

ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ
З ДИСЦИПЛІНИ
«ТЕСТОВА ОЦІНКА ДИСФУНКЦІЙ У ПРАКТИЦІ
ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА»**



Луцьк – 2022

УДК УДК 615.8:616-008.6(072) У 51

Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки

(Протокол № 6 від 23 лютого 2022 р)

Рецензенти: Раковець Оксана Юріївна, кандидат біологічних наук, викладач кафедри природничо-математичної, світоглядної освіти та інформаційних технологій, комунального заклад вищої освіти «Луцький педагогічний коледж» Волинської обласної ради

Індика Світлана Ярославівна, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, завідувач кафедри фітнесу та циклічних видів спорту Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Ульяницька Н.Я.

У-51 Тестова оцінка дисфункцій у практиці фізичного терапевта: Методичні рекомендації до проведення лабораторних занять / Упоряд. Н.Я.Ульяницька - Луцьк, 2022.- 74 с.

Видання містить методичні рекомендації до проведення лабораторних робіт з курсу „Тестова оцінка дисфункцій у практиці фізичного терапевта”, а також подано: завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття (теоретичні питання); перелік питань для підсумкового контролю та ситуативні завдання. Для студентів галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (освітньо-кваліфікаційний рівень – бакалавр)

УДК УДК 615.8:616-008.6(072) У 51

© Ульяницька Н. Я.
© Волинський національний
університету імені Лесі Українки, 2022

ЗМІСТ

Вступ	5
Тема заняття № 1. Вступ до дисципліни. Базові поняття про реабілітаційне обстеження.....	7
Тема заняття № 2. Особливості комплексного фіз-терапевтичного первинного обстеження	9
Тема заняття № 3. Загальна характеристика клінічних інструментів та їх оцінки.....	13
Тема заняття № 4. Визначення основних завдань терапії, коротко- та довготермінових завдань фізичної терапії	16
Тема заняття № 5. Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами неврологічного профілю.....	18
Тема заняття № 6. Методика проведення 10-метрового тесту ходьби та 6-хвилинного тесту ходьби	19
Тема заняття № 7. Методика проведення тесту «Встань та йди» та 30 second Chair Stand Test (30sCS) (Тест вставання зі стільця за 30 секунд).....	20
Тема заняття № 8. Методика проведення тестів Рухова активність (функціональні можливості).	22
Тема заняття № 9. Методика проведення тесту Модифікована шкала спастичності Ашфорта	25
Тема заняття № 10. Методика проведення тестування за Шкалою BARHTEL	26
Тема заняття № 11. Методика проведення тесту BERG BALANCE SCALE (BBS) - SHORT FORM (шкала рівноваги Берга – скорочена форма).....	27
Тема заняття № 12. Методика проведення тесту Шкала Rancho Los Amigos...	30

Тема заняття № 13. Методика проведення тесту Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій.....	32
Тема заняття № 14. Методика проведення тесту Шкала оцінки болю (VAS)...	38
Тема заняття № 15. Клінічні інструменти оцінки у роботі пацієнтів/клієнтів з ураженням опорно-рухового апарату	39
Тема заняття № 16. Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами/клієнтами кардіологічного профілю	40
Тема заняття № 17. Методика проведення тестування – «Степ-тест».....	41
Тема заняття № 18. Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами/клієнтами пульмонологічного профілю	43
Тема заняття № 19. Методика проведення	44
Тема заняття № 20. Методика до проведення опитувальника Якість життя (SF-36 health status survey).....	63
Перелік питань для підсумкового контролю та ситуативні завдання	69
Використані джерела	73

ВСТУП

Навчальна дисципліна «Тестова оцінка дисфункцій в практиці фізичного терапевта» є базовою дисципліною для студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» освітнього ступеня «бакалавр» для здобуття кваліфікації бакалавра з фізичної терапії, ерготерапії.

Сучасна концепція фізичної терапії та ерготерапії базується на фундаментальних поняттях і медико-біологічному обґрунтуванні механізмів впливу різноманітних факторів на життєдіяльність організму, на системи забезпечення гомеостазу та їх пристосування до нових умов існування, чи морфофункціональних змін організму після травм і перенесених хвороб.

«Тестова оцінка дисфункцій в практиці фізичного терапевта» включає ознайомлення студентів з методи соціологічного, педагогічного, клінічного та параклінічного дослідження; основні протипокази і застереження щодо проведення заходів фізичної реабілітації; особливості обстеження у фізичній реабілітації, спеціальні тести та шкали; етичні та юридичні вимоги ведення документації. Ефективність вищеперерахованих заходів значною мірою визначається узгодженістю усіх ланок реабілітаційного процесу, а також командною роботою мультидисциплінарної команди.

Метою викладання навчальної дисципліни «Тестова оцінка дисфункцій в практиці фізичного терапевта» є сформувані у студентів систему знань та цілісного уявлення щодо теоретичних засад та основ практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії в системі охорони здоров'я; розуміння значення своєчасного застосування засобів фізичної терапії для попередження ускладнень та підвищенню ефективності у комплексному відновленні після травм чи захворювань.

Опанування дисципліни дасть змогу фахівцеві в подальшому здатність проводити обстеження, тестування й оцінювання потреб і можливостей пацієнта/клієнта. Основою формування знань, умінь і навичок у навчальній дисципліні «Тестова оцінка дисфункцій в практиці фізичного терапевта» є

лекційні заняття, лабораторні заняття, індивідуальні консультації, а також самостійна робота.

До кінця навчання навчання студенти повинні бути компетентними у таких питаннях:

знати:

- ✓ особливості обстеження у фізичній реабілітації;
- ✓ спеціальні тести та шкали;
- ✓ основні протипокази і застереження щодо проведення заходів фізичної реабілітації;
- ✓ методи соціологічного, педагогічного, клінічного та параклінічного дослідження;
- ✓ етичні та юридичні вимоги ведення документації.

вміти:

- ✓ організувати збір анамнезу та інформації про актуальний стан здоров'я пацієнта/клієнта;
- ✓ демонструвати чітке логічне обґрунтування вибраної послідовності питань та обстежень;
- ✓ використовувати відповідні методи огляду обстеження та тестування;
- ✓ точно документувати дані обстеження, користуючись логічним форматом, який відповідає професійним інструкціям фахівця і вимогам даного закладу.
- ✓ використовувати науково доказові дані для аналізу клінічної картини і визначення станів, які потребують корекції заходами фізичної реабілітації;
- ✓ демонструвати вміння аналізувати усі отримані дані обстежень для виявлення уражень чи функціональних порушень у пацієнта/клієнта та обмежень для його участі у діяльності;
- ✓ узагальнювати результати досліджень;

Лабораторне заняття №1

Тема : Вступ до дисципліни. Базові поняття про реабілітаційне обстеження.

Мета: Засвоїти базові поняття про реабілітаційне обстеження та збір анамнезу пацієнта/клієнта.

Хід роботи

Фізична терапія є невід'ємною й суттєвою частиною сучасної комплексної реабілітації. Основною метою реабілітації є мінімізація прямих наслідків постійної або довготермінової інвалідності, тобто оптимальне наближення до фізіологічного стандарту.

Реабілітація (англ. *habilitis* = здібності, *re* = повернення, відновлення) використовує основні засоби – лікувальні (реабілітація в медицині), соціальні, трудові (включно з трудовою реабілітацією, тобто ергодіагностикою), педагогічні та виховні. У реабілітації відіграють важливу роль також інші компоненти, наприклад, безбар'єрне середовище, зручний громадський транспорт, комфортне житло.

У ХХІ столітті окремі випадки захворювань, травм і вроджених вад, коли зберігаються обмеження життя й діяльності, потребують комплексної реабілітації. Етіологічної діагностики більше недостатньо. З початку захворювання, після аварії або вродженої вади є необхідною функціональна діагностика, проведена міжпрофесійною реабілітаційною групою, індивідуально зорієнтована на конкретну особу з інвалідністю. З цієї причини потрібно розглядати особу з інвалідністю і з боку непрацездатності, і з боку її функціонального здоров'я, і шукати вирішення стану її непрацездатності за допомогою фасилітатора середовища для досягнення максимально можливої якості життя.

Наводимо базові практичні навички у діяльності фізичного терапевта.

Складові діяльності фізичного терапевта:

Провести комплексне обстеження, оцінку пацієнта / клієнта

Проаналізувати результати обстеження, щоб скласти клінічні судження щодо стану пацієнта / клієнта

Скласти прогноз і планування

Надавати консультацію у межах своєї компетенції. Скласти програму втручання / лікування

Визначити результати будь-якого втручання

Дати рекомендації щодо домашньої програми

Обстеження пацієнта/клієнта:

Полягає в оцінці фізичного стану пацієнта, аналізі супутніх чинників і передбачає три компоненти:

Складання історії виникнення рухової дисфункції;

Обстеження відповідних систем організму;

Відбір і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.

Збір анамнезу пацієнта/клієнта:

Дані стосовно пацієнта (ім'я, адреса, дата народження)

Очікування пацієнта від процесу реабілітації

Соціальний статус (робота, хобі, сім'я)

Історія хвороби, супутні захворювання (початок захворювання, перебіг симптомів)

Попередні захворювання (тривалість, лікування, ускладнення)

Шкідливі звички

Препарати які вживає пацієнт (دوزи, тривалість застосування і т. д)

Огляд пацієнта:

Огляд пацієнта на рівні структури і функції тіла (шкірні покриви, сила м'язів, обмеження амплітуди, порушення чутливості і. т. д.)

Підбір і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.

Оцінка – це основа для аналізу проблем пацієнта і розробки ефективного лікування. Оцінка повинна проводитися постійно.

Процес оцінки порушень пацієнта включає в себе розпізнавання, встановлення причини порушень функціональної спроможності пацієнта.

Лабораторне заняття № 2

Тема: Особливості комплексного фізотерапевтичного первинного обстеження.

Мета: Засвоїти методику проведення комплексного фізотерапевтичного первинного обстеження.

Хід роботи:

1. Заповнити картку пацієнта/клієнта за поданим зразком

-Вік, стать, орієнтування (час, місце, особа), спілкування, співпраця.

-Суб'єктивна проблема: коротко з'ясувати, з чим пацієнт звертається до фізотерапевта (одним реченням), що вважає своєю основною, ключовою проблемою.

АНАМНЕЗ

РОДИННИЙ АНАМНЕЗ (РА)

• Серйозні захворювання у найближчих кровних родичів (захворювання опорно-рухового апарату, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, рак, психічні розлади).

ОСОБИСТИЙ АНАМНЕЗ (ОА)

• Серйозні захворювання, операції, травми.

• Психомоторний розвиток.

• Самостійність.

СОЦІАЛЬНИЙ І ТРУДОВИЙ АНАМНЕЗ (СТА)

• Освіта, робота — посада, стереотип руху (пенсія через інвалідність, соціальна пенсія, безробітний, інвалідність I, II, III групи, непрацездатність, студент).

• Дозвілля, хобі, спорт (якщо так, то детальніше).

• Сімейний стан, діти, сімейні умови, житло — бар'єри .

• Компенсаторні допоміжні засоби (протез, ортез, милиці, візок тощо).

АЛЕРГІЯ (АА); виявляє лікар

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ (ФА); збирає лікар.

Гінекологічний анамнез (ГА).

- Алкогольна чи наркотична залежність.
- Попередня фізична терапія, реабілітація.

СУЧАСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (СЗ)

Пацієнт ретельно описує проблеми, з якими приходить на фізичну терапію, причини, через які призначено фізичну терапію (амбулаторно / стаціонар)

БІЛЬ, МОТОРНІ ОБМЕЖЕННЯ, СЕНСОРНІ ЗМІНИ ЗОКРЕМА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИХ РОЗЛАДАХ ВАЖЛИВО З'ЯСУВАТИ:

-Коли почалися проблеми (часовий горизонт, з дня на день, поступово)

-За яких обставин (механізм причини, без очевидної причини)

-Точна локалізація

-Позиція полегшення

БІЛЬ

- Точна локалізація (добре / погано локалізується).
- Характер болю (тупий, гострий, глибокий, поверхневий, дифузний, поширення).
- Інтенсивність болю (використовуйте, наприклад, візуальну аналогову шкалу болю).
- Наявність болю в часі (постійний, переривчастий, уранці, залежно від певної активності, будить зі сну).
- Чинники погіршення / полегшення (вплив знеболювальних препаратів).
- Очікування пацієнта.

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ

- Інструментальні обстеження — рентген, МРТ тощо.
- Домінантна кінцівка — правиця / шульга.
- Якщо пацієнт має серцево-судинні проблеми — дослідити тиск, частоту пульсу, швидкість дихання.
- Зміни за останній час (зміна стереотипів, ваги тощо).
- Стрес, якість сну, втома.
- Наявність порушень тазових органів (порушення функції тримання).

КІНЕЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ (КА) АСПЕКЦІЯ

- Соматотип.
- Колір шкіри, набряки, шрами, рани, варикозне розширення вен.
- Постава / тримання тіла (стоячи, сидячи) — асиметрія, трофіка.
- Стабільність стояння (за Ромбергом).
- Зміна позицій (сидячи, лежачи, стоячи) — стереотип.
- Флексія, латерофлексія, екстензія тулуба.
- Хода, модифікована хода (наприклад, тандем, на пальцях, на п'ятках).
- Стояння на одній нижній кінцівці, скакання.

ДИНАМІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

- Амплітуда руху в суглобах, активна амплітуда руху, пасивна амплітуда руху — AROM, PROM (обмеження, тип бар'єра).
- М'язова сила.
- Тести суглобів (зв'язки, меніски, блокади).
- Спеціальні функціональні тести (HSSP, тест на ротаторний манжет, тест Шобера, стереотип абдукції руки тощо, див. спеціальну частину).

ПАЛЬПАЦІЯ

- Шкіра, підшкірна клітковина — пересування, набряки, температура, структура, чутливість (приклад — гіпералгезивна зона).
- М'язи, сухожилля, сумки — тонус, рефлекторні зміни, набряк.
- Суглоби, зв'язки — екскудат, набряк.

НЕВРОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Сухожилково-периостальні рефлекси.
- Дослідження координації, діадохокінезу, м'язового тонусу, ригідності тощо.
- Чутливість (екстероцепція, пропріоцепція).
- Периферійні нерви (Lasseque, мобілізація за Батлером, симптом Фалена, тест Спурлінга тощо).
- Черепно-мозкові нерви.

• Можна скористатися і стандартизованими функціональними тестами, об'єктивними інструментальними дослідженнями (наприклад, англ. footscan).

• У разі необхідності можна домовитися про інші спеціальні медичні дослідження з особистим лікарем (ортопед, фахівець із протезування, невролог, офтальмолог тощо).

ФОРМУЛЮВАННЯ ВИСНОВКІВ

2. Зробити узагальнений висновок до лабораторної роботи.

Лабораторна робота № 3

Тема: Загальна характеристика клінічних інструментів та їх оцінки

Мета: Засвоїти поняття про клінічні інструменти та їх особливості практичного застосування

Хід роботи

Клінічний інструмент оцінки, це інструмент, який використовується для оцінювання поточного стану пацієнта. Клінічний інструмент оцінки може представлятись у вигляді балів, оцінених результатів та часом певними категоріями ризику для пацієнта. Показники отримані за допомогою клінічних інструментів перед будь яким втручанням дають основу для цього втручання. Оцінювання стану пацієнта з використанням клінічних інструментів оцінки вважається належною клінічною практичною діяльністю, що покращує допомогу, яку отримує пацієнт, оскільки використання клінічних інструментів оцінки сприяє:

- ретельному проведенню обстеження;
- ефективній розробці плану допомоги для пацієнта;
- формуванню кількісної оцінки;
- точнішому порівнянню стану пацієнта між певними періодами лікування;
- спілкуванню між фахівцями та закладами де надаються реабілітаційні послуги
- покращенню підзвітності у клінічній практичній діяльності;
- підвищенню ефективності провадження клінічної практичної діяльності.

З адміністративної точки зору, належне використання клінічних інструментів оцінки допоможе менеджерам охорони здоров'я вимірювати витрати, визначати пацієнтів, які мають певні ризики та порівнювати результати між клінічними фахівцями та/ або установами. Використання клінічних інструментів оцінки для організації проведення наукового дослідження є одним із ключових навиків дослідника. Ретельний вибір та застосування у науковому дослідженні клінічних інструментів оцінки сприяє покращенню методологічної якості та значимості клінічних випробувань, що підвищує цінність таких досліджень. Одним завдань фізичного терапевта у практичній клінічній діяльності, це уміти виміряти ефект

від втручання використовуючи клінічні інструменти оцінки. На даний час у фізичній терапії застосовується безліч клінічних інструментів оцінки, найбільш повною базою даних по клінічних інструментах оцінки вважається ресурс Shirley Ryan AbilityLab (колишній Реабілітаційний Інститут Чикаго). На цьому ресурсі розміщено понад 400 повних описів клінічних інструментів оцінки, і над її наповненням та поновленням працює 7 підгруп у складі яких є приблизно 75 професіоналів з реабілітації. Клінічні інструменти оцінки - це специфічні тести та заходи, які може використовувати фізичний терапевт для визначення функціонального стану пацієнта. Визначають порушення на рівні структури та функції тіла пацієнта. Визначають порушення на рівні діяльності та участі пацієнта.

1. Область застосування стандартизованих клінічних інструментів.

- забезпечення об'єктивних даних
- Документація в електронних документах
- використання в клінічних інформаційних системах
- розвиток клінічних знань і професійної освіти
- підзвітність.

2. Клінічні інструменти у реабілітаційному процесі особливості практичного застосування.

Визначити вихідний рівень стану пацієнта, скласти прогноз

Скласти план реабілітації

Визначити ефективність плану реабілітації

Інформувати пацієнтів про їхній прогрес кількісно

Щоб визначити, чи досягнуті цілі реабілітації

Інформувати платників про динаміку пацієнтів для продовження відшкодування

Використання даних для складання домашніх програм та рекомендацій

3. Як часто проводити тестування?

