



**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
імені Івана Боберського**

**КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

**RENAV** 



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

**МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ  
У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ**

**КУРС ЛЕКЦІЙ**

**дисципліни**

**другого (магістерського) рівня вищої освіти**

**ступінь вищої освіти - Магістр**

**галузь знань 22 Охорона здоров'я**

**спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія**

**спеціалізація: - 227.1 Фізична терапія та 227.2 Ерготерапія**

**Львів 2019**

*This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein*



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# РЕНАВ



## ЛЕКЦІЯ 1

### Тема РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

#### План

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)
2. Проблема постановки реабілітаційного діагнозу на основі МКФ
3. Оціночні шкали та опитувальники в реабілітаційній практиці

#### 1. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

За останні два десятиліття у світі кардинально змінився підхід до реабілітації пацієнтів. Медицина перейшла від біомедичної моделі хвороби до біопсихосоціальної, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів. Сьогодні основна мета реабілітації — повернути хвору або травмовану людину до нормального соціального життя (як фізично, так і психологічно) та максимально підготувати її до нових умов. Розуміння обмежень життєдіяльності та реабілітації в Україні базується на філософії та визначеннях, які не сумісні з міжнародним розумінням обмеження життєдіяльності як взаємодії особи з певним станом здоров'я та її середовища, що призводить до недостатнього збору даних по обмеженнях життєдіяльності та плануванню реабілітаційних послуг, а також індивідуальної оцінки обмеження життєдіяльності та постановки цілей, щоб змінювати результати реабілітації. Нещодавно і Україна долучилася до нових підходів.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* є однією з трьох складових «Родини міжнародних класифікацій ВООЗ». Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) зосереджується на проблемах здоров'я, а саме на захворюваннях, розладах та травмах. В МКХ завжди домінувала діагностична модель. Те, що ВООЗ розробила три різні класифікації, підтверджує той факт, що порушення, інвалідність та втручання необхідно розглядати окремо.

Сучасна українська медицина використовує біомедичну модель хвороби, що спирається тільки на Міжнародну класифікацію хвороб (*International Classification of Diseases, ICD*) де увагу зосереджено на лікуванні захворювання і майже не враховано соціальне середовище пацієнта, його психологічний стан. МКХ розглядає порушення (у вигляді симптомів) як частини, які формують хворобу та причини для звернення по медичну допомогу. Натомість МКФ розглядає порушення як проблеми функції і структур організму, пов'язаних зі змінами здоров'я. Знаючи, як хвороба впливає на функціонування, можна краще планувати послуги, лікування і реабілітацію осіб з обмеженням можливостей. Мета реабілітації — забезпечити людині участь у суспільному житті, враховуючи наявні функціональні порушення.

МКФ – конструкція, що пропонує терміни та формулювання, необхідні для опису інвалідності в контексті сприятливих чинників та бар'єрів навколишнього середовища. МКФ описує не самих людей, а життєві ситуації, в яких вони опинились.

Базові набори МКФ (*ICF Core Sets*) можуть слугувати опорною схемою та практичним інструментом для ефективною класифікації та опису функціонування пацієнта, можуть використовуватися в процесі оцінки зміни стану здоров'я.

У міжнародній класифікації функціонування (МКФ) запропоновано повний та загальновизнаний список понять для опису функціонування у суспільстві, незалежно від причин ураження, та має такі складові: стан здоров'я, структури, функції, діяльність, участь та внутрішні і зовнішні чинники.

МКФ поділяється на дві частини, кожна з яких має по дві складові:



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

1. Функціонування і обмеження життєдіяльності: функції і структури організму; активність і участь.

2. Чинники контексту: чинники навколишнього середовища; особистісні чинники.

Кожна частина МКФ складається з таких основних **компонентів** («доменів») та їх характеристик:

Функції та структура тіла (B - Body) Функції організму – це фізіологічні функції систем організму (в тому числі психологічні функції). Структури організму – це анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їхні складові частини. Порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як істотне відхилення або втрата.

Активність або діяльність (A – Activity), пов'язана із завданнями та діями індивіда) та участь (P – *participation* - залученість у життєву ситуацію. Обмеження активності – це труднощі, які може мати особа при здійсненні діяльності. Обмеження участі – це проблеми, з якими особа може зіткнутися у життєвих ситуаціях.

Будь-яка діяльність знаходиться в тісному зв'язку з контекстуальними факторами, до яких відносяться персональні (особисті) фактори і фактори зовнішнього середовища.

Персональні чинники не включені в МКФ і не класифікуються як інші категорії МКФ. Це зроблено спеціально, так як з етичних міркувань важко розцінити персональні чинники як порушення, обмеження, бар'єри реабілітації.

Особистісні фактори (контекстуальні фактори) є особливим фоном життя та гармонійного проживання людини та включають у себе особливості індивіда. Ці фактори можуть включати стать, расу, вік, інші стани здоров'я, рівень фізичного розвитку, спосіб життя, звички, виховання, стилі подолання, соціальне походження, освіту, професію, минулий та поточний досвід.

Фактори середовища становлять фізичне, соціальне середовище та середовище відносин і ставлень, у якому люди живуть і проводять своє життя. Ці фактори не стосуються самої особи й можуть мати позитивний чи негативний вплив на продуктивність особи як члена суспільства, здатність особи виконувати дії чи завдання, а також на функції або структуру організму людини.

Функціонування особи в будь-якому домені є результатом складної взаємодії між станом здоров'я (визначається МКХ), іншими доменами функціонування та обмежень життєдіяльності, а також факторами навколишнього середовища і особистісними факторами. Щоб описати повний стан здоров'я людини, потрібно використати усі компоненти, а не тільки функції та структури організму. Особистісні фактори є частиною моделі, але їх не включено в класифікацію через дуже значні соціально-культурні відмінності, пов'язані з ними.

Перевагою МКФ є те, що функціонування та обмеження життєдіяльності розглядаються як континуум. У кожній категорії можна задокументувати не лише відсутність або наявність проблеми, але й рівень складності проблеми. Для цього можна використати кваліфікатори МКФ. Посилання на кваліфікатори дозволяє виявити рівень функціонування, інтерпретований різними людьми та спостережений у різних ситуаціях. Це важливо для вибору майбутнього втручання або планування стратегії підтримки. Кваліфікатори МКФ підтримують стандартизацію та розуміння функціонування в міждисциплінарній оцінці. Вони дозволяють усім членам команди кількісно оцінити масштаб проблем, навіть у тих сферах функціонування, де певний з них не є фахівцем. Без кваліфікаторів коди не мають внутрішнього значення. Масштаб проблеми в певній категорії можна виразити за допомогою числових кодів, що додаються до буквеноцифрового коду категорії.

Погіршення або обмеження кваліфікується 0 (немає проблеми; 0-4%), 1 (помірна проблема: 5-24%), 2 (середня проблема: 25-49%), 3 (тяжка проблема: 50-95%) до 4 (повна проблема: 96-100%). Фактори навколишнього середовища визначаються кількісно у вигляді від'ємних чи додатних величин, що вказує на ступінь впливу навколишнього середовища як



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

бар'єр або сприятливий фактор. Кваліфікатори можуть описати і ефективність лікування. Можна інтерпретувати зменшення оцінки кваліфікатора як збільшення функціональних можливостей пацієнта.

МКФ – це інформаційна система для організації даних, пов'язаних із функціонуванням та обмеженням життєдіяльності. Завдання МКФ допомогти працівникам реабілітаційної сфери не лише в поточній роботі з пацієнтами, але й для співпраці з іншими медичними спеціальностями, адміністраторами охорони здоров'я, людьми, що відповідають за політику в галузі охорони здоров'я

## **2. Проблема постановки реабілітаційного діагнозу на основі МКФ**

На сьогодні все частіше в роботах, які стосуються складання програм фізичної реабілітації йде мова про визначення порушень у пацієнта, виходячи з реабілітаційного діагнозу. Враховуючи сучасну парадигму охорони здоров'я та фізичної терапії з їхнім фокусуванням на функціонуванні людини, її активності й участі, в основі встановлення реабілітаційного діагнозу слід використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта, сформульований у категоріях МКФ, що відображає всі актуальні аспекти функціонування пацієнта. Визначення реабілітаційного діагнозу є першим етапом у процесі фізичної терапії пацієнтів.

Із визначення реабілітаційного діагнозу, який кодують категорії МКФ і який містить мету реабілітації загалом та завдання реабілітаційної програми, починається індивідуалізація фізичної терапії для кожного пацієнта. У реабілітації нарівні з клінічним діагнозом, сформульованим за нозологічним принципом з використанням МКХ, використовується реабілітаційний діагноз. На відміну від клінічного діагнозу, який може формулюватися тільки лікарем, в рамках своєї галузі знань і компетенцій, реабілітаційний діагноз може і повинен бути сформульований всіма фахівцями мультидисциплінарної команди (МДК).

У реабілітаційний діагноз включаються тільки ті виявлені проблеми пацієнта, які впливають або відображають його функціонування. Одним із шляхів визначення реабілітаційного діагнозу для пацієнтів на основі МКФ є використання основного набору категорій МКФ для певного захворювання. Після опитування та обстеження пацієнта визначаються категорії МКФ, які є обмеженими та значущими для пацієнта, згідно з ними встановлюють подальші завдання реабілітації.

Таким чином, реабілітаційний діагноз відображає всі аспекти функціонування. Аналізуючи проблеми (домени МКФ) в реабілітаційному діагнозі - можна побачити потреби пацієнта і скласти на цій основі індивідуальну програму реабілітації (Реабілітаційний план). МКФ - це стратегічний інструмент призначений, головним чином, для опису, а не для кількісної оцінки. Запропонований в МКФ опис слід розцінювати як глобальний індикатор проблеми, але не підставу для оцінки ефективності замість шкал

Для формулювання реабілітаційного діагнозу у вигляді програм для ЕОМ або в альтернативній формі потрібно:

- Форма реабілітаційного діагнозу.
- Програма для роботи з реабілітаційним діагнозом «ICF-reader».
- Використання опитувальника ВООЗ «ICF Checklist».
- Шкала оцінки інвалідності ВООЗ 2.0 (оригінальна аббревіатура: WHODAS 2.0).
- Історії хвороби з функцією перекладу в МКФ.
- «ICF-browser» та «ICF-based Documentation Form» ([icf-core-sets.org](http://icf-core-sets.org)).

