

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ імені ІВАНА БОБЕРСЬКОГО
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ імені І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

ДИДАКТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Київ • 2022

УДК 37.026+371.314.6:615.825
П 69

Затвержено на Вченій раді факультету здоров'я, фізичного виховання та туризму Національного університету фізичного виховання і спорту України (протокол №3 від 26.11.2021).

Авторський колектив:

Бакалюк Т., Барабаш С., Бондарчук В., Брушко В., Вайда О., Виноградов М., Ворокаєв Д., Горяченко А., Єжова О., Завіднюк Ю., Згурський А., Камишина І., Коваль В., Кравчук Л., Крук Б., Миндзів К., Мисула І., Поляруш І., Попович Д., Свиц Д., Ситник О., Степаненко О., Травська О., Томин Л., Швець В., Шестопал Н., Яворська О.

Рецензенти:

Кашуба В. О. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри кінезіології та фізкультурно-спортивної реабілітації НУФВСУ;

Андреева О. В. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри здоров'я, фітнесу та рекреації НУФВСУ;

Футорний С. М. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри спортивної медицини НУФВСУ

П 69 **Практичні навички фізичного терапевта: дидактичні матеріали** / [Бакалюк Т., Барабаш С., Бондарчук В. та ін.]. – Київ, 2022. – 164 с.
ISBN 978-617-7492-16-9

Дидактичні матеріали являють собою узагальнений збірник сучасних і найбільш використовуваних практичних навичок фізичного терапевта при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату і неврологічних розладах. В описі кожної навички вказано необхідне обладнання і докладний алгоритм виконання. Дидактичні матеріали складено згідно зі стандартом вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 «Охорона здоров'я».

Для студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» для підготовки до практичних занять.

УДК 37.026+371.314.6:615.825

ISBN 978-617-7492-16-9

- © Національний університет фізичного виховання і спорту України, 2022
- © Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, 2022
- © Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, 2022
- © Сумський державний університет, 2022

Зміст

Вступ	9
ЧАСТИНА 1. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ <i>(Бакалюк Т., Брушко В., Виноградов М., Ворокаєв Д., Горяченко А., Єжова О., Завіднюк Ю., Камишина І., Крук Б., Мисула І., Свищ Д., Ситник О., Шестопал Н., Швець В.)</i>	11
1. Практичні навички з оцінювання	11
Обстеження свідомості та тяжкості стану пацієнта (шкала ком Глазго) . . .	11
Монреальське оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment – MoCA)	12
Оцінювання больової чутливості	12
Оцінювання тактильної чутливості	13
Оцінювання температурної чутливості	14
Оцінювання м'язово-суглобового відчуття (пропріорецепція)	16
Дослідження полів зору	17
Модифікована шкала спастичності Ашфорт	17
Проби виявлення прихованих парезів (верхня та нижня по Менгаціні) . .	18
Проби виявлення прихованих парезів (верхня та нижня по Баре)	19
Проби виявлення прихованих парезів (автоматична пронація по Бабінському, ульнарний дефект по Вендеровичу, проба «кільця» Панова)	20
Оцінювання глибоких рефлексів верхньої кінцівки	22
Оцінювання глибоких рефлексів нижньої кінцівки	23
Визначення сили м'язів верхньої кінцівки за індексом Мотрісіті	24
Визначення сили м'язів нижньої кінцівки за індексом Мотрісіті	26
Тест контролю руху тулуба	28
Оцінювання постурального балансу (проба Ромберга)	29
Оцінювання постурального балансу (шкала рівноваги Берга)	30
Оцінювання балансу в положенні сидячи (Sitting Balance Score)	32
Тест п'яти присідань	34
Тест на усунення опори	35
Оцінювання індексу мобільності Рівермід	36
Тест «Встань та йди» з відліком часу	38
10-метровий тест ходьби	38
Тест «чотири квадрати»	39
Тест дослідження функції руки (Action Research Arm Test)	41

ЗМІСТ

Тест для руки Френчай	41
Визначення сили м'язів (тест Ловетта)	42
Визначення активності пацієнта після поранення верхньої кінцівки за допомогою шкали функціональної незалежності FIM	43
Визначення стану психосоматичного здоров'я пацієнтів після вогнепального поранення за допомогою шкали тривоги Гамільтона	45
2. Практичні навички з клінічного реабілітаційного менеджменту	46
Позиціонування пацієнта для запобігання пролежнів	46
Позиціонування пацієнта лежачи на боці при хребтово-спино-мозковій травмі, гострому порушенні мозкового кровообігу, черепно-мозковій травмі	48
Позиціонування пацієнта лежачи на животі	50
Позиціонування пацієнта сидячи у візку	51
Позиціонування пацієнта у ліжку (зміна положення пацієнта у ліжку залежно від розташування – вище до подушки, ближче до краю ліжка тощо.)	51
Підбір візка для пацієнта, основні критерії підбору візка	52
Переміщення пацієнта сидячи вздовж краю ліжка	53
Пересаджування пацієнта на поверхні однакової висоти	53
Пересаджування пацієнта на поверхні різної висоти	54
Пересаджування пацієнта у візок	55
Переміщення та страхування пацієнта на візку	55
Переміщення пацієнта з положення сидячи в положення стоячи	56
Страховання пацієнта у положенні стоячи та стоячи з різними допоміжними засобами	57
Використання допоміжних засобів (рама трапеція, палиці, ортези, фіксатори, роллатори тощо.)	58
Страховання пацієнта під час ходьби	58
Переміщення та страхування пацієнта на сходах	59
3. Практичні навички з втручання	60
Тренування з пацієнтом навичок самостійного сидіння	60
Тренування з пацієнтом навичок самостійного стояння	60
Тренування постурального контролю та балансу	61
Тренування пацієнта з когнітивними порушеннями (афазія, апраксія)	61
Тренування пацієнта з неглектом (просторове ігнорування)	62
Тренування пацієнта з синдромом відштовхування	63
Тренування пацієнта з синдромом притягування	63
Проведення занять для відновлення функцій верхньої кінцівки	64
Проведення занять для відновлення функцій нижніх кінцівок	65
Рання вертикалізація та мобілізація	66
Силове тренування пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	66
Тренування переміщень пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	67

ЗМІСТ

Функціональне тренування пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	67
Тренування ходьби у пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	68
Підбір допоміжних засобів для пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	68
Тренування постурального контролю та рівноваги у різних вихідних положеннях пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	69
Тренування кардіореспіраторного напрямку для пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу	70
Силове тренування пацієнтів після черепно-мозкової травми	70
Тренування переміщень пацієнтів після черепно-мозкової травми	72
Функціональне тренування пацієнтів після черепно-мозкової травми	73
Тренування ходьби у пацієнтів після черепно-мозкової травми	74
Підбір допоміжних засобів для пацієнтів після черепно-мозкової травми	74
Тренування постурального контролю та рівноваги у різних вихідних положеннях пацієнтів після черепно-мозкової травми	75
Тренування кардіореспіраторного напрямку для пацієнтів після черепно-мозкової травми (демонстрація навички маніпуляційних втручань на грудній клітці і виконання дихальних вправ)	76
Силове тренування пацієнтів після хребтово-спино-мозкової травми	76
Тренування переміщень пацієнтів після хребтово-спино-мозкової травми (навичка переміщення пацієнта з ліжка у крісло колісне)	77
Функціональне тренування пацієнтів після хребтово-спино-мозкової травми (навчання навички самостійного пересідання пацієнта з кушетки у крісло колісне)	78
Підбір допоміжних засобів для пацієнтів після хребтово-спино-мозкової травми	79
Тренування постурального контролю та рівноваги у різних вихідних положеннях пацієнтів після хребтово-спино-мозкової травми	80
Бімануальна терапія як засіб фізичної терапії при пораненні однієї верхньої кінцівки	80
Тренування навички лягання та вставання з підлоги	81

Ч А С Т И Н А 2. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В ПРАКТИЦІ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО

АПАРАТУ (Барабаш С., Бондарчук В., Вайда О., Єжова О., Згурський А., Коваль В., Кравчук Л., Миндзів К., Попович Д., Ситник О., Степаненко О., Тиравська О., Томин Л., Шестопал Н., Яворська О.)

83

1. Практичні навички з оцінювання	83
1.1. Обстеження нижньої кінцівки	83
Оцінювання активного діапазону рухів у кульшовому суглобі	83
Оцінювання активного діапазону рухів у колінному суглобі	85
Оцінювання “суглобової гри” в кульшовому суглобі	87

ЗМІСТ

Оцінювання пасивного діапазону рухів у кульшовому суглобі	88
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні стегна	89
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні стегна	90
Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують приведення стегна	91
Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують відведення стегна	92
Тест Thomas test	93
Тест FADDIR test	93
Тест Ober's test	94
Тест Patrick Faber test	94
Оцінювання активного діапазону рухів у колінному суглобі	95
Оцінювання пасивного діапазону рухів у колінному суглобі	96
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні гомілки	97
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні гомілки	98
Оцінювання "суглобової гри" в колінному суглобі	99
Тест Anterior/Posterior Drawer Test	100
Тест Lachman test	101
Тест McMurray test	102
Тест Swipe test	103
Тест Galeazzi-Ellis	103
Thomson test	104
Тест Faber	105
Тест Транделенбурга	105
Симптом Штеймана	106
Оцінювання активного діапазону рухів у надп'ятково-гомілковому суглобі	107
Оцінювання пасивного діапазону рухів у надп'ятково-гомілковому суглобі	109
Оцінювання "суглобової гри" в надп'ятково-гомілковому суглобі	110
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у дорсифлексії стопи	111
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у плантарній флексії стопи	113
Вимірювання довжини нижньої кінцівки	116
Тест Timed Up and Go Test (TUG)	117
1.2. Обстеження верхньої кінцівки	118
Codman's тест	118
Симптом Subacromial Pain Syndrome (SAPS)	119
Тест Dawbarn	120
Тест відведення рук із положення 0°	121
Тест відведення та зовнішньої ротації	122
Тест надостьового м'яза Jobe	122