При поступленні пацієнта

Щоб визначити чи досягнув пацієнт короткотермінові цілі

При виписці пацієнта

Залежно від інтенсивності програми

При добрій динаміці відновлення

4. Вимоги до проведення тестувань

Пацієнт повинен розуміти вказівки

Тестування проводяться в безпечних умовах

Використовувати стандартизовані тести

Пацієнт повинен самостійно утримувати вертикальне положення

5. Перешкоди для вимірювання результатів

Індивідуальні:

Час: адміністрування, оцінка, інтерпретація

Знання: вибирати інструменти, правильно інтерпретувати

Залучення ресурсів: занадто мало, занадто багато щоб вибрати, обладнання потрібно, неясні інструкції, важко інтерпретувати

Компетенція: не якісна освіта, відсутність досвіду

Ставлення: переконання, що заходи результатів є непотрібними, скептицизм, відчуття перевантаженості, відсутність впевненості у використанні

6. Критерії клінічних інструментів

Надійність вимірювання результатів означає, що результати повинні узгоджуватися з кожним пацієнтом і в межах певної груп пацієнтів

Достовірність вимірювання результатів означає, що він вимірює саме те, що ви маєте намір вимірювати.

Лабораторна робота №4

Тема: Визначення основних завдань терапії, коротко- та довготермінових завдань фізичної терапії

Мета: Навчитись визначати основні завдання та мету терапевтичних втручань при побудові реабілітаційного плану

Хід роботи

Перед початком власне терапевтичного втручання важливо визначити мету, яку необхідно досягти при співпраці з пацієнтом і його сім'єю. Не менш важливо визначити, за допомогою яких конкретних фізотерапевтичних підходів і / або методів буде досягнуто бажаного результату. З цієї причини створюють короткотерміновий і довготерміновий фізотерапевтичні плани. Індивідуальний план розробляють для пацієнта з урахуванням результатів фізотерапевтичного первинного обстеження, враховують також конкретний тип пошкодження, функціональний стан, вік, освіту, особистість, мотивацію та побажання пацієнта. Завдання можуть бути загальними або індивідуально-конкретними.

Загальні завдання:

- Збереження та / або відновлення оптимальної функції опорно-рухової системи.
- Підтримка та / або відновлення амплітуди руху в суглобах.
- Підтримка та / або відновлення м'язової сили та довжини м'язів.
- Зниження болю, втрата чутливості.
- Підтримка та / або поліпшення нервово-м'язової координації.
- Підтримка та / або відновлення якісних стереотипів руху (пересування, сидіння, стояння, ходіння).
- Підтримка та / або поліпшення стану.
- Підтримка та / або поліпшення фізичної здатності, серцево-судинної діяльності, показників
- Підтримка та / або поліпшення щоденної активності (ADL).
- Завдання добирають спеціально й уточнюють залежно від індивідуальних потреб і поточних проблем конкретної людини.

Короткостроковий план у більшості випадків обмежується періодом, на який призначений цикл терапії або ліжковий режим (амбулаторне чи стаціонарне відділення під час перебування в лікарні). Тобто це часовий горизонт тижнів, максимально місяців. Його зосереджують на конкретних завданнях, які дозволяють якомога швидше вирішити конкретну проблему пацієнта (зменшення болю, збільшення амплітуди руху в суглобах, тренування навичок, вмінь, набуття навичок самообслуговування та профілактика знерухомлення, профілактика втрати фізичної сили тощо). У плані слід передбачити методи й засоби, якими можна / потрібно скористатися для досягнення певної мети, і скласти графік.

Визначення основних завдань терапії, короткотермінового та довготермінового плану фізичної терапії.

Довготерміновий план готується у контексті довгострокового горизонту часу в рамках міжпрофесійної реабілітації із залученням її базових елементів (терапевтичної, педагогічної, соціальної та трудової реабілітації). Базується він на короткотерміновому плані так, аби були максимально збережені вже досягнуті результати, визначаються нові завдання. За менш серйозних діагнозів у довготерміновому плані вирішується радше профілактика збереження рівня досягнутого фізичного рівня пацієнта / клієнта. Надалі розробляється програма, в межах якої у пацієнта була б можливість повернутися до діяльності (наприклад, заняття спортом чи хобі), яку унеможлилювали попередні труднощі. Для пацієнтів із проблемами тривалого та довготривалого характеру шукають вирішення ситуації загалом, коли необхідно зосередити зусилля на досягненні якомога більшої самостійності й незалежності, щоб пацієнт мав можливість мешкати у власному домашньому середовищі (компенсаторні допоміжні засоби, перебудова середовища на безбар'єрне). Вирішують питання реалізації в суспільстві, знаходження особою відповідного місця, зокрема трудової діяльності і дозвілля. Плани й завдання фізичної терапії адаптовані з урахуванням можливих протипоказань щодо певних процедур і терапії, досвіду й ефекту попередньої фізотерапії та реабілітації, з урахуванням функціональних здібностей, особистих завдань і мотивації пацієнта.

Лабораторне заняття № 5

Тема: Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами/клієнтами неврологічного профілю

Мета: Опанувати методику проведення та підбору клінічних тестів для пацієнтів/клієнтів неврологічного профілю

Хід роботи

Для систематизації та уніфікації використання фізичним терапевтом різних клінічних інструментів Академія неврологічної фізичної терапії Американської асоціації фізичної терапії розробила рекомендації по застосуванню клінічних інструментів оцінки при різних патологіях. Цією організацією було підготовлено ряд документів EDGE (Evidence Database to Guide Effectiveness), що формують базу даних доказів для ефективного керівництва. У результаті ретельного аналізу клінічних інструментів оцінки, розробниками було сформовані рекомендації по їх застосуванню для пацієнтів з певною патологією, що перебувають у різних умовах. Таким чином ця база даних пропонує фізичному терапевту визначити, які клінічні інструменти оцінки слід використовувати у різних умовах з різними категоріями пацієнтів.

-6 хвилинний тест ходи

-10 метровий тест ходи

-мануальний м'язовий тест

-модифікована шкала Ашфорта

-оцінювання сенсомоторної функції, шкала Фугль-Мейер (Fugl-Meyer)

-тест "встань та йди"

-тест на функціональне досягання

-шкала балансу Берга

Лабораторна робота № 6

Тема : Методика проведення 10-метрового тесту ходьби та 6- хвилинного тесту ходьби

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів 10-метрового тесту ходьби та 6- хвилинного тесту ходьби

Хід роботи

Методика проведення. Необхідно виміряти відстань 12м. За командою пацієнт починає йти. Час фіксується з моменту, коли пацієнт пройде позначку двох метрів.

13с. – норма;

17-18сек. – ходьба навколо дому;

20с. – ходьба по дому;

45с. – ходьба під наглядом.

1 обстеження	2 обстеження	3 обстеження
Дата	Дата	дата
1 спроба -	1 спроба -	1 спроба -
2 спроба -	2 спроба -	2 спроба -
3 спроба -	3 спроба -	3 спроба -

6 хвилинний тест ходьби

Дата	

Лабораторна робота № 7

Тема: Методика проведення тесту «Встань та йди» та 30 second Chair Stand Test (30sCS) (Тест вставання зі стільця за 30 секунд)

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту «Встань та йди» та 30 second Chair Stand Test (30sCS) (Тест вставання зі стільця за 30 секунд)

Хід роботи

Методика проведення. Необхідно виміряти відстань – 3м. Час виконання завдання – 30 сек.

Пацієнт сидить на стільці, за командою, встає, доходить до позначки 3м, повертається назад і сідає.

Якщо час виконання завдання більший за 30 сек. – високий ризик падіння.

Дата	

30 second Chair Stand Test (30sCS) (Тест вставання зі стільця за 30 секунд)

Огляд: Цей тест був розроблений для оцінки сили нижньої кінцівки для людей похилого віку.

Оцінка: Оцінюється кількість правильно виконаних вставань за 30 секунд.

Налаштування: Стілець необхідно поставити біля стіни або важкого предмету, щоб запобігти переміщенню. Секундомір.

Проведення:

- **Інструкції:** *“Коли я скажу “Починай” вставайте та сідайте стільки разів, скільки можете, поки я скажу “Стоп”. Намагайтесь вставати та сідати повністю.*
- Таймер включають зі словом “Починай” і зупиняють через 30 секунд.

Інтерпретація:

- Мінімально виявлені зміни для остеоартриту стегна складають 3.5
 - Нормативні значення у літніх людей:

Вік	Кількість виконаних повторень	
	Чоловіки	Жінки
60-64	14-19	12-17
65-69	12-18	11-16
70-74	12-17	10-15
75-79	11-17	10-15

Лабораторна робота № 8

Тема: Методика проведення тестів Рухова активність (функціональні можливості)

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту Рухова активність (функціональні можливості)

Хід роботи

Шкала COVS (Physiotherapy Clinical Outcome Variables) Варіанти клінічного фізотерапевтичного прогнозу

Завдання 1: перевертання на: а)правий, б)лівий бік	Завдання 6: хода з використанням допоміжних пристроїв
<ol style="list-style-type: none"> 1. Повна залежність 2. Допомога однієї особи (з/без використання допоміжного пристрою) 3. Самостійне виконання, але потрібна допомога у завершенні дії 4. Самостійне виконання з використанням допоміжного пристрою 5. Самостійне виконання без використання допоміжного пристрою, але повільно, незграбно та з більшим, ніж відведено, часом 6. Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хода неможлива 2. Хода на паралельних брусах чи постійна допомога двох осіб 3. Самостійна хода з використанням рами-трапеції на короткі відстані 4. Самостійна хода з використанням двох милиць 5. Самостійна хода з використанням однієї милиці (за винятком палиці) 6. Хода з палицею 7. Хода без використання допоміжних пристроїв
Завдання 2: перехід з положення лежачи на спині у положення сидячи	Завдання 7: хода на витривалість
<ol style="list-style-type: none"> 1. Повна залежність 2. Допомога однієї особи (з/без використання допоміжного пристрою) 3. Словесна допомога при виконанні у безпечний спосіб 4. Самостійне виконання з використанням допоміжного пристрою 5. Самостійне виконання без використання допоміжних пристроїв, але повільно, незграбно та з надмірними зусиллями 6. Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хода неможлива 2. < 10 метрів 3. < 50 метрів 4. < 100 метрів 5. < 500 метрів 6. > 500 метрів
Завдання 3: рівновага у положенні сидячи	Завдання 8: хода на швидкість
<ol style="list-style-type: none"> 1. Сидіння без підтримки неможливе 2. Неможливо здійснити будь-який рух, не тримаючись руками 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 метрів/секунду 2. < 1 метр/секунду 3. < 3 метри/секунду

<ol style="list-style-type: none"> 3. Можливий рух в межах площі опори, не тримаючись руками 4. Можливий рух поза межі площі опори, не тримаючись руками 5. Витримує швидкий поштовх, що виводить поза межі площі опори, не тримаючись руками (руки схрещені на грудях) 6. Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 4. < 6 метрів/секунду 5. < 9 метрів/секунду 6. > 9 метрів/секунду
<p>Завдання 4: а) горизонтальне переміщення</p>	<p>Завдання 9: пересування у кріслі-візку**</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Повна залежність 2. Допомога однієї особи з використанням допоміжного пристрою 3. Допомога однієї особи без використання допоміжного пристрою 4. Словесна допомога з/без використання допоміжного пристрою 5. Самостійне переміщення з використанням допоміжного пристрою 6. Самостійне переміщення, але незграбно, повільно, з надмірними зусиллями 7. Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повна залежність 2. Постійна фізична допомога при пересуванні 3. Періодична допомога на дистанції більше 30 метрів 4. Словесна допомога при пересуванні 5. Самостійне пересування у межах будинку 6. Самостійне пересування поза межами будинку за виключенням долання бордюрів та ґрунту 7. Самостійне пересування
<p>Завдання 4: б) вертикальне переміщення*</p>	<p>Завдання 10: рухова функція руки: а) права, б) ліва</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Повна залежність 2. Допомога однієї особи з використанням допоміжного пристрою 3. Допомога однієї особи без використання допоміжного пристрою 4. Словесна допомога з/без використання допоміжного пристрою 5. Самостійне переміщення з/без використанням допоміжного пристрою у домашніх умовах, але незграбно, повільно, з надмірними зусиллями 6. Самостійне переміщення у присутності інших 7. Норма 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Будь-який активний рух неможливий 2. Часткові активні рухи рукою, проте неможливе застосування її у побуті 3. Використання руки для стабілізації чи допомоги 4. деякі обмеження у здійсненні функціональних рухів (можливість підносити горнятко до рота) 5. Виконання рукою основних функціональних рухів (проксимальний та дистальний контроль) 6. Норма
<p>Завдання 5: хода</p>	<p>Примітки:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Хода неможлива 	<p>* П/В – з підлоги на візок, П/С – з</p>

2. Постійна фізична допомога однієї особи 3. Періодична фізична допомога однієї особи 4. страхування та словесна допомога 5. Самостійна хода по рівній поверхні та допомога при доланні архітектурних перешкод 6. Самостійна хода, включно з доланням архітектурних перешкод 7. Норма	підлоги у положення стоячи. ** Е – електричний візок, Р/П – візок з ручним приводом.
--	---

Таблиця показників по завданнях

№ п-п	Завдання	Дата		
1а	Перевертання на правий бік			
1б	Перевертання на лівий бік			
2	Перехід з положення лежачи на спині у положення сидячи			
3	Рівновага у положенні сидячи			
4а	Горизонтальне переміщення			
4б	Вертикальне переміщення			
5	Хода			
6	Хода з використанням допоміжних пристроїв			
7	Хода на витривалість			
8	Хода на швидкість			
9	Пересування у кріслі-візку			
10а	Рухова функція правої руки			
10б	Рухова функція лівої руки			
Максимальна кількість балів по всіх завданнях 83				

Лабораторна робота № 9

Тема: Методика проведення тесту Модифікована шкала спастичності Ашфорта

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту Модифікована шкала спастичності Ашфорта

Хід роботи

Методика проведення. Дослідження рівня спастичності проводиться шляхом пасивного розгинання ураженої кінцівки пацієнта. Оцінка рівня спастичності м'язів була проведена за модифікованою шкалою спастичності Ашворта

Бали	М'язевий тонус
0	Немає підвищення
1	Легке підвищення тону, яке відчувається при згинанні або розгинанні сегмента кінцівки у вигляді незначної протидії в кінці руху
2	Незначне підвищення тону у вигляді протидії, яке виникає після виконання не менш половини об'єму руху
3	Помірне підвищення тону, яке проявляється під час всього руху, але не утруднює виконання пасивних рухів.
4	Значне підвищення тону, яке утруднює виконання пасивних рухів
5	Ушкоджений сегмент кінцівки фіксований в положенні згинання або розгинання

Лабораторна робота № 10

Тема : Методика проведення тестування за Шкалою BARHTEL

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за Шкалою BARHTEL

Хід роботи

Методика проведення. Представлена Dorothea Barthel в 1955 році, шкала оцінює індекс активності у повсякденному житті.

Інструкція по застосуванню:

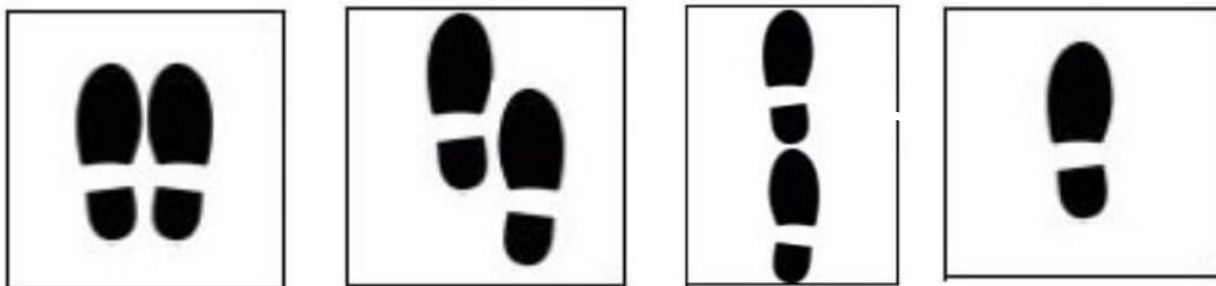
- Індекс повинен відображати реальні дії хворого, а не передбачувані.
- Основною метою є встановлення ступеня незалежності від будь-якої допомоги, фізичної чи вербальної, якою незначною не була би ця допомога і якими би причинами вона не викликала.
- Необхідність нагляду означає, що пацієнт не є незалежним.
- Рівень функціонування повинен визначатися найбільш оптимальним і доступним для конкретної ситуації шляхом, найчастіше шляхом опитування пацієнта, його родичів і друзів, а також медичного персоналу, однак настільки ж важливі безпосереднє спостереження і здоровий глузд. Пряме дослідження не потрібно.
- Зазвичай оцінюється функціонування хворого за період попередніх 24-48 годин, однак іноді обгрунтований і більш тривалий період оцінки.
- Середні категорії означають, що пацієнт здійснює понад 50% необхідних для виконання функції зусиль.
- Категорія “незалежний” допускає використання допоміжних засобів.

Лабораторна робота № 11

Тема: Методика проведення тесту BERG BALANCE SCALE (BBS) - SHORT FORM (шкала рівноваги Берга – скорочена форма)

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за шкалою рівноваги Берга – скорочена форма

Хід роботи



Огляд: Ця оцінка з 7 пунктів розглядає статичну і динамічну рівновагу під час виконання конкретних рухових завдань та оцінює ризик падіння у людей старшого та похилого віку.