Форма реабілітаційного діагнозу - зручний інструмент для роботи з МКФ. Дана форма проста у використанні. До цієї форми вписуються проблеми пацієнта в категоріях МКФ, сформульовані своїми словами. Заповнення даної форми в середньому може займати до 10





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

хвилин. За цей час всі учасники МДК висловлюють своє бачення пацієнта, встановлюється мета реабілітації, розподіляються завдання для фахівців по роботі з проблемами пацієнта, приймається рішення про маршрутизацію пацієнта в процесі реабілітації і складається ППМР. При повторній оцінці пацієнта на зборах МДК витрачається значно менше часу, так як головним чином, проводиться оцінка динаміки пацієнта. В кінці курсу реабілітації дається висновок про досягнення пацієнтом поставленої при надходженні мети.

Виходячи з своїх подальших суджень про діагнози та прогнози та враховуючи цілі індивіда, фізичні терапевти керують людиною шляхом направлення направлень, надання втручань, проведення повторних експертиз і, за необхідності, модифікації втручань для досягнення цілей та результатів особистості та визначення висновку до плану догляду. Детальний процес обстеження та оцінювання фізичного терапевта є подібним за структурою для окремих осіб, але відрізнятиметься конкретним змістом, виходячи з потреб людини.

### **3. Оціночні шкали та опитувальники в реабілітаційній практиці**

Використання оціночних шкал дозволяє забезпечити більш високу якість реабілітації. На кожного учасника МДК покладаються функціональні обов'язки, пов'язані як з оцінкою стану пацієнта, так і з проведення реабілітації в рамках компетенції фахівця. Практичне застосування оціночних шкал дозволить контролювати ефективність роботи кожного учасника МДК.

Для чого потрібні шкали? - • Оцінка початкового стану пацієнта, • Оцінка динаміки стану пацієнта, • Визначення реабілітаційного потенціалу, • Визначення маршрутизації пацієнта, • Оцінка ефективності реабілітації, • Оцінка якості роботи кожного учасника МДК, • Документоване обґрунтування роботи фахівців МДК для керівництва медичних/реабілітаційних установ тощо.

Шкали, тести і опитувальники є способом об'єктивізації суб'єктивних показників з метою стандартизації оцінки загального та реабілітаційного статусу пацієнта, динаміки відновлення тих чи інших функцій у конкретного хворого або для оцінки результативності лікувальних заходів або реабілітаційної програми.

Застосування поширених міжнародних шкал відповідно до патології, для об'єктивізації якої вони створені, дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику і оцінку динаміки стану пацієнта поряд з сучасними інструментальними і лабораторними методами дослідження.

#### **Використані літературні джерела**

1. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов // Вестник Восстановительной медицины, № 6 (82) 2017

2. Міжнародна класифікація функціонування як дороговказ впровадження концепції соціальної педіатрії /В.Ю. Мартинюк, О.В. Назар // Современная педиатрия. 3(67)/2015

3. Применение Международной классификации функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты / А. В. Шошмин, Г. Н. Пономаренко, Я. К. Бесстрашнова, И. В. Черкашина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016;93(6): 12-20

4. Романишин Н.Я. Основы построения реабилитационного диагноза в клинической практике физическим реабилитологом / Романишин Н.Я. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, 2012. - № 1. – С. 94-96.

5. Як застосовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я у реабілітації [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.medsprava.com.ua/article/673-qqq-17-m6-01-06-2017-yak-zastosovuvati-mjnarodnu-klasifikatsyu-funktsonuvannya-obmejennya>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# RENAV



## ЛЕКЦІЯ 2

### Тема: МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

#### План

1. Реабілітаційне обстеження опорно-рухового апарату, особливості та етапи проведення
2. Спостереження, та його складові в реабілітаційному обстеженні
3. Суб'єктивне оцінювання та його складові в реабілітаційному обстеженні
4. Об'єктивне оцінювання та його складові в реабілітаційному обстеженні

Однією з основних складових побудови реабілітаційної програми є реабілітаційне обстеження для визначення основних проблем з подальшим прогнозуванням, плануванням, виконанням та оцінюванням результатів реабілітаційного втручання.

Провідні закордонні фахівці дотримуються дуже близьких поглядів на значення, структуру та зміст процедури обстеження ОРА. Їх основою стали розробки видатних теоретиків та практиків галузі другої половини минулого століття Д.Сиріакса, Ф. Калтенборна та Д.Мейтленда. Джеймс Сиріакс, вперше почав застосовувати логічну систему обстеження ОРА, що умовно складається з трьох частин: - *спостереження*; - *суб'єктивне оцінювання*; - *об'єктивне оцінювання* (окремі обстеження). Важливо врахувати показники якості життя та психоемоційного стану. Помилки у обстеженні спричиняють помилки у подальшій діяльності реабілітолога. Результат обстеження – кількісні та якісні показники.

*Спостереження* потрібно здійснювати безперервно протягом обстеження та всього курсу реабілітації. Ціль спостереження під час обстеження – визначення ймовірних рухових проблем пацієнта та пошук способів їх розв'язання. Об'єктами спостереження є рухова активність пацієнта, особливості будови тіла. Спостереження потрібно розпочинати якнайшвидше, із першого моменту, коли пацієнт рухається невимушено. Реабітолог може виконувати формальне (коли пацієнт знає) та неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження. Спостерігають поставу, бажання рухатись, симетрію рухів, компенсаторні рухи, координацію, рівновагу, функціональний рівень. Дані, отримані в результаті формального та неформального спостереження, повинні взаємно доповнюватись і не бути суперечливими. На підставі їх аналізу фізичний реабілітолог робить висновки щодо особливостей рухових порушень пацієнта. Невідповідність даних формального й неформального спостереження вказує на необхідність виконання повторних спостережень

*Суб'єктивне оцінювання* стану пацієнта визначається на основі інформації зібраної зі слів самого пацієнта, опікунів та родичів, за даними опитування чи анкетування.

До суб'єктивної інформації відноситься: 1. Загальна інформація про пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, коли встановлені, дата госпіталізації (з історії хвороби). 2. Головна скарга – повинна стосуватися рухової сфери. 3. Професія, рівень повсякденної активності, заняття спортом, захоплення. 4. Виникнення проблеми. 5. Коли встановлено основний діагноз і його тривалість, попереднє лікування та реабілітація, який результат? 6. Чи симптоми змінюються з початку виникнення? 7. Біль: характер, інтенсивність і динаміка. 8. Супутні захворювання – додаткові скарги, ускладнення. 9. Чинники, пов'язані із повсякденною активністю. Ціль опитування – складання історії рухового порушення, історії захворювання та його перебігу. Для збору інформації застосовують відкриті та закриті запитання.

Важливо визначити особливості повсякденної активності пацієнта до захворювання та виявляти їх імовірний зв'язок зі скаргами й симптомами. Якщо пацієнт відзначає негативну динаміку симптомів протягом тривалого часу з початку виникнення, то потрібно розглянути доцільність нової консультації лікаря. Особливу увагу під час опитування потрібно звертати



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

увагу на біль, який супроводжує більшість порушень та захворювань, його характер, інтенсивність, динаміку.

На сьогодні існує багато стандартизованих опитувальників для виявлення та оцінки больового синдрому. Оригінальна версія анкети *Анкета Роланда-Морріса* (Roland-Morris Disability Questionary, RDQ) дозволяє оцінювати вплив болю в поперековій ділянці на порушення життєдіяльності, використовується при гострих і підгострих больових синдромах.

*Шкала болю в спині Квебек* (Quebek Back Pain Disability Scale, QBPDQ) дозволяє виявити труднощі при виконанні 20 щоденних видів діяльності за 5-бальною шкалою.

*Шкала Стратфорда для оцінки функцій при болю в спині* (The Back Pain Function Scale of Stratford, BPFS) розроблена для оцінки зміни виключно функціональних можливостей пацієнтів з болем у спині. За 5-бальною шкалою досліджується 12 найбільш частих видів діяльності людини.

*Візуально аналогова шкала болю* (ВАШ, VAS) використовується в повсякденній практиці, дозволяє оцінити тяжкість та інтенсивність болю.

*Цифрова рейтингова шкала* (ЦРШ, NRS) для визначення інтенсивності болю і складається з 11 пунктів. Її використання можливе навіть по телефону. Для дітей використовуються шкали з малюнками щасливих і нещасливих обличчя.

У низці інших шкал одночасно оцінюється біль і ЯЖ (в одних - більше уваги приділяється впливу болю, в інших - біль є лише аспектом, що впливає на ЯЖ). При оцінці хронічного і рецидивуючого больового синдрому важливою є оцінка тяжкості болю за певний інтервал часу, а не в певний момент.

*Шкала оцінки хронічного больового синдрому Вон Корфа* (Chronic pain grade questionnaire, CPQG). Особливістю є врахування тривалості болю і її інтенсивності, та вплив болю на повсякденну діяльність, відпочинок, роботу протягом останнього місяця.

*Анкета болю Макгілла* (McGill Pain Questionnaire - MPQ) дозволяє кількісно визначити сенсорні, емоційні та інші аспекти больового синдрому при хронічному болю. Результати опитування можуть служити для оцінки не тільки болю, але і емоційного стану пацієнта.

Оцінка тільки вираженості больового синдрому по одній з шкал, сама по собі є суб'єктивною, тому доцільно застосування шкал, побудованих на різних принципах оцінки.

Додатковим етапом опитування є анкетування, де проводиться збір інформації з одночасним її нотуванням на папері.

**Анкетування** для визначення загальної інформації про пацієнта рівня її якості життя. При використанні відповідних інструментів зазвичай мається на увазі узагальнена характеристика - якість життя (ЯЖ) пацієнтів, підібраних відповідно до рекомендацій CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). Така характеристика, як ЯЖ, особливо важлива для групи пацієнтів з коморбідними станами, які можуть впливати на ефективність лікування.

*Анкета якості життя SF-36* (Short Form) розроблена в процесі вивчення медичних винаходів (Medical Outcome Study, MOS), виконаного корпорацією RAND (Research and Development corporation). Згодом група вчених опублікувала комерційну версію анкети: RAND-36™. SF-36 і RAND-36 включають однаковий набір питань, які відрізняються особливостями підрахунку «загального здоров'я» та «шкали болю».

