

РОЗДІЛ 2. ОБСТЕЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Ретельне обстеження хворого і встановлення його реабілітаційного діагнозу є тією основою, на якій будується подальша програма реабілітації.

Реабілітаційне обстеження включає аналіз скарг і анамнезу пацієнта, проведення клінічних та інструментальних досліджень. Його особливістю є аналіз не тільки фізичних дефектів, але і впливу цих дефектів на життєдіяльність хворого. Згідно рекомендацій ВООЗ, необхідно визначати як ступінь пошкодження органів або систем, так і рівень соціальних обмежень унаслідок хвороби або травми.

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

- з'ясування скарг хворого;
- ретельний збір анамнезу (історії) захворювання;
- об'єктивну оцінку життєво важливих систем організму;
- об'єктивне обстеження опорно-рухового апарату;
- використання додаткових методів дослідження (рентгенографія кісток і суглобів, лабораторні, інструментальні методи дослідження, тощо).

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, сидати 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. У 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** - артралгія.

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.

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** супроводиться 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 супроводиться 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 спондилозі – 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, або індекс Бартела, і шкала функціональної незалежності FIM (Functional Independence Measure), розроблена Американською Академією Фізичної терапії і Реабілітації.

При застосуванні шкали Бартела (табл. 2.1) 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 2.1

Шкала Бартела БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

| БАЛИ | ЗМІСТ |
|-------------------|--|
| ПРИЙОМ ЇЖИ | |
| 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) |

| ОСОБИСТИЙ ТУАЛЕТ (умивання обличчя, причісування, чищення зубів, гоління) | |
|---|--|
| 5 | не потребує допомоги |
| 0 | потребує допомоги |
| ОДЯГАННЯ | |
| 10 | не потребує сторонньої допомоги |
| 5 | частково потребує допомоги, наприклад, при одяганні взуття, застібанні гудзиків |
| 0 | повністю потребує сторонньої допомоги |
| ПРИЙОМ ВАННИ | |
| 5 | приймаю ванну без сторонньої допомоги |
| 0 | потребує сторонньої допомоги |
| КОНТРОЛЬ ТАЗОВИХ ФУНКЦІЙ (сечовипускання, дефекація) | |
| 20 | не потребує допомоги |
| 10 | частково потребує допомоги (при використанні клізми, свічок, катетера) |
| 0 | постійно потребує допомоги у зв'язку з грубим порушенням тазових функцій |
| ВІДВІДУВАННЯ ТУАЛЕТУ | |
| 10 | не потребує допомоги |
| 5 | частково потребує допомоги (утримання рівноваги, використання туалетного паперу, зняття і одягання штанів, тощо) |
| 0 | потребує використання судна, сечоприймача |
| ВСТАВАННЯ З ЛІЖКА | |
| 15 | не потребує допомоги |
| 10 | потребує 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 потребує допомоги |
| 5 | потребує нагляду або підтримки |
| 0 | не здатний підніматися по сходах навіть з підтримкою |

Шкала функціональної незалежності FIM (табл. 2.2) 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 2.2

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 кабіною 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 хворого, 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 групи реабілітологів європейських країн «EuroQol» (табл. 2.3). Він ґрунтується на 3-бальній самооцінці хворим шести сфер життєдіяльності.

Таблиця 2.3

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. Беловой і В.Н. Григорьевою (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. 2.4). 1-4-й пункти відображають оцінку хворим суб'єктивних проявів, які негативно впливають на якість його життя. Пункти 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 хвилин.