Оцінка: Кожний пункт оцінюється за 3-бальною шкалою (0, 2 або 4); всі елементи додаються для загальної оцінки, max = 28

- Запишіть найнижчу категорію відповіді, яка застосовується для кожного пункту

Обладнання та налаштування

- Секундомір
- Стілець з підлокітниками
- Вимірвальна стрічка або лінійка

Проведення тесту

- Продемонструвати кожне завдання або провести інструктаж як написано
- Для більшості пунктів суб'єктів просять зберігати відповідне положення протягом певного часу
- Суб'єкти повинні розуміти, що їм треба підтримувати рівновагу під час виконання завдань
- Вибір на якій нозі стояти або наскільки далеко можна дотягнутись, залишається за суб'єктом

Інтерпретація

- Мінімально виявлені зміни після ортопедичних операцій (MDC) = 4 бали
 - Мінімально виявлені зміни у людей старшого віку (MDC) = 2.5 бали
1. **Встати з положення сидячи:** *“Будь ласка встаньте. Намагайтесь не використовувати руки.”*
 - 4** = може стояти без використання рук, стабілізується самостійно
 - 2** = може стояти з використанням рук після декількох спроб; або необхідна мінімальна допомога при стоянні і стабілізації
 - 0** = потрібна помірна або максимальна допомога для стояння
 2. **Стояння без підтримки з закритими очима:** *“Закрийте очі і стійте на місці протягом 10 секунд”*
 - 4** = може безпечно стояти 10 секунд
 - 2** = може стояти 10 секунд, але потребує спостереження; може стояти 3 секунди; або не може тримати очі закритими 3 секунди, але залишається стійким
 - 0** = потребує допомоги, щоб уникнути падіння
 3. **Дотягнутися вперед з витягнутою вперед рукою:** *“Підніміть руку на 90°, витягніть пальці і потягніться вперед наскільки можливо”* Терапевт розміщує лінійку на краю кінчиків пальців, коли рука витягнута, і записаний вимір - це відстань, на яку переміщується палець, в найбільш нахиленому вперед положенні.
 - 4** = може впевнено дотягнутись більше, ніж на 25 см
 - 2** = може потягнутися вперед більше, ніж на 12 см безпечно; може потягнутись вперед, але потребує спостереження
 - 0** = втрачає рівновагу при спробі потягнутись чи вимагає зовнішньої підтримки
 4. **Підняття предмету з полу з положення стоячи:** *“Підніміть тапочки перед ногами.”*
 - 4** = може підняти предмет легко та безпечно
 - 2** = може підняти тапочки, але вимагає спостереження; може підняти предмет, але не дотягується до нього 2-2,5 см і зберігає рівновагу незалежно; або не може підняти предмет, потребує спостереження при спробі
 - 0** = не може підняти предмет або необхідна допомога для підтримки рівноваги

5. Повертаючись, подивитися назад через праве чи ліве плече: “*Оберніться через ліве плече і подивіться прямо назад. Повторіть те ж саме через праве плече.*” Терапевт може тримати предмет, на який треба подивитися, прямо за суб'єктом, щоб захопити кращий поворот.

4 = може обернутись через обидва плеча, добре переносить вагу

2 = може обернутись через 1 плече, погано переносить вагу; обертається тільки в одну сторону, але підтримує рівновагу; або потребує спостереження при обертанні

0 = потребує допомоги при втраті рівноваги

6. Стояти без підтримки зі стопами, розміщеними на одній лінії:

(продемонструвати для пацієнта) “*Поставте одну ногу прямо перед другою. Якщо відразу неможливо поставити, зробіть крок достатній для того, щоб п'ятка передньої ноги була перед носком іншої ноги.*”

4 = ставить ноги разом незалежно, тримає 30с

2 = ставить ноги по черзі, тримає 30 с; робить маленький крок незалежно, тримає 30с; або необхідна допомога зробити крок, не може утримати 15с

0 = втрачає рівновагу в момент кроку або стояння

7. Стояння на одній нозі: “*Стійте на одній нозі якомога довше без підтримки.*”

4 = піднімає ногу незалежно, тримає більше 10с

2 = піднімає ногу незалежно, стоїть 5-10с; або піднімає ногу, не тримає 3с, продовжує стояти самостійно

0 = нездатний зробити спробу або потребує допомоги для уникнення падіння

Загальна оцінка: _____ (max = 28)

** оцінка <23 вважається ризиком для падіння

Лабораторна робота № 12

Тема: Методика проведення тесту Шкала Rancho Los Amigos

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за шкалою Rancho Los Amigos

Хід роботи

Методика проведення. Шкала Rancho Los Amigos є шкалою рівнів визначення когнітивних функцій. Ця шкала є описовим інструментом когнітивного та поведінкового функціонування. Вона застосовується переважно під час реабілітації у межах госпіталю. Ця шкала підсумовує нейроповедінкові функції та служить для покращення спілкування між персоналом. Ця шкала є корисною для реабілітолога 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.

- 1. Відсутність реакції:** Пацієнт знаходиться у глибокому сні та не реагує на жоден стимул.
- 2. Загальна реакція:** Пацієнт реагує періодично та нецілеспрямовано на стимул, проявляючи неспецифічні реакції, незважаючи на наявність стимулу. Реакціями можуть бути фізіологічні зміни, реакції великої моторики та/або вокалізація часто обмежена. Часто реакція на глибокий біль з'являється найпершою.
- 3. Локалізована реакція:** Пацієнт реагує специфічно, але не постійно на стимул. Реакції прямо відносяться до типу наявного стимулу. При наявності больового стимулу може відсмикувати кінцівки та/або проявляти вокалізовані реакції. Може слідувати простим вказівкам, таким як закривання очей, або стискання руки шляхом непостійних реакцій, часто із затримкою. Може проявляти загальне усвідомлення дискомфорту, витягуючи назальні трубки, катетери, або різного роду обмежувачі. Може проявляти відносні реакції до знайомих осіб. При усуненні зовнішнього подразника може лежати спокійно.
- 4. Дезорієнтовано-збуджені реакції:** Пацієнт перебуває у підвищеному стані активності та збудливості є реакцією на стан внутрішньої дезорієнтації. Поведінка та вербалізація є неадекватною та нецілеспрямованою по відношенню до навколишнього середовища. Може плакати або кричати незважаючи на інтенсивність стимулу та навіть після його усунення, проявляє агресивну поведінку, намагається усунути обмеження та звільнитись від трубок, або ж вилізти із ліжка. Загальна увага до навколишнього середовища є дуже короткою, вибіркоче утримання уваги є часто відсутнім. Пацієнт нічого не може згадати. Сильно обмежена здатність до переробки інформації та відсутність розпізнавальної здатності осіб та предметів, неспроможність пацієнта прямо співпрацювати у процесі втручання. Неспроможність у самообслуговуванні, потребує максимальної допомоги. Може мати труднощі виконуючи фізичну діяльність, наприклад, утримання сидячого положення, досягання до предметів та хода на прохання.

5. **Дезорієнтовано-невідповідні реакції:** Пацієнт спроможний реагувати на прості вказівки досить систематично. Хоча, при зростанні складності завдання або ж відсутності зовнішньої послідовності, реакції є нецілеспрямованими, не постійними, або неповними. Пацієнт демонструє прояви утримання загальної уваги до навколишнього середовища, але легко відволікається та має труднощі із утриманням уваги, виконуючи специфічні завдання. Вербалізація є часто невідповідною та Пам'ять є сильно уражена, часто демонструє невідповідне використання предметів, може демонструвати виконання попередньо вивчених завдань застосовуючи послідовність у виконанні завдання але не може засвоювати нову інформацію. Може часом „тинятись” з наміром „потрапити додому”.
6. **Дезорієнтовано-відповідні реакції:** Пацієнт демонструє цілеспрямовану поведінку, але все ще залежний від зовнішніх вказівок. Реакція при відчутті дискомфорту відповідна та пацієнт є толерантним до відчуття неприємних стимулів при поясненні потреби у таких. Систематично виконує прості вказівки та демонструє застосування засвоєних/нових навичок самообслуговування. Реакції можуть бути невідповідними внаслідок проблем пов'язаних із пам'яттю, але вони є відповідними до ситуації. Довготривала пам'ять демонструє більше деталей та глибини ніж короткотривала. Пацієнт більше не „тиняється” та часом орієнтується у часі та місці перебування. Пацієнт демонструє труднощі при виконання завдань із застосуванням вибіркової уваги. Може розпізнавати персонал, членів родини та основні потреби.
7. **Автоматично-відповідні реакції:** Пацієнт поводить себе відповідно до ситуації та орієнтується у госпіталі та вдома, дотримується щоденного розкладу діяльності, але часом виконуючи це автоматично. Демонструє підвищене самоусвідомлення, усвідомлення власного тіла, родини, їжі, людей та взаємовідносин у навколишньому середовищі. Наявність поверхневого усвідомлення, але наявність недостатнього внутрішнього розуміння, знижена здатність у розв'язанні проблем та судженні. Проблеми у побудові реалістичних планів/ідей щодо майбутнього. Демонструє подальшу здатність у засвоєнні нових знань, але у дещо зниженому темпі. Вимагає супервізії при засвоєнні нових знань та дотриманні безпеки. Дотримуючись структуризованого підходу пацієнт спроможний ініціювати соціальну та рекреаційну інтерактивність.
8. **Цілеспрямовано-відповідні реакції:** Пацієнт спроможний згадати та застосовувати події та досвід минулих та теперішніх подій та орієнтований у навколишньому середовищі. Демонструє здатність засвоювати нові знання та не потребує супервізії після того як навичка здобута. Може демонструвати знижену здатність порівняно до попереднього рівня активності, абстрактного мислення, толерантності до стресових ситуацій, прийнятті рішень у незвичайних ситуаціях. Соціальні, емоційні та інтелектуальні здібності можуть залишатись дещо зниженими, але пацієнт є функціональним у суспільстві.

Лабораторна робота № 13

Тема: Методика проведення тесту Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій

Хід роботи

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій

ПІБ:

..

Освіта:

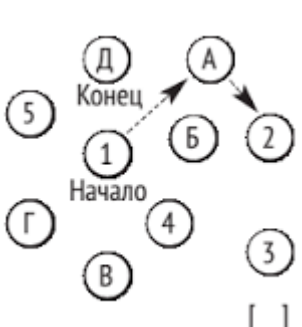
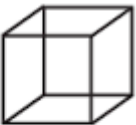



.....

Дата народження:

.....

Дата обстеження:

.....

Оптико-просторова діяльність / виконавчі функції	Намалюйте годинник, який показує десять хвилин на дванадцяті (3 пункти)	бал
 <p>Перерисуйте куб</p> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Контур Цифри Стрілки	5
Назва   	3	
пам'ять	немає	

Пацієнт повторює прочитані слова. Даються 2 спроби. Повтори ти питання через 5 хвилин.		обличч	Вельве	церкв	маргарит	червони	балів
	1	я	т	а	ка	й	
	ра з						
2	ра з						
Увага Прочитайте ряд цифр (1 цифра / с). Повторити в прямому порядку <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4. Повторити в зворотному порядку <input type="checkbox"/> 7 4 2.							2
Прочитайте ряд букв. Пацієнт повинен грюкнути рукою по столу на кожній літері А. Більше 2 помилки - 0 б. <input type="checkbox"/> Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б							1
Серія вирахувань з 100 по 7 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65							3
Мова Повторити: Я не знаю нічого, крім того що Ваня сьогодні чергує. <input type="checkbox"/> Кішка завжди ховалася під диван, коли собака була в кімнаті. <input type="checkbox"/>							2
Швидкість За одну хвилину назвіть якомога більше слів на букву «К». <input type="checkbox"/> ($N \geq 11$)							
абстрактне мислення Подібність між предметами, наприклад, банан і апельсин - фрукти. <input type="checkbox"/> Поїзд і велосипед <input type="checkbox"/> годинник і лінійка							
відстрочене відтворення	без підказки	Обличч я	вельве т	Церкв а	Маргаритк а	червони й	Бали без підказк и 5
	Підказка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Необов'язков о для заповнення	категорії Вибір із запропонованог о						
Орієнтування	<input type="checkbox"/> Число <input type="checkbox"/> День тижня			<input type="checkbox"/> Місяць <input type="checkbox"/> Місце		<input type="checkbox"/> Рік <input type="checkbox"/> Місто	6

Сума балів _____ / 30. Додайте 1 бал, якщо освіту ≤ 12 років.

Методика обстеження і оцінка результатів

Монреальська шкала когнітивної оцінки (Мосаєв) розроблена для швидкого скринінгу м'яких когнітивних порушень. Вона оцінює різні когнітивні функції:

увага і концентрацію, виконавчих функції, пам'ять, мова, оптико-просторову діяльність, концептуальне мислення, рахунок і орієнтованість. Обстеження пацієнта за допомогою Мосаєв займає приблизно 10 хвилин. Максимальна кількість балів - 30;

норма - 26 і більше.

1. Креслення ламаної лінії:

Методика: Обстежуваного просять: «Намалюйте лінію від цифри до літери в порядку збільшення. Почніть тут (вказати на (1)) і проведіть лінію від 1 до А, а потім до 2 і так далі. Закінчите тут (вказати на (Д)).

Оцінка: Поставте один бал, якщо обстежуваний правильно з'єднає знаки в наступному порядку: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, щоб лінії не перетиналися. Будь-яка помилка, що не виправлена негайно самостійно, оцінюється як 0.

2. Оптико-просторова діяльність (куб):

Методика: Дають наступні інструкції, вказуючи на куб: «Акуратно перемалюють цю фі-гуру на порожньому просторі під нею».

Оцінка: За правильно перемалювати фігуру ставлять один бал:

- фігура повинна бути тривимірною;
- повинні бути намальовані всі лінії;
- не повинно бути зайвих ліній;
- лінії повинні бути відносно паралельні і незначно відрізнитися по довжині (приймається малюнок прямокутної призми).

Завдання не зараховується, якщо не виконано будь-яка з вищевказаних умов.

3. Оптико-просторова діяльність (годинник):

Методика: Вказуючи на праву третину графі, дають наступні інструкції: «Намалюйте годинник. Розставте всі цифри і намалюйте стрілки так, щоб годинник показував десять хвилин на дванадцяті ».

Оцінка: За виконання кожного з умов дають 1 бал:

- контур (1 б): циферблат повинен бути круглим, можливо з похібками форми (наприклад, злегка незамкнутим);
- цифри (1 б): повинні бути всі цифри циферблата і не повинно бути зайвих; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку і приблизно відповідно до квадрантами циферблата; допускаються римські цифри; цифри можуть розташовуватися зовні циферблата;
- стрілки (1 б): повинно бути дві стрілки, що показують правильний час; годинникова стрілка повинна бути чітко коротше хвилиної; стрілки повинні сходитися всередині контуру циферблата і перетинатися близько до його центру.

Бал за пункт не зараховується, якщо не виконано будь-яка з вищевказаних умов.

4. називання:

Методика: Зліва направо вказують на малюнок і просять: «Назвіть цю тварину».

Оцінка: За кожну відповідь дають бал: (1) лев, (2) носоріг, (3) верблюд.

5. Пам'ять:

Методика: Називають 5 слів зі швидкістю одне слово в секунду і дають такі інструкції: «Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю набір слів, які потрібно запам'ятати зараз і згадати через деякий час. Слухайте уважно. Після того як я закінчу, назвіть слова, які ви запам'ятали. Порядок не має значення ». Ставлять

позначку в графі під кожним словом, яке обстежуваний називає при першій спробі. Після того як про-які належать їм закінчує перераховувати слова (говорить, що не може згадати більше), список слів читають вдруге і дають такі вказівки: «Я прочитаю ті ж слова вдруге. Постарайтеся запам'ятати і назвати якомога більше слів, включаючи ті, які ви назвали в перший раз». Ставлять знак в графі, що відповідає кожному слову, яке обстежуваний називає при другій спробі.

В кінці другої спроби обстежуваному кажуть: «Я попрошу вас назвати ці ж слова в кінці обстеження».

Оцінка: За першу і другу спробу не дають балів.

6. Увага:

Назва чисел в прямому порядку:

Методика: Дають такі вказівки: «Я назву кілька чисел, а потім ви повинні повторити їх за мною». Називають п'ять чисел зі швидкістю одне число в секунду.

Назва чисел в зворотному порядку:

Методика: Дають такі вказівки: «Зараз я назву ще кілька чисел, а потім вам потрібно буде їх назвати в зворотному порядку». Називають три числа зі швидкістю одне число в секунду.

Оцінка: Дають один бал за кожну правильно повторену послідовність (NB: правильну відповідь для чисел в зворотному порядку - 2-4-7).

реакція

Методика: Читають послідовність літер зі швидкістю одна буква в секунду і дають такі вказівки: «Я прочитаю ряд букв. Кожен раз, коли я буду називати букву А, потрібно буде один раз грюкнути рукою по столу. Коли я буду називати інші літери, плескати по столу не потрібно».

Оцінка: Дають 1 бал, якщо завдання виконано без помилок або з однією помилкою (помилка - бавовна не на ту букву або відсутність бавовни на букву А).

Послідовне віднімання по 7:

Методика: Дають такі вказівки: «Зараз відніміть від ста сім, а потім продовжуйте віднімати з отриманого числа по 7, поки я вас не зупиню». При необхідності повторіть вказівки.

Оцінка: Завдання оцінюють трьома балами. При відсутності правильного вирахування дають 0 балів, за одне правильне віднімання - 1 бал, 2 бали дають при 2-3 правильних віднімань, 3 - при 4-5 правильних віднімань. Підрахуйте всі правильні вирахування по 7, починаючи з 100. Кожне віднімання оцінюють незалежно, тобто, якщо обстежуваний робить помилку, але продовжує правильно віднімати з результату 7, дають бал за кожну правильну дію.

Наприклад, обстежуваний може відповідати: «92-85-78-71-64», але навіть враховуючи, що 92 - неправильний результат, всі наступні дії виконані правильно. Такий результат буде оцінений в 3 бали.

7. Повторення пропозицій:

Методика: Дають такі вказівки: «Я прочитаю пропозицію. Повторіть його за мною слово в слово (пауза). Я не знаю нічого, крім того що Ваня сьогодні чергує.» Після відповіді говорять: «А тепер я прочитаю інша пропозиція. Повторіть його

за мною слово в слово (пауза). Кішка завжди ховалася під диван, коли собака була в кімнаті ».

Оцінка: Дають 1 бал за кожну правильно повторене речення. Повторювати потрібно точно. Уважно стежте за помилками, наприклад схожими словами (того - всього), і за-менами / доповненнями («що вона сьогодні чергує», «сховалася» замість «ховалася», зміна числа і т.п.).