*Анкета якості життя Освестрі* (Oswestry Disability Index (ODI) застосовується для оцінки ступеня порушення життєдіяльності, обумовленого патологією хребта.

Дослідження якості життя вже увійшли в повсякденну практику якісних клінічних досліджень. Отримані науковим шляхом дані можуть допомогти реабілітологу при визначенні оптимальної тактики реабілітації, а пацієнтові - у виборі найбільш прийняттого варіанту лікування. Динамічне дослідження якості життя після завершення лікування дозволяє



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

здійснювати тривалий моніторинг стану хворого в періоді реабілітації, діагностувати ранні і пізні небажані явища. Оцінювання якості життя є надійним та інформативним інструментом, що дозволяє охарактеризувати стан здоров'я пацієнтів.

Важливим елементом при проведенні анкетування є можливість визначити рівень працездатності. Професійний статус повинен бути оцінений під час першого візиту, та після закінчення курсу реабілітаційної терапії. Рекомендується вимірювати час втрати працездатності і тривалість відновного періоду, групу інвалідності, якщо така є.

*Анкета непрацездатності* (The Work Limitations Questionnaire, WLQ) була розпочата в 1994 р. Вона була опублікована D. Lerner і співавт. в 2001 р Шкала WLQ призначена для оцінки *непрацездатності* при хронічних больових синдромах.

Також важливо з'ясувати думку пацієнта про ефективність попередньої реабілітації, якщо така здійснювалась. Для збору необхідної інформації застосовують відкриті та закриті запитання. Результатом опитування має стати план подальшого обстеження. Важливим критерієм результату лікування є «задоволеність» пацієнта результатом лікування захворювання. Існує безліч підходів до кількісного оцінювання такої «задоволеності».

*Суб'єктивна оцінна шкала Macnab* проста у використанні. Пацієнт оцінює результат свого лікування як «Відмінний», «хороший», «задовільний» або «незадовільний».

*Шкала «задоволеності»* це оцінки ступеня задоволеності лікуванням пацієнтів з онкологічними захворюваннями, але вона цілком прийнятна і в випадках ОРА патології. Шкала містить питання, які висвітлюють інформацію про лікування, наявності емоційної підтримки і власне оцінку ефективності проведеного лікування.

*Шкала функціонально-економічного результату Prolo* призначена спеціально для дослідження пацієнтів при операціях на хребті. Передбачає дві сторони оцінки: економічного результату (з позиції ступеня втрати працездатності) і функціонального результату (з позиції здатності до фізичної діяльності).

*Шкала результатів захворювань попереково-крижової області* (The Low-Back Outcome Scale, LBOS) для оцінки функціонального результату лікування пацієнтів з болем в попереку. Результати - «відмінний», «хороший», «задовільний» або «поганий» виражаються у балах на основі відповідей на 13 запитань про інтенсивність болю, працездатності, можливості активної фізичної і повсякденної діяльності і т.д.

Завершальна частина – *об'єктивне оцінювання* – полягає у послідовному виконанні фізичним реабілітологом окремих тестів та вимірювань. Д.Сиріакс розробив та описав метод обстеження ОРА, що ґрунтується на тестуванні тканин вибірково напруженням (selective tissue tension testing – STTT).

Для локалізації пошкодження Д.Сиріакс запропонував розділяти структури, що приймають участь у виконанні руху, на скорочувальні та інертні. У основу такої класифікації було покладено функціональний підхід. Д.Сиріакс пропонував розпочинати з виконання активних рухів, звертаючи увагу на бажання та можливості пацієнта виконувати рух по нормальній амплітуді з необхідною силою.

Під час обстеження Ф.Калтенборн додатково застосовував м'язове тестування для оцінки сили м'язів по шкалі від 0 до 5, а також виконував біомеханічне мануальне обстеження суглобів за особливою методикою. Ф.Калтенборн створив теорію, згідно якої повна амплітуда пасивного руху у синовіальному суглобі є можливою лише при наявності так званих додаткових суглобових рухів: ковзання, обертання, витягання, стискання. Це нефізіологічні малоамплітудні рухи, що перебувають поза вольовим контролем пацієнта і можуть бути виконані тільки реабілітологом.

Обстежуючи суглоби пасивним рухом, австралійський фізичний терапевт Джефрі Мейтленд звертав особливу увагу на три чинники, що можуть обмежувати амплітуду: біль,





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

фізичну протидію у суглобі (опір) та спазм м'язів. Для оцінки величини зазначених обмежуючих чинників та їх впливу на амплітуду руху Д.Мейтленд запропонував використовувати рухові діаграми. Діаграма руху створюється шляхом побудови графіків зміни болю, опору та м'язового спазму протягом виконання руху. Така діаграма дозволяє оцінити поведінку усіх обмежуючих чинників та зв'язок між ними під час виконання конкретного руху. Важливим елементом обстеження ОРА є визначення рухливості у суглобах методом гоніометрії за стандартизованою методикою. Вимірювати потрібно активну та пасивну амплітуду. Додатковими методами обстеження є проведення функціональних тестів, стрес тестів та неврологічне тестування, в разі необхідності.

### **Використані літературні джерела**

1. Davidson M., Keating J.L. A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Phys Ther* 2002; 82: 8—24.
2. Hislop HJ, Montgomery J. Daniels and Worthingham's Muscle Testing: Techniques of Manual Examination. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2007.
3. Lattig F., Grob D., Kleinstueck F.S. et al. Ratings of global outcome at the first post-operative assessment after spinal surgery: how often do the surgeon and patient agree? *Eur Spine J* 2009; 18: 386—394.
4. Orthopedic Physical Assessment 6th Edition by David J. Magee, 2014. - 1184 pages.
5. Ostelo R.W., Deyo R.A., Stratford P. et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine* 2008; 33: 90—94.
6. Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation (Musculoskeletal Rehabilitation 2nd Edition / by David J. Magee, James E. Zachazewski, William S. Quillen, and Robert C. Manske, 2016. - 1240 pages
7. Special Tests in Musculoskeletal Examination: An evidence-based guide for clinicians, 1e 2010
8. Stratford P.W., Binkley J.M. et al. Development and initial validation of the Back Pain Functional Scale. *Spine* 2000; 25: 2095—2102.
9. Wall and Melzack's Textbook of Pain // 5 th Edition. – Elsevier Churchill Livingstone. – 2005. – 1239 p.
10. Герцик А. М. Структура процедури обстеження опорно-рухового апарату у фізичній реабілітації / А. М. Герцик // 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
11. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія / Андрій Герцик. - Львів : ЛДУФК, 2018. - 388 с. Режим доступу : <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/19677>
12. Использование шкал и анкет в вертебрологии /В.А. Бывальцев, Е.Г. Белых, В.А. Сороковиков, Н.И. Арсентьева// Журнал неврологии и психиатрии, 9, 2011; Вып. 2. – С. 51-56.
13. Крись-Пугач А.П. з співавт. Обстеження та діагностика опорно-рухових розладів у дітей .Київ-Хмельн. - 2002. – 216 с.
14. Особливості обстеження опорно-рухового апарату в фізичній реабілітації /В.С. Полковник-Маркова// Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. № 3 (2016). – С. 173-179.
15. Тиравська О. Реабілітаційне обстеження осіб після хірургічного лікування кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта / Оксана Тиравська // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. - Л., 2009. - Вип. 13, т. 3. - С. 171 - 175. Режим доступу : <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/2219>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# РЕНАВ



## ЛЕКЦІЯ 3

### Тема. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ДС ТА ССС 2 год.

#### План

1. Загальноприйняті методи контролю показників серцево-судинної та дихальної систем.
2. Сучасні діагностичні тести та шкали для контролю за станом пацієнта та впливом фізичних навантажень на організм.

Клінічне обстеження передбачає збір анамнезу, огляд, пальпацію, перкусію та аускультацию. Збір анамнезу, перкусію та аускультацию проводиться разом із лікарем, який лікує.

*Збір анамнезу* виявляє питання щодо перебігу захворювання, групи ризику виникнення ускладнень, чинників, які сприяють загостренню захворювання, та шляхи їх усунення.

*Огляд* дає уявлення як про загальний стан хворого, стан шкірних покривів, форму і рухи (симетричні та асиметричні) грудної клітки, рухи у стані спокою та під час навантаження, поставу, тип дихання. Проводячи фізичне обстеження пацієнта, потрібно порівнювати обидві частини; плановий порядок обстеження: з голови до ніг.

Для визначення виду порушення постави рекомендовано визначати клінічні симптоми різних типів порушення постави, використовувати карти оцінювання постави: «Нью-Йоркський тест класифікації постави тіла» та «REEDCO posture score sheet» та інші.

*Пальпація* визначає резистентність грудної клітки, ЧСС, наявність чи відсутність больових м'язових ущільнень, за наявності - місце і ступінь болю. Ступінь болю визначають за шкалою оцінювання болю через зображення Вонга-Бейкера, оціночних шкал ВАШ, ШВО.

*Перкусія* проводиться в тих місцях, які відповідають розміщенню легені. У нормі чути чіткий (голосний), повний (довгий), досить низький і не тимпанічний (не коробковий) звук. Цей звук відрізняється від того, що дають з'єднані з легенями органи (серце, м'язи плечового пояса, шия, печінка, селезінка тощо).

*Аускультация* дає змогу вислуховувати дихальні шуми (основні та додаткові), що вказує на стан дихальної системи на певний момент. Хрипи — додаткові (побічні) дихальні шуми, які виникають під час розвитку патологічного процесу у трахеї, бронхах, у порожнині легені.

*Антропометричні вимірювання* доповнюють і уточнюють дані зовнішнього огляду, дають можливість точніше визначити рівень фізичного розвитку досліджуваного. За даними обводів грудної клітки визначаємо екскурсію грудної клітки (ЕГК) - важливу функціональну величину.

Підрахунок *частоти дихальних рухів* потрібно проводити тоді, коли людина перебуває у стані неспання та спокою.

*Спірометрія* є одним із методів у діагностиці бронхо-легеневих захворювань, її часто використовують під час обстеження респіраторної функції і розглядають, як початковий етап виявлення порушення вентиляції. За допомогою сучасних спірометрів визначають низку показників, які поділяють на 2 групи (статичні, динамічні, або функціональні).