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? | <input type="checkbox"/> не турбують <input type="checkbox"/> незначно і/або рідко (3-4 дні в місяць) <input type="checkbox"/> помірно і/або часто (щотижня по 3-4 дні) <input type="checkbox"/> значно і/або постійно |
| 2. | Чи турбують Вас м'язова слабкість і/або порушення координації, сповільненість рухів? | <input type="checkbox"/> не турбують <input type="checkbox"/> незначно і/або рідко (3-4 дні в місяць) <input type="checkbox"/> помірно і/або часто (щотижня по 3-4 дні) <input type="checkbox"/> значно і/або постійно |
| 3. | Чи турбують Вас зниження настрою, відчуття безнадійності, апатія, небажання діяти? | <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? | <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)? | <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)? | <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 заціпанні 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, покупи)? | <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 звузилось <input type="checkbox"/> спілкування обмежується лише давніми друзями і 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 – це дає загальне уявлення про наявність порушень опорно-рухового апарату і його функціональні можливості.

Методики оцінки і можливі зміни постави описані у розділі 6.

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 підшового 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 попеременно 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 слабоопірність 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,

тягнути ноги, шуркаючи стопами. При підвищенні тонусу привідної групи м'язів стегон і схильності до перехрещення ніг при кожному кроці одне коліно третєся 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 підвивхів 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 супроводиться 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 ворсин. 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 (вслуховування 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; слабко 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 (збіднення 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 слабко 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, ІІІ 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 скрутості**, 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. 2.5). 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 2.5

Основні показники суглобового синдрому

| Суглоби (коефіцієнти перерахунку) | | Справа | | | | | | Зліва | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------|---|----|---|-----|---|-------|---|----|---|-----|---|
| | | РБ | | СІ | | ІІІ | | РБ | | СІ | | ІІІ | |
| | | 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 (12) | | | | | | | | | | | | |
| 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-ій (1) | | | | | | | | | | | | |
| 10 | П'ястково-фаланговий 4-ий (1) | | | | | | | | | | | | |
| 11 | П'ястково-фаланговий 5-ий (І) | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Проксим. міжфаланговий 1-ий (1) | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Проксим. міжфаланговий 2-ий (1) | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Проксим. міжфаланговий 3-ій (1) | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Проксим. міжфаланговий 4-ий (1) | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Проксим. міжфаланговий 5-ий (1) | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Дистальн. міжфаланговий 2-ий (1) | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 18 | Дистальн. міжфаланговий 3-ій (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-ій (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-ій (1) | | | | | | | | | | | | |
| 33 | Міжфаланговий суглоб стопи 4-й (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. 2.6).

Таблиця 2.6

Зведена таблиця показників активності суглобового синдрому

| № з/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 (див. розділ 4).

10. При ураженні суглобів нижніх кінцівок застосовують тест – **час проходження відстані 15 м**. 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. 2.7)

Таблиця 2.7

Опитувальник для визначення індексу Лі

| № | 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 підніматися по сходах? | | | |
| 14 | Чи можете Ви спускатися по сходах? | | | |
| 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 загальна 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 опорно-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 індекс Лекена (табл. 2.8, 2.9).

Таблиця 2.8

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.

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 1км, але є утруднення | 1 |
| - біля 1км | 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. 2.10).

Таблиця 2.10

Стенфордська анкета оцінки здоров'я хворого на ревматоїдний артрит

| <i>У кожному рядку анкети відзначте відповідь, яка найбільше відповідає Вашому стану</i> | | | | |
|--|---------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Чи здатні Ви в даний момент: | Вільно | З незначним затрудненням | Зі значним затрудненням | Не можу виконати |
| 1) одягнутися, включаючи зав'язування шнурків і застібання гудзиків? | | | | |
| 2) лягти в ліжку і встати з нього? | | | | |
| 3) піднести наповнену чашку до рота? | | | | |
| 4) здійснювати прогулянки біля 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.

2.4. Дослідження функціонального стану суглобів

Функціональні можливості кінцівок визначають:

1. Положенням кінцівки.
2. Об'ємом рухів у суглобах.
3. Компенсаторним пристосуванням.
4. Станом сухожильно-м'язового апарату.
5. Станом центральної та периферичної нервової систем.