8. Швидкість:

Методика: Дають такі вказівки: «Назвіть якомога більше слів, які починаються з певної букви, яку я вам зараз назву. Можете називати будь-які слова, за виключення власних назв (наприклад, Марина, Москва), чисел або однокореневих слів (наприклад, будинок, будиночок, домовик). Через хвилину я вас зупиню. Ви готові? (Пауза) Тепер називайте як можна більше слів на букву К. (60 сек) Стоп ».

Оцінка: Один бал дають, якщо обстежуваний називає 11 або більше слів за хвилину. Запишіть результат обстежуваного.

9. Абстрактне мислення:

Методика: Просять пояснити, чим схожі предмети в кожній парі. Починають з прикладу: «Скажіть, чим схожі апельсин і банан». Якщо обстежуваний дає певну відповідь, йому задають таке запитання: «А ще чим вони схожі?». Якщо обстежуваний не дає відповіді «фрукти», кажуть: «Так, а ще все це фрукти». Нічого більше не пояснюють.

Після проби кажуть: «А зараз скажіть, чим схожі поїзд і велосипед?». Після відповіді дайте наступне завдання: «А чим схожі годинник і лінійка?». Не давайте додаткових вказівок і підказок.

Оцінка: Оцінюються тільки 2 завдання після пробного. Дають 1 бал за кожну правильну відповідь. Приймаються наступні відповіді:

Поїзд - велосипед = засобу пересування, транспорт, на них можна їздити;

Лінійка - годинник = вимірювальні прилади, використовуються для вимірювання.

Не приймаються відповіді: поїзд - велосипед = у них є колеса; лінійка - годинник = на них є цифри.

10. Відстрочене відтворення:

Методика: Дають такі вказівки: «Я називав вам слова і просив вас їх запам'ятати. Назвіть з цих слів ті, які ви пам'ятаєте ». Поставте галочку в графах, відповідних словами, які були названі самостійно без підказки.

Оцінка: За кожне назване **без підказки** слово дають 1 бал.

Не обов'язково:

Після самостійного згадування підказують смислове категорію для всіх слів, які не були названі. Відзначають галочкою відповідну графу, якщо обстежуваний згадує слово за допомогою категорії або вибирає з кількох запропонованих. Такі підказки дають для всіх слів, які не були названі. Якщо обстежуваний не згадувати слово після категоріальної підказки, йому дають вибрати з декількох слів, наприклад, «Як ви думаєте, яке це було слово: НОС, ОСОБА або РУКА?

Слово	категорія	Вибір
ОБЛИЧЧЯ	частина тіла	ніс, обличчя, рука

ВЕЛЬВЕТ	вид матеріалу	оксамит, бавовна, вельвет
ЦЕРКВА	будова	церква, школа, лікарня
МАРГАРИТКА	квітка	троянда, маргаритка, тюльпан
ЧЕРВОНИЙ	колір	червоний, синій, зелений

Оцінка : Слова, названі з підказкою, не оцінюються балами. Підказки використовують тільки для клінічної оцінки. Вони дозволяють отримати додаткову інформацію про вид розлади пам'яті. При порушеннях згадування можна поліпшити результат підказкою. При порушеннях запам'ятовування (кодування) результат не поліпшується з підказкою.

11. Орієнтування:

Методика: Дають такі вказівки: «Назвіть сьогоднішню дату». Якщо обстежуваний не дає повну відповідь, йому допомагають: «Скажіть рік / місяць / число / день тижня». Потім просять: «Назвіть назву місця, де ми знаходимося, і цього міста».

Оцінка: За кожну правильну відповідь дають бал. Обстежуваний повинен назвати точні дату і місце (назва клініки, лікарні, поліклініки). Чи не зараховується відповідь з помилкою в даті або дні тижня на один день.

Сума балів: До суми балів додають один бал, якщо обстежуваний має 12 років утворення або менше. Максимальна кількість балів - 30. В нормі кількість балів - 26 і вище.

Лабораторна робота № 14

Тема: Методика проведення тесту Шкала оцінки болю (VAS)

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за шкалою оцінки болю (VAS)

Хід роботи

Інструкція хворому: перед вами пряма лінія довжиною 10 см (100 мм). Відзначте рівень сили вашої болю точкою на цій прямій, де початкова точка позначає відсутність болю - 0, потім йде слабка біль, помірний біль, сильний біль і кінцева точка - нестерпний біль – 10. Інтерпретація результатів згідно з і шкалою ВАШ представлена в таблиці Візуально-аналогова шкала (інтерпретація результатів)

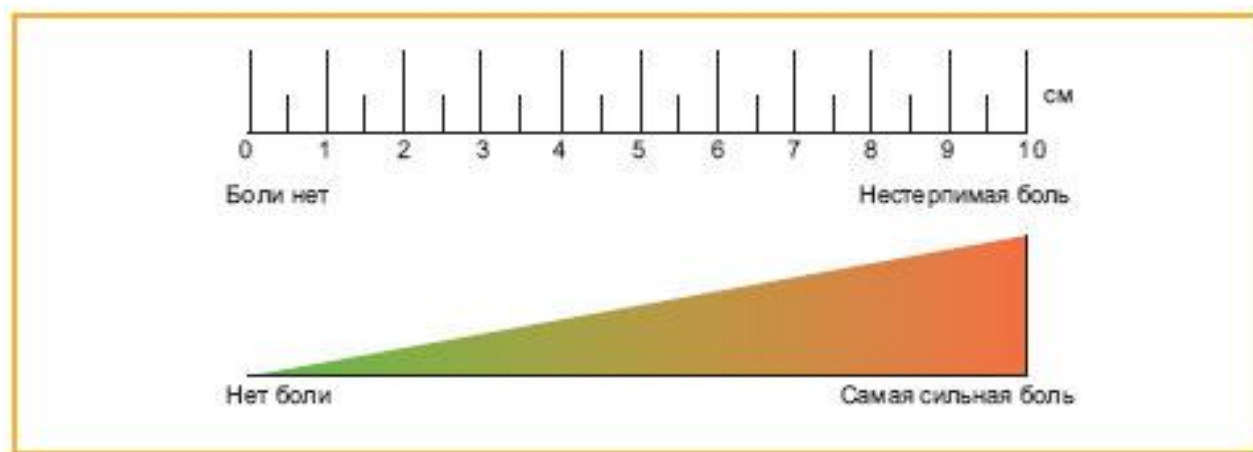
Значення, в балах

Інтерпретація результатів

1-4 Слабкий біль

5-6 Помірний біль

7-10 Сильний біль



Лабораторна робота №15

Тема: Клінічні інструменти оцінки у роботі пацієнтів/клієнтів з ураженням опорно-рухового апарату

Мета: Опанувати особливості проведення та підбору батареї тестів для пацієнтів/клієнтів з ураженням опорно-рухового апарату

Хід роботи

Методика проведення. *Тест болючої дуги (Дауборна)*. Метод Дауборна дозволяє визначити ураження сухожилля надостного м'язу, суглобової капсули, ключично-акроміального зчленування. Хворий через сторону по дузі піднімає руку вгору. При цьому біль проявляється в пошкоджених структурах плеча. Якщо больові відчуття виникають при відведенні кінцівки на 60-120 °, то це сигналізує про порушення структури сухожилля м'язу або капсули суглоба. Біль, що виникає при піднятті руки на 160-180°, говорить про патологію ключично-акроміального зчленування.

Тест Лахмана. Проводиться в положенні хворого на спині. Досліджуваний суглоб згинають до кута 160 °. Дистальну частину стегна охоплюють лівою рукою, правою рукою, заведеною на задню поверхню проксимальної частини гомілки, здійснюють плавно і м'яко тягу вперед. Результати тесту складаються з відчуття зміщення гомілки наперед, величини цього зміщення і зі зміни конфігурації передній поверхні колінного суглоба в проекції зв'язки надколінника.

Тест переднього «висувного ящика». Гомілка надмірно зміщується вперед. Симптом переднього підвивиху гомілки щодо виростків стегнової кістки в положенні розгинання зі спонтанним вправленням його при згинанні у пацієнтів з ушкодженою передньої хрестоподібної зв'язкою відомий в англійській літературі під назвою pivot-shift (тест Макінтоша).

Тест гіперфлексії

Пацієнт сидить. Лікар бере пацієнта за зап'ястя і максимально згинає його руку в ліктьовому суглобі, ретельно фіксуючи будь-які обмеження руху і локалізацію всіх виниклих больових відчуттів.



Оцінка . Збільшення або обмеження рухливості в суглобі, що супроводжується болем, є ознакою пошкодження суглоба, м'язової контрактури, тендиніта або розтягування.

Лабораторна робота №16

Тема: Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами/клієнтами кардіологічного профілю

Мета:

Хід роботи

Методика проведення. Для перевірки рівня фізичного розвитку організму виконують ряд розрахунків, які пов'язані з вимірюванням частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, ваги тіла і росту. Величина артеріального тиску є одним із параметрів організму, за яким можна судити про роботу серця і стан судин. Аускультативний метод вимірювання кров'яного тиску Короткова ґрунтується на вислуховуванні звуків, що виникають при стисненні судин манжеткою і порушенні внаслідок цього ламінарного руху струменя крові у звуженій ділянці. Цей метод дозволяє вимірювати як систолічний, так і діастолічний тиск. Коливання кров'яного тиску зумовлено пульсуючим характером руху крові і високою еластичністю кровоносних судин. На відміну від змінних систолічного та діастолічного тисків середній тиск відносно постійний. Його можна розрахувати за формулою:

$$AT_{сер} = AT_{діаст} + ((AT_{сист} - AT_{діаст}) / 3)$$

Рівень артеріального тиску залежить від ряду факторів: кількості та в'язкості крові, що потрапляє у судинну систему за одиницю часу, ємкості судинної системи, напруги стінок артерій, фізичного навантаження тощо.

Рівень функціонального стану (РФС) системи кровообігу визначається за показниками ЧСС і артеріального тиску з урахуванням віку, маси тіла і зросту обстежуваних. Вихідні показники обстеження визначаються в один і той же час (краще вранці після пробудження), в умовах відсутності попередніх емоційних і фізичних перенапружень. Розрахунки РФС проводять за формулою

$$РФС = 700 - 3 \times ЧСС - 2,5 (ДТ + СТ - ДТ/3) - 2,7 + 0,28 \times МТ / (350 - 2,7 \times В + 0,21 \times Зр),$$

де: ЧСС – частота серцевих скорочень, уд./хв.; ДТ – діастолічний тиск, мм рт. ст.; СТ – систолічний тиск, мм рт. ст.; В – вік, років; МТ – маса тіла, кг; Зр – зріст, см.

Оцінка РФС системи кровообігу і фізичного стану обстежуваного в цілому, проводиться за шкалою: 0,375 і менше – низький; 0,376 – 0,525 – нижче середнього; 0,526 – 0,672 – середній; 0,673 – 0,825 – вище середнього; 0,826 і більше – високий.

Лабораторна робота №17

Тема: Методика проведення тестування – «Степ-тест»

Мета: Опанувати методику проведення та навчитись проводити інтерпретацію результатів тесту за степ-тестом

Для тесту береться степ-платформа висотою 35-50 см (для жінок нижче, для чоловіків вище) або вибирається підходяща по висоті сходинка.

І протягом 5 хвилин виконується Бейсік-степ з правої ноги або звичайне піднімання на сходинку і опускання з неї. Тобто необхідно виконати чотири руху: поставити праву ногу на сходинку - раз, підставити до неї ліву ногу - два, опустити праву ногу на підлогу - три, опустити за неї ліву ногу на підлогу - чотири.

Підніматися і опускатися при цьому потрібно в певному темпі: 30 підйомів і спусків в хвилину. Виходить, за 5 хвилин тесту вам необхідно піднятися на сходинку або степ-платформу 150 раз. Стільки ж разів, відповідно і спуститися.

Далі слід сісти або прийняти будь-яке інше зручне положення і з другої хвилини підрахувати пульс. Пульс вимірюється на 2-й, 3-й і 4-й хвилинах відпочинку протягом 30 секунд.

Тобто, починаючи з другої хвилини відновлення після навантаження, вимірюється кількість ударів за 30 сек, далі 30 секунд перерви і знову вимірюється пульс за 30 секунд, і знову перерва, і знову 30 сек вважається пульс. У результаті повинно вийти 3 значення, що вказують кількість серцевих скорочень за 30 сек.

Індекс гарвардського степ-тесту обчислюється за формулою:

$$\text{ІГСТ} = t_x 100 / (f_1 + f_2 + f_3) \times 2$$

Тут значеннями f_1 , f_2 , f_3 будуть дані вимірювання пульсу за 2-гу, 3-ю і 4-у хвилини відпочинку, а t - час виконання тесту (в даному тесті значення дорівнює 5 хвилинам).

Існує також спрощена формула індексу гарвардського степ-тесту, що застосовується при масових обстеженнях:

$$\text{ІГСТ} = t_x 100 / f_x 5,5$$

де t - час сходження в секундах, f - частота серцевих скорочень (ЧСС).

Степ-тест оцінює швидкість відновлення організму після інтенсивної нетривалої навантаження. За основу беруться показники роботи серцево-судинної системи.

Від того, наскільки швидко вона повертається до звичного ритму роботи після навантаження, залежить і витривалість організму в цілому.

Показники індексу степ-тесту інтерпретуються наступним чином:

індекс менше 55 - погана фізична підготовленість;

від 55 до 64 - підготовленість нижче середнього;

від 65 до 79 - середній рівень фізичної підготовки;

від 80 до 89 - хороший рівень;

від 90 і більше - відмінна фізична підготовка.

Лабораторна робота №18

Тема: Клінічні інструменти оцінки у роботі з пацієнтами/клієнтами пульмонологічного профілю

Мета:

Хід роботи

Життєвий індекс підраховують діленням життєвої ємності легень (ЖЄЛ) в мл на масу тіла в кг ($ЖІ = ЖЄЛ (мл) / вага(кг)$).

Шкала. Середнім для юнаків вважається 50–60 мл/кг для дівчат – 45–50 мл/кг, для чоловіків – 65–70 мл/кг, для жінок – 55–60 мл/кг. Цей показник характеризує можливості дихального апарату.

Життєва ємність легень (ЖЄЛ) – це найбільша кількість повітря, яку можна видихнути після найбільшого вдиху. Аналогічно – це кількість повітря, яку може максимально вдихнути людина після максимального видиху. Це найбільш важливий показник дихальної системи, один з основних показників фізичного розвитку людини.

ЖЄЛ залежить від віку, статі, розміру тіла, розвитку дихальних м'язів.

Шкала. У середньому ЖЄЛ у жінок складає – 2,5–4 л, у чоловіків – 3–3,5 л (у добре тренуваних людей може становити до 8 л).

Вимірюють ЖЄЛ за допомогою спірометра. Стрілка приладу повинна стояти на нулі. Після 1–2 максимальних вдихів та видихів, піддослідний бере в рот мундштук, при цьому закриває ніс, і робить максимальний видих у спіромет. Вимірювання проводять тричі, вибирають кращий результат. Точність вимірювання повинна становити близько 100 мл. Перед кожним вимірюванням мундштук протирають ваткою, змоченою в спирті.

Лабораторна робота №19

Тема: Методика проведення Загальна частина.

Функціональне тестування м'язів - це метод дослідження, який надає можливість визначити :

- а) силу окремих м'язів або груп м'язів, що утворюють функціональну одиницю;
- б) розмір і локалізацію пошкодження периферичних моторних нервів і ступінь їх відновлення;
- в) стан моторного (рухового) стереотипу;
- г) основу для аналітичного проведення лікувальної фізкультури та реєдукації (перенавчання) окремих органічно або функціонально ослаблених м'язів.

Тестування м'язів одночасно є інструментальним засобом для визначення дії випробуваної частини тіла. Як відомо, м'яз повинен проявляти певну силу при переміщенні частини тіла в просторі, тому витрата енергії відповідає умовам, при яких рух представляється ступінчастим. Ми можемо виділити наступні ступені (ступеня) сили м'язи:

- а) мускулатура добре розвинена, рух відбувається при зовнішньому опорі;
- б) мускулатура може перевершувати тільки силу тяжіння;
- в) мускулатура може переміщати частини тіла тільки при виключенні сили тяжіння;
- г) відзначається тільки статичне напруження м'язу, частина тіла залишається без руху.

Функціональне м'язове тестування є аналітичним методом, який служить тільки для визначення сили окремих м'язових груп. За останні роки значно змінилися уявлення про управління рухом. Спочатку ці дослідження відносились до клінічних спостережень. Тому їм надавалося невелике значення. Однак не так давного ставлення до них змінилося.

При окремих випробуваннях оцінюється не тільки сила основних м'язів. Зокрема, для складання методів реєдукації ми опираємося на уявлення, що кожен рух складається з декількох часто один від одного віддалених груп м'язів. Дослідження дії тільки окремих м'язів або окремої групи м'язів не зовсім правильно. Так, сьогодні ми включаємо і перевірку дії м'язів метод випробування простого моторного стереотипу. Ми не обмежуємося визначенням сили м'язи, але звертаємо увагу на те, як рух запускається, і на тимчасові характеристики в активації окремих груп м'язів, які беруть участь у відповідному русі. Крім того, ми не задовольняємося тільки тим, що при наявності паралічу констатуємо, що ослабла сила м'язів (як це буває при клінічному спостереженні периферичного парезу), але виносимо вирок також при ослабленні м'язів, яке являється різновидом функціонального порушення. Зменшення сили м'язів через функціональні причини (ми говоримо про так званому псевдопарезі, при якому ні

в нервовій системі, ні в м'язі органічні порушення не виявляються) відноситься здебільшого до ступені 4 м'язово - функціональних тестів і досягає тільки в рідкісних випадках ступеня 3. Тому та техніка дослідження завжди матиме важливе значення при визначенні ступеня м'язової сили при подібних перебуваючих станах. Отриманий результат обов'язково фіксують. На даний час існують особливі дослідження, які встановлюють межу між легким зниженням сили м'язів і відповідно не значною зміною (типу стереофонії) рух від норми. Ці дослідження не стандартизовані досі. Вони є доповненням до цілеспрямованої діагностики системи руху.