*Життєвий індекс (ЖІ)* - важливий показник фізичного розвитку, дозволяє оцінити стан функціонування дихальної системи відповідно до індивідуальних особливостей.

Для оцінювання стану кардіореспіраторної системи застосовують індекс *Скібінського (ІС)*.

Ступінь стійкості організму до дефіциту кисню розраховують за *індексом гіпоксії (ІГ)*. У функціональній діагностиці індекс гіпоксії набуває важливого значення під час обстеження спортсменів, які виконують фізичні навантаження з великою кисневою заборгованістю.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

*Тонометрія* - проводиться за методом Короткова з допомогою мембранного тонометра для моніторингу загального стану та розрахунку індексів, які характеризують функціональний стан вегетативного відділу нервової системи. АТ визначають перед заняттям з фізичної реабілітації, під час нього (на 10 хв. заняття), в кінці заняття та на п'ятій хвилині відпочинку.

*Пульсометрія*. Визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв) за стандартною методикою на променевої артерії з метою контролю за загальним станом серцево-судинної системи пацієнтів та розрахунку індексів, які характеризували функціональний стан вегетативного відділу нервової системи.

Для оцінювання функціонального стану використовують *тест 6-хвилинної ходьби (ТШВ)*. Для виявлення гіперреактивності дихальних шляхів використовують *бронхопровокаційну пробу з фізичним навантаженням*.

Під час виконання тесту 6-хвилинної ходьби також оцінюється виконану роботу (А) та її потужність (Р), час відновлення, толерантність до фізичного навантаження за метаболічним еквівалентом (METs), визначаються показники сатурації за допомогою пульсооксиметра, вегетативний індекс та оцінку якості реакції ССС на фізичне навантаження за Кушелевським, адаптаційний потенціал, об'єктивну оцінку рівня фізичного навантаження за даними приросту ЧСС (за В. В. Розенблатом). *Пульсоксиметрія* - неінвазивний метод вимірювання процентного вмісту оксигемоглобіну в артеріальній крові (SpO<sub>2</sub>). З цією метою використовують портативний пульсооксиметр Неасо REF. Додатковими методами обстеження в сучасних умовах є шкали та опитувальники, які дозволяють виявити різноманітні стани та патології.

Для оцінки якості життя пацієнтів з дихальними патологіями застосовують *Questionnaire the quality of life of patients with bronchial asthma under standardized activities AQLA(S)* – опитувальник якості життя хворих на астму за стандартизованими видами діяльності, адаптований опитувальник для різних видів алергопатології.

Для більш точної оцінки впливу бронхолегеневих симптомів на ЯЖ хворих на БА в поєднанні з ІХС застосовують спеціальний респіраторний опитувальник SGRQ.

Для оцінки вираженості симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує декілька апробованих запитальників. GOLD рекомендує використовувати модифікований опитувальник Британського медичного дослідницького ради (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) або тест оцінки ХОЗЛ (CAT).

Для оцінки тяжкості задишки рекомендовано використовувати тест оцінки ХОЗЛ (CAT) (COPD Assessment Test (CAT)), який має більш широке призначення, він дозволяє оцінити вплив ХОЗЛ на повсякденне життя і здоров'я пацієнта.

Оцінку виразності кашлю та кількості мокротиння рекомендовано здійснювати за допомогою шкали В.М. Савченка (2001); опитувальника контролю ХОЗЛ (Clinical COPD Questionary (CCQ)).

Для визначення функціональної задишки застосовують шкалу Modified Medical Research Council (mMRC), а для визначення суб'єктивної оцінки задишки під час аеробного фізичного навантаження - шкалу Борга (Borg). Для суб'єктивного оцінювання аеробного фізичного навантаження ми застосовували шкалу Робертсона (Robertson).

Щоб краще зрозуміти емоційний стан і самопочуття з бронхолегеневими захворюваннями в умовах лікарні, використовують Госпітальну шкалу тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

*Для оцінки стану та ризиків пацієнтів з СС патологіями такої існує серія тестів та функціональних опитувальників. SCORE* – це абревіатура, яка в перекладі з англійської означає «систематична оцінка коронарного ризику». Шкала SCORE надає можливість не тільки визначити рівень ризику, а й спрогнозувати його динаміку в майбутньому. В новій моделі SCORE враховано ризик розвитку не лише ішемічної хвороби серця, але й усіх захворювань,



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



пов'язаних з атеросклерозом, запропоновано перейти від профілактики ішемічної хвороби серця до профілактики серцево-судинних захворювань у цілому.

Опитувальник HeartQoL HeartQoL – генеричний психометричний інструмент оцінки ЯЖ в міжнародній когорті хворих зі стенокардією, інфарктом міокарда, серцевою недостатністю ішемічного походження

Додатковими опитувальниками визначення стану ЯЖ, здоров'я загалом та особливостей зміни життєвого режиму відповідно до хвороби є опитувальник SF-12 Short Form Health Survey, опитувальник EuroQoL (EQ-5D-3L), європейський опитувальник EQ-5D.

#### **Використані літературні джерела**

1. Алгоритм реабілітаційного обстеження дітей з бронхо-легеневими захворюваннями Н Івасик - Слобожанський науково-спортивний вісник, 2016 4 (54), С. 42-46
2. Єфімова С. Функціональні легеневі тести в дітей. Динаміка показників функції зовнішнього дихання залежно від періоду загострення бронхіальної астми в дітей /Світлана Єфімова, Олена Тарасюк // Спортивна наука України, 2014. - №4 (61). - С. 3-11.
3. Інструментальні методи дослідження функції зовнішнього дихання при захворюваннях бронхо-легеневої системи (Метод рекомендації) /Ю.М. Мостовий, Т.В. Константинович-Чічірельо, О. М. Колошко, Л.В.Распутіна; Вінниц. держ. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. К а ф . пропедевтики внутр. хвороб.— Вінниця , 2000 . — 36 с.
4. Аврунин О.Г. Методы и средства функциональной диагностики внешнего дыхания / О.Г. Аврунин, Р.С. Томашевский, Х.И. Фарук. – Х.: ХНАДУ, 2015. – 208 с.
5. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/терапії дітей шкільного віку з бронхолегеневими патологіями : монографія / Івасик. — Львів : ЛДУФК, 2018. — 393 с Наталія
6. Амосов Н. М. Физическая октивность и сердце / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет. – К: Здоров'я, 1989. – 240 с.
7. Николаева Л. Ф. Реабилитация больных с ишемической болезнью сердца / Л. Ф. Николаева, Д. М. Аронов. – М: Медицина, 2006. – 296 с.
8. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки / И. И. Пархотик. – К.: Олимп. лит., 2014.
9. Carr A.J. Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? Brit Med J 2001; 322: 1240–1243
10. Sears S.F., Conti J.B. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. Heart 2002; 87: 488–493
11. Martin M., Kosinski M., Bjorner J. et al. Item Response Theory Methods can Improve the Measurement of Physical Function y Combining the Modified Health Assessment Questionnaire and the SF-36 Physical Function Scale. Quality Life Res 2007; 16: 467–481.
12. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression / H.F. Kim fet al.] // Psychosom. 2000. - Vol.41. - P. 465.
13. Butz A. Rural children with asthma: impact of a parent and child asthma education program [Text] / A. Butz, L. Pham, L. Lewis [et al.] // J. Asthma. – 2005. – Vol. 42 (10). – P. 813–821





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**РЕНАВ**

## ЛЕКЦІЯ 4

### **Тема МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

#### **План**

1. Дизайн реабілітаційного обстеження неврологічних пацієнтів
2. Складові реабілітаційного обстеження неврологічних пацієнтів

#### **1. Дизайн реабілітаційного обстеження неврологічних пацієнтів**

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (1980 р.) у неврологічних хворих виділяють три рівня наслідків захворювання або травми.

- ♣ Перший – рівень неврологічного дефіциту (рухові, чутливі, тонічні, психологічні).
- ♣ Другий – це порушення функції, до яких можуть привести неврологічні ушкодження.
- ♣ Третій – рівень наслідків, що включає порушення побутової та соціальної активності, які виникають в результаті неврологічних ушкоджень і порушень функцій.

Для оцінки кожних з рівнів наслідків (порушення функції, фізикальних обмежень, порушення побутової і соціальної активності) у хворих з різними неврологічними захворюваннями використовуються різні шкали та опитувальники.

Завдання фізичної терапії при ураженні центральної нервової системи

А. Загальні задачі: – профілактика застійної пневмонії; – профілактика пролежнів; – профілактика трофічних змін шкіри уражених кінцівок; – відновлення побутових навичок; – покращення психоемоційного стану хворого.

Б. Спеціальні задачі: – усунення м'язових дистоній з ціллю попередження м'язових контрактур, усунення перерозтягування периферичних нервів; – попередити появу чи зменшити вираженість патологічних глибоких рефлексів, синкінезій, трофічних змін м'язів, зв'язок, фасцій, апоневрозів, поверхонь суглобів, м'язово-суглобових контрактур, вимушеного положення кінцівок; – збереження функціональної рухливості суглобів в паретичних кінцівках; – стабілізація рівноваги, покращення координації.

#### **2. Складові реабілітаційного обстеження неврологічних пацієнтів**

##### *Загальний анамнез*

Повноцінне реабілітаційне обстеження повинно базуватися на:

- точному лікарському діагнозі
- типі травми чи захворювання
- ускладненнях від основного травмуючого чинника
- супутніх захворюваннях
- медикаментозному лікуванні
- соціальному стані
- протипоказаннях до фізичної реабілітації
- та особистих відчуттях пацієнта, його сприйнятті хвороби.

##### **Оцінка психічного статусу, психоемоційного стану та якості життя загалом.**

Психічний статус найретельнішим чином повинен перевіряти нейропсихолог, який входить до групи фахівців які проводять обстеження. Психоемоційний стан та якість життя оцінюються стандартизованими шкалами та опитувальниками. Емоційний стан пацієнтів та ступінь проявів депресії оцінюється за шкалою депресії Бека, Шпитальною шкалою тривоги та депресії тощо.