Значні порушення рухової функції виникають внаслідок:

- постімобілізаційного обмеження рухів у суглобах пошкоджених кінцівок;
- атрофії м'язів і набряку навколосуглобових тканин уражених суглобів.

Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів завжди необхідно визначати, яка амплітуда рухів у тому чи іншому суглобі була до початку реабілітаційного процесу, і як під впливом проведених заходів вона змінилася.

Дослідження амплітуди рухів у суглобах. Вимірювання об'єму рухів у суглобах виконують за допомогою **гоніометра** (кутоміра), що складається з двох бранш (рухомої і нерухомої), сполучених з вимірювальною шкалою, градуйованою від 0 до 360 або 180 градусів. Частіше використовують 180-градусну систему оцінки об'єму рухів, при цьому анатомічна позиція суглоба приймається за 0°,

відхилення від анатомічної позиції у будь-якій із площин вимірювання (сагітальній, фронтальній, поперечній) описуються позитивним числом градусів у діапазоні від 0 до 180. Кутомір прикладають до суглоба так, щоб його вісь відповідала осі руху досліджуваного суглоба. Нерухоме плече інструменту розташовується відповідно подовжній осі проксимальної частини кінцівки, а рухоме плече – уздовж поздовжньої осі дистальної частини, що виконує рух. Дуже важливо забезпечити достатню фіксацію проксимального сегменту, щоб виключити передачу руху, який виконується, сусіднім суглобам.

Дослідження ротаційних рухів у суглобах проводиться за допомогою **ротаметра-кутоміра**. У ортопедичній практиці застосовують дві основні конструкції пристрою – портативну і стаціонарну.

Портативний ротаметр складається з гоніометра, двох бранш з «лічильниками» на кінцях і фіксатора. В основу приладу покладений принцип балансуєчого маятника. Вимірювання амплітуди ротаційних рухів виконують у горизонтальному положенні досліджуваної кінцівки. Пристрій фіксують на кінцівці хворого за допомогою спеціальних затискачів. За позначкою максимального відхилення стрілки в момент здійснення ротаційних рухів встановлюють амплітуду рухів.

Ротаметр стаціонарного типу призначений тільки для вимірювання амплітуди пронації і супінації передпліччя. Він складається з основи з вмонтованою в ній шкалою, з'єднаною з рукояткою і стрілкою, та фіксатора ліктьового суглоба. Хворий захоплює рукоятку пристрою, згинає руку в ліктьовому суглобі під прямим кутом та виконує пронацію і супінацію.

Досліджують два види об'єму рухів – активний (обстежуваний проводить рух самостійно, без допомоги дослідника) і пасивний (рух у суглобі проводиться дослідником згідно фізіологічного напрямку).

Нижче приведені методики вимірювання об'єму рухів у суглобах верхньої й нижньої кінцівок.

Згинання і розгинання у плечовому суглобі; сагітальна площина (мал. 2.1)

Вихідне положення хворого. Сидячи або лежачи на спині, рука уздовж тулуба, розігнута у ліктьовому суглобі.

Розташування шарніра кутоміра. На латеральній поверхні плечового суглоба, нерухома бранша паралельна до тулуба (положення 0°), рухома бранша під час руху паралельна до плечової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: згинання: 180° , розгинання: 60° .



а



б



в

Мал. 2.1. Вимірювання згинання і розгинання у плечовому суглобі:

а – вихідне положення; б – згинання; в – розгинання

Відведення і приведення у плечовому суглобі; фронтальна площина (мал. 2.2, 2.3)

Вихідне положення хворого. Сидячи або лежачи на спині, рука уздовж тулуба, розігнута у ліктьовому суглобі.

Розташування шарніра кутоміра. На передній або задній поверхні плечового суглоба, нерухома бранша паралельна до тулуба, рухома бранша під час руху паралельна до плечової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: відведення 180° , приведення 40° .