Розвиток того способу дослідження м'язів можна віднести до початку Першої Світової війни Тоді R. W. Lovet вперше за допомогою ручного методу почав визначати силу м'яза у дітей з наслідками поліомієліту. З тих пір ця методика дослідження використовується в більш точном варіанті. однак принцип можливих тестів залишився тим же. У 1946 р. національну установу боротьби з поліомієлітом в США стали використовувати цю методику дослідження, Daniels, Williams і Worthingham. А в 1947 р. видали книгу, в якій описали це дослідження дуже детально. Наскільки нам відома інші фахівці досліджують м'язи, керуючись цими ж принципами. У нашому описі методики перевірки функції м'язи ми так само основувались на них. Зрозуміло, нами модифікувався і доповнювався весь ряд досліджень.

Діагностика сили м'язу і поверхневі здатності руху відомі вже давно. Більшість методів не виправдало себе через однозначних дефектів і погрешностей. З цією метою використовувалися різні силоміри і апарати з вимірюваних опором (динамометри), але всі вони для практичного застосування малоприсадибні. Ними зазвичай важко користуватися, крім того, не можна досліджувати всі м'язові групи. Останнім часом стали застосовуватися графічні методи дослідження. Під ними маються на увазі випробування системи руху за допомогою поверхневої електроміографії. Поліелектроміографія стала для діагностики розладів руху точно так само необхідна, як і електроміографія з електродами в формі голчастого ролика для диференціальної діагностики нейромускулярних пошкоджень. Апаратні випробування сили м'язів часто як тимчасово, так і технічно проводити накладно і може не на всіх групах м'язів. Тому і вони не використовуються в практиці аналізу руху, і ми задовольняємося загальним клінічним дослідженням. Започаткована мануальна перевірка сили м'язів також має деякі недоліки. Хоча вона обтяжена проблемою суб'єктивної оцінки, але все таки може надати цінні висновки при обстеженні. Недолік складається в тому, що метод лише реєструє силу м'язи і дає мало відомостей про стомлюваність. Маючи основні уявлення з анатомії, фізіології і кінезіології, цією методикою перевірки неважко користуватися. Щоб мінімізувати ризики

суб'єктивної оцінки, необхідно дотримуватись точно передбачені правила випробування. Не можна при окремому дослідженні допускати жодну індивідуальну модифікацію експертизи, так як тоді результати змінюються і їх неможливо порівняти.

Ряд ступенів при визначенні сили м'язи можуть вимірюватися також неодноразово. Все ж принципи при цьому залишаються колишніми, непорушними. Різні автори сьогодні ще використовують відмінні одна від одної системи оцінки, але найчастіше використовується спрощена класифікація 1946 г. Ця оцінка сили м'язів являє собою класифікацію з 6 груп, причому даються одночасно певні процентні співвідношення. Відсоткова оцінка сили м'язи проводиться довільно і в якійсь мірі навіть спірна. Ми вважаємо, що техніка окремого випробування м'язів за відсотками - справа домовленості, і що кількісна точна оцінка в цьому сенсі неможлива.

Розрізняють такі ступені :

Ступінь (балів) 5 : (нормально) - відповідає нормальному сильному м'язу і з дуже хорошою функцією, яка при створюванні руху здатний перевершувати значний зовнішній опір. Вона відповідає 100% від норми. Зрозуміло, не означає, що м'яз по всіх функціях (наприклад, стомлюваність) нормальний.

Ступінь (бали) 4 : (добре) 75%, відповідає приблизно нормальній силі м'язу. Значить, що випробуваний м'яз добре виконує рух в повному можливому обсязі і здатний перевершувати незначний зовнішній опір.

Ступінь (балу) 3 : (слабо) - відповідає 50% нормальної сили м'язу. Цю оцінку має м'яз тоді, коли проводиться рух в повному можливому обсязі з подолання сили тяжіння тільки проти маси власної випробуваної частини тіла. При цьому пацієнт ніякого опору не робить.

Ступінь (балу) 2: (дуже слабо) - відповідає 25% від нормальної сили м'язу. М'яз може запускати рух в повному обсязі, перевершуючи незначний слабкий опір, але так, щоб виключалася досліджена маса частини тіла. Тому тестована частина тіла пацієнта повинна бути підтримана, щоб виключити силу гравітації.

Ступінь (балу) 1: («смуга натягу») - відображає, що отримано лише близько 10% сили м'язу. При випробуванні м'яз все ще працює, однак цієї сили буде недостатньо для переміщення тестованої частини тіла

Ступінь (балів) 0: - відображає, що при випробуванні руху навіть саме незначне скорочення м'язу відсутнє.

Виявлені ступеня відображають у заздалегідь надруковану таблицю принципово з арабськими цифрами, а не зі скороченнями букв. Вищевказаних відсоткові співвідношення не використовуються, так як ми знаємо, що вони не відповідають точно певної силі м'язу. Якщо при випробуванні виходить значення, яке лежить між двома ступенями, то до відповідного ступеня додається (плюс) +

або - (мінус), що відповідає приблизно 5 - 10% сили м'язу. Випробування функції мускулатури не виключає зорового контролю. Тому ми пробуємо для мимічної мускулатури особи ряд схожих степенів. Оцінка при цьому не змінюється, проте після визначення сили м'язу важливо враховувати силу тяжіння, особливо при рухах очима в сторони. Щоб досягти кращого розслаблення м'язу, ми відчуваємо ступеня 0 - 2 в положенні лежачи на спині.

Ми розрізняємо 6 ступенів :

Ступінь (балів) 5: нормальне скорочення м'язу, немає ніякої асиметрії по відношенню до здорової сторони.

Ступінь (балу) 4: майже нормальне скорочення, асиметрія по відношенню до здорової сторони не значна.

Ступінь (балу) 3: скорочення зацікавленої м'язової групи складають половину від обсягу рухів на здоровій стороні.

Ступінь (балу) 2: на хворому боці м'яз тільки має приблизно четверть нормального обсягу руху

Ступінь (бал) 1; при випробуванні руху скорочення м'язу залишає виразне відчуття при мануальному контакті.

Ступінь (балів) 0; при випробуванні рух не фіксується (не виконується), немає ніякої напруги м'язи.

Щоб провести перевірку дії м'язу правильно, ми повинні мати відомості про окремі м'язи і про їхню участь в русі. При особливих обставинах точна оцінка може бути неможлива значно ускладнена. Такими обставинами є: обмеження обсягу рухів, проблеми з заміщенням функції, порушення координації, біль,

Ми повинні вказати, що при центральних (спастичних) паралічах проходження функції м'язу так само не підходить, як і при вроджених захворюваннях(міопатіях). Значно ускладнює дослідження, а іноді навіть перешкоджає йому, коли рух здійснюється в крайній амплітуді. Це може бути пов'язано з болем, анатомічними причинами в кістках або суглобах, а також ретрагірованому м'язу або контрактурой м'язів.

Перевірка дії м'язи повинна проводитися по можливості в стандартних умовах і за спрощеною методикою дослідження. Недотримання цього правила призводить до того, що результати оцінки не завжди можуть враховуватись повністю.

Відповідно до визначенням руху розрізняють наступні м'язи або м'язові групи:

а) основні м'язи (агоністи). Так називаються м'язи, які віддповідають за виконання певного руху, працюють переважно самостійно:

б) м'язи - помічники (синергісти) - це м'язи, які беруть участь в русі частково разом з основними м'язами. Під час руху частично можуть їх замінити;

в) антагоністи - це м'язи, які виконують роботу, протилежну основного руху. При нормальних рухах можливо їх розтягування, але так, що рух який виконується, не обмежує їх розмір.. У патологічних випадках при клінічних спостереженнях відбувається їх значне напруження;

г) стабілізуючі м'язи - це непрацюючі м'язи, хоча причасні до руху. Зацікавлена частина тіла при їх роботі фіксується в такому положенні, щоб основний рух відбувся правильно. Під фіксацією ми розуміємо силу м'язу, що приводить до стабілізації кістки або частини тіла, необхідної для правильного виконання основного руху.

Погана фіксація може бути частою причиною значних помилок при дослідженні. Тому при тестуванні ми звертаємо увагу на можливо більш стандартизований вид зовнішньої фіксації. Де це тільки можна, ми фіксуємо власноруч, щоб відключити м'язи стабілізатори. Тому ми надаємо великого значення правильному вихідному положенню.

Ми дотримувались основного правила: пацієнт обов'язково повинен фіксуватися. Також надійно фіксуватися повинні діти і хворі, котрі не здатні до спілкування і мають дуже слабкі м'язи. Чим міцніше закріпити частину тіла, більше точок фіксації, тим менше включається стабілізуючих м'язів і тим надійніший і більш точний буде результат перевірки сили м'язів. При недостатній фіксації основний м'яз може включатися не повністю, тому він не може розвинути повну силу. Таким чином, вона виявиться слабшою, ніж фактично є. Якщо функція стабілізуючих м'язів виключена то рух більш ефективний;

д) м'язи - нейтралізатори - це позначення назви груп м'язів які є другим компонентом, що відключає основні м'язи. Кожен м'яз принципово виробляє рух щонайменше вдвох напрямках. Якщо м'яз, наприклад, запускає згинання та супінацію, то для чистого згинання в силу необхідності ще повинна активізуватися інша група м'язів. У цьому положенні пронууючі м'язи протидіють супінаційному компоненту основний м'яз і таким чином його відключають.

М'яз може бути одночасно як помічником, так і м'язом нейтралізатором (якщо ми беремо, наприклад, згинання в ліктьовому суглобі). Основним згинаючим м'язом тут є двоголовий м'яз плеча, який має ще супінаційний компонент. На противагу цьому є м'яз, круглий пронататор, який може виробляти пронацію кисті. одночасно незначно беручи участь у згинанні в ліктьовому суглобі. Якщо потрібно лише чисте згинання в ліктьовому суглобі, то компоненти згинання обох м'язів складаються, в той час як відключається протилежний компонент повороту, т. е. нейтралізується

М'язи - нейтралізатори мають велике значення. При перевірці дії м'язів вони є перешкодою. Тому при випробуваннях ми укладаємо кінцівку в правильне

положення, точно надаємо опору і фіксацію, щоб по можливості виключити будь-який додатковий вплив.

Збережений обсяг руху - один з найважливіших принципів перевірки дії м'язу, так як рух має бути в повному обсязі.

Найважливіші причини обмеження руху :

- а) слабкість основного м'язу, який не працює за даних умов повного обсягу рухів;
- б) контрактура або скорочення м'яза - антагоніста, що не перевершує опір агоністу;
- в) анатомічні зміни м'яких і жорстких тканин суглоба, які не дозволяють зробити це рух в повному обсязі.
- г) біль при русі.

Це принципові моменти, які можуть обмежити повний обсяг рухів. Тому при дослідженні завжди необхідно аналізувати причини обмеження рухливості.

З цього випливає, що необхідно перевіряти пасивну рухливість від окремих суглобів перед перевіркою дії м'язи. Однак якщо пацієнт скаржиться на болі при рухах, то ми не будемо вимагати від нього насильно здійснювати рух, тим більше до самої крайньої межі.

Накінець, ми ніколи не повинні забувати вносити ці відомості про результати тесту в заздалегідь надруковану таблицю зі скороченнями:

ВВ = - обмежений рух з короткими даними причини, до контрактура,

КК = - сильна контрактура,

S = - спазм,

SS = - сильний спазм з даними (характеристою) відповідного м'язу або тканини.

Поняття «заміна» і «порушення координації» останнім часом часто використовуються при впливі комплексних рухів в реєдукації (reeducation - переучування - відновлення здатності розслабленого м'язу до виконання статичного і динамічного навантаження за допомогою спеціальних вправ). Коротко кажучи, в тілі немає єдиного м'язу, який був би ізольований від активно діючого. Також немає ніякого руху, в якому одночасно не брали б участі деякі м'язи. Під заміщенням (перехід на аварійний режим) ми розуміємо рух, здатний при захворюванні замінити функцію ослабленого агоніста синергістом. На початку випробування ми прагнемо до запобігання цього, так як небезпека полягає в тому, що хворий виробить у себе несприятливий моторний стереотип. Який потім буде важко перебудувати.

У той час як заміщення функції м'язу очевидно може бути цілеспрямовано відповідно, якщо воно замінює неправильну функцію, але це не слід розуміти як порушення координації. Порушення координації ми розглядаємо тепер не так, як раніше.

Тому використовуємо первинний розподіл порушень координації тільки ще на дидактичних основах :

- 1) неузгоджена діяльність працюючих м'язів
- 2) порушення координації в межах синергетичної групи м'язів:
- 3) під дією антагоністичних груп м'язів:
- 4) між групами, які один до одного не відносяться ні в якому функціональному відношенні.

Сьогодні ми бачимо в порушенні координації, по суті, перешкоду в моторном управлінні. Це означає проблеми в силі і / або в тимчасовому часовому компоненті активізації групи м'язів. Вони появляються при певному моторному стереотипі, т. е. при виконанні певного руху знову і знову впливають на самий рух несприятливо. Це веде, наприклад, до помилкового навантаження структур суглоба, до зниженої працездатності і дострокового стомлення м'язів.

Методика проведення мануально-м'язевого тестування

Розрізняють шість ступенів м'язової сили:

- 1) 100 % – 5 балів – (Н) – нормальна: повний об'єм рухів з подоланням власної ваги кінцівки та зовнішнього опору;
- 2) 75 % – 4 – (Д) – добра: повний обсяг рухів із подоланням власної ваги кінцівки та зниженого зовнішнього опору;
- 3) 50 % – 3 – (З) – задовільна: повний обсяг рухів із подоланням власної ваги кінцівки;
- 4) 25 % – 2 – (П) – погана: повний обсяг рухів забезпечується із сторонньою допомогою;
- 5) 5 % – 1 – (ДП) – дуже погана: пальпується м'язове скорочення без рухів в суглобі;
- 6) 0 % – 0 – (0) – нульова: повна відсутність функції м'яза.

У техніці тестування незамінними є такі частини:

- позиція пацієнта, що описана для всіх груп м'язів під час дослідження; застосовують переважно ізольовані позиції, наприклад, лежачи чи сидячи;
- стабілізація відділу тіла, в межах якого розміщений цей м'яз: частково задовольняє стабілізацію рівна поверхня, така, як стіл; також регламентовано під час дослідження деяких м'язів підтримування ближнього відділу суглоба рукою;
- виконання руху, тесту; важливою у цьому є амплітуда руху, активність, яку повинен проявити пацієнт, без співпраці з пацієнтом дослідження не дасть необхідного результату;
- застосування опору при дослідженні сили м'яза 4-го ступеня. Опір повинен застосовуватися відповідно до віку, статі та загального стану пацієнта.

Методика мануально-м'язевого тестування передбачає для кожного м'яза чи м'язової групи визначення специфічного руху, що називається «тестовим рухом». Обов'язковим є попереднє оволодіння пасивним виконанням тестового руху. Можливість ізольованого виконання тестового руху забезпечує визначення

тестової позиції (вихідного положення тестового руху). Правильний вибір тестової позиції є однією з основних умов успішного виконання мануально-м'язового тестування

Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні плеча

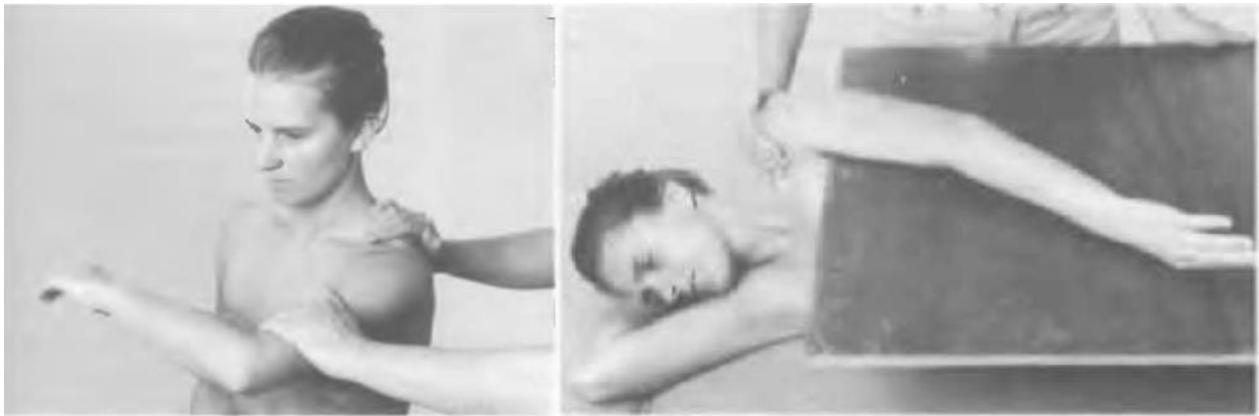
Згинання у плечовому суглобі. Основні м'язи – дельтоподібний та дзьобоплечовий. Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, руки вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі 90°, внутрішня ротація у плечовому суглобі, передпліччя проноване (долонею донизу). Терапевт знаходиться за пацієнтом фіксує надпліччя зверху, не допускаючи рухів лопатки й ключиці.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує згинання у плечовому суглобі до 90°, терапевт протидіє цьому руху у нижній третині плеча.

Для оцінки м'язової сили на 3 бали пацієнт виконує активне згинання у плечовому суглобі до 90° без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на здоровому боці, рука під голову. Досліджувана верхня кінцівка вздовж тулуба у положенні внутрішньої ротації на ковзній поверхні, яка горизонтально знаходиться між рукою і тулубом. Фіксацію терапевт проводить за надпліччя, не допускаючи рухів лопатки й ключиці. Пацієнт виконує активне згинання в плечовому суглобі до 90° в полегшених умовах (ковзна поверхня).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, рука вздовж тулуба у положення внутрішньої ротації. При намаганні пацієнта виконати згинання у плечовому суглобі пальпується напруження волокон ключичної частини дельтоподібного м'яза.