*Додаткові обстеження відповідно до виявлених симптомів.* Для виявлення ознак вегетативних розладів можна використовувати таблиці Вейна: опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін та схему дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**РЕНАВ**

Додатковими складовими реабілітаційних обстежень при ГПМК є виявлення ураження *черепно-мозкових нервів (ЧМН)* та визначення рівня свідомості і пізнавального стану (сприйняття хворим інформації).

При хреботно-спинномозковій травмі вище 6 грудного хребця спостерігаються *розлади функції дихання*, особливо при травмі шийного відділу хребта. При обстеженні дихальної системи звертати увагу на тип дихання, частоту дихання (задишка), результати спірометрії для визначення ЖЄЛ, для визначення локалізації хрипів та вентиляції проводити аускультацию легень, проводити моніторинг рівня оксигенації крові тобто визначенням рівня кисню в крові.

*Дослідження когнітивних функцій.* Коротке обстеження когнітивних функцій (MMSE) - це короткий інструмент для обстеження, який забезпечує кількісну оцінку когнітивних розладів та записує когнітивні зміни з часом. Рекомендоване використання шкал та опитувальників.

**Шкала визначення когнітивних рівнів Ранчо** характеризується рівнями збудження, уваги та пізнання, застосовується під час реабілітації у межах госпіталю. Дана шкала підсумовує нейроповедінкові функції та служить для покращення спілкування між персоналом. Є корисною для фізичного терапевта з метою визначення проблем та побудови стратегій втручання базуючись на поточному рівні когнітивних функцій. Основним недоліком шкали є недостатня кореляція між „фазами відновлення” та прогнозом функціонування при виписці.

Для загальної оцінки використовують **скринінгові шкали: МоСА-тест (Montreal Cognitive Assessment)** та **батарея тестів лобної дисфункції – Frontal Assessment Battery (FAB)**. Окрім скринінгових шкал рекомендовано проводити дослідження окремих доменів когнітивних функцій. Для оцінки стану коротко- та довгострокової вербальної пам'яті, механізмів запам'ятовування, зберігання та відтворення інформації використовувався тест «10 слів» О.Р. Лурія - кількість слів відтворених після першого називання, кількість слів, збережених та відтворених 54 через годину. Для диференціації порушень зберігання та відтворення досліджуваному пропонувалось впізнати неназвані при відтермінованому відтворенні слова серед інших, які раніше не називались.

**Темп сенсомоторних реакцій, обсяг уваги і здатність до її переключення**, динаміка працездатності досліджують за допомогою таблиць Шульте.

**Здатність до планування та вирішення проблем** досліджується за допомогою тесту «Лабіринт». Фіксують час, витрачений на пошуки виходу з намальованого лабіринту, успішність виконання завдання, наявність помилок.

**Здатність до узагальнення, порівняння, абстрагування** визначається за тестом «Виключення понять». Бальна оцінка результатів за принципом запропонованим В. Dubois, згідно якого за кожну вірну відповідь нараховується один бал.

**Кількісна оцінка швидкості мовлення та семантичної пам'яті** проводиться за допомогою тестів літеральних та категоріальних асоціацій. Кількість набраних за тестом балів дорівнює кількості названих за хвилину слів, що починаються на букву «с» (літеральні асоціації), та назв будь-яких тварин (категоріальні асоціації), але не більше 20. У нормі кількість названих слів у тесті літеральних асоціацій менше ніж в тесті категоріальних асоціацій. При когнітивних порушеннях нейродинамічного характеру зменшується кількість слів в обох тестах, але співвідношення між ними залишається.

**Тестування чутливості** – дотикової, больової, температурної, пропріоцептивної, балістичної проводиться за стандартизованими методиками.

**Тестування рефлексів.** Тестування сухожилкових рефлексів проводиться неврологічним молоточком, ударяючи ним по сухожилку. Відсутність сухожилкових рефлексів, або їх збільшеність, не свідчить про патологію нервової системи. Потрібно тестувати основні сухожилкові рефлекси, поверхневі рефлекси та патологічні рефлекси,.

**Вимірювання амплітуди руху в суглобах** (пасивна активна) проводиться за допомогою



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**РЕНАВ**

гоніометра стандарним методом, однак при неврологічній патології потрібно враховувати протипоказання, застереження і обмежуючі фактори.

**Тестування тону́су м'язів** - проводиться пальпаторно, або швидким розтягом м'язу. З метою контролю та оцінки рівня спастички використовують шкалу спастичності Ашфорда.

**Модифікована шкала спастичності Ашфорда (Modified Ashworth Scale)** - вимірює спастичність у пацієнтів з ураженням ЦНС. Наявність і обсяг спастички може впливати на усі види руху і функцій організму людини. Шкала розроблена для вимірювання спастички у дорослих які перенесли інсульт. Спочатку шкала описувала 5 оцінок від 0 до 4. У 1987 році Боханон та Сміт до шкали додали ступінь 1+ щоб допомогти диференціювати легші та важчі прояви спастички. Оригінально цей тест був розроблений для проведення у положенні лежачи на спині, але згодом тест почали використовувати також у положенні стоячи та сидячи, такі положення сприяють більшому прояву тону́су м'язів розгиначів.

**Тестування сили м'язів** проводиться за п'ятибальною шкалою тестування сили м'язів по Ловетту. Дане обстеження є суб'єктивним методом оцінки функціонального стану паретичних м'язів, є простий у застосуванні.

**Моторний контроль вертикалізації** – обстеження сили нижньої кінцівки у положення стоячи. Даний тест вимагає щоб пацієнт виконував рух кінцівкою проти сили тяжіння та у разі успіху, підтримував стабільність суглобу з протидією на рухи дослідника. Оцінка контролю вертикалізації проводиться для пацієнтів, які мають порушений селективний рух (синергії) і тому їх сила не може бути точно визначена за допомогою стандартного ММТ. Тест застосовується при: інсульті, церебральному паралічі, черепно-мозкова травма. Мінімальні вимоги від пацієнта для проведення тесту;

1. Має порушений селективний моторний контроль
2. ММТ неможливо провести точно
3. Потребує допомоги не більше однієї людини щоб стояти
4. Повинен розуміти і виконувати інструкції
5. Дві тестуючі особи: один - підтримує руку, якщо потрібно забезпечує стабільність; інший – демонструє тести та визначає оцінку.

***Рухові навички, функціональні можливості та повсякденна активність.***

**Клінічні інструменти та шкали** для оцінки рухових функцій можуть застосовуватися для:

1. виявлення наявності/відсутності порушень стато-локомоторних функцій, визначення ризику падінь;
2. визначення основної причини розвитку порушень рівноваги і ходьби, щоб управляти або ефективно лікувати її;
3. визначення ефективності проведеного лікування.

*Існують традиційні шкали, багатокомпонентні порядкові шкали та шкали страху падінь і ефективності падінь.* Багатокомпонентні порядкові шкали корисні в оцінці виконання простих повсякденних дій. Такі шкали ранжують виконання серії рухових тестів від 3 до 5 або використовується секундомір, щоб визначити, наскільки довго пацієнт може утримувати рівновагу в певній позі. Половина пацієнтів із запамороченням відчувають страх падіння, що впливає на ступінь рухової активності і незалежність в самообслуговуванні. Важливо використовувати перевірені методи оцінки, здатні виявити і кількісно оцінити страх падіння.

**Тестування функції.** Функціональна оцінка включає, вміння пацієнта виконати самостійно певні навички які є необхідні у повсякденному житті. Для оцінки рівня володіння функціональними навичками та навичками самообслуговування хворих з спинномозковою травмою існують оціночні шкали і їхній вибір повинен диференціюватись залежно від етапу реабілітації, важкості неврологічного дефіциту. Використовують оціночну шкалу COVS та FIM.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**РЕНАВ** 

Тест COVS складається з 10 завдань. Якість виконання завдання оцінюють балами від одного до семи. Тест COVS не застосовується для обстеження хворих, рухливість яких обмежена болем, гострим або хронічним; в яких першочерговим завданням є лікування респіраторних ускладнень, у яких за короткий період часу змінюється фізична функція.

Шкала FIM є одним з методів тестування соціально-побутових навичок, який широко застосовується при ураженні спинного мозку. FIM зосереджується на шести сферах: самообслуговування (самогляд); контроль сфінктерів; переміщення; пересування; спілкування та соціальна свідомість (активність). Кожна сфера діяльності передбачає виконання якихось завдань, якість котрих оцінюється в балах від 1-го до 7-ми

Простий і ускладнений тест(проба) Ромберга (Rombergtest, Sharpened Romberg) проста проба з відкритими і закритими очима з фіксацією погляду на об'єкті характеризує якість нервово-м'язової активності і дозволяє оцінити рівень сформованості навичок рухової сенсорної системи управління стійкості тіла.

**Клінічні інструменти що визначають технічний засіб та ризик падіння** (TrunkControlTest, шкала балансу Берга, Four Step Square Test (тест 4-ох квадратів), Timed Up and Go (Встань і йди тест на час), Get up and go test (Тест «Встань і йди).

**Шкала рівноваги Берга** (Berg balance scale - BBS) - виконуються статичні і динамічні дії різної складності. Шкала балансу Берга краще підходить для використання з пацієнтами з гострим інсультом, так як більшість з цих пацієнтів не можуть отримати максимальні бали при прийомі в реабілітацію

**Шкала «Оцінка мобільності орієнтована на виконання завдання»** (Performance-oriented mobility assesment – POMA) або шкала Тінетті (Tinetti ME. 1986). POMA включає в себе оцінку рівноваги, та ходьби.

**Шкала Тінетті «Ефективності падінь»** (Fall efficacy scale – FES) оцінює ступінь страху пацієнта при виконанні побутових завдань. Тест оцінки балансу в положенні сидячи - Sitting Balance Score.

**Тест чотириквадратного кроку** Four Step Square Test для визначення динамічного балансу, що клінічно оцінює здатність людини переходити вперед, вбік і назад. Оскільки більшість падінь відбувається під час руху, тест розроблений для визначення динамічної рівноваги, оцінюється здатність пацієнта швидко змінювати напрямок руху під час крокування через низьку перешкоду вперед, назад і в боки.

**Тест « Встань та йди »** Timed Up and Go оцінює рухливість, рівновагу, здатність ходити і ризик падіння. TUG може продемонструвати меншу надійність серед пацієнтів, які страждають когнітивними порушеннями. При тестуванні використовується допоміжний пристрій при потребі, але однаковий в усіх спробах тестування.