а



б

Мал. 2.2. Вимірювання відведення у плечовому суглобі:

а – вихідне положення; б – відведення



а



б

Мал. 2.3. Вимірювання приведення у плечовому суглобі:

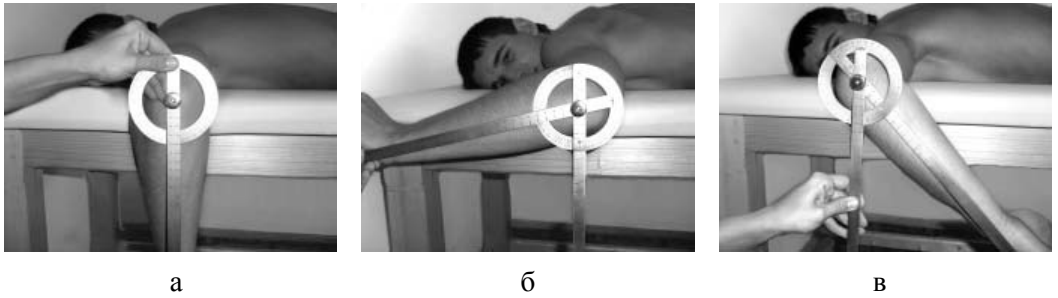
а – вихідне положення; б – приведення

Внутрішня і зовнішня ротація у плечовому суглобі; поперечна площина (мал. 2.4)

Вихідне положення хворого. Лежачи на животі, рука відведена у плечовому суглобі на 90° , зігнута у ліктьовому суглобі на 90° , передпліччя проноване.

Розташування шарніра кутоміра. На латеральній поверхні ліктьового суглоба, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша під час руху паралельна до передпліччя.

Показники нормального об'єму рухів: зовнішня ротація: 90° , внутрішня ротація: 90° .



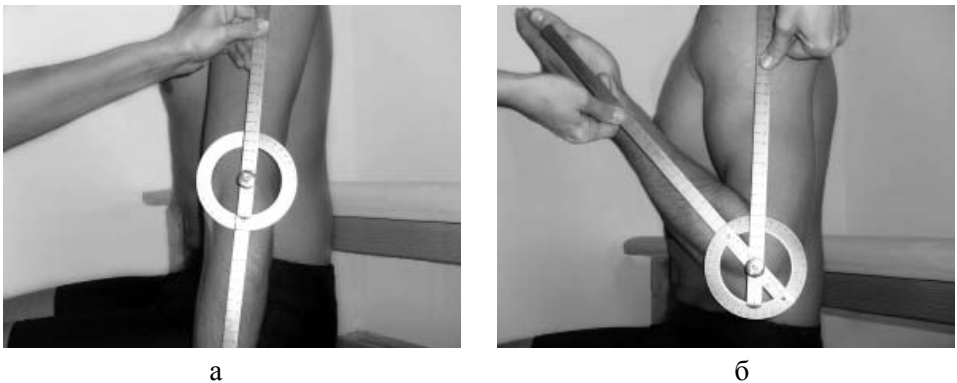
Мал. 2.4. Вимірювання об'єму ротації у плечовому суглобі:
а – вихідне положення; б – зовнішньої; в – внутрішньої

Згинання у ліктьовому суглобі; сагітальна площина (мал. 2.5)

Вихідне положення хворого. Сидячи або лежачи, передпліччя супіноване.

Розташування шарніра кутоміра. На бічній поверхні ліктьового суглоба, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша під час руху паралельна до передпліччя.

Показники нормального об'єму рухів: 150° .