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні плеча

Розгинання у плечовому суглобі. Основні м'язи – дельтоподібний (лопаткова частина), великий круглий м'яз та найширший м'яз спини.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, руки вздовж тулуба в положенні внутрішньої ротації (долонями доверху). Терапевт фіксує верхню частину лопатки.

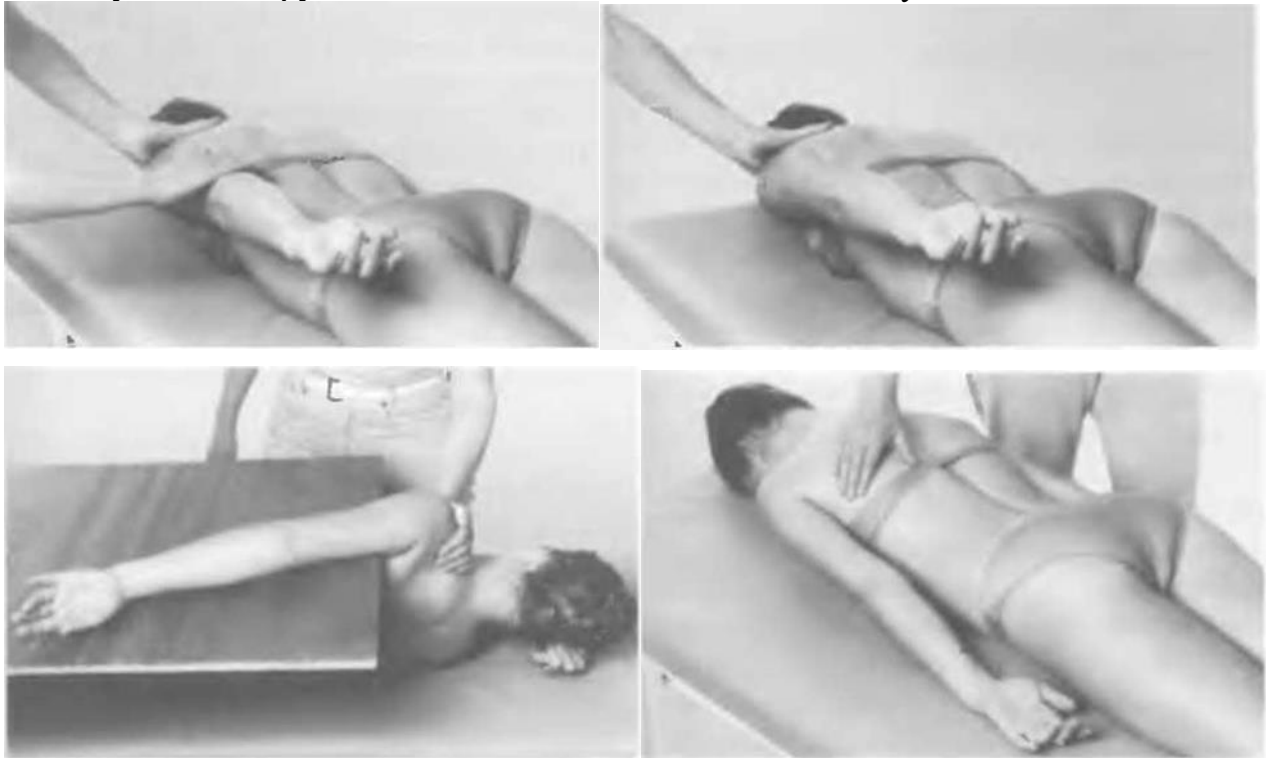
Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує розгинання у плечовому суглобі до 30-40°, терапевт здійснює протидію в нижній третині плеча.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує самостійне активне розгинання у плечовому суглобі до 30-40° без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці

на стороні, що не досліджується. Досліджувана верхня кінцівка розміщується на ковзній поверхні, яка горизонтально знаходиться між рукою і тулубом, розігнута, у положенні внутрішньої ротації, необхідне назначне розгинання у плечовому суглобі на початку тесту. Терапевт фіксує верхню частину лопатки. Пацієнт виконує розгинання у плечовому суглобі в полегшених умовах.

Оцінка м'язової сили на 1, 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, руки вздовж тулуба в положенні внутрішньої ротації (долонями доверху). При намаганні пацієнта виконати розгинання у плечовому суглобі пальпується напруження волокон в області нижнього кута лопатки.



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у відведенні плеча

Відведення у плечовому суглобі. Основні м'язи – дельтоподібний (акроміальна частина), надостьовий м'яз.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90°, передпліччя в положенні проносупінації. Терапевт фіксує плечовий пояс в ділянці над акроміальним відростком ключиці і верхнього краю лопатки попереджаючи рух лопатки вгору. Допускається незначне обертання лопатки при відведенні в плечовому суглобі.

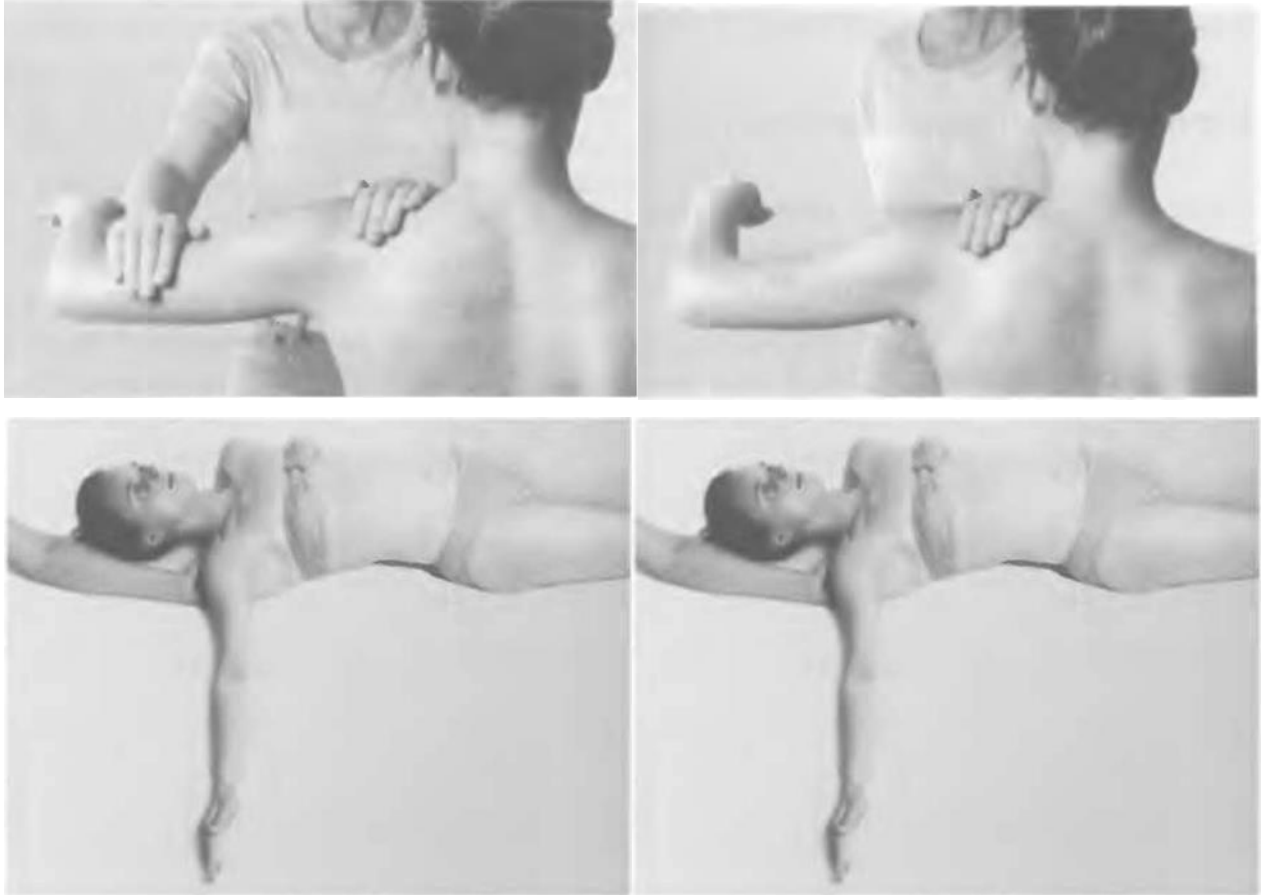
Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує відведення в плечовому суглобі до 90°, а терапевт здійснює протидію цьому руху в нижній третині плеча.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує відведення в плечовому суглобі до 90°, без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Терапевт фіксує плечовий пояс в ділянці над акроміальним відростком ключиці і верхнього краю лопатки. Пацієнт виконує

відведення в плечовому суглобі до 90°, без протидії, переміщуючи верхню кінцівку по горизонтальній ковзній опорі.

Оцінка м'язової сили на 1 і 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, руки вздовж тулуба. При намаганні виконати пацієнтом відведення пальпується напруження акроміальної частини дельтоподібного м'язу і надостьового м'язу.



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у зовнішній ротації плеча

Зовнішня ротація у плечовому суглобі. Основні м'язи – підостьовий м'яз, малий круглий м'яз. Оцінка м'язової сили проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, обличчям до сторони дослідження.

Для оцінки на 5, 4 та 3 бали рука на стороні дослідження відведена в плечовому суглобі й зігнута у ліктьовому на 90° й розміщується плечем на поверхні кушетки, а передпліччя за межами кушетки перпендикулярне до площі опори. Під плече підкладають валик. Терапевт фіксує нижню третину плеча, не заважаючи тестовому руху; за можливості фіксує й лопатку.

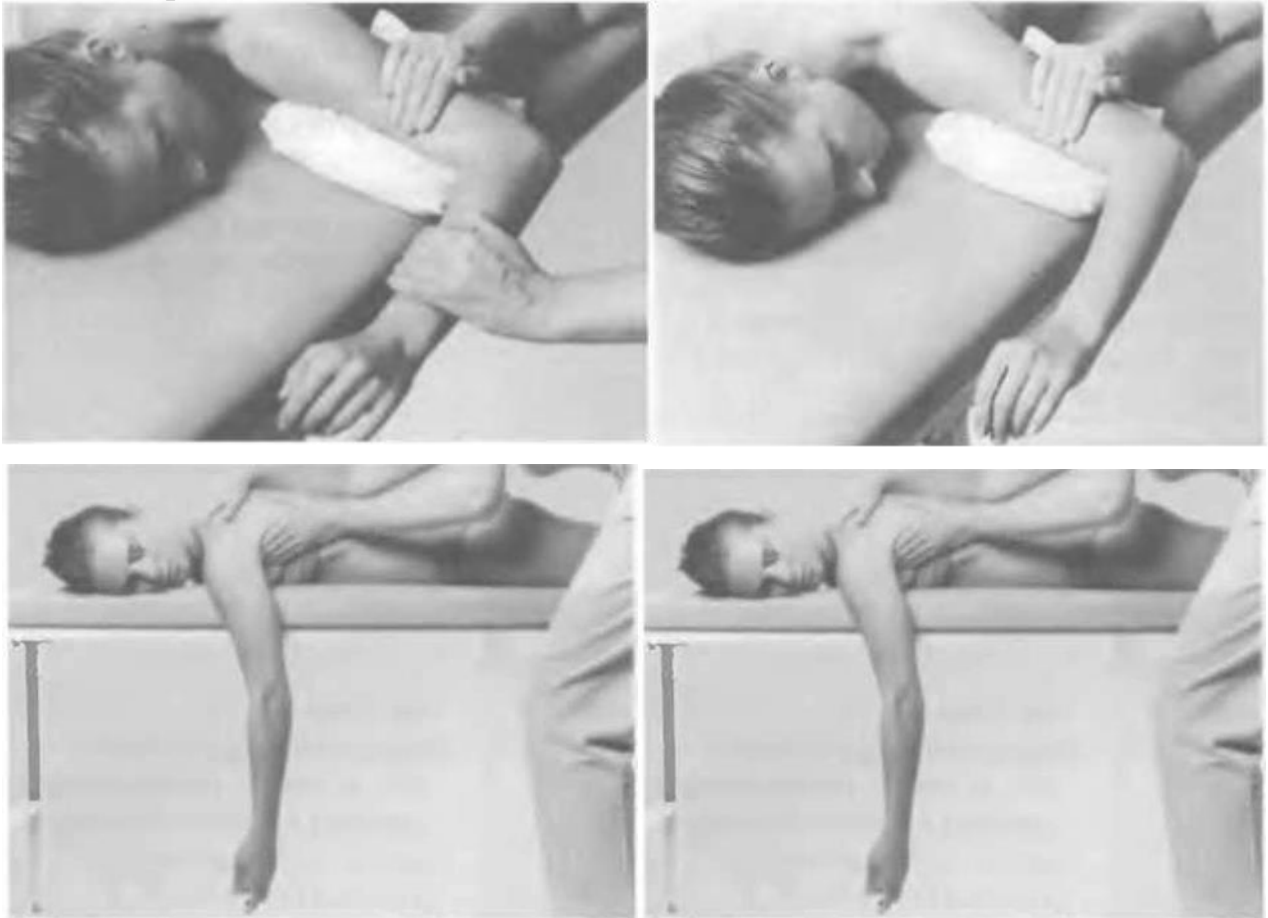
Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує повну зовнішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею донизу), а терапевт здійснює протидію цьому руху за нижню третину передпліччя.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повну зовнішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею донизу) без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на

животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні внутрішньої ротації. Терапевт фіксує лопатку однією рукою зверху, іншою її бічний край. Пацієнт активно виконує повну зовнішню ротацію, що визначається за положенням ліктя.

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні внутрішньої ротації. При намаганні пацієнта виконати зовнішню ротацію пальпується малий круглий м'яз, верхня половина бічного краю лопатки і підостовий м'яз.



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у внутрішній ротації плеча

Внутрішня ротація у плечовому суглобі. Основні м'язи – підлопатковий м'яз, великий круглий м'яз, великий грудний м'яз, найширший м'яз спини. Оцінка м'язової сили проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, обличчям до сторони дослідження.

Для оцінки на 5, 4 та 3 бали рука на стороні дослідження відведена в плечовому суглобі й зігнута у ліктьовому на 90° й розміщується плечем на поверхні кушетки, а передпліччя за межами кушетки перпендикулярне до площі опори. Під плече підкладають валик. Терапевт фіксує нижню третину плеча, не заважаючи тестовому руху; за можливості фіксує й лопатку.

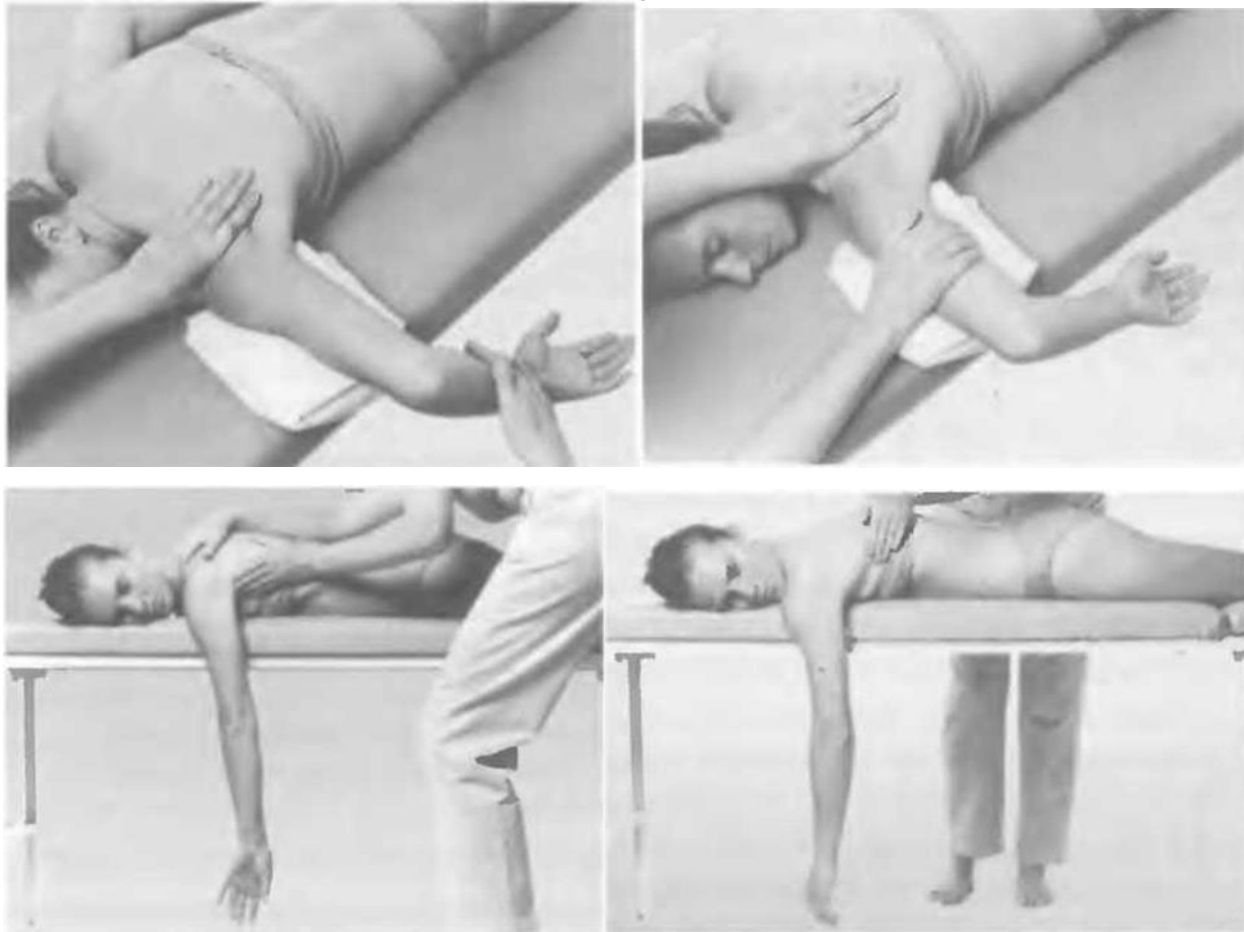
Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує повну внутрішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею догори), а терапевт здійснює протидію цьому руху за нижню третину передпліччя.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повну внутрішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею догори) без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні зовнішньої ротації. Терапевт фіксує лопатку однією

рукою зверху, іншою її бічний край. Пацієнт активно виконує повну внутрішню ротацію.