**6-хвилинний тест** призначений для визначення та оцінки фізичні якості та витривалості ходьби пацієнта зокрема. В був розроблений для людей які перенесли кардіологічні операції, але згодом його почали застосовувати у роботі з людьми різного віку та різних діагнозів.

**10-метровий тест ходьби** дозволяє оцінити максимальну швидкість руху в метрах на секунду за короткий час. Тест може бути виконаний за бажаною швидкістю руху або найшвидшою швидкістю

**Клінічний інструмент, що визначає рівень відновлення ураженої кінцівки Шидок – Макмастер (ShedokMaster, CMSA)** оцінює фізичне порушення та стан кінцівки у людей з інсультом та іншими неврологічними порушеннями. CMSA складається з двох показників: 1) Інвентаризація порушення та 2) Інвентаризація діяльності.

**Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)** призначений для обстеження самообслуговування, функціональної мобільності та ходьби. Визначається здатність до виконання завдань самостійно пацієнтом, чи потрібна допомога оточуючих. В





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



опитувальнику є розділи про: прийом їжі, проведення гігієнічних процедур, одягання, переміщення та контроль за туалетними справами.

Клінічні інструменти що визначають ступень досягнення індивідуальних цілей пацієнта - **шкала досягнення мети (Goal Attainment Scaling, GAS)**. Метод визначення ступеню досягнення індивідуальних цілей пацієнта під час втручання. У GAS завдання індивідуально визначаються відповідно до пацієнта, і рівні індивідуально встановлюються навколо їх поточного та очікуваного рівня ефективності.

Визначивши важкість неврологічного дефіциту, стан рухової сфери, маючи чітку і повну картину стану хворого ми можемо прогнозувати результати та ставити реалістичні цілі.

#### **Використані літературні джерела**

1. Barbano RL. Handbook of Manual Muscle Testing Neurology. 2000. p. 1211.
2. Bickley LS, Szilagyі PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
3. Curtis C, Stephens D, Clarke HM, Andrews D. The active movement scale: an evaluative tool for infants with obstetrical brachial plexus palsy. J Hand Surg Am. 2002;27:470-478.
4. DarcyUmphred, Rolando T. Lazaro, Margaret L. Roller, Gordon U. Burton: Neurological rehabilitation, sixth edition:Oxford University Press, 2013. - P. 151-161.
5. ErickScherder. AgingandDementia: neuropsychology, motor skills, and pain / Erick Scherder. — Amsterdam : VU University Press, 2011. - 224 p.
6. Musculoskeletal Examination, 3rd Edition [Jeffrey Gross](#), [Joseph Fetto](#), [Elaine Rosen](#), Wiley-Blackwell 2011, 472 Pages
7. Застосування моделі міжнародної класифікації функціонування (МКФ) у фізичній терапії осіб після перенесеного мозкового інсульту Віра Рокошевська, Богдан Крук. - Сучасні тенденції у практиці і освіті з фізичної терапії. – 2016, С. 50-52
8. Капралов С.Ю. Реабилитация последствием черепно-мозговой травмы / С.Ю. Капралов, Е.А. Пушна // Олімпійський спорт і спорт для всіх : тези дол.. IX Міжнародної наук, конгр. — К.:2005 — С.786.
9. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. – М.:Медпресс-информ, 2012. – 192 с.
10. Методи обстеження осіб з хребетно-спинномозковою травмою в післяопераційний період Крук Б. Р. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2003. - С.301–302.
11. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації / перекл. з англ. Окамото Г. - Л. : Галицька видавнича спілка, 2002. - 294 с.
12. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою: метод. Рекомендації / М.Є. Поліщук, Є.І. Слинько, А.Є. Косінов [та ін.]. — К: ВІПОЛ, 2005. — 35 с
13. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей / под ред. проф. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 224 с.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

## ЛЕКЦІЯ 5

### Тема 5. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ РІЗНОЇ НОЗОЛОГІЧНОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ. 2 год.

#### План

1. Реабілітаційне обстеження пацієнтів з онкодіагнозом
2. Реабілітаційне обстеження пацієнтів літнього віку

#### 1. Реабілітаційне обстеження пацієнтів з онкодіагнозом

Онкологічна захворюваність є однією з основних проблем сучасності. Проведення лікування спричиняє функціональні зміни, які можуть призвести до ускладнень і порушень функції верхньої кінцівки (контрактури чи фіброзування суглобу, лімфостазу, лімфореї, парезу плечового сплетіння, парестезій та болю, лімфангіту, запальних змін вени типу флебіту або тромбофлебіту, остеопорозу кістки) а також погіршення загального фізичного та психологічного стану пацієнтів. Лімфостаз - патологічний симптомокомплекс, з поступовим розвитком в результаті різних причин порушення лімфатичного відтоку, що супроводжується стійким набряком і збільшенням кінцівки або будь-якої частини тіла в розмірі з подальшим фіброзом шкіри та підшкірної клітковини. Своєчасна діагностика та правильне виявлення порушених функцій є запорукою ефективного проведення фізичної реабілітації.

Основними методами обстеження є безперервне спостереження, суб'єктивна оцінка стану пацієнта - збір анамнезу, об'єктивна оцінка стану пацієнта - огляд, пальпація антропометричні вимірювання, інтенсивність та характер болю і поточний контроль за життєво важливими показниками. Важливо врахувати показники якості життя та психоемоційного стану.

Для оцінки якості життя та функціональної активності онкопацієнтів існує багато загальних та спеціальних опитувальників. Стандартизовані опитувальники якості життя класифікуються на Опитувальники для оцінки окремих симптомів (біль, нудота/блювання, слабкість, та інші) та Опитувальники для оцінки спектра основних симптомів.

- *Опитувальник оцінки основних симптомів (M. D. Anderson Symptom Inventory, MDASI)* включає оцінку симптомів найвищої частоти та/або тяжкості у пацієнтів з різними видами пухлин та типами лікування - біль, втома, нудота, порушений сон, страждання (емоційність), задишка, недомогання, апетит, сонливість, сухість у роті, смуток, блювота, складність запам'ятовування, і оніміння або поколювання, загальна активність, настрої, ходьба, діяльність та робота відносин з іншими людьми та насолодою життям).

*Індекс функціонального життя при раку (Functional Living Index: Cancer (FLIC) - вимірювання ЯЖ онкопацієнтів з вторинним лімфостазом, оцінює фізичне благополуччя та здібності, емоційний стан, комунікабельність, сімейна ситуація та соматичні відчуття.*

- *Едмонтонська система оцінки симптомів (The Edmonton Symptom Assessment System ESAS)* оцінює найчастіші симптоми: слабкість, біль, нудота, пригніченість, почуття тривоги, втрата апетиту, сонливість, задишка, загальне погане самопочуття. Передбачена додаткова цифрова оцінна шкала, де пацієнт може вказати симптом, який не представлений в опитувальнику і яке турбує пацієнта (лімфостаз зокрема).

- *Система оцінки реабілітації при онкологічних захворюваннях (Cancer Rehabilitation Evaluation System, CARES-Short Form CARES-SF)* - це анкетування з самооцінки, яке дає відповіді про фізичні, психосоціальні, медична питання, подружні та сексуальні проблеми.

- *Опитувальник оцінки ЯЖ Європейської організації дослідження та лікування раку (European Organization for Research and Treatment of Cancer QL Questionnaire, EORTC QLQ-C30).* Опитувальник з додатковим модулем, відображає специфіку хвороби та ускладнення.

- *Шкала якості життя для онкологічних хворих (Quality of Life Scale for Cancer, QoL-CA).* Включає запитання про чотири сфери якості життя, включаючи фізичне благополуччя, психологічне благополуччя, буття, соціальне благополуччя та духовне благополуччя.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# REHAB

Для визначення рівня якості життя пацієнтів з набряком/лімфостазом однієї або обох рук рекомендовано застосовувати специфічні опитувальники, такі як *Lymphoedema Quality of Life ARM*, *Lymph-ICF (Lymphoedema Functioning, Disability and Health Questionnaire)*. Опитувальник *Лімфодема верхньої кінцівки (Upper limb lymphedema 27 (ULL27))* та *The Lymphedema Breast Cancer Questionnaire (LBCQ)*. Отже, інформацію про якість життя і/або симптоми і їх динаміку слід аналізувати в поєднанні з клінічними параметрами і використовувати дані, отримані безпосередньо від пацієнта, як цінне і корисне додаткове джерело інформації про ефект підтримуючої терапії та протипухлинного лікування в цілому. Новими аспектами у визначенні ЯЖ пацієнтів з онкологічними захворюваннями є визначення впливу на ЯЖ таких симптомів, як втомлюваність, депресія (шкала депресії), біль (шкала болю).

Третя частина обстеження є продовженням збору об'єктивної інформації та полягає в послідовному виконанні тестів і вимірювань фізичним реабілітологом. Ціль – описати рухові порушення та локалізувати структури, які їх спричиняють. Для об'єктивного оцінювання потрібно використовувати стандартні методи обстеження, придатні для клінічного застосування. Це огляд, пальпація, антропометрія, виконання активних і пасивних рухів, гоніометрія, суглобова гра, мануальне м'язове тестування, ізометричне напруження м'язів, динамометрія, шкала болю, функціональні тести.

Для визначення фізичного стану, рівня рухової активності, проводять *гоніометрію*, *ММТ* та *функціональні тестування за шкалами та опитувальниками*. Рекомендовано обстежувати рухи в суглобах, набряк обмежує рухливість в суглобах, тисне на нервові корінці і сухожилля, що може впливати на якість та функціональність рухів верхньої кінцівки.

Так, для визначення функціональності плеча, рекомендовано проводити *"Простий тест" (SST)*, *тест «Порушення життєдіяльності при патології плеча» (SDQ)*, *«Оксфордський опитувальник стану плеча» (OSQ)* *"Система оцінки плеча, розроблена каліфорнійським університетом в Лос-Анджелесі" (UCLA)*, *"Американська система оцінки хірургії плечового і ліктьового суглобів" (ASES)*, *Опитувальник порушення життєдіяльності при патології плеча (Shoulder Disability Questionnaire)* та *Бал константа (Constant Score)*.