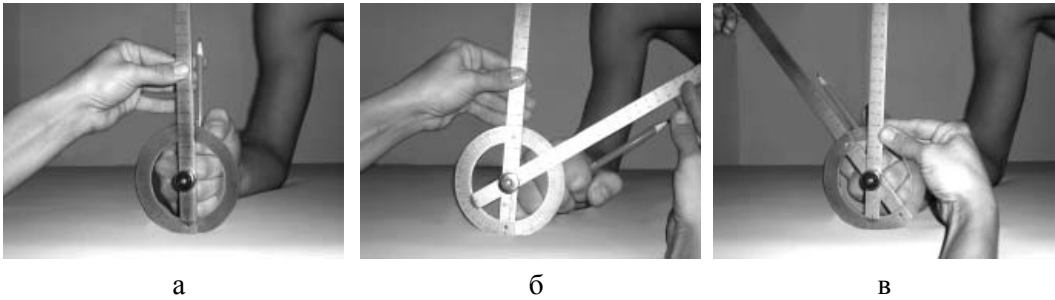
Мал. 2.5. Вимірювання згинання у ліктьовому суглобі:
а – вихідне положення; б – згинання

Пронація і супінація передпліччя; поперечна площина (мал. 2.6)

Вихідне положення хворого. Сидячи або лежачи, рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90° , променево-зап'ястковий суглоб у нейтральній (проміжній між пронацією і супінацією) позиції, пальці китиці стискають олівець.

Розташування шарніра кутоміра. Вісь кутоміра проходить через поздовжню вісь передпліччя, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша під час руху паралельна до олівця.

Показники нормального об'єму рухів: пронація: 90° , супінація: 90° .



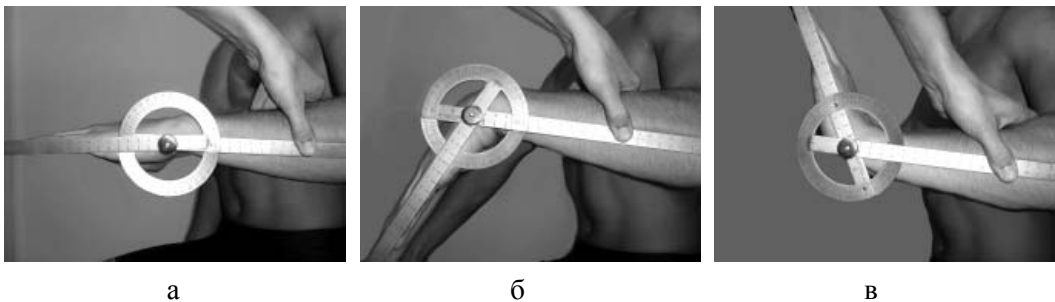
Мал. 2.6. Вимірювання пронації і супінації передпліччя:
а – вихідне положення; б – пронація ; в – супінація

Згинання і розгинання у променево-зап'ястковому суглобі; сагітальна площина (мал. 2.7)

Вихідне положення хворого. Згинання у ліктьовому суглобі 90° , передпліччя проноване.

Розташування шарніра кутоміра. На латеральній поверхні променево-зап'ясткового суглоба, вісь кутоміра проходить через шилоподібний паросток ліктьової кістки, нерухома бранша в положенні 0° , рухома бранша під час руху паралельна до п'ятої п'ясткової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: згинання: 80° , розгинання: 70° .



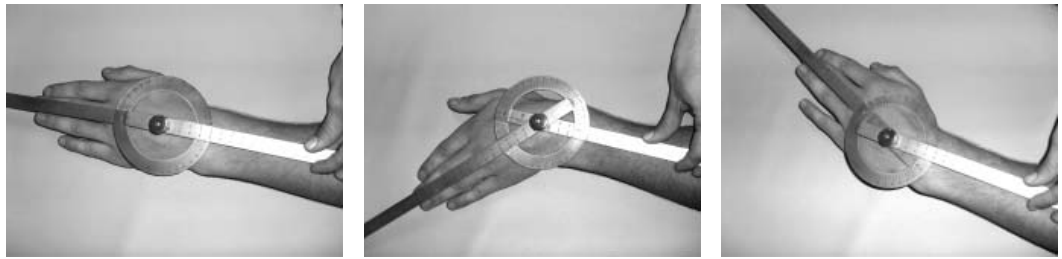
Мал. 2.7. Вимірювання згинання і розгинання у променево-зап'ястковому суглобі:
а – вихідне положення; б – згинання; в – розгинання

Променеве і ліктьове відведення у променево-зап'ястковому суглобі; фронтальна площина (мал. 2.8)

Вихідне положення хворого. Рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90° , передпліччя проноване, променево-зап'ястковий суглоб у нейтральному (між згинанням і розгинанням) положенні.