ЗМІСТ

Тест Apley's	123
Тест Ludington	123
Тест «больової дуги» при імпіджмент-синдромі	124
Тест Speed (долоня доверху)	124
Тест Боудена (Bowden)	125
Тест Томсона (Thomson)	125
Оцінювання активного діапазону рухів у плечовому суглобі	126
Оцінювання “суглобової гри” в плечовому суглобі	128
Оцінювання пасивного діапазону рухів у плечовому суглобі	129
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні плеча	130
Мануально-м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні плеча	131
Мануально-м'язове тестування м'язів, що виконують рухи передпліччя	132
Мануально-м'язове тестування м'язів, що виконують рухи кисті	135
Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують приведення плеча	137
Мануально-м'язове тестування м'язів, які виконують відведення плеча	138
1.3. Обстеження при патології хребта	139
Визначення інтенсивності та динаміки болю за шкалою ВАШ	139
Оцінювання якості життя за анкетуванням Роланда-Морріса	140
Оцінювання якості життя за анкетуванням Освестрі	141
Тест Адамса (Adams) з нахилом уперед	144
Тест Адамса з використанням інструментального методу оцінювання	145
Тест Шобера (Schober)	146
Дистракційний тест (діагностика крижово-клубового з'єднання)	147
Компресійний тест (діагностика крижово-клубового з'єднання)	148
Тест Ганслена	148
Тест Патріка	149
Тест Ласега (Lasegue)	150
Тест ходьби на п'ятах та кінчиках пальців	151
Візуально-діагностичне оцінювання порушень постави у дітей	152
Мануально-м'язове тестування м'язів-згиначів поперекового відділу хребта	153
Мануально-м'язове тестування м'язів-розгиначів поперекового відділу хребта	154
Оцінювання активного діапазону рухів у шийному відділі хребта	155
Оцінювання активного діапазону рухів у поперековому відділі хребта	158
Соматоскопічне оцінювання постави	159
2. Практичні навички з клінічного реабілітаційного менеджменту	160
Демонстрація підбору тростини	160
Демонстрація підбору ходунків	161
Демонстрація підбору пахвових милиць	162
Демонстрація підбору підліткових милиць (канадок)	163

ЗМІСТ

Демонстрація навички бинтування нижніх кінцівок після ендопротезування кульшових суглобів	164
Техніка бинтування кукси. Компресійна терапія при ампутації на рівні гомілки	165
3. Практичні навички з втручання	167
Демонстрація навички ходьби з милицями без опори на ушкоджену кінцівку	167
Демонстрація навички ходьби приставним кроком	167
Демонстрація навички ходьби перемінним кроком	168
Демонстрація навички ходьби з милицями за типом «лижної ходьби»	168
Демонстрація навички спуску з милицями по сходах	169
Демонстрація навички підйому з милицями по сходах	170
Демонстрація навички ходьби з однією милицею чи тростиною	170
Техніка переходу в положення лежачи на здоровому боці після ендопротезування кульшового суглоба	171
Техніка переходу з положення лежачи в положення сидячи після операції ендопротезування кульшового суглоба	172
Техніка підйому з положення сидячи за допомогою ходунків для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба	173
Техніка підйому з положення сидячи за допомогою милиць для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба	174
Навчання техніки ходьби з ходунками для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба	175
Базові терапевтичні вправи на відновлення рухливості в променево-зап'ястковому суглобі після поранення верхньої кінцівки	176
Рухова активність для військовослужбовців після поранення верхньої кінцівки з моделювання ситуації на можливість утримувати зброю різного калібру	177
Дзеркальна терапія при фантомному болю при ампутації на рівні гомілки	179
Методика виконання терапевтичних вправ для профілактики ускладнень при ампутації на рівні стегна	180
Навчання техніки ходьби на протезі гомілки з використанням милиці чи тростини	181
Техніка виконання масажу рубця кукси	183
Список використаних джерел	184

Вступ

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 334 у межах здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» вводиться об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит (ОСКІ). Стандартизований характер ОСКІ призначений для того, щоб дати можливість визначати, чи досяг студент порогового рівня компетентності, який у подальшому забезпечить безпечну й ефективну практику в реальних умовах.

Обов'язковими вимогами підготовки фахівців є не тільки створення умов для засвоєння практичних навичок, а і наявність підручників, навчальних посібників, дидактичних матеріалів, які допоможуть в оволодінні теоретичними знаннями і практичними прийомами.

Підготовка пропонованих дидактичних матеріалів відбулася в межах міжнародного освітнього проєкту «Інноваційна реабілітаційна освіта – впровадження нових магістерських програм в Україні» (REHAB) колективом авторів університетів-партнерів: Національного університету фізичного виховання і спорту України, Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Сумського державного університету.

У даних дидактичних матеріалах викладено основні практичні навички фізичного терапевта при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату і неврологічних розладах. В описі кожної навички представлено необхідне оснащення, підготовку та покроковий алгоритм її виконання. Розділи систематизовані та розподілені за основними напрямками роботи фізичного терапевта: оцінювання пацієнта, клінічний реабілітаційний менеджмент і втручання.

ВСТУП

Основною метою створення даних дидактичних матеріалів було підвищення ефективності викладання студентам спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» практичних навичок та підготовка до ОСКІ.

У дидактичних матеріалах використано відеоматеріали платформи «Фізіоенот» каналу YouTube, автори: Грін Санія та Грін Вікторія.

Це видання фінансується за підтримки Європейської комісії. В дидактичних матеріалах відображено погляди лише авторів, і комісія не може нести відповідальність за будь-яке використання інформації, що міститься в них.

Усі зауваження та пропозиції будуть прийняті авторами з подякою.

Шановний читачу!

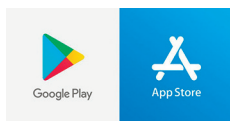
У дидактичних матеріалах «Практичні навички фізичного терапевта» використано технологію доповненої реальності.

Для застосування доповненої реальності на сторінках цього навчального видання необхідно встановити програму “Ulab AR” за цим QR кодом:



Дотримуйтесь вказівок програми. Медіаконтент дидактичних матеріалів завантажується після встановлення програми “Ulab AR” за цим самим QR кодом або автоматично по завершенні її встановлення на смартфон.

Для перегляду матеріалів у доповненій реальності наведіть смартфон на відповідні рисунки, у назві яких зазначено наявність відео.



ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

1. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ОЦІНЮВАННЯ

ОБСТЕЖЕННЯ СВІДОМОСТІ ТА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПАЦІЄНТА (ШКАЛА КОМ ГЛАЗГО)

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжка, бланк шкали ком Глазго.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта або родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його/їх згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт або родичі могли орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту або родичам, що він має зайняти положення лежачи на спині і допомогти йому (залежно від функціонального стану пацієнта).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Звернутися до пацієнта із проханням назвати себе, вказати дату і місце знаходження (оцінювання реакції очей пацієнта на звернення та вербальний контакт).

4. Звернутися до пацієнта із проханням виконати цілеспрямовану дію, наприклад підняти та утримувати руку або ногу (оцінювання рухової реакції та вербального контакту).

5. У разі відсутності або утрудненого мовленнєвого контакту нанести больовий подразник шляхом натискання на ділянку нігтьового ложа пацієнта або точку виходу надочномкового нерва (оцінювання реакції очей пацієнта і рухової реакції кінцівок на больовий подразник).

6. Заповнити бланк шкали ком Глазго.

7. Оцінити результат.

**МОНРЕАЛЬСКЕ ОЦІНЮВАННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ
(MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT – MoCA)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, стіл, стілець, бланк Монреальської шкали когнітивного оцінювання.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта або родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його/їх згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт або родичі могли орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту або родичам, що він має зайняти положення сидячи за столом і допомогти йому (залежно від функціонального стану пацієнта).

2. Підійти до пацієнта зі сторони, яка не заважає освітленню робочого місця.

3. Послідовно запропонувати до виконання завдання із бланка Монреальської шкали когнітивного оцінювання згідно з інструкцією до кожного завдання.

4. Підсумувати виконання кожного завдання та наголосити на ключових моментах.

5. Оцінити загальний результат.

6. Визначити запит пацієнта відповідно до його функціонального стану та потреб.

ОЦІНЮВАННЯ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, неврологічний молоточок з голкою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має відповідати на запитання під час перевірки больової чутливості.

2. У ході опитування звернути увагу на суб'єктивні порушення чутливості: біль, парестезії. Дати їм характеристику, визначити локалізацію.



3. Попросити пацієнта заплющити очі.

4. Больову чутливість перевірити за допомогою голки на всій поверхні тіла хворого, порівнюючи її на симетричних ділянках справа і зліва, вищих і нижчих сегментах.

5. Для запобігання сугестії запитання ставлять у такій формі: «Що ви відчуваєте, чи однаково?»

6. Больові подразнення наносять, чергуючи з тактильними; пацієнту дають завдання відзначати укол словом «гостро», дотик – «тупо».

7. Для уточнення межі зони зміненої чутливості дослідження проводять як від здорової ділянки, так і у зворотному напрямку.

8. Якщо у хворого спостерігаються порушення больової чутливості, необхідно визначити її межі, нанести на рисунок схему.

9. Визначити вид порушення больової чутливості (зниження – гіпалгезія, підвищення – гіпералгезія, відсутність – аналгезія).

10. Оцінити клінічний тип порушень чутливості.

11. Закінчити виконання навички.

ОЦІНЮВАННЯ ТАКТИЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, вата.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



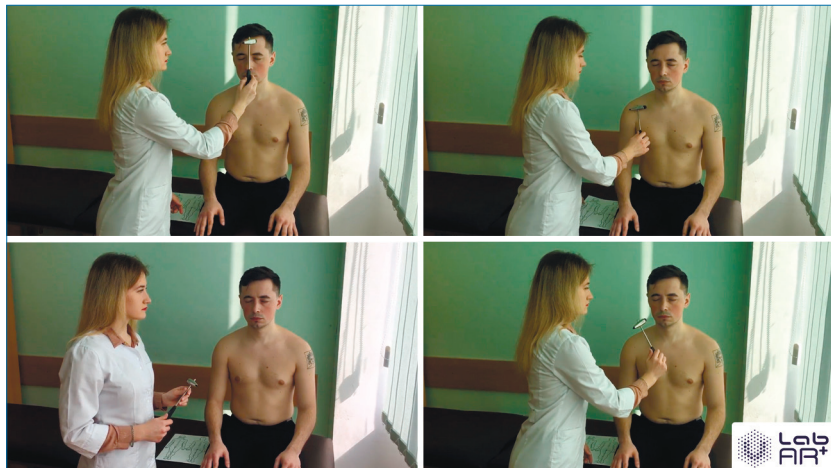
Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має відповідати на запитання під час перевірки тактильної чутливості.
2. Попросити пацієнта заплющити очі.
3. Тактильну чутливість перевірити легким дотиком до шкіри ватною, м'яким пензликом або шматочком тонкого паперу на здоровому та ураженому боці, порівнюючи її на симетричних ділянках справа і зліва, вищих і нижчих сегментах.
4. На кожен дотик, що наноситься послідовно на різні ділянки поверхні тіла, обстежуваний повинен негайно реагувати словом «так» або «відчуваю».
5. Дотики слід наносити не дуже часто і з нерівномірними інтервалами. Крім того, дотики ватною або пензликом повинні бути не «мажучі» (щоб уникнути сумації подразнень), а дотичними.
6. Відмітити ділянки з порушеною тактильною чутливістю.
7. Оцінити клінічний тип порушень чутливості.
8. Закінчити виконання навички.

ОЦІНЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРНОЇ ЧУТЛИВОСТІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, неврологічний молоточок, пробірки з холодною та теплою водою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення проце-



дури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має відповідати на запитання під час перевірки температурної чутливості.
2. У ході опитування звернути увагу на суб'єктивні порушення чутливості: зниження, відсутність або підвищення відчуття тепла або холоду. Дати їм характеристику, визначити локалізацію.
3. Перевірити усі види чутливості на всій поверхні тіла хворого, порівнюючи її на симетричних ділянках справа і зліва, вищих і нижчих сегментах.
4. Запропонувати хворому заплющити очі, доторкнутися в зонах іннервації трійчастого нерва неврологічним молоточком гумовою чи металевою поверхнею або пробірками з теплою та холодною водою і з'ясувати, що він відчуває. Для запобігання сугестії питання ставлять у такій формі: «Що ви відчуваєте, чи однаково?»
5. Відмітити ділянки з порушеною температурною чутливістю.
6. Якщо у хворого спостерігаються порушення чутливості, визначити його межі, нанести на рисунок схему і встановити його клінічний тип.
7. Визначити вид порушення температурної чутливості (зниження – термогіпестезія, підвищення – термогіперстезія, відсутність – термоанестезія).

8. Оцінити клінічний тип порушень чутливості.
9. Закінчити виконання навички.

ОЦІНЮВАННЯ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОГО ВІДЧУТТЯ (ПРОПРІОРЕЦЕПЦІЯ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має відповідати на запитання під час перевірки м'язово-суглобового відчуття, яку здійснюють за допомогою пасивних рухів у дистальних суглобах кистей і стоп (хворий повинен розрізняти рухи).
2. Попросити пацієнта заплющити очі.
3. Дослідження починається з рухів кінцевих фаланг, потім пальців, далі – в променево-зап'ясткових, надп'ястково-гомілкових суглобах і вище.
4. Відзначити розлади суглобово-м'язового відчуття записом: «порушено до ліктьового (колінного чи інших) суглоба включно». Втрата м'язово-суглобового відчуття має назву *батіанестезія*.

5. Зіставляючи отримані клінічні дані та хід провідних шляхів чутливості, слід встановити топічний діагноз.
6. Закінчити виконання навички.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІВ ЗОРУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має відповідати на запитання під час перевірки полів зору.
2. У ході опитування звернути увагу на суб'єктивні порушення полів зору. Дати їм характеристику, визначити локалізацію.
3. Запропонувати хворому сісти обличчям до лікаря на відстані 1 м, спиною до світла.
4. Запропонувати пацієнту закрити одне око і дивиться відкритим оком у протилежне око лікаря. Під час дослідження пацієнт закриває ліве око, а лікар – праве, і навпаки.
5. Переміщуючи палець від периферії до центра, лікарю необхідно порівняти своє поле зору з полем зору хворого. За нормального поля зору пацієнт повинен побачити об'єкт одночасно з лікарем. У разі застосування цього методу порівняти своє поле зору (воно має бути нормальним) з полем зору пацієнта. Методика дає змогу виявити значні звуження і грубі дефекти поля зору.
6. Оцінити порушення полів зору у пацієнта. Дати їм характеристику.
7. Закінчити виконання навички.

МОДИФІКОВАНА ШКАЛА СПАСТИЧНОСТІ АШФОРТ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та методику виконання процедури й отримати згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині на кушетці.

2. Підійти до пацієнта з ураженого боку.
3. Перевірити спастичність м'язів спини та верхньої кінцівки. Для цього здійснити рухи верхньою кінцівкою: згинання–розгинання, відведення–приведення, супінація–пронація.
4. Підійти до пацієнта зі здорового боку і повторити те саме.
5. Попросити пацієнта повторити такі самі дії (якщо це можливо) самостійно.
6. Підійти до пацієнта з ураженого боку.
7. Перевірити спастичність м'язів нижньої кінцівки. Для цього здійснити рухи в надп'ятково-гомільковому суглобі – згинання–розгинання; у колінному суглобі – згинання–розгинання; у кульшовому суглобі – відведення–приведення, колові рухи.
8. Оцінити результат виконання тесту за п'ятибальною шкалою. Результат оцінювання занести у бланк відповідей.

ПРОБИ ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНИХ ПАРЕЗІВ (ВЕРХНЯ ТА НИЖНЯ ПО МЕНГАЦІНІ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, бланк відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що для проходження верхньої проби Менгацціні він має прийняти положення стоячи.
2. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.
3. Самому зайняти положення перед пацієнтом, або збоку–спереду.
4. Переконатися, що є достатньо простору і місця для виконання проби Менгацціні.
5. Попросити пацієнта витягнути руки вперед долонями донизу або всередину й утримати їх у такому положенні 10–20 с.
6. Пояснити пацієнту, що для проходження нижньої проби Менгацціні він має прийняти положення лежачи на животі.
7. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.
8. Попросити пацієнта зігнути ноги в кульшовому і колінному суглобах під прямим кутом, щоб вони не торкалися одна одної, утримати це положення 10–20 с.
9. Завершити виконання навички.

**ПРОБИ ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНИХ ПАРЕЗІВ
(ВЕРХНЯ ТА НИЖНЯ ПО БАРЕ)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, бланк відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту що для проходження верхньої проби Баре він має прийняти положення стоячи.
2. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.
3. Самому зайняти положення перед пацієнтом, або збоку–спереду.
4. Переконатися, що є достатньо простору і місця для виконання проби Баре.



5. Попросити пацієнта витягнути руки вперед долонями всередину паралельно одна одній вище горизонтальної лінії 30–45° або максимально високо, утримати це положення 10–20 с.

6. Пояснити пацієнту, що для проходження нижньої проби Баре він має прийняти положення лежачи на спині.

7. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.

8. Попросити пацієнта зігнути ноги в колінних суглобах під прямим або злегка тупим кутом, утримати це положення 10–20 с.

9. Завершити виконання навички.

ПРОБИ ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНИХ ПАРЕЗІВ (АВТОМАТИЧНА ПРОНАЦІЯ ПО БАБІНСЬКОМУ, УЛЬНАРНІЙ ДЕФЕКТ ПО ВЕНДЕРОВИЧУ, ПРОБА «КІЛЬЦЯ» ПАНОВА)

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або стілець зі спинкою, бланк відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що для проходження тестування він має прийняти положення стоячи.

2. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.



3. Самому зайняти положення перед пацієнтом, або збоку–спереду.

4. Для тестування автоматичної пронації по Бабінському попросити пацієнта руки витягнути вперед в положенні супінації (долонями вгору), утримати таке положення 10–20 с.

5. Для тестування ульнарного дефекту по Вендеровичу попросити пацієнта розігнути пальці і з силою привести один до одного; легким рухом намагатися відвести V палець від IV по черзі на обох руках.

6. Для тестування проби «кільця» Панова попросити пацієнта I і V пальцями утворити «кільце», легким рухом намагатися розірвати його по черзі на обох руках.

7. Завершити виконання навички.





ОЦІНЮВАННЯ ГЛИБОКИХ РЕФЛЕКСІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, неврологічний молоточок, кушетка, бланк оцінювання.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке положення: сидячи на кушетці; ноги не дістають до підлоги; руки знаходяться на колінах у положенні пронації.

2. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної верхньої кінцівки.

3. Неврологічний молоточок знаходиться у провідній руці.

4. Пальцями вільної руки в ділянці ліктьового згину підтримувати руку пацієнта, зігнути під прямим кутом.

5. Попросити пацієнта максимально (наскільки можливо) розслабити м'язи верхньої кінцівки.

6. Нанести 2-3 легкі короткі удари по сухожилку триголового м'яза плеча (на 1-1,5 см вище ліктьового відростка).

7. Назвати правильний рух, що виконується за рахунок скорочення триголового м'яза – «розгинання передпліччя», «розгинання у ліктьовому суглобі».

8. Підтримувати проксимальну частину передпліччя досліджуваної руки пацієнта на своєму передпліччі. Кисть пацієнта вільно звисає.

9. Великий палець своєї руки розташувати на сухожилку двоголового м'яза плеча пацієнта.

10. Попросити пацієнта максимально (наскільки можливо) розслабити м'язи верхньої кінцівки.

11. Нанести 2-3 легкі короткі удари по своєму великому пальцю.

12. Назвати правильно рух, що виконується за рахунок скорочення двоголового м'яза – «згинання передпліччя», «згинання у ліктьовому суглобі».

13. Оцінити та порівняти пари рефлексів. З'ясувати вид ураження мотонейрона (верхній чи нижній)

ОЦІНЮВАННЯ ГЛИБОКИХ РЕФЛЕКСІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, неврологічний молоточок, кушетка, бланк оцінювання.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке положення: сидячи на кушетці; ноги не дістають до підлоги; руки вільно лежать на колінах.

2. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.

3. Неврологічний молоточок знаходиться у провідній руці.

4. Попросити пацієнта максимально (наскільки можливо) розслабити м'язи нижньої кінцівки.

5. Нанести 2-3 легкі короткі удари по сухожилку чотириголового м'яза.

6. Назвати правильно рух, що виконується за рахунок скорочення чотириголового м'яза – «розгинання ноги в колінному суглобі».

7. Легко підтримувати знизу стопу пацієнта у горизонтальному положенні.

8. Нанести 2-3 легкі удари по ахіллового сухожилку.

9. Назвати правильно рух, що виконується за рахунок скорочення триголового м'яза гомілки – «розгинальний рух стопи».

10. Оцінити та порівняти пари рефлексів. З'ясувати вид ураження мотонейрона (верхній чи нижній).

ВИЗНАЧЕННЯ СИЛИ М'ЯЗІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ЗА ІНДЕКСОМ МОТРИСІТІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка або стілець зі спинкою, стіл, кубик з гранню 2,5 см, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану дозволяється проводити в лежачому положенні).

2. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він повинен взяти кубик щипковим захватом великого і вказівного пальців та втримати його.

3. Якщо пацієнт може втримати кубик, то необхідно виконати спочатку легкий, а потім сильніший поштовх руки, перед цим попередивши пацієнта про свої дії.

4. Необхідно провести обстеження спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

5. Визначити оцінку та записати її.

6. Пояснити пацієнту, що для другого завдання він повинен прийняти положення сидячи із зігнутою в ліктьовому суглобі рукою на 90°.

7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для цього завдання він повинен зігнути руку в ліктьовому суглобі і доторкнутись пальцями кисті до плеча.

8. Необхідно починати обстеження з оцінки 19 без стороннього навантаження.

9. Якщо пацієнт не може виконати це завдання, тоді необхідно провести обстеження на оцінку 14, попросивши його утримати передпліччя в горизонтальному положенні (90°).

10. Якщо пацієнт не здатний виконати завдання на оцінку 14, тоді провести обстеження на оцінку 9, при цьому пальпуючи, чи є скорочення двоголового м'яза плеча.

11. Якщо пацієнт виконує завдання на оцінку 19, тоді провести обстеження на оцінку 25 у цьому самому положенні, виконавши опір однойменною рукою на дистальну ділянку передпліччя, попередивши перед цим про свої дії.

12. Необхідно провести обстеження цього завдання спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

13. Визначити оцінку та записати її.

14. Пояснити пацієнту, що для третього завдання він повинен прийняти положення сидячи повністю зігнувши руку в ліктьовому суглобі і привівши до тулуба.

15. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для цього завдання він повинен виконати відведення у плечовому суглобі.

16. Необхідно починати обстеження з оцінки 19 без стороннього навантаження.

17. Якщо пацієнт не може виконати це завдання, тоді необхідно провести обстеження на оцінку 14, що передбачає частковий рух проти сили гравітації у цьому самому положенні або перемістити пацієнта у положення лежачи на спині і попросити його виконати цей рух по повній амплітуді.

18. Обстежуючи пацієнта на оцінку 14 у лежачому положенні, необхідно підтримувати його руку в ділянці ліктьового суглоба, щоб запобігти силі тертя.

19. Якщо пацієнт не здатний виконати завдання на оцінку 14, тоді провести обстеження на оцінку 9, при цьому пальпуючи, чи є скорочення дельтоподібного м'яза плеча.

20. Якщо пацієнт виконує завдання на оцінку 19, тоді провести обстеження на оцінку 25 у цьому самому положенні, виконавши опір різнойменною рукою на дистальну ділянку плеча, попередивши перед цим про свої дії.

21. Необхідно провести обстеження цього завдання спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

22. Визначити оцінку та записати її.

**ВИЗНАЧЕННЯ СИЛИ М'ЯЗІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ
ЗА ІНДЕКСОМ МОТРИСІТІ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка або стілець зі спинкою, стіл, кубик з граню 2,5 см, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану дозволяється проводити в лежачому положенні).

2. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він повинен виконати дорсальне згинання стопи в надп'яtkово-гомiлковому суглобі.

3. Необхідно починати обстеження з оцінки 19 без стороннього навантаження.

4. Якщо пацієнт не може виконати це завдання, тоді необхідно провести обстеження на оцінку 14, що передбачає частковий рух проти сили гравітації у цьому самому положенні або перемістити пацієнта у положення лежачи на нетестуючий бік і попросити його виконати цей рух по повній амплітуді без сили гравітації, підтримуючи обстежувану ногу пацієнта двома руками у дистальній ділянці стегна та дистальній ділянці гомілки.

5. Якщо пацієнт не здатний виконати завдання на оцінку 14, тоді провести обстеження на оцінку 9, при цьому пальпуючи, чи є скорочення переднього великогомілкового м'яза.

6. Якщо пацієнт виконує завдання на оцінку 19, тоді провести обстеження на оцінку 25 у цьому самому положенні, виконавши опір своєю рукою на дистальну ділянку плесневої частини стопи, попередивши перед цим про свої дії.

7. Необхідно провести обстеження цього завдання спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

8. Визначити оцінку та записати її.

9. Пояснити пацієнту, що для другого завдання він повинен прийняти положення сидячи з опущеними ногами та опорою на руки. Також обстежувана нога пацієнта повинна бути зігнута в колінному суглобі під кутом 90°, а стопа вільно звисати.

10. Після пояснення вихідного положення необхідно продемонструвати пацієнту, що для цього завдання він повинен виконати розгинання у колінному суглобі по повній амплітуді.

11. Необхідно починати обстеження з оцінки 19 без стороннього навантаження.

12. Якщо пацієнт не може виконати це завдання, тоді необхідно провести обстеження на оцінку 14, що передбачає частковий рух проти сили гравітації у цьому самому положенні або перемістити пацієнта у положення лежачи на бік, що не тестується, і попросити його виконати розгинання у колінному суглобі по повній амплітуді без сили гравітації, підтримуючи обстежувану ногу пацієнта двома руками у дистальній ділянці стегна та дистальній ділянці гомілки.

13. Якщо пацієнт не здатний виконати завдання на оцінку 14, тоді провести обстеження на оцінку 9, при цьому пальпуючи, чи є скорочення чотириголового м'яза стегна.

14. Якщо пацієнт виконує завдання на оцінку 19, тоді провести обстеження на оцінку 25 у цьому самому положенні, виконавши опір своєю рукою на дистальну ділянку гомілки, попередивши перед цим про свої дії.

15. Необхідно провести обстеження цього завдання спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

16. Визначити оцінку та записати її.

17. Пояснити пацієнту, що для третього завдання він повинен прийняти положення сидючи з опущеними ногами та опорою на руки. Також обстежувана нога пацієнта повинна бути зігнута в кульшовому суглобі під кутом 90°.

18. Після пояснення вихідного положення необхідно продемонструвати пацієнту, що для цього завдання він повинен виконати згинання у кульшовому суглобі по повній амплітуді.

19. Необхідно починати обстеження з оцінки 19 без стороннього навантаження.

20. Якщо пацієнт не може виконати це завдання, тоді необхідно провести обстеження на оцінку 14, що передбачає частковий рух проти сили гравітації у цьому самому положенні або перемістити пацієнта у положення лежачи на бік, що не тестується, і попросити його виконати згинання у кульшовому суглобі по повній амплітуді без сили гравітації, підтримуючи обстежувану ногу пацієнта двома руками у дистальній ділянці стегна та дистальній ділянці гомілки.

21. Якщо пацієнт не здатний виконати завдання на оцінку 14, тоді провести обстеження на оцінку 9, при цьому пальпуючи, чи є скорочення клубово-поперекового м'яза.

22. Якщо пацієнт виконує завдання на оцінку 19, тоді провести обстеження на оцінку 25 у цьому самому положенні, виконавши опір двома руками на дистальну ділянку стегна, попередивши перед цим про свої дії.

23. Необхідно провести обстеження цього завдання спочатку на сильнішому, а потім на слабшому боці для порівняння.

24. Визначити оцінку та записати її.

ТЕСТ КОНТРОЛЮ РУХУ ТУЛУБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, секундомір, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він повинен повернутися з положення лежачи на спині в положення лежачи на боці (на уражену сторону).

4. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що під час виконання завдання можна допомагати собі неуразеною рукою (триматися за край ліжка або відштовхуватися від нього).

5. Визначити оцінку та записати її.

6. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині або допомогти йому (залежно від функціонального стану пацієнта).

7. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для другого завдання він повинен повернутися з положення лежачи на спині в положення лежачи на боці (на неуразену сторону).

8. Визначити оцінку та записати її.

9. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

10. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для третього завдання він має перейти з положення лежачи на спині в положення сидячи.

11. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що під час виконання завдання можна допомагати собі руками (триматися за край ліжка або відштовхуватися від нього).

12. Визначити оцінку та записати її.

13. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для четвертого завдання він має в положенні сидячи на краю ліжка утримати рівновагу протягом 30 с. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не використовує опір на стопи і на руки для підтримання рівноваги під час сидіння.

14. Пояснити пацієнту, що завдання необхідно починати одразу після команди.

15. Почати виконання завдання після команди і запуску таймера та зупинити таймер після 30 с.

16. Визначити оцінку та записати її.

ОЦІНЮВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСУ (ПРОБА РОМБЕРГА)

Оснащення: стандартизований пацієнт.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення проце-



дури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що для проходження цього тестування він має прийняти положення стоячи.

2. Пояснити пацієнту його завдання, переконатися, чи він зрозумів його зміст.

3. Самому зайняти положення перед пацієнтом або збоку–спереду.

4. Переконатися, що є достатньо простору і місця для виконання проби Ромберга.

5. Для виконання цієї проби попросити пацієнта щільно поставити ступні разом і заплющити очі, руки при цьому витягнути вперед (поза № 1). Для ускладнення запропонувати поставити ноги на одну лінію за типом «п'ята ноги, що стоїть попереду, торкається великого пальця ноги, що стоїть позаду» (поза № 2). Найважчим варіантом ускладнення проби Ромберга є стійка на одній нозі (можливо, по черзі) (поза № 3).

6. Задокументувати результати тестування в бланк відповідей.

ОЦІНЮВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСУ (ШКАЛА РІВНОВАГИ БЕРГА)

Оснащення: стандартизований пацієнт, 2 стільці без підлокітників, черевик, лінійка, секундомір, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та методику виконання процедури та отримати згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи на стільці.

2. Дати команду пацієнту схрестити руки перед грудьми.

3. Дати команду пацієнту, не використовуючи рук, з положення сидячи перейти в положення стоячи.

4. Оцінити рух за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

5. Дати команду пацієнту стояти без підтримки протягом 2 хв.

6. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

7. Дати команду пацієнту перейти з положення стоячи в положення сидячи. Руки розташовані вільно.
8. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
9. Дати команду пацієнту сісти і не спиратися на спинку стільця протягом 2 хв.
10. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
11. Дати команду пацієнту пересісти з одного стільця на інший.
12. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
13. Дати команду пацієнту встати та стояти без підтримки із заплющеними очима 10 с. Після тесту дозволити розплющити очі.
14. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
15. Дати команду пацієнту поставити стопи разом та стояти без підтримки протягом 1 хв.
16. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
17. Дати команду пацієнту підняти руку вперед на 90° і потягнутися вперед на стільки, наскільки це можливо.
18. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
19. Попросити пацієнта підняти предмет з підлоги (черевик, який лежить перед стопами) з вихідного положення стоячи.
20. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
21. Попросити пацієнта повернути голову спочатку вліво і подивитися назад, а потім вправо і подивитися назад.
22. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
23. Попросити пацієнта повернутися навколо себе на 360° , потім перепочити та повернутися в інший бік.
24. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
25. Попросити пацієнта здійснити вісім кроків на місці.
26. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
27. Попросити пацієнта поставити одну ногу перед іншою та постояти в такому положенні 30 с.

28. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

29. Попросити пацієнта стати на одну ногу і простояти на ній скільки він зможе (10 с і більше).

30. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

ОЦІНЮВАННЯ БАЛАНСУ В ПОЛОЖЕННІ СИДЯЧИ (SITTING BALANCE SCORE)

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка або стілець зі спинкою, олівець або ручка, пересувний стілець для терапевта, пояс для страхування, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи поклавши руки на коліна, ступні на підлозі.

2. Підійти до пацієнта з боку, що тестується, обличчям до пацієнта.

3. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він має в положенні сидячи з розплющеними очима утримувати рівновагу протягом 60 с. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не використовує опір на руки для підтримання рівноваги під час сидіння і не торкається спиною до бильця ліжка/стілця.

4. Пояснити пацієнту, що завдання необхідно починати одразу після команди.

5. Почати виконання завдання після команди і запуску таймера та зупинити таймер після 60 с.

6. Визначити оцінку та записати її.

7. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для другого завдання він має в положенні сидячи із заплющеними очима утримувати рівновагу протягом 30 с. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не використовує опір на руки для підтримання рівноваги під час сидіння і не торкається спиною до бильця ліжка/стілця.

8. Пояснити пацієнту, що завдання необхідно починати одразу після команди.

9. Почати виконання завдання після команди і запуску таймера та зупинити таймер після 30 с.

10. Визначити оцінку та записати її.

11. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи, склавши руки на грудях.

12. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для третього завдання він має на вибір підняти перед собою праву/ліву руку (90° згинання в плечовому суглобі, ліктьовий суглоб 0°), утримуючи рівновагу протягом 15 с. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не нахиляється вбік і не торкається спиною до бильця ліжка/стілця.

13. Пояснити пацієнту, що завдання необхідно починати одразу після команди.

14. Почати виконання завдання після команди і запуску таймера та зупинити таймер після 15 с.

15. Визначити оцінку та записати її.

16. Повторити тестове завдання з іншою рукою.

17. Визначити оцінку та записати її.

18. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи з піднятими перед собою руками (90° згинання в плечовому суглобі, ліктьовий суглоб 0°), пальці в кулак.

19. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для четвертого завдання він має розтиснути кулак правої руки і кінчиками пальців тягнутися вперед, намагаючись торкнутися до олівця, який тримає терапевт на відстані 12 см від кулака. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт може дотягнутися кінчиками пальців більше 10 см, утримуючи рівновагу.

20. Визначити оцінку та записати її.

21. Повторити тестове завдання з іншою рукою.

22. Визначити оцінку та записати її.

23. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи поклавши руки на коліна, ступні на підлозі.

24. Підійти до пацієнта з боку, що тестується, обличчям до спини на відстані 1–1,5 м, тримаючи в руках предмет на рівні потилиці пацієнта (ручку, олівець, лінійку тощо).

25. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для п'ятого завдання він має подивитися і назвати предмет, повертаючи голову спочатку через ліве плече, потім через праве плече. Завдання

вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не використовує опір на руки для підтримання рівноваги, повертаючи голову, і не торкається спиною до бильця ліжка/стілця.

26. Визначити оцінку та записати її.

27. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи поклавши руки на коліна, ступні на підлозі.

28. Підійти до пацієнта з боку, що тестується, обличчям до пацієнта.

29. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для шостого завдання він має нахилитися у лівий бік, торкнутися ліктем краю/поверхні ліжка і повернутися у вихідне положення. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт здійснює рух і самостійно повертається у вертикальне положення.

30. Визначити оцінку та записати її.

31. Повторити тестове завдання в інший бік.

32. Визначити оцінку та записати її.

33. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи поклавши руки на коліна, ступні на підлозі.

34. Підійти до пацієнта з боку, що тестується, обличчям до пацієнта.

35. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для сьомого завдання він має перейти з положення сидячи в положення стоячи. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт не використовує опір на руки для підтримання рівноваги під час вставання.

36. Визначити оцінку та записати її.

37. Зафіксувати результати та порівняти їх з нормою відповідно до діагнозу.

ТЕСТ П'ЯТИ ПРИСІДАНЬ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою, секундомір, пояс для страхування, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.

3. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення склавши руки на грудях і притулившись спиною до бильця крісла.

4. Пояснити пацієнту, що для обстеження він повинен встати зі стільця п'ять разів, не спираючись на руки і не торкаючись спиною до бильця стільця.

5. Пояснити пацієнту, що тест необхідно починати одразу після команди і виконувати присідання максимально швидко.

6. Продемонструвати пацієнту виконання цього тесту.

7. Почати виконання тесту після команди і запуску таймера та зупинити таймер після п'яти присідань у момент дотику сидиць до стільця.

8. Зафіксувати результати та порівняти їх з нормою відповідно до діагнозу, віку та статі.

ТЕСТ НА УСУНЕННЯ ОПОРИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, пояс для страхування, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається. Надати пацієнту чітку інструкцію до виконання тестового завдання.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи ноги на ширині плечей, руки вздовж тулуба.

2. Підійти до пацієнта з боку, що тестується, зі спини, поклавши руки йому на лопатки.

3. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він має нахилитися назад, спираючись на руки терапевта, і при раптовому усуненні опори необхідно утримати рівновагу або зробити крок назад, намагаючись не впасти. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт робить один великий крок назад і самостійно повертається у вихідне положення.

4. Перед проведенням завдання слід переконатися, що під час нахилу назад є достатньо місця для того, щоб пацієнт міг зробити крок.

5. Визначити оцінку та записати її.

6. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи, ноги разом, руки вздовж тулуба.

7. Підійти до пацієнта з тестованого боку, з лівої сторони, поклавши руки йому на грудну клітку.

8. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для другого завдання він має нахилитися в лівий бік, спираючись на руки терапевта настільки, наскільки це можливо, і при раптовому усуненні опори необхідно утримати рівновагу або зробити крок вбік (вліво), намагаючись не впасти. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт робить один великий крок вбік (вліво) і самостійно повертається у вихідне положення.

9. Перед проведенням завдання слід переконатися, що під час нахилу в лівий бік є достатньо місця для того, щоб пацієнт міг зробити крок.

10. Визначити оцінку та записати її.

11. Повторити тестове завдання в правий бік.

12. Визначити оцінку та записати її.

13. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи ноги на ширині плечей, руки вздовж тулуба.

14. Підійти до пацієнта з тестованого боку, обличчям до пацієнта, поклавши руки йому на плечі.

15. Пояснити та продемонструвати пацієнту, що для четвертого завдання він має нахилитися вперед, спираючись на руки терапевта, і при раптовому усуненні опори необхідно утримати рівновагу або зробити крок вперед, намагаючись не впасти. Завдання вважається виконаним успішно, якщо пацієнт робить один великий крок вперед і самостійно повертається у вихідне положення.

16. Перед проведенням завдання слід переконатися, що під час нахилу вперед є достатньо місця для того, щоб пацієнт міг зробити крок.

17. Визначити оцінку та записати її.

18. Зафіксувати результати та проаналізувати їх відповідно до діагнозу.

ОЦІНЮВАННЯ ІНДЕКСУ МОБІЛЬНОСТІ РІВЕРМІД

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кущетка, стілець зі спинкою або візок, допоміжні засоби (одноопорна паличка, чотириопорна паличка), сходи, пояс для страхування, сантиметр, секундомір, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта повернутися на бік.
2. Попросити пацієнта сісти, опустивши ноги з ліжка.
3. Попросити пацієнта сидіти в такому положенні деякий час.
4. Попросити пацієнта самостійно встати.
5. Попросити пацієнта зберегти положення стоячи, стояти на місці.
6. Попросити пацієнта пересісти з ліжка на стілець, який стоїть біля ліжка.
7. Попросити пацієнта у звичний для нього спосіб пройти по кімнаті не менше 10 м.
8. Попросити пацієнта продемонструвати, як він піднімається по сходах.
9. Запитати пацієнта, чи він виходить на вулицю і чи ходить поза межами приміщення без сторонньої допомоги.
10. Попросити пацієнта пройтися, не використовуючи допоміжних засобів.
11. Попросити пацієнта підійти до вас, підняти з підлоги якийсь предмет і повернутися назад. Відстань, яку пацієнт повинен здолати, – 5 м.
12. Запитати пацієнта, чи може він самостійно ходити за межами будинку без сторонньої допомоги по нерівних поверхнях (гравій, трава).
13. Запитати у пацієнта, чи приймає самостійно душ і ванну.
14. Попросити пацієнта, не використовуючи допоміжні засоби пересування, в тому числі перила, піднятися і спуститися на чотири сходинки.
15. Страхувати пацієнта під час виконання цього завдання.
16. Попросити пацієнта пробігти або дуже швидко пройти відстань 10 м, засікти час. Визначити, чи пацієнт швидше 4 с долає цю дистанцію, чи ні.
17. Після оцінювання кожного рухового завдання результати необхідно занести в бланк обстеження.

18. Під час виконання пацієнтом рухових завдань знаходитись поруч для забезпечення страхування та безпеки виконання тестування.

19. Закінчити виконання навички.

ТЕСТ «ВСТАНЬ ТА ЙДИ» З ВІДЛІКОМ ЧАСУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, коридор, сантиметр, фішки, стілець, секундомір, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Пацієнт має бути взутим у звичне взуття і може використовувати засоби для пересування, якими він зазвичай користується (тростину або ходунки). Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення. Підготувати обладнання для проведення тесту. Від стільця відміряти сантиметром відстань 3 м і відзначити її кольоровою стрічкою так, щоб відмітку було видно пацієнтові під час тесту. Допускається виконання пробної спроби без відліку часу.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта сісти на стілець так, щоб його спина спиралася на спинку стільця. Пацієнту дозволяється використовувати підлокітники під час сидіння і вставання.

2. Пояснити пацієнту, що за командою він має встати зі стільця і рухатися у звичному для себе темпі до мітки, потім розвернутися, повернутися до стільця і сісти на нього, прийняти вихідне положення.