Внаслідок лімфостазу можливе зменшення сили м'язів та функціональності руки, тому рекомендовано оцінювати стан м'язової системи (кистьова динамометрія, мануальне м'язове тестування тощо), *тестування больової, температурної та тактильної чутливості*.

Біль при лімфостазі знижує фізичну та соціальну активність, викликає психоемоційні порушення, призводить до регіонарних і системних порушень мікроциркуляції, порушення діяльності органів і систем. Для визначення болю та попередження проблем проводять обстеження таких складових: локалізація, інтенсивність, характер та механізм виникнення болю. Для визначення болю існують спеціальні шкали та малюнки, де пацієнти повинні були зазначити місця виникнення болю. Для збору деталізованої інформації про показники болю, використовують • Короткий опитувальник оцінки болю (Brief Pain Inventory, BPI); • Опитувальник болю МакГілла (McGill Pain Questionnaire); • Карта оцінки болю (Memorial Pain Assessment Card) або Вісконсінський короткий опитувальник оцінки болю (Wisconsin Brief Pain Inventory).

Багато онкологічних пацієнтів з лімфостазом зокрема скаржаться на слабкість, швидку втомлюваність тощо. Для оцінки слабкості: Короткий опитувальник оцінки слабкості (Brief Fatigue Inventory, BFI); Опитувальник оцінки слабкості Пірсона-Баєрса (Pearson-Byars Fatigue Feeling Checklist); Опитувальник оцінки слабкості (Fatigue Assessment Instrument); • Інструмент оцінки слабкості (Fatigue Symptom Inventory); • Шкала слабкості при раку (Cancer Fatigue Scale).

Для оцінки спектра симптомів: • Опитувальник оцінки основних симптомів (M.D. Anderson Symptom Inventory, MDASI); • Роттердамський опитувальник оцінки симптомів (The Rotterdam Symptom Checklist); • Едмонтонська система оцінки симптомів (The Edmonton



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

Symptom Assessment System); • Шкала оцінки симптомів (Memorial Symptom Assessment Scale).

## **2. Реабілітаційне обстеження пацієнтів літнього віку**

### *Структура гериатричного огляду*

Оцінка фізичного статусу (загальні - температура, пульс, тиск, рівень болю тощо, первісна оцінка - загальний вигляд, одяг, мова).

Оцінка функціональної активності (щоденна, інструментальна, здатність виконувати основні функції, рівновагу, м'язова сила, мобільність і тд)

Оцінка психічного статусу (коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE), тест малювання годин, Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (Мока-тест), гериатрична шкала депресії

При проведенні обстеження варто враховувати обмежуючі фактори

**Часткова або повна втрата деяких функцій ускладнює контакт.**

**Люди похилого віку можуть і не згадати про симптоми**, які вони вважають частиною нормального старіння (задишка, дефіцит слуху чи зору тощо).

**Нетипові прояви захворювання:** типові прояви якого-небудь захворювання можуть бути відсутні.

**Посилення функціонального розладу, як єдиний прояв захворювання.** При відповідях про суглобові симптоми, хворі з важким артритом можуть не повідомити про болі, набряки або скутості.

**Труднощі при спробі згадати щось** (хвороби, госпіталізації, операції, ці дані можна отримувати з інших джерел (членів сім'ї, з медичної документації)

**Страх перед госпіталізацією**, яку вони можуть пов'язувати зі смертю.

**Залежність від віку захворювання і проблеми:** депресія, дискомфорт через функціональні розлади можуть змусити літніх бути менш відвертими в бесідах з лікарем про своє здоров'я. Часто вербальні і невербальні ознаки стають ключовими і можуть надати інформацію про такі проблеми: **депресія, фізичне і психічне здоров'я, надбавка або втрата у вазі** тощо.

Сучасна медична модель допомоги людям похилого (55-74 років) і старечого (75-90 років) віку, фокусує свою увагу виключно на односторонній нозологічній діагностиці. Однак проста констатація стану здоров'я нічого не говорить про те, як воно впливає на життя літньої людини. Не враховується вплив соціо-економічного статусу, якості життя, функціональної активності, преморбідних особистісних характеристик, психічного здоров'я, компенсаторних ресурсів на об'єктивні і суб'єктивні показники фізичного здоров'я. У зв'язку з цим в зарубіжній гериатричній практиці набула поширення комплексна гериатрична оцінка (comprehensive geriatric assessment) стану людей похилого і старечого віку, яка є багатовимірною, багатопрофільною діагностичною оцінкою. Подібна оцінка проводиться з метою продовження автономії і збільшення суб'єктивного благополуччя людини похилого та старечого віку.

Комплексна гериатрична оцінка орієнтована на довгострокову перспективу покращення фізичного стану та якості життя літньої людини. Акцент на визначенні ступеня порушення функціонування в повсякденному житті, наявності проблем з пересуванням, нетриманням, наявності симптомів депресії, когнітивних порушень, падінь, зниження зору, слуху тощо. Для оцінки використовуються спеціально підібрані тести, шкали, проте вони не замінюють клінічного обстеження лікарем при виявлених симптомах. Акцент робиться на обстеження когнітивних функцій у зв'язку з поширеністю хвороби Альцгеймера, судинної і змішаної форм деменції та інших нейродегенеративних розладів.

Приділяється підвищена увага обстеженню наявності і ступеня вираженості симптомів депресії, оскільки вона може протікати нетипово і бути замаскована соматичними розладами з когнітивними порушеннями або неврологічними захворюваннями. Просте запитання літньому





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

пацієнтові «Чи відчуваєте Ви себе сумним або пригніченим?» може бути використане в якості скринінгу виявлення змін в психічному стані. Це питання чутливе до змін в настрої літньої людини, проте краще використовувати його разом з геріатричної шкалою оцінки депресії (Geriatrics Depression Scale-30)

### **Етапи проведення комплексної геріатричної оцінки**

**На першому етапі** проведення геріатричної оцінки здійснюється вивчення історії хвороби літнього пацієнта. Враховуються: діагноз, стадія захворювання, наявність лікування, чи дотримується лікування тощо. У геріатричній практиці часто використовується опитувальник суб'єктивної оцінки здоров'я (Health Questionnaire) з метою виявлення скарг на соматичне і психічне здоров'я. Опитувальник був розроблений Б.Левіним для дослідження особливостей депресії в літньому віці і дозволяє зібрати відомості про хронологічний (паспортному) вік, стать, етнічну приналежність, освіту, соціальний зайнятості, сімейний статус. Оцінюються суб'єктивні скарги літнього пацієнта Чи є у Вас якісь проблеми зі здоров'ям, із зором зі слухом зміни в настрої Чи були у Вас раніше проблеми зі здоров'ям

**Другий етап.** Поряд з хронологічним віком виділяють поняття суб'єктивного віку. Це інтегративний показник змін в когнітивному, психічному і фізичному функціонуванні. Відмінності в оцінці суб'єктивного віку можуть впливати на підтримку здоров'я і соціальної активності в подальшому. Суб'єктивний вік можна розглядати як один з факторів психологічного і фізичного благополуччя в різному віці. Це ефективний засіб виявлення осіб з підвищеним ризиком несприятливих реакцій до процесу настання зрілості і старіння, а також здійснення своєчасної терапевтичної допомоги та впливу на соматичні, когнітивні і психологічні компоненти здоров'я. Використовується когнітивна шкала оцінки суб'єктивного віку «Age-of-Me» (Cognitive age-decade scale, В. Barak). Шкала дозволяє проаналізувати уявлення людини про те, на скільки років він виглядає, відчуває себе, діє і якого віку відповідають його інтереси. Р.Кастенбаум запропонував багатовимірну модель вікової ідентичності «Age-of-Me», що складається із суб'єктивного і ідеального віку. Дана модель включає в себе такі компоненти суб'єктивного віку - когнітивно-емоційний (feel-age), суб'єктивно біологічний (look-age), соціальний (do-age), інтелектуальний (interest-age) вік.

Емоційний вік, найбільш тісно пов'язаний з фізичними, психічними і соціальними змінами. На основі цієї моделі була розроблена шкала, яка складається з чотирьох питань, які оцінюють суб'єктивний вік. Оцінюється наявність тенденції оцінювати свій суб'єктивний вік ближче до хронологічного: завищувати його (тобто негативна когнітивна ілюзія віку) або занижувати його (тобто позитивна когнітивна ілюзія віку, суб'єктивна молодість (cognitively younger)).

**Третій етап.** Особливістю людей похилого і старечого віку є наявність поліморбідності, переважно хронічного перебігу захворювань, атиповості клінічних проявів, а також наявність різних геріатричних синдромів. Синдромальний аналіз проводиться за допомогою геріатричної шкали кумулятивності розладів (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G). Шкала являє собою систему скринінгу наявності хронічних захворювань (захворюваності), враховується ступінь хронічних захворювань по окремих системах організму. Оцінка наявності соматичних хвороб по системам органів і ступеня їх вираженості (від легкої до вкрай важкої) з метою вирішення конкретного набору проблем літньої людини. Включає в себе також оцінку і ступінь наявності психічних порушень.

В процесі обстеження важливо контролювати **життєво-важливі ознаки** - маса та температура тіла, пульс, АТ та частоту дихання.

При обстеженні ОРА потрібно враховувати стан суглобового апарату на предмет наявності болю, набряку, підвивихів, гіпертермії, почервоніння, хрускоту і інших відхилень. Верхні та нижні кінцівки діагностується для визначення рухливості, стану м'язової системи,



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

наявності захворювань або вікових змін, які можуть впливати на загальну функціональну активність.

Оцінюється наявність тремтіння в руках під час рукостискання і інших простих дій. Якщо є тремор, визначаються його амплітуда, ритм, розподіл, частота і час настання (в спокої, при діях, в напрузі).

Оцінюються всі складові ходи, включаючи початок ходьби; довжину і висоту кроку, симетрію, безперервність і ритм кроків; швидкість ходьби, ширину кроку при ходінні, позу при ходінні. Також повинні оцінюватися збереження чутливості, опорно-руховий апарат, здатність здійснювати скоординовані рухи незалежної ходьби

Неврологічне обстеження літніх пацієнтів схоже з обстеженням будь-якого дорослого пацієнта. Однак неврологічні розлади літніх людей можуть ускладнити обстеження, спрямоване на пошуки іншої патології, якщо є підозріла симптоматика. Оцінка функції черепних нервів може бути складною, оскільки наявні вікові зміни можуть суттєво впливати на хід обстеження.