Розташування шарніра кутоміра. Вісь кутоміра проходить через тил променево-зап'ясткового суглоба по середній лінії між ліктьовою і променевою кісткою, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша паралельна до третьої п'ясткової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: променево-відведення: 20° , ліктьове відведення: 30° .



а

б

в

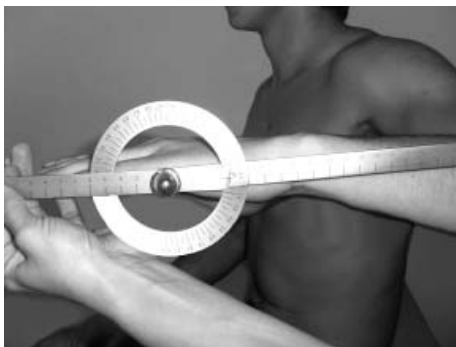
Мал. 2.8. Вимірювання відведення у променево-зап'ястковому суглобі:
а – вихідне положення; б - ліктьове відведення; в - променево відведення

Згинання у 2-5 п'ястково-фалангових суглобах; сагітальна площина (мал. 2.9)

Вихідне положення хворого. Рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90° , передпліччя проноване, променево-зап'ястковий суглоб у нейтральній позиції, пальці розігнуті.

Розташування кутоміра. Вісь кутоміра проходить через кожен з п'ястково-фалангових суглобів, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша паралельна до основної фаланги кожного пальця.

Показники нормального об'єму рухів: 90° .



а



б

Мал. 2.9. Вимірювання згинання у 2-5 п'ястково-фалангових суглобах:
а – вихідне положення; б - згинання

Згинання у 2-5 міжфалангових суглобах; сагітальна площина

Вихідне положення хворого. Рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90° , передпліччя проноване, променево-зап'ястковий суглоб у нейтральній позиції, легке згинання у п'ястково-фалангових суглобах.

Розташування кутоміра. Вісь кутоміра проходить через дорсальну (бокову) поверхню кожного з міжфалангових суглобів, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша паралельна до середньої фаланги кожного пальця.

Показники нормального об'єму рухів: 100°.

Згинання у кульшовому суглобі при розгинанні у колінному суглобі; сагітальна площина (мал. 2.10.б)

Вихідне положення хворого. Лежачи на спині або на боці, нога розігнута у колінному суглобі.

Розташування шарніра кутoměра. На латеральній поверхні стегна над великим вертлюгом, нерухома бранша у положенні 0°, в 10 см над рівнем кушетки, рухома бранша паралельна до стегнової кістки. Положення 0° знаходиться таким чином: малюється лінія, що з'єднує передню верхню і задню верхню сідничні ості, потім до цієї лінії будується перпендикуляр, що проходить через великий вертлюг стегнової кістки. Остання лінія відповідає позиції 0°.

Показники нормального об'єму рухів: 90°.



а

б

в

Мал. 2.10. Вимірювання згинання в кульшовому суглобі:

а – вихідне положення; б – згинання, коли нога розігнута в колінному суглобі;

в – згинання, коли нога зігнута в колінному суглобі

Згинання у кульшовому суглобі при згинанні у колінному суглобі; сагітальна площина (мал. 2.10.в)

Вихідне положення хворого. Лежачи на спині або на боці, нога зігнута в колінному суглобі.

Розташування шарніра кутoměра. Те ж, що і при попередньому вимірюванні.