3. Дати команду пацієнту «Почали».

4. Фіксувати відлік часу секундоміром відразу після команди «Почали» до моменту, коли пацієнт повернеться у вихідне положення (положення сидячи на стільці, спина опирається на спинку стільця).

5. Результати оцінювання занести у бланк відповідей.

10-МЕТРОВИЙ ТЕСТ ХОДЬБИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, коридор, сантиметрова стрічка/рулетка, фішки, секундомір, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення проце-



дури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Підготувати умови для проведення тестування. На підлозі визначити мітками дистанцію яку пацієнт повинен пройти під час тестування, – 12 м. Також мітками визначити дистанцію, під час якої буде фіксуватися час, – 10 м.

2. Пояснити пацієнту його завдання під час тестування. Пацієнт повинен у звичному для нього темпі пройти дистанцію 12 м.

3. Виміряти час додання дистанції 10 м.

4. Обчислити швидкість ходи пацієнта за формулою (дистанція/ час).

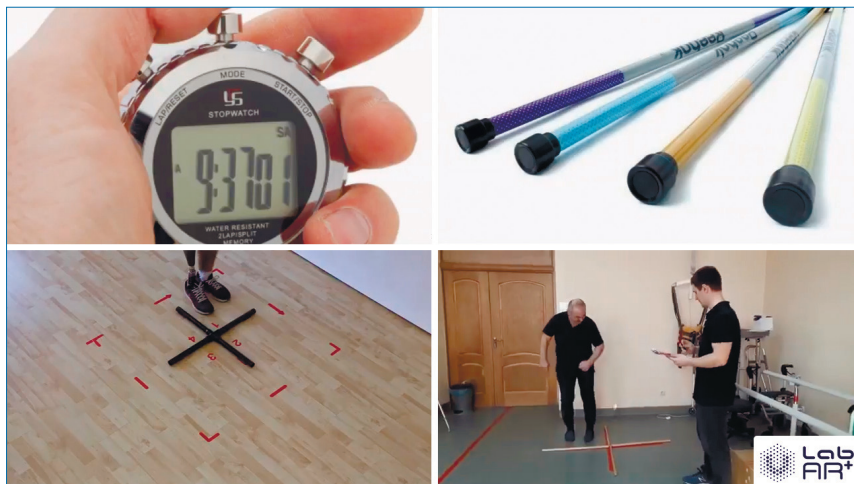
5. Занести результати у бланк обстеження.

6. Закінчити виконання навички.

ТЕСТ «ЧОТИРИ КВАДРАТИ»

Оснащення: стандартизований пацієнт, чотири палички довжиною 1 м 2,5 см × 2,5 см, секундомір, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.



Допускається одне пробне тестування до початку тесту. Треба намагатися не торкатися до тростини.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що виконувати всю послідовність тесту необхідно обличчям уперед. Якщо це неможливо, дозволяється повернутися, щоб вступити в наступний квадрат. Під час виконання тесту пацієнт обов'язково має займати положення стоячи на двох ногах у кожному квадраті.

2. Пояснити пацієнту, що тест розпочинається і завершується в першому квадраті. Проходження квадратів має відбуватися двічі: спочатку за годинниковою стрілкою, а потім знову з першого квадрату, але проти годинникової стрілки в такій послідовності: 2–3–4–1–4–3–2–1.

3. Якщо пацієнт виконує тест з допоміжним засобом пересування, то цей засіб вноситься у протокол.

4. Розташувати пацієнта в квадраті 1, обличчям до квадрата 2.

5. Розпочати відлік часу секундоміром, як тільки нога пацієнта опинилася у квадраті 2, і закінчити відлік часу, як тільки обидві ноги пацієнта знаходяться в квадраті 1 після другого проходження усіх квадратів.

6. Результати тесту записати у бланк відповідей. Час реєстрації тесту 5 хв. Можна проводити два рази (для кращої оцінки в секундах).

**ТЕСТ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ РУКИ
(ACTION RESEARCH ARM TEST)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець без підлокітників, стіл, дерев'яні предмети різного розміру: кубики – 10 см, 7,5 см, 5 см, 2,5 см; куля діаметром 7,5 см; камінь діаметром 1 см; м'яч для крикету; дві склянки; велика і маленька трубки; шайба і болт; мармурова плитка; підшипник; дошка; олов'яна кришка; бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Підготувати умови для проведення тестування. Пацієнт повинен сісти перед столом, на якому знаходяться предмети, які використовуватимуться для проведення тестування.

2. Попросити пацієнта по черзі захоплювати п'ятьма пальцями вказані предмети, піднімати і переміщати у вказане місце, а потім повертати їх на місце.

3. Попросити пацієнта перелити воду з однієї склянки в іншу.

4. Попросити пацієнта взяти металеву трубку і надіти її на металевий болт. Виконати це завдання з трубками з різним діаметром отвору.

5. Попросити пацієнта взяти металеву шайбу і надіти її на металевий болт.

6. Попросити пацієнта по черзі захоплювати двома пальцями вказаний предмет (камінь діаметром 1 см), піднімати і перекладати у вказане місце а потім повертати його на місце.

7. Попросити пацієнта рукою по черзі доторкнутись до потилиці, до тімені і до рота.

8. Після кожного тестового завдання результати вносити до бланку обстеження.

ТЕСТ ДЛЯ РУКИ ФРЕНЧАЙ

Оснащення: стандартизований пацієнт, лінійка, олівець, циліндр діаметром 1,2 і довжиною 5 см, склянка із водою, прищіпка, кілочок довжиною 15 і діаметром 1 см, гребінець, лінійка 50 см, бланк оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення за столом, поклавши руки на коліна.

3. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для першого завдання він повинен взяти лінійку і з її допомогою накреслити лінію, тримаючи олівець в іншій (неураженій) руці. Завдання вважається виконаним успішно, якщо лінійка утримується стабільно.

4. Визначити оцінку та записати її.

5. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для другого завдання він повинен взяти в руку циліндр діаметром 1,2 і довжиною 5 см, поставлений вертикально на відстані 15–30 см від краю стола, підняти на висоту близько 30 см і потім опустити на місце, не впустивши його.

6. Визначити оцінку та записати її.

7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для третього завдання він повинен взяти склянку, наполовину наповнену водою і яка стоїть на відстані 15–30 см від краю стола, випити води і поставити склянку на місце, не розливши при цьому води.

8. Визначити оцінку та записати її.

9. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що для четвертого завдання він повинен зняти, а потім поставити на попереднє місце прищіпку, закріплену на вертикальному кілочку, не впустивши її.

10. Визначити оцінку та записати її.

11. Пояснити пацієнту, що для п'ятого завдання він повинен розчесати волосся (або імітувати розчісування). Пацієнт повинен розчесати волосся на маківці, на потилиці, з правого і лівого боку.

12. Визначити оцінку та записати її.

ВИЗНАЧЕННЯ СИЛИ М'ЯЗІВ (ТЕСТ ЛОВЕТТА)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення проце-

дури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Перед проведенням проби слід пояснити пацієнту, яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час обстеження.

2. Помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.

3. Провести заплановане обстеження: положення пацієнта – сидячи на стільці; попросити пацієнта провести розгинання в колінному суглобі (тест 3-го ступеня); під час виконання попередньої інструкції приступити до тесту 4-го ступеня (розгинання в колінному суглобі при здійсненні опору з боку реабілітолога); за неможливості самостійного розгинання, приступити до тесту 2-го ступеня (перевірка наявності напруження м'язів без видимого руху).

4. Оцінити ступінь сили м'язів.

5. Закінчити виконання навички.

**ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ
ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ
ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ FIM**

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього обстеження і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Продемонструвати на власному прикладі виконання навички, супроводжуючи кожен власний рух словесно.

2. Пояснити пацієнту алгоритм визначення фізичної активності пацієнта. Імітація прийому їжі, виконання дій особистої гігієни, одягання вище і нижче пояса, імітація користування туалетом і душем, сидання на стілець, а також імітація самостійної ходьби за допомогою інвалідного крісла і підйому по сходах із залученням пораненої кінцівки. Детальні вказівки можуть змінюватись залежно від рухового дефіциту та функціональних можливостей пацієнта.

3. Пояснити пацієнту алгоритм визначення інтелектуальної активності пацієнта. Сприйняття зовнішньої інформації, виклад власних думок і бажань, соціальна інтеграція, здатність до прийняття рішень, пам'ять.

4. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку, щоб страхувати його та виконувати супервізію.

5. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, супроводжуючи кожен рух вербальними підказками та страхуванням.

6. Перейти до більш самостійного виконання вправ пацієнтом.

7. Закінчити виконання навички.

8. Інтерпретація результатів на виявлення порушень (у балах):

7 балів – повна незалежність у виконанні відповідної функції (всі дії виконуються самостійно у загальноприйнятій манері і з розумними витратами часу);

6 балів – обмежена незалежність (хворий виконує всі дії самостійно, але повільніше, ніж зазвичай, або потребує сторонньої участі);

5 балів – мінімальна залежність (під час виконання дій потрібен нагляд персоналу або допомога при надіванні протеза або ортеза);

4 бали – незначна залежність (під час виконання дій потребує сторонньої допомоги, проте більше 75 % завдання виконує самостійно);

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

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

1 бал – повна залежність від оточуючих (самостійно може виконати менше 25 % необхідних дій).

Залежно від величини сумарного бала у конкретного пацієнта і кількості балів, набраних за кожною окремою функцією, визначається обсяг заходів, необхідних для повноцінного догляду за даним хворим.

Інтерпретація результатів:

90–126 – немає порушень;

72–89 – легкі порушення;

54–71 – помірні порушення;

36–53 – важкі порушення;

18–35 – абсолютні порушення.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВОГНЕПАЛЬНОГО ПОРАНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ ТРИВОГИ ГАМІЛЬТОНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього обстеження і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити виконання навички визначення стану психосоматичного здоров'я пацієнтів після вогнепального поранення за допомогою шкали тривоги Гамільтона, яка складається з 14 пунктів, кожен з яких має 5 варіантів відповідей: 4 – Дуже важкий ступінь, 3 – Важкий ступінь, 2 – Помірний ступінь, 1 – Слабкий ступінь, 0 – Відсутній.

2. Пояснити пацієнту алгоритм визначення психологічного стану після поранення:

1) тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість);

2) напруження (відчуття напруження, легко виникають плакси-вість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися);

3) страхи (боязнь темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту);

4) інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, відчуття розбитості і слабкості під час пробудження, кошмарні сни);

5) інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті);

6) депресивний настрій (втрата звичних інтересів, відчуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою).