Оцінка **чутливості** включає в себе тестування на сенсорне сприйняття (використання тесту з уколком в епідерміс, проба Пірке), кортикальну сенсорну функцію, температурну чутливість, пропріорецепцію і відчуття у відповідь на вібраційний подразник.

**Четвертий етап.** Одним з критеріїв оцінки ефективності надання медичної допомоги і суб'єктивного благополуччя в похилому і старечому віці є оцінка якості життя. Цей інтеграційний показник фізичного, психологічного та соціального благополуччя оцінює компоненти, асоційовані і неасоційовані із захворюваннями, і дозволяє диференційовано визначити вплив соматичних і психосоціальних проблем на психологічний, емоційний стан літньої людини, його соціальний статус.

Якість життя людей похилого віку можна оцінювати за допомогою опитувальника якості життя ВООЗ (WHOQOL-BREF). Застосування цього опитувальника продиктовано віковими і нозологічними особливостями людей похилого і старечого віку, оскільки частина пацієнтів не справлялася із заповненням повної версії опитувальника.

**П'ятий етап.** Низка нейродегенеративних розладів і депресії є найпоширенішими захворюваннями у осіб після 65 років. Більшість форм деменцій супроводжуються симптомами депресії, а при депресії у людей похилого і старечого віку, як правило, спостерігаються симптоми когнітивного дефіциту. Ознаки та симптоми депресії у людей похилого і старечого віку часто бувають атиповими і стертими. У зв'язку з цим при диференціальній діагностиці депресії і деменції в похилому і старечому віці насамперед слід оцінити когнітивні функції, а потім вираженість афективних симптомів

У зв'язку з тим, що когнітивні порушення розглядають як ядро клінічної картини розвитку деменції, оцінку когнітивного статусу за рекомендаціями М.М.Яхно рекомендується проводити за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment, скор. МоСА). Шкала використовується для скринінгу діагностики помірного когнітивного дефіциту (mild cognitive impairment, скор. МСІ) і ранніх симптомів деменції

МоСА більш чутлива в порівнянні з короткою шкалою оцінки психічного статусу до проявів судинної деменції, хвороби Паркінсона, помірним формам когнітивного дефіциту.

Оцінка психічного стану може бути утруднена у пацієнтів, які мають порушення мовлення або розлади мови (такі як мутизм, дизартрія, апраксія, афазія).

Просторова орієнтація може бути збережена і у пацієнтів з деменцією або іншими когнітивними розладами. Таким чином, при оцінці потрібно задавати питання, які виявляють відхилення в свідомості, судженні, розрахунках, мові, практиці, пам'яті, а також орієнтації.

Для вивчення наявності, ступеня та структури симптомів депресії рекомендується використовувати повну геріатричну шкалу оцінки депресії (Geriatrics Depression Scale-30, GDS-



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

30). Тест використовується для скринінгу діагностики наявності та ступеня дистимії, депресії у людей похилого і старечого віку. Рекомендовані також шкали оцінки ступеня депресії А. Бека (BDI), М.Гамільтона (HDRS) і Шкала оцінки депресії В. Цунга (Zung SDS).

Слід враховувати, що сама по собі оцінка за допомогою тесту GDS-30 вказує лише на наявність симптомів депресії, однак не є підставою для діагностики депресій пізнього віку.

Для оцінки суб'єктивного відчуття самотності використовується Каліфорнійська шкала оцінки почуття самотності (R-UCLA-LS), яка оцінює емоційний і соціальний компонент самотності. Отримані результати за даною шкалою дозволяють передбачити розвиток широкого спектра психічних розладів (епізоди депресії, тривожний розлад) і психосоціальних проблем, що впливають на стан здоров'я в літньому віці.

## Рекомендована література

### Основна:

1. Бас О. Реабілітаційне обстеження жінок після мастектомії / Ольга Бас // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Львів, 2008. – Вип. 12, т. 3. - С. 22–25.

2. Бас О. А. Програма фізичної реабілітації жінок після мастектомії і відповідно до періодів відновлення / Бас О.А. // Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : [зб. наук. пр.]. – Київ, 2017. – Вип. 5К(86)17. – С. 29–31.

3. Бас О. А. Реабілітаційне обстеження жінок з лімфостазом / Бас О. А., Гречин В. М. // РМЖUA. – 2018. – Vol. 3, N 1. – Р. 10.

4. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в реабилитации больных / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – Москва : Антидор, 2002. – С. 53–55.

5. Куцериб Т. Анатомія людини з основами морфології : навч. посіб. / Тетяна Куцериб, Мирослава Гриньків, Федір Музика. – Львів: ЛДУФК, 2019. – 86 с.

6. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії ("Нормальна анатомія " та "Нормальна фізіологія") : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Станіслав Крась, Софія Маєвська, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2019. – 146 с.

7. Музика Ф. В. Анатомія людини : навч. посіб. / Ф. В. Музика, М. Я. Гриньків., Т. М. Куцериб. – Львів : ЛДУФК, 2014. – 360 с.

### Допоміжна:

1. Бас О. Алгоритмізація процесу фізичної реабілітації жінок прооперованих з приводу онкопатології молочної залози / Ольга Бас // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вінниця, 2014. – Вип. 18, т. 2. – С. 271 – 277. –

2. Бас О. Визначення якості життя хворих після мастектомії / Ольга Бас // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. - Львів, 2006. - Вип. 10, т. 4, кн. 2. - С. 9-14.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB** 

3. Бас О.А. Індивідуальна картка обстеження та оцінки фізичного стану жінок прооперованих з приводу раку молочної залози/ О.А. Бас // Теорія і практика фізичного виховання. – 2006. – № 1/2.- С. 462.
4. Коритко З. Загальна фізіологія : навч. посіб. / Зоряна Коритко, Євген Голубій. - Львів : ПП Сорока, 2002. - 141 с.
5. Коритко З. І. Вплив засобів фізичної реабілітації на якість життя хворих при ревматоїдному артриті / З. І. Коритко, Р. М. Поник, О. В. Купріненко // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. - 2019. - № 4(88). - С. 45-52.
6. Коритко З. І. Медико-біологічні основи фізичного виховання. / З. І. Коритко. – Львів, 2002. – 51 с.
7. Мазепа М. А. Діагностичні та лікувальні стандарти лімфотропних герпесвірусних інфекцій : метод. рек. / Мазепа М. А. Чоп'як В. В. Дранник Г. М. – Львів, 2003. – 24 с.
8. Мазепа М. А. Патогенетична класифікація та диференційна діагностика лімфаденопатій : метод. рек. / М. А. Мазепа, Н. М. Коваль. – Івано-Франківськ : Таля, 2002. – 48 с.
9. Мазепа М. А. Клінічна та лабораторна оцінка імунного статусу : навч. посіб. / М. А. Мазепа. – Івано-Франківськ, 1998. – 24 с.
10. Діагностика та лікування невідкладних станів в терапії : навч. посіб. / Середюк Н. М., Купновицька І. Г., Мазепа М. А., Вакалюк І. П. – Івано-Франківськ, 1996. – 126 с.
11. Особливості реабілітаційного обстеження пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба // Б. Березовський, О. Бас / Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед.ун-ту імені Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2015. – С. 542–546.
12. Паєнок О. [Загальний огляд нервової системи. Головний і спинний мозок : тези лекцій з навчальної дисципліни «Фізична реабілітація в неврології»](#) / Олександр Паєнок. – Львів, 2017.
13. Паєнок О. [Кровообіг головного та спинного мозку. Синдроми ураження окремих артерій мозку : тези лекції з навчальної дисципліни «Фізична реабілітація в неврології»](#) / Олександр Паєнок. – Львів, 2017.
14. Свістельник І. Фізична реабілітація : анот. бібліогр. покажч. / Ірина Свістельник. – Київ : Кондор, 2012. – 1162 с.
15. Слободян Л. М. Діагностика захворювань та реабілітація дітей / Л. М. Слободян, В. Ф. Лобода, Н. Б. Процайло – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 614 с.
16. Тесты и шкалы в неврологии : руководство для врачей / под ред. проф. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2015. – 224 с.
17. [Янда В. Функциональная диагностика мышц / В. Янда.](#) - Москва : Эксмо, 2010. – 352 с.
18. Barbano RL. Handbook of Manual Muscle Testing Neurology, 2000. – 1211 p.





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**REHAB**

19. Effect of water physical therapy on quality of life in breast cancer survivors / Tetiana Odynets, Yuriy Briskin, Alina Perederiy, Maryan Pityn, Iryna Svistelnik // Physiother Theory Pract. – 2018. – N 26(4). – P. 11–16.

20. Features of heart rate variability in breast cancer survivors with various types of attitude to the disease / Evgen Prystupa, Tetiana Odynets, Yuriy Briskin, Iryna Svistelnik // Advances in Rehabilitation=Postępy Rehabilitacji. – 2018. – Vol. 3. – P. 5–9.

### **Інформаційні ресурси інтернет:**

1. Електронний каталог ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://3w.ldufk.edu.ua/>
2. Електронний репозитарій ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/>
3. Мазепа М. Тестування функцій кисті у хворих на системну склеродермію / Марія Мазепа, Оксана Тиравська, Орест Малков // Спортивна наука України. - 2018. - № 2(84). - С. 29-35. - Режим доступу : <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/15937>
4. Мелёхин А.И. Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2016. – № 3 (13). – URL: <http://medpsy.ru/climp>
5. Національна медична бібліотека США [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pubmed.com>
6. Фізична реабілітація. Фізична терапія : анот. бібліогр. покажч. [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2019. – 145 с. – Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/20960>
7. Фізична реабілітація у фізичному вихованні та спорті : анот. бібліогр. покажч. [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2015. – 66 с. – Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/2468>
8. Українська асоціація фізичної терапії США [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://physrehab.org.ua/uk/home>
9. PEDro [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.pedro.org.au>
10. Cochrane Library [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.cochranelibrary.com>
11. Clinical Evidence [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.clinicalevidence.com>
34. The National Institute for Health and Care Excellence [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.nice.org.uk>