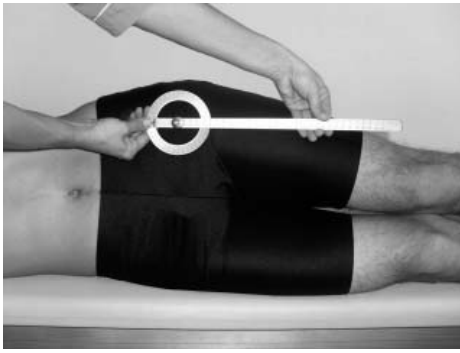
Показники нормального об'єму рухів: 120°.

Відведення у кульшовому суглобі; фронтальна площина (мал. 2.11)

Вихідне положення хворого. Лежачи на спині або на боці, нога розігнута у колінному суглобі.

Розташування кутoměра. Вісь кутoměра проходить через великий вертлюг, нерухома бранша у положенні 0° (перпендикуляр до лінії, проведеної через обидві передні верхні сідничні ості), рухома бранша паралельна до стегнової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: 45°.



а



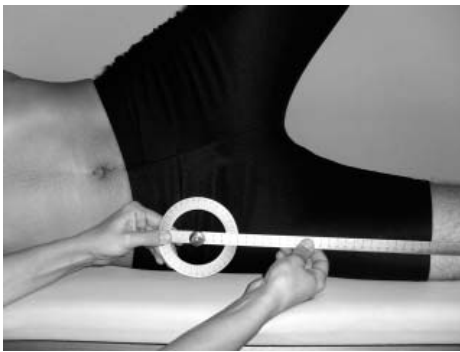
б

Мал. 2.11. Вимірювання відведення в кульшовому суглобі:

а – вихідне положення; б - відведення

Приведення у кульшовому суглобі; фронтальна площина (мал. 2.12)

Вихідне положення хворого. Лежачи на боці, нога розігнута у колінному суглобі. *Розташування шарніра кутоміра.* Те ж, що і при попередньому вимірюванні. *Показники нормального об'єму рухів:* 30°.



а



б

Мал. 2.12. Вимірювання приведення у кульшовому суглобі:

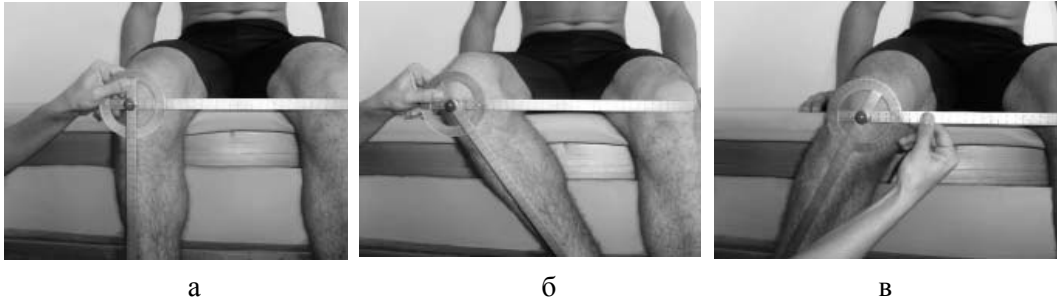
а – вихідне положення; б - приведення

Зовнішня і внутрішня ротація у кульшовому суглобі; поперечна площина (мал. 2.13)

Вихідне положення хворого. Лежачи на спині або сидячи, нога зігнута у кульшовому і колінному суглобах на 90°

Розташування шарніра кутоміра. Над колінним суглобом, нерухома бранша у положенні 0°, рухома бранша під час руху паралельна до великогомілкової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: внутрішня ротація: 35°, зовнішня ротація: 45°.



Мал. 2.13. Вимірювання об'єму ротації у кульшовому суглобі:
а – вихідне положення; б – зовнішня ротація; в – внутрішня ротація

Згинання в колінному суглобі; сагітальна площина (мал. 2.14)

Вихідне положення хворого. Лежачи на животі або сидячи, кульшовий суглоб у нейтральному положенні.

Розташування шарніра кутоміра. На латеральній поверхні колінного суглоба, нерухома бранша у положенні 0° , рухома бранша паралельна до малогомілкової кістки.

Показники нормального об'єму рухів: 135° .



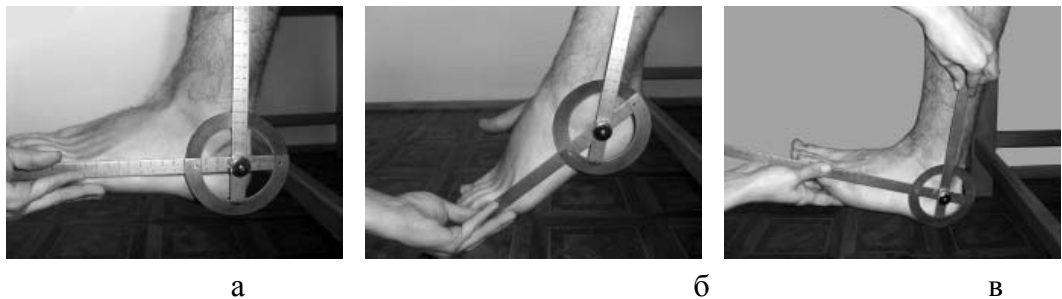
Мал. 2.14. Вимірювання згинання в колінному суглобі:
а – вихідне положення; б - згинання

Тильне і підшовове згинання в гомілково-стопному суглобі; сагітальна площина (мал. 2.15)

Вихідне положення хворого. Лежачи на спині або сидячи, нога зігнута у колінному суглобі на 90° .

Розташування шарніра кутоміра. На латеральній поверхні гомілково-стопного суглоба, нижче за латеральну кісточку, нерухома бранша перпендикулярна до малогомілкової кістки, рухома бранша під час руху паралельна до п'ятої плюсневої кістки.

Показники нормального об'єму рухів: тильне згинання: 20° , підшовове згинання: 50° .



Мал. 2.15. Вимірювання згинання в гомілково-стопному суглобі:
а – вихідне положення; б – підшвове згинання; в – тильне згинання

Роль біомеханічних досліджень у реабілітації хворих з руховими порушеннями визначається тим, що вони дозволяють істотно розширити уявлення про характер і ступінь ураження опорно-рухового апарату, забезпечити об'єктивний контроль за процесами відновлення.

Запитання для самоконтролю

1. Перерахуйте основні скарги хворих з патологією опорно-рухового апарату.
2. Деталізуйте характеристики больового синдрому у хворих з патологією опорно-рухового апарату.
3. Охарактеризуйте особливості анамнезу хворих з патологією опорно-рухового апарату.
4. За допомогою яких опитувальників можна встановити якість життя хворих з патологією опорно-рухового апарату?
5. Перерахуйте патологічні види ходи.
6. Розберіть можливі результати об'єктивного обстеження хворого з патологією опорно-рухового апарату за схемою: а) особливості огляду; б) особливості перкусії суглобів; в) особливості аускультії суглобів.
7. Які можливі зміни конфігурації суглобів при патології опорно-рухового апарату?
8. За якими показниками проводиться кількісна оцінка суглобового синдрому? Дайте характеристику кожному з них.
9. Які прилади застосовуються для вимірювання амплітуди рухів у суглобах?
10. Охарактеризуйте методику вимірювання амплітуди рухів та її нормальні величини у суглобах верхньої кінцівки: а) плечовому; б) ліктьовому; в) променево-зап'ястковому; г) міжфалангових суглобах китиці.
11. Охарактеризуйте методику вимірювання амплітуди рухів та її нормальні величини у суглобах нижньої кінцівки: а) кульшовому; б) колінному; в) гомілково-стопному.