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори. При намаганні пацієнта виконати внутрішню ротацію пальпується підлопатковий м'яз. Через глибоке розташування м'язів важко встановити їх напруження. Широкий м'яз спини і великий круглий м'яз будуть пальпуватися під задньою підпахвовою складкою, великий грудний м'яз – в передній підпахвовій складці.



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні стегна

Основні м'язи – великий сідничний м'яз, півсухожилковий м'яз, півперетинчастий м'яз, двоголовий м'яз стегна (довга головка).

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки розігнуті, разом; стопи за межами кушетки. Терапевт фіксує таз з боку тестування м'язів пальпуючи першим пальцем великий вертел. Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа 10°), а терапевт здійснює протидію цьому руху в області задньої поверхні нижньої третини стегна. Для оцінки на 3 бали пацієнт

активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа 10°), без протидії, долаючи вагу кінцівки. Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боціна стороні тестування м'язів. Нижня кінцівка, що вгорі, дещо зігнута й відведена в кульшовому та зігнута в колінному суглобах, кінцівка на стороні тестування дещо зігнута в кульшовому суглобі і розігнута в колінному. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки для запобігання лордозу в попереку. Пацієнт активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа 10°),

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки розігнуті, разом; стопи за межами кушетки. При намаганні пацієнта виконати розгинання в кульшовому суглобі пальпують волокна великого сідничного м'яза усією рукою.



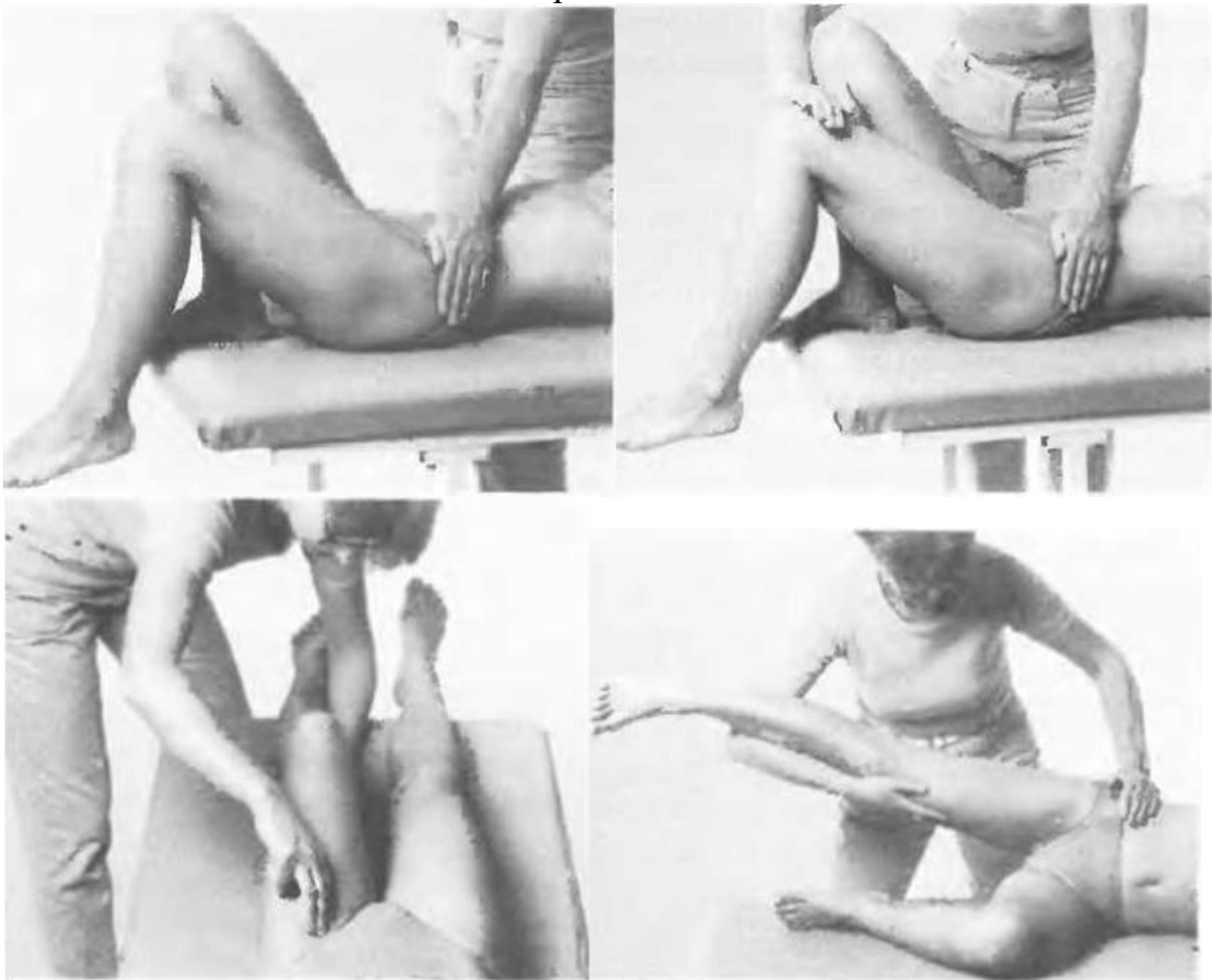
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні стегна

Основні м'язи – клубово-поперековий м'яз: великий поперековий м'яз, клубовий м'яз. Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, так, щоб стегно зі сторони тестування розміщувалось на кушетці, а гомілка – за межами кушетки вільно звисала, стопа розслаблена і також вільно звисає. Протилежна нижня кінцівка знаходиться в положенні упору стопою на кушетку при зігнутому колінному суглобі. Руки вздовж тулуба. Терапевт фіксує таз за гребінь клубової кістки з боку тестування м'язів. Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує повне згинання в кульшовому суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху в області передньої поверхні нижньої третини стегна. Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повне згинання в кульшовому суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці, на стороні де проводиться тестування. Нижня кінцівка на стороні де проводиться тестування розігнута в кульшовому і зігнута в колінному суглобі. Терапевт фіксує таз зверху, іншою рукою він підтримує випрямлену й дещо відведену в кульшовому суглобі іншу нижню кінцівку. Пацієнт активно виконує згинання в кульшовому суглобі без протидії, по поверхні кушетки.

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині. Терапевт передпліччям однієї руки утримує гомілку пацієнта на стороні тестування так, що нижня кінцівка знаходиться в напівзігнутому положенні і зовнішній ротації в кульшовому суглобі, та напівзігнута в колінному суглобі.

При намаганні пацієнта виконати згинання в кульшовому суглобі пальпується напруження клубово-поперекового м'яза в паховій області, над паховою зв'язкою і медіально від кравецького м'яза.



Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують приведення стегна

Основні м'язи – короткий привідний м'яз, довгий привідний м'яз, великий привідний м'яз, тонкий м'яз, гребінний м'яз.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Щоб пацієнт лежав точно на боці і таз не зміщувався ні вперед, ні назад, йому дозволяють підтримувати себе рукою,

що вгорі, за край опори, тим самим стабілізуючи тулуб. Іншу руку пацієнт підкладає під голову. Нижні кінцівки випрямлені. Кінцівка, що вгорі, у положенні відведення на 30° і терапевт фіксує її за гомілку знизу своїм передпліччям. Кінцівка на стороні тестування – на кушетці.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує приведення в кульшовому суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху в області внутрішньої поверхні нижньої третини стегна.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує приведення в кульшовому суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, обидві нижні кінцівки розігнуті. Кінцівка з протилежного боку тестування відведена на 30°. Терапевт фіксує таз та кінцівку з протилежного боку тестування. Пацієнт активно виконує приведення в кульшовому суглобі.

Оцінка м'язової сили на 1 та 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, обидві нижні кінцівки розігнуті. Кінцівка на стороні тестування відведена на 30°. При намаганні пацієнта виконати приведення в кульшовому суглобі пальпують привідні м'язи внутрішньої сторони стегна



Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують відведення стегна

Основні м'язи – середній сідничний м'яз, м'яз – натягувач широкої фасції, малий сідничний м'яз. Основний рух: відведення в кульшовому суглобі до 45°.

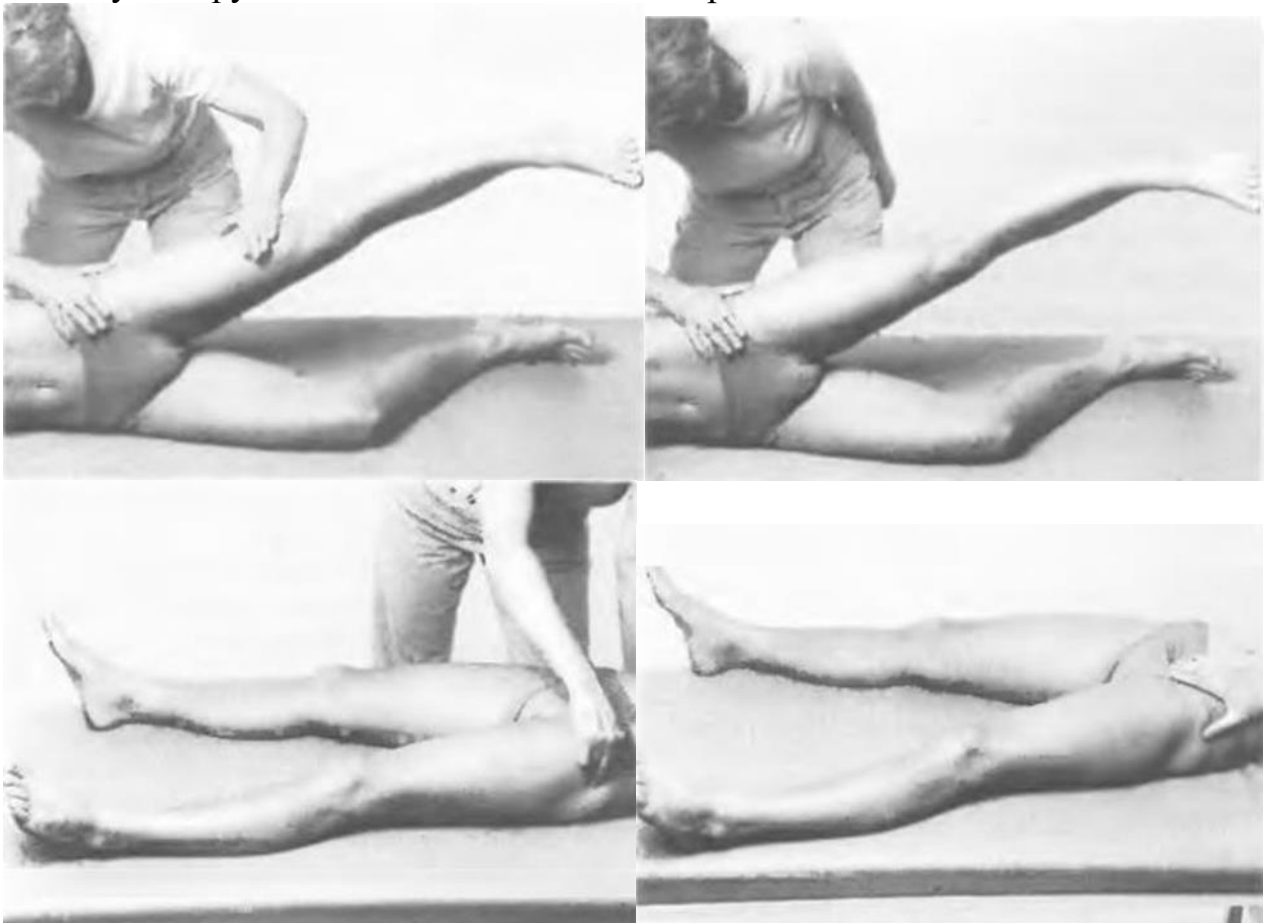
Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці. Руку, що на кушетці пацієнт кладе під голову, іншою рукою

підтримується за край кушетки стабілізуючи тулуб. Нижня кінцівка, що на кушетці, зігнута в кульшовому і колінному суглобах. Нижня кінцівка на стороні тестування випрямлена – розігнута в колінному суглобі. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки на стороні тестування і пальпує великий вертел для контролю виконання правильного руху.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує відведення в кульшовому суглобі до 45°, а терапевт здійснює протидію цьому руху на бічну поверхню нижньої третини стегна.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує відведення в кульшовому суглобі до 45°, без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки на стороні тестування і пальпує великий вертел для контролю виконання правильного руху. Пацієнт активно виконує відведення в кульшовому суглобі до 45°. Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. При намаганні пацієнта виконати відведення в кульшовому суглобі терапевт пальпує напруження м'язів над великим вертелом



Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні гомілки

Основні м'язи – двоголовий м'яз стегна – довга головка, двоголовий м'яз стегна – коротка головка, півсухожилковий м'яз, півперетинчастий м'яз.

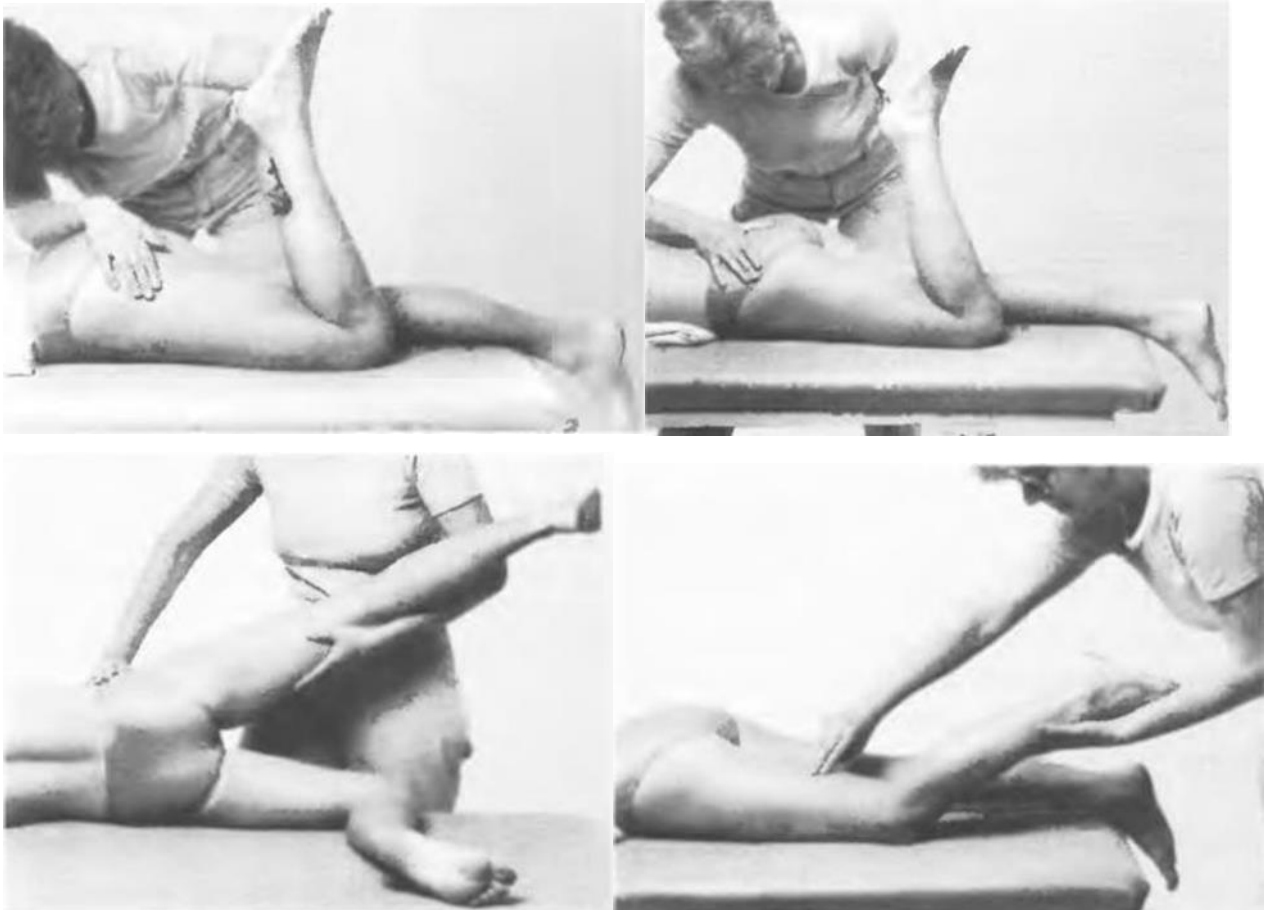
Основний рух: згинання в колінному суглобі до 120-140°.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки випрямлені, стопи знаходяться за краєм кушетки. Терапевт фіксує таз на стороні тестування.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує згинання в колінному суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху у нижній третині гомілки.

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує згинання в колінному суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Нижні кінцівки випрямлені. Нижня кінцівка на стороні, що не тестується, дещо відведена, її терапевт утримує за внутрішню поверхню нижньої третини стегна. Іншою рукою терапевт фіксує таз. Пацієнт активно виконує згинання в колінному суглобі переміщуючи гомілку по поверхні кушетки. Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки випрямлені, стопи знаходяться за краєм кушетки. Гомілку на стороні тестування терапевт підтримує злегка зігнутою в колінному суглобі за нижню її третину. При намаганні пацієнта виконати згинання в колінному суглобі терапевт пальпує м'язи згиначі гомілки по ходу волокон або сухожилків.



Лабораторна робота № 20

Тема: Методика до проведення опитувальника Якість життя (SF-36 health status survey)

Хід роботи

Опитувальник оцінки якості життя відноситься до неспецифічних опитувальників для оцінки якості життя (ЯЖ), він набув значного поширення в США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя. Опитувальник "SF-36 health status survey" - складається з 11 розділів, результати представляються у вигляді оцінок в балах по 8 шкалам, складеним таким чином, що більш висока оцінка вказує на кращу ЯЖ. Опитувальник був нормований для загальної популяції США і репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. У США і країнах Європи були проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати за нормами для здорового населення і для груп хворих з різними хронічними захворюваннями (з виділення груп за статтю та віком). 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 представляє повне здоров'я, все шкали формують два показника: душевне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок в балах по 8 шкалами, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ.

