, 2000. – 399 с.
3. Кашуба В.А. Биомеханика осанки / В.А. Кашуба. – Київ: Олімпійська література, 2003 . – 280 с.
4. Козлов В. И. Анатомия соединений : учебное пособие / В. И. Козлов. – Москва : Практическая медицина, 2014. – 103 с. : ил., табл.
5. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика: Руководство-справочник. – Таганрог: «Прогресс», 2001. – 512 с.
6. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. - М.: Антидор, 2002. – 440с.