3. Пояснити пацієнту алгоритм визначення соматичного стану після поранення:

1) соматичні м'язові симптоми (біль, посмикування, напруження, клонічні судоми, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус);

2) соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, припливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання);

3) серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання);

4) респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання);

5) гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла);

6) сечо-статеві симптоми (часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція);

7) вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруження).

4. Спостерігати за поведінкою пацієнта під час проходження тесту (смикання на стільці, неспокійні рухи, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини).

5. Закінчити виконання навички.

6. Інтерпретація результатів на виявлення порушень:

6 і менше балів – симптомів тривоги немає;

від 7 до 13 балів – можуть бути тривожні розлади;

від 14 до 20 балів – тривога;

від 21 до 28 балів – симптоматична тривога;

більше 29 балів – клінічно виражена тривога;

у цілому оцінка до 14 балів є в межах норми.

2. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ

3 КЛІНІЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ПРОЛЕЖНІВ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, валики різних розмірів, подушки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутніх дій і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Позичіонування на спині:

- пацієнт повинен лежати симетрично;
- підтримуючі подушки покласти під паретичні і здорові кінцівки, паретична нога без ротації;

- голова знаходиться по середній лінії, шия не зігнута.

2. *Позиціонування півсидячи з ногами на ліжку (позиція Фаулера):*

- тулуб підняти на 45–60°, позиціонування здійснити за допомогою функціонального ліжка або допоміжних засобів;
- валики покласти під коліна;
- плечі опустити і відвести від тулуба, руки симетрично покласти на подушки.

3. *Позиціонування сидячи з опущеними ногами:*

- пацієнта посадити на ліжко рівно, симетрично, він не повинен завалюватися назад і вбік;
- ноги розмістити симетрично, стегна, гомілки розмістити під кутом 80–90°.

4. *Позиціонування на здоровому боці:*

- пацієнта покласти на здорове плече, здорову руку відвести на 90° вбік;
- паретична кінцівка, що знаходиться зверху, не повинна заходити за середню вісь тіла;
- паретичну кінцівку обкласти подушками по всій довжині, коліно паретичної кінцівки обкласти подушками у півзігнутому положенні, не має бути фіксації кисті в розгинанні і стопи в підшовному розгинанні.

5. *Позиціонування на паретичному боці:*

- положення пацієнта на паретичному боці є дзеркальним відображенням положення на здоровому боці.

6. *Позиціонування на животі:*

- голову пацієнта повернути вбік – повороти голови чергувати;
- здорову руку відвести вбік під кутом 90°, зігнути в лікті під кутом 90° і підняти вгору, паретичну руку витягнути вздовж тулуба;
- ноги трохи зігнути в колінах, під надп'яtkово-гомілкові суглоби підкласти валики.

7. *Позиціонування на животі з гомолатеральним згинанням кінцівок:*

- однойменне згинання кінцівок (права рука–права нога або ліва рука–ліва нога) поєднувати з почерговим поворотом голови вправо і вліво;
- при зміні положення голови в інший бік змінити положення руки і ноги так, щоб рука з боку обличчя пацієнта була відведена вбік, зігнута в лікті під кутом 90° і піднята вгору, кисть покласти біля обличчя пацієнта, долонею вниз;

- протилежна рука повинна бути витягнута вздовж тулуба;
- ногу з боку зігнутої руки відвести вбік і зігнути в коліні і кульшовому суглобі під кутом 90°;
- протилежна нога повинна бути зігнута в коліні, під надп'яtkово-гомiлковий суглоб покласти валик.

8. Позиціонування на животі з контралатеральним згинанням кінцівок:

- різнойменне згинання кінцівок (права рука–ліва нога або ліва рука–права нога) чергувати з поворотом голови вправо і вліво;
- при зміні положення голови в іншій бік змінити положення руки і ноги;
- руку з боку обличчя пацієнта відвести вбік, зігнути в ліктьовому суглобі під кутом 90° і підняти вгору, кисть покласти біля обличчя пацієнта долонею вниз;
- ногу з боку зігнутої руки випрямити з незначним згинанням;
- протилежну ногу відвести вбік і зігнути в коліні і кульшовому суглобі під кутом 90°;
- протилежну руку покласти вздовж тулуба, кисть покласти долонею вгору.

9. Закінчити виконання навички.

**ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА ЛЕЖАЧИ НА БОЦІ
ПРИ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ,
ГОСТРОМУ ПОРУШЕННІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ, ЧЕРЕПНО-
МОЗКОВІЙ ТРАВМІ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, подушки, валики, одноразові простирадла, комірць-фіксатор для шиї типу «Філадельфія».

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на боці або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

2. Стояти з того боку, на який пацієнт повертатиметься.

3. Для пацієнта з травмою шийного відділу хребта надати такого положення: у пацієнта повинен бути зафіксований ший-

ний відділ хребта комірцем «Філадельфія», подушка повинна бути під голово такої висоти, щоб зберігалася вісь хребта, рука, на якій пацієнт лежить, повинна бути зігнута на 90° в плечовому і ліктьовому суглобах і ротована назовні. Верхня рука оперта долонею в ліжко на рівні мечоподібного відростка грудини. Нижня кінцівка, на якій пацієнт лежить, повинна бути розігнута в кульшовому суглобі і зігнута в колінному суглобі. Інша кінцівка зігнута в кульшовому і колінному суглобах на 90° .

4. Для пацієнта з травмою грудного і поперекового відділу хребта надати такого положення: подушка повинна бути під головою такої висоти, щоб зберігалася вісь хребта, рука, на якій пацієнт лежить, повинна бути зігнута на 90° в плечовому і ліктьовому суглобах і ротована назовні. Верхня рука оперта долонею в ліжко на рівні мечоподібного відростка грудини. Нижня кінцівка, на якій пацієнт лежить, повинна бути розігнута в кульшовому суглобі і зігнута в колінному суглобі. Інша кінцівка зігнута в кульшовому і колінному суглобах на 90° . Під стегно і гомілку підкласти валик/подушку для уникнення ротації тулуба.

5. Для пацієнта з геміплегією або геміпарезом необхідно надати положення лежачи на ураженому боці. Пацієнт повинен перебувати в положенні лежачи на півбоці, під спину підкласти валик. Подушку підкласти під голову і верхню кінцівку, рука повинна бути зігнута в плечовому і ліктьовому суглобах на 90° і ротована назовні в плечовому суглобі на 45° . Нижня кінцівка,



на якій пацієнт лежить, повинна бути розігнута в кульшовому суглобі і зігнута в колінному суглобі. Інша кінцівка зігнута в кульшовому і колінному суглобах на 90°. Коліном спиратися в ліжку.

6. Для пацієнта з геміплегією або геміпарезом, надати положення лежачи на здоровому боці. Пацієнт повинен перебувати в положенні лежачи на боці. Верхня уражена кінцівка зігнута в плечовому і ліктьовому суглобах на 90° і повинна лежати на подушці/валику. Нижня кінцівка (уражена) зігнута в кульшовому і колінному суглобах на 90°. Під гомілку і стегно підкласти подушку/валик.

ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА ЛЕЖАЧИ НА ЖИВОТІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, подушки, валики, одноразові простирадла, комірць-фіксатор для шиї типу «Філадельфія».

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на животі або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

2. Стояти з того боку, через який пацієнт повертатиметься.

3. Надати пацієнту такого положення: під грудну клітку і живіт підкласти подушку, верхні кінцівки відведені у плечовому суглобі на 30–45°, зігнуті в ліктях і долонями повинні спиратися в ліжко. Голова дещо нахилена вперед, чолом повинна спиратися в невелику подушку/валик. Для пацієнтів з ХСМТ шийного відділу обов'язковим є наявність шийного фіксатора типу «Філадельфія». Нижні кінцівки дещо зігнуті в колінних суглобах і під надп'яtkово-гомілкові суглоби підкласти валик.

4. Переконаватися, що пацієнту ніщо не перешкоджає дихати.

5. Уточнити у пацієнта, чи це положення не викликає болю або дискомфорту.

ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА СИДЯЧИ У ВІЗКУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, візок активного типу, візок пасивного типу, подушки, пояс для страхування.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта та родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт та родичі могли орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Визначити тип візка, який потрібен пацієнту залежно від його захворювання та функціонального стану.
2. Виконати позиціонування пацієнта у візок.
3. Правильно розмістити таз пацієнта на сидінні візка.
4. За потреби, зафіксувати голову пацієнта на підголівнику візка.
5. За потреби, використати подушки для підкладання під кінцівки, додатково зафіксувати тулуб пацієнта до спинки візка.
6. Пересвідчитись у безпечності позиціонування пацієнта.
7. Закінчити виконання навички.

**ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ЛІЖКУ
(ЗМІНА ПОЛОЖЕННЯ ПАЦІЄНТА У ЛІЖКУ ЗАЛЕЖНО
ВІД РОЗТАШУВАННЯ – ВИЩЕ ДО ПОДУШКИ, БЛИЖЧЕ
ДО КРАЮ ЛІЖКА ТОЩО)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, подушки, рукави для переміщення.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Привітатись.
2. Попередньо пояснити хворому суть і послідовність переміщення.
3. Перед кожною дією проговорити її хворому, навіть якщо здається, що хворий вас не чує чи не розуміє.
4. Переконатись, що колеса функціонального ліжка зафіксовані на гальма, бокове огороження ліжка опущене із ближньої сторони до фізичного терапевта та підняте із протилежної сторони.

5. Лежачого на спині хворого злегка перекотити на бік обличчям до піднятого бокового огородження.

6. Розстелити ковзаюче простирadlo (рукав для переміщення) валиком вздовж спини.

7. Злегка підсунути ковзаюче простирadlo під звичайне простирadlo.

8. Повернути хворого на інший бік на попередньо розправлену частину ковзаючого простирadla.

9. Розправити скручену валиком частину з протилежного боку ліжка. Стопи пацієнта мають знаходитись на ковзаючій основі простирadla, подушка залишається під головою хворого, вона страхує його від можливого удару головою об узголів'я при підтягуванні.

10. Пересунути хворого вище до узголів'я, потягнувши за ковзаюче простирadlo.

11. Після переміщення необхідно витягнути ковзаюче простирadlo з-під хворого будь-яким зручним способом.

ПІДБІР ВІЗКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА, ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ПІДБОРУ ВІЗКА

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, сантиметрова стрічка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Визначити тип візка, який потрібен пацієнту залежно від його захворювання та функціонального стану.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

3. Підійти до пацієнта з сантиметровою стрічкою.

4. Розпочати знімати заміри з пацієнта, занотовуючи їх.

5. Відповідно до замірів рекомендувати певний тип та розмір візка.

6. Закінчити виконання навички.

**ПЕРЕМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТА СИДЯЧИ
ВЗДОВЖ КРАЮ ЛІЖКА**

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Продемонструвати разом з пацієнтом покроково алгоритм пересаджування вздовж краю ліжка.
4. Розташувати ноги пацієнта разом, та поставити ноги вбік за напрямком пересаджування.
5. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.
6. Нахилити пацієнта в бік, протилежний до пересаджування.
7. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.
8. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, і пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має пересісти вбік.

**ПЕРЕСАДЖУВАННЯ ПАЦІЄНТА НА ПОВЕРХНІ
ОДНАКОВОЇ ВИСОТИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, стілець зі спинкою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Продемонструвати разом з пацієнтом покроково алгоритм пересаджування на поверхні однакової висоти.

4. Розташувати коліна пацієнта разом, та поставити ноги вбік за напрямком пересаджування.

5. Поставити ближню до напрямку пересаджування стопу пацієнта вперед.

6. Поставити дальню від напрямку пересаджування стопу пацієнта назад.

7. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.

8. Нахилити пацієнта в бік, протилежний до пересаджування.

9. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

10. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має пересісти вбік.

ПЕРЕСАДЖУВАННЯ ПАЦІЄНТА НА ПОВЕРХНІ РІЗНОЇ ВИСОТИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, стілець зі спинкою.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидіти або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.

3. Продемонструвати разом з пацієнтом покроково алгоритм його пересаджування на поверхні різної висоти.

4. Розташувати коліна пацієнта разом та поставити ноги вбік за напрямком пересаджування.

5. Поставити ближню до напрямку пересаджування стопу пацієнта вперед.

6. Поставити дальню від напрямку пересаджування стопу пацієнта назад.

7. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.

8. Нахилити пацієнта в бік, протилежний до пересаджування.

9. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

10. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, і пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має пересісти вбік на вищу поверхню.

ПЕРЕСАДЖУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ВІЗОК

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, візок пасивного типу.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Продемонструвати разом з пацієнтом покроково алгоритм пересаджування його у візок.

4. Розташувати візок збоку від пацієнта під кутом 30° до ліжка/кушетки.

5. Прибрати підлокітник у візку та підніжки.

6. Поставити візок на гальма.

7. Розташувати коліна пацієнта разом, та поставити ноги вбік за напрямком пересаджування в бік візка.

8. Поставити ближню до напрямку пересаджування у візок стопу пацієнта вперед.

9. Поставити дальню від напрямку пересаджування у візок стопу пацієнта назад.

10. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.

11. Нахилити пацієнта в бік, протилежний до пересаджування.

12. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або його штани в ділянці попереку.

13. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має пересісти у візок.

ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА СТРАХУВАННЯ ПАЦІЄНТА НА ВІЗКУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, візок пасивного або активного типу.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту мету та процес переміщення.
2. Описати, що буде відбуватись та яким чином.
3. Розмістити пацієнта у візку.
4. Вирівняти положення таза у візку, щоб пацієнт сидів комфортно, для цього двома руками позиціонувати його таз зручно у кріслі візка.
5. Розташувати руки пацієнта на його стегнах, а стопи на підніжках.
6. Стати позаду візка, однією рукою тримати пацієнта в ділянці плечового суглоба, ближче до ключиці, таким чином, щоб він не нахилився вперед.
7. Другою рукою тримати візок та виконувати управління візком.

**ПЕРЕМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПОЛОЖЕННЯ СИДЯЧИ
В ПОЛОЖЕННЯ СТОЯЧИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, стілець зі спинкою, асистент.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.
3. Розташувати коліна пацієнта разом, стопи на рівні плечей.
4. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.
5. Сильну руку пацієнта дати асистенту для додаткової підтримки.
6. Своїми колінами зафіксувати коліна пацієнта.
7. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

8. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, і пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має перейти в положення стоячи.

СТРАХУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ПОЛОЖЕННІ СТОЯЧИ ТА СТОЯЧИ З РІЗНИМИ ДОПОМІЖНИМИ ЗАСОБАМИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ходунки/рама трапеція, одноопорна палиця, чотириопорна палиця, стілець зі спинкою, пояс для страхування.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розташувати допоміжний засіб (рама трапеція, ходунки, чотириопорна палиця, одноопорна палиця, спинка крісла, поручні) із сильного або здорового боку пацієнта.

4. Пояснити пацієнту, що він має сильною рукою триматись за допоміжний засіб.

5. Розташувати ноги пацієнта на ширині його плечей так, щоб кінчики пальців ніг знаходились на одному рівні з колінами, а стопи знаходились під пацієнтом.

6. Ближньою до пацієнта рукою захопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

7. Другу (дальню від пацієнта) руку покласти на плече пацієнта так, щоб не перешкоджати його рухам або не порушувати його рівновагу. Можна також утримувати руку над плечем пацієнта, але при цьому потрібно бути готовим швидко схопити його за плече.

8. Дальню від пацієнта ногу розташувати навпроти слабкої ноги пацієнта так, щоб контролювати своїм коліном його коліно.

9. Ближню від пацієнта ногу розташувати біля слабкої ноги пацієнта так, щоб ваші стопи знаходились на ширині плечей.

10. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має перейти в положення стоячи.

**ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ
(РАМА ТРАПЕЦІЯ, ПАЛИЦІ, ОРТЕЗИ, ФІКСАТОРИ,
РОЛІАТОРИ ТОЩО)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, сантиметрова стрічка, ортези, фіксатори, роллатори, рама трапеція, одноопорні палиці, чотириопорні палиці.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Оцінити стан пацієнта, його функціональні можливості.
2. Підібрати відповідні допоміжні засоби для пацієнта, які будуть відповідати його стану.
3. Словесно та на прикладі продемонструвати, як використовувати ці допоміжні засоби.
4. Відпрацювати з пацієнтом використання допоміжних засобів.

СТРАХУВАННЯ ПАЦІЄНТА ПІД ЧАС ХОДЬБИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ходунки/рама трапеція, одноопорна палиця, чотириопорна палиця, стілець зі спинкою, пояс для страхування.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Пояснити пацієнту, що він має сильною рукою триматись за допоміжний засіб, якщо такий є.
4. Близькою до пацієнта рукою захопити пацієнта за страховальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.
5. Другу (дальню від пацієнта) руку покласти на плече пацієнта так, щоб не перешкоджати його рухам або не порушувати його рівновагу. Можна також утримувати руку над плечем пацієнта, але при цьому потрібно бути готовим швидко схопити його за плече.

6. Попросити пацієнта зробити крок вперед слабкою ногою, страхувати пацієнта у вказаній вище формі.
7. Попросити пацієнта зробити крок сильною ногою.
8. Далі повторювати циклічно ці кроки з пацієнтом.

ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА СТРАХУВАННЯ ПАЦІЄНТА НА СХОДАХ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ходунки/рама трапеція, одноопорна палиця, чотириопорна палиця, стілець зі спинкою, пояс для страхування.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи біля сходів або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Пояснити пацієнту, що він має сильною рукою триматись за поручень сходів, якщо такий є.

4. Близькою до пацієнта рукою захопити пацієнта за страховальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

5. Другу (дальню від пацієнта) руку покласти на плече пацієнта так, щоб не перешкоджати його рухам або не порушувати його рівновагу. Можна також утримувати руку над плечем пацієнта, але при цьому потрібно бути готовим швидко схопити його за плече.

6. Фізичний терапевт має стояти на одній сходинці з пацієнтом під час руху вгору по сходах.

7. Попросити пацієнта зробити крок вперед слабкою ногою, страхувати пацієнта у вказаній вище формі.

8. Попросити пацієнта зробити крок сильною ногою.

9. Стати на одну сходинку з пацієнтом. **ЗАБОРОНЕНО РОБИТИ КРОКИ ПІД ЧАС КРОКІВ ПАЦІЄНТА.**

10. Далі повторювати циклічно дані кроки з пацієнтом.

11. Під час руху вниз сходами фізичний терапевт повинен стояти на сходинку нижче від пацієнта.

3. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ВТРУЧАННЯ

ТРЕНУВАННЯ З ПАЦІЄНТОМ НАВИЧОК САМОСТІЙНОГО СИДІННЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.
4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.
5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому тяжко виконувати та що саме є причиною.
6. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ З ПАЦІЄНТОМ НАВИЧОК САМОСТІЙНОГО СТОЯННЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, шведська стінка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.
4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками, або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати, та що саме є причиною.
6. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ТА БАЛАНСУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, шведська стінка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.
3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.
4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.
5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати, та що саме є причиною.
6. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТА З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ (АФАЗІЯ, АПРАКСІЯ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта, у разі неможливості – у його родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і їх згоду та згоду пацієнта на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити родичам базові нюанси у спілкуванні з пацієнтом, який має когнітивні порушення. Мовлення має різні ступені по-

рушення. Насамперед потрібно переконатися, що пацієнт вас розуміє. Необхідно спостерігати, як хворий виконує прості завдання («заплющить очі», «підніміть руку», «подивіться у вікно»).

2. Якщо пацієнт зовсім не говорить, слід спробувати з ним співати добре знайомі пісні, промовляти знайомі вірші.

3. Потрібно намагатись отримати короткі відповіді на запитання (так, ні, тут, там).

4. Стимулювати до самостійних висловлювань (дай, принеси, купи, візьми).

5. Якщо хворий не розуміє мовлення, варто попросити його мовчки скопіювати просте зображення, списати слова, вирішити прості приклади.

6. Коли пацієнт забуває деякі слова, потрібно вчити вірші, розгадувати кросворди, стимулювати активне мовлення.

7. При нерозбірливій вимові потрібно просити говорити повільніше, чіткіше, виразно читати.

8. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, слід зосередитись на цих завданнях.

9. Важливо використовувати метод особистого прикладу, показуючи або імітуючи певну діяльність перед пацієнтом.

10. Потрібно пересвідчитись у засвоєнні родичами принципу спілкування з пацієнтом.

11. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТА З НЕГЛЕКТОМ (ПРОСТОРОВЕ ІГНОРУВАННЯ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, дзеркало на колесах.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта, у разі неможливості – у його родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і їх згоду та згоду пацієнта