Кількісно оцінюються такі показники:

- 1) General Health (GH) - загальний стан здоров'я - оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.
- 2) Physical Functioning (PF) - фізичне функціонування, що відбиває ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).
- 3) Role-Physical (RP) - вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).
- 4) Role-Emotional (RE) - вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання і т.п.).
- 5) Social Functioning (SF) - соціальне функціонування, визначається ступенем, в якій фізична або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).
- 6) Bodily Pain (BP) - інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом.

7) Vitality (VT) - життєздатність (має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим).

8) Mental Health (MH) - самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

УКРАЇНСЬКА ВЕРСІЯ МІЖНАРОДНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА

MOS SF-36

Інструкція із заповнення анкети. Будь ласка, відповідайте на кожне запитання. Окремі запитання подібні між собою за формою, але відрізняються за змістом. Читайте уважно та вибирайте найбільш слушне. Тепер відповідайте на запитання анкети.

1. Ваше здоров'я взагалі є: (обведіть одну цифру)

Прекрасне (1); дуже гарне (2); добре (3); посереднє (4);
погане (5).

2. Як Ви загалом оцінюєте Ваше здоров'я на сьогодні, порівняно з тим, що було рік тому? (обведіть одну цифру)

набагато краще (1); дещо краще (2); так само (3); дещо гірше (4);
набагато гірше (5).

3. Наступні запитання стосуються фізичних навантажень у Вашій діяльності впродовж звичайного дня. Чи Ваш стан здоров'я перешкоджає Вам виконувати певні дії впродовж звичайного дня? Якщо перешкоджає, то наскільки ? (обведіть одну цифру в кожному рядку)

	Так, дуже Перешкодж ає	Так, помірно перешкодж ає	Ні, зовсім не перешкоджає
а) виконувати великі фізичні навантаження (піднімати вагу, бігати, займатися силовими видами спорту й ін.)	1	2	3
б) виконувати помірні фізичні навантаження (прибирати в квартирі, пилососити, пересувати неважкі меблі)	1	2	3
в) піднімати або носити сумки з	1	2	3

продуктами			
г) підніматися сходами на декілька маршів	1	2	3
г) підніматися сходами на один марш	1	2	3
д) нахилитися, стати навколішки, зігнутися	1	2	3
е) пройти більше одного кілометра	1	2	3
є) пройти декілька кварталів	1	2	3
ж) пройти один квартал	1	2	3
з) самостійно митися та вдягатись	1	2	3

4. Чи відчували Ви будь-які труднощі з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності через Ваш фізичний стан за останні чотири тижні, унаслідок чого: (обведіть одну цифру в кожному рядку)

	Так	Ні
а) довелося скоротити кількість часу для роботи чи на інші справи	1	2
б) зробили менше ніж хотіли	1	2
в) були обмежені в деяких діях	1	2
г) відчували труднощі, виконуючи роботу (наприклад, витратили на неї більше часу або зусиль)	1	2

5. Чи відчували Ви за останні чотири тижні проблеми з роботою або іншою щоденною діяльністю через емоційні проблеми (пригніченість, стурбованість), унаслідок чого: (обведіть одну цифру в кожному рядку)

	Так	Ні
а) довелося скоротити кількість часу для роботи	1	2
б) зробили менше, ніж хотіли	1	2
в) не могли працювати як звичайно, виконували роботу менш акуратно	1	2

6. Чи часто за останні чотири тижні Ваші проблеми зі здоров'ям, емоційним станом перешкоджали спілкуванню із сім'єю, друзями, сусідами, колективом? (обведіть одну цифру)

зовсім не перешкоджали (1)	дещо перешкоджали (2)	помірно перешкоджали (3)	дуже перешкоджали (4)	надзвичайно перешкоджали (5)
----------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------------

7. Чи зазнали Ви фізичного болю за останні чотири тижні та якою мірою? (обведіть одну цифру)

ніякого болю (1); дуже слабкого (2); слабкого (3); помірного (4); сильного (5); дуже сильного (6).

8. Наскільки за останні чотири тижні біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (уключаючи роботу за межами дому й домашню)?

зовсім не перешкоджав (1)	зовсім мало перешкоджав (2)	помірно перешкоджав (3)	дуже перешкоджав (4)	надзвичайно перешкоджав (5)
---------------------------	-----------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------------------

(обведіть одну цифру)

9. Це питання стосовно того, як Ви себе почували та яким був Ваш настрій протягом останніх чотирьох тижнів. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви... (обведіть одну цифру в кожному рядку)

	постійно	більшість часу	часто	інколи	рідко	ніколи
а) почувалися сповненим життя, бадьорим	1	2	3	4	5	6
б) дуже нервували	1	2	3	4	5	6
в) почувалися себе таким пригніченим, що зовсім не раділи	1	2	3	4	5	6
г) почувалися спокійним	1	2	3	4	5	6
г) почувалися сповненим сил та енергії	1	2	3	4	5	6
д) почувалися засмученим і виснаженим душевно	1	2	3	4	5	6
е) почувалися виснаженим	1	2	3	4	5	6
є) були щасливі	1	2	3	4	5	6
ж) почувалися втомленим	1	2	3	4	5	6

10. Як часто за останні чотири тижні фізичний стан або емоційні проблеми заважали Вам активно спілкуватися з людьми (відвідування друзів, родичів, тощо)? (обведіть одну цифру)

постійно (1); більшість часу (2); інколи (3); рідко (4); ніколи (5).

11. Наскільки ПРАВИЛЬНЕ або НЕПРАВИЛЬНЕ кожне з тверджень щодо Вас? (обведіть одну цифру в кожному рядку)

	цілком правильн е	загалом правильн е	не знаю	загалом правильн е	цілком правильн е
а) мені здається, що я більше схильний до хвороб, ніж інші	1	2	3	4	5
б) моє здоров'я не гірше, ніж в інших, кого я знаю	1	2	3	4	5
в) я очікую погіршення здоров'я	1	2	3	4	5
г) моє здоров'я прекрасне	1	2	3	4	5

Укажіть, будь ласка, про себе:

Стать _____ . **Вік (років)** _____ .

Дата госпіталізації _____

Госпіталізація: первинна, повторна (*потрібне підкреслити*).

Освіта:

неповна середня; повна середня; середня спеціальна; неповна вища; повна вища (*потрібне підкреслити*).

Рід занять :

(*потрібне підкреслити*)

Працівник промисловості	Науково-педагогічний працівник
Працівник сільського господарства	Підприємець
Працівник сфери обслуговування	Військовослужбовець
Держслужбовець	Пенсіонер
Працівник сфери освіти (школа, коледж й ін.)	Безробітний
Працівник сфери культури	Домогосподарка
Працівник сфери охорони здоров'я	Інше _____ _____

Населений пункт проживання:

село; селище міського типу; місто (*потрібне підкреслити*).

Кількість дітей _____

Сімейний стан:

неодружений/незаміжня; офіційно одружений/заміжня; незареєстрований шлюб; розлучений/розлучена(*потрібне підкреслити*).

Заповнюється медичною сестрою:

Основний

діагноз _____

Супутній

діагноз _____

Група крові _____ *Резус фактор* _____

Рівень АТ _____

Дермографізм: білий; червоний (потрібне підкреслити)

(Методика визначення дермографізму: ребром шпателя, олівцем або кутом предметного скла провести риску на шкірі. Через 10–20 с оцінити колір смуги, що утворилася: біла або червона).

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Базові поняття про методикау функціональної діагностики м'язів за В.Яндою
2. Особливості проведення комплексного обстеження, оцінку пацієнта / клієнта
3. Особливості відбору і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.
4. Огляд пацієнта на рівні структури і функції тіла (шкірні покриви, сила м'язів, обмеження амплітуди, порушення чутливості та інш.)
5. Підбір і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.
6. Специфічні тести та заходи, які може використовувати фізичний терапевт для визначення функціонального стану пацієнта.
7. Клінічні інструменти у практичній діяльності фізичного терапевта.
8. Особливості та вимоги до проведення тестувань.
9. Особливості критеріїв клінічних інструментів.
10. Особливості тестових досліджень об'єму рухів хребта.
11. Особливості тестових досліджень грудної клітки.
12. Особливості тестових досліджень плечового суглобу.
13. Особливості тестових досліджень ліктьового суглобу.
14. Особливості тестових досліджень колінного суглобу.
15. Особливості тестових досліджень порушення постави.
16. Функціональний м'язевий тест мімічних м'язів(за Яндою).
17. Інструменти оцінки ризику падіння у пацієнтів
18. Індекс динамічної ходи Dynamic Gait Index (DGI) як клінічний інструмент для оцінки ризику падіння при ходьбі.
19. Тест балансу Берга (Berg Balance Scale)
20. Тест чотирьох квадратів.
21. Чотирьох етапний тест балансу (The 4-Stage Balance Test).
22. Функціональний тест м'язів плеча (за Яндою).
23. Функціональний тест м'язів передпліччя (за Яндою).
24. Функціональний тест м'язів кисті (за Яндою).
25. Функціональний тест м'язів стегна (за Яндою).
26. Функціональний тест м'язів гомілки (за Яндою).
27. Функціональний тест м'язів стопи (за Яндою).
28. Особливості тестової оцінки дисфункцій в неврології.
29. Особливості тестової оцінки дисфункцій в кардіології.
30. Особливості тестової оцінки дисфункцій в педіатрії та геріатрії.
31. Базові поняття про методикау функціональної діагностики м'язів за В.Яндою
32. Особливості проведення комплексного обстеження, оцінку пацієнта / клієнта

33. Особливості відбору і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.
34. Огляд пацієнта на рівні структури і функції тіла (шкірні покриви, сила м'язів, обмеження амплітуди, порушення чутливості та інш.)
35. Підбір і застосування спеціальних вимірювань і клінічних тестів для отримання цифрової інформації.
36. Специфічні тести та заходи, які може використовувати фізичний терапевт для визначення функціонального стану пацієнта.
37. Клінічні інструменти у практичній діяльності фізичного терапевта.
38. Особливості та вимоги до проведення тестувань.
39. Особливості критеріїв клінічних інструментів.
40. Особливості тестових досліджень об'єму рухів хребта.
41. Особливості тестових досліджень грудної клітки.
42. Особливості тестових досліджень плечового суглобу.
43. Особливості тестових досліджень ліктьового суглобу.
44. Особливості тестових досліджень колінного суглобу.
45. Особливості тестових досліджень поруху постави.
46. Функціональний м'язевий тест м'язів (за Яндою).
47. Інструменти оцінки ризику падіння у пацієнтів
48. Індекс динамічної ходи Dynamic Gait Index (DGI) як клінічний інструмент для оцінки ризику падіння при ходьбі.
49. Тест балансу Берга (Berg Balance Scale)
50. Тест чотирьох квадратів.
51. Чотирьох етапний тест балансу (The 4-Stage Balance Test).
52. Функціональний тест м'язів плеча (за Яндою).
53. Функціональний тест м'язів передпліччя (за Яндою).
54. Функціональний тест м'язів кисті (за Яндою).
55. Функціональний тест м'язів стегна (за Яндою).
56. Функціональний тест м'язів гомілки (за Яндою).
57. Функціональний тест м'язів стопи (за Яндою).
58. Особливості тестової оцінки дисфункцій в неврології.
59. Особливості тестової оцінки дисфункцій в кардіології.
60. Особливості тестової оцінки дисфункцій в педіатрії та геріатрії.

1.

2.

3.

4.

5.

Ситуативні задачі для самостійної підготовки

Задача №1

Андрій, 17 років, 29.12.19 стався інсульт ішемічний не виявленої етіології 27.02.20 поступив у відділення неврології, до цього лікували в Дніпрі (способом, лежи відкапуйся) поступив з діагнозом перенесений обширне

ГПМК, не розмовляє, їжу вживає блендеровану, водою поперхається. (для цього був залучений дефектолог-логопед) З рухових порушень: спастичний тетрапарез при чому цікавий факт перехресного відновлення. Як ви думаєте, чому так??

Група м'язів які тестується Ліва сторона: Права сторона

	<u>I об</u>	<u>II</u>	<u>I</u>	<u>II об</u>
Згиначі передпліччя	1б	3б	1б	0б
Привідні м'язи плеча	1б	3б	1б	0б
Розгиначі гомілки	2б	0б	2б	3б
Привідні м'язи стегна	2б	1б	2б	3б

- Потім, не може підняти голову в положенні лежачи. (це все на момент поступлення) . Що з цим можна зробити?
- Не повертається на боки не те щоб самостійно, а й взагалі не хоче, скаржитися, що боляче лежати на боці. (при тому лежить на протипролежневному матраці) забрали ми його за тижнів 2. Чому йому боляче лежати на боці? І чому ми забрали матрац?
- Годують з ложечки і в положенні лежачи. Що з цим робити??
- По самостійності 0. На момент поступлення. Зараз самостійно вмивається, чистить зуби, їсть ложкою правда в положенні напівсидячи. Як ви думаєте за який проміжок часу йому цьому вдалось навчитись?
- Оцініть його перехід з положення лежачи в положення стоячи, вистітливши такі моменти як: правильність, компенсаторні моменти, що слід зробити задля виправлення ситуації?
- Транспортування. Ми йому надали крісло колісне, для переміщення з одного корпусу в інший, дали (то що було в нас) питання на скільки воно є підходящим? І чому так?(розумію зі сторони оцінити важко, але ви розумні і придумаете як це зробити)
- Чи необхідні йому ортези? І якщо треба, то куди і чому??

Задача №2

Андрій 12 років. Політравма. Забій спинного мозку тяжкого ступеня гематомою та набряком спинного мозку на рівні С5-6. Забій внутрішніх органів. Падіння з 6 поверху. Поступив у відділення нейрохірургії, де в терміновому режимі було проведено оперативне втручання, виведена трахіостома і вставлені пластини для фіксації хребців С4-6. До реабілітаційної команди було звернення на 3 день перебування в реанімації. **Завдання:**

1. Сформувати інтерв'ю (присутня мама, пацієнт у свідомості і реагує на подразники чіткими відповідями) – прописати у ворді чи у відео записати, щоб ви запитували в пацієнта та його мами.
2. Які б засоби та безпосередньо шкали ви вважаєте, за потрібне використати для його обстеження.
3. Постановка цілей (2 короткочасні, 2 довгострокові) і розписати хто буде працювати над їх досягненням.

Задача № 3

Пацієнт Віталій, 16 років, ЧМТ та забій ліктьової та стегнової кісток. Збила машина, якою керував друг. Рівень свідомості за Rancho Los Amigos складає 6, рухові функції не порушені, лише відчуває біль в області передпліччя та стегнової кістки, загальну слабкість та головокружіння під час переходу в положення сидячи. З розмови з лікарем ФРМ, вияснилося що найбільше Віталік любить грати на гітарі і , не дивлячись на втрату пам'яті, пам'ятає акорди декількох пісень. Його активно підтримують друзі, мама, бабуся. Сам немісцевий, проживає з мамою в селі, має приватний будинок, без сходів. Навчається в технікумі, який знаходиться в 2 км від дому. **Завдання:**

1. Сформувати реабілітаційну команду
2. Розібрати отримані дані за МКФ (розписати за табличкою)
3. Встановити цілі SMART форматі 3 короткочасні, 2 довготривалі+ розприділити по спеціалістах ФТ, ЕТ, інші, (хто на вашу думку можу буди залучений до такого пацієнта?)
4. Планування (хто? Як?скільки часу? Буде займатися з пацієнтом)
5. Спорбувати встановити прогноз одужання+ розписати що означає 6 рівень за Rancho Los Amigos?

Задача №4

Дитина 7 років. Основний діагноз гострий лімфобластний лейкоз. З анамнезу відомо, що дитина отримувала вінкаалкалоїди, а саме вінбластін. Батьки дитини скаржаться на те що дитина відмовляється ходити. **Завдання:**

1. Які обстеження та тести ви вважаєте за потрібне виконати?
2. Сформуйте цілі занять з фізичним терапевтом.
3. Сформуйте приблизну програму занять.
4. Сформуйте рекомендації для батьків та дитини.
5. Сформуйте протипоказання для занять саме з цією дитиною.

Використані джерела:

1. Швесткова О. Ерготерапія: підручник / Швесткова Ольга, Свєцена Катержина та ін. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.
2. Швесткова О. Фізична терапія: підручник / Швесткова Ольга, Сладкова Петра та ін. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 272 с.
3. Whitney SL, Wrisley DM, Marchetti GF, Gee MA, Redfern MS, Furman JM. Clinical measurement of sit-to-stand performance in people with balance disorders: validity of data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test. *Phys Ther*. 2005;85(10):1034-1045.
4. Bohannon RW, Bubela DJ, Magasi SR, Wang Y, Gershon RC. Sit-to-stand test: performance and determinants across the age-span. *Isokinetics and Exercise Science*. 2010;18(4):235–240.
5. Mong Y, Teo TW, Ng SS. 5-repetition sit-to-stand test in subjects with chronic stroke: reliability and validity. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(3): 407-413.
6. Bieler, T, et. all. Intra-rater Reliability and Agreement of Muscle Strength, Power and Functional Performance Measures in Patients with Hip Osteoarthritis. *J Rehabil Med* 2014; 46:997-1005.
7. Rikli RE, Jones, CJ. (1999). Development and validation of a functional fitness tests for community dwelling older adults. *J Aging Phys Act*, 7, 129-161.
8. Chou C et al. Developing a short form of the Berg Balance Scale for people with Stroke. *Phys Ther* 2006;86:195-204

Навчально-методичне видання

Автор: Уляницька Наталія Ярославівна

Тестова оцінка дисфункцій у практиці фізичного терапевта: Методичні рекомендації до проведення лабораторних занять

Друкується в авторській редакції

Дані друкарні, реквізити видання (тираж, папір, об'єм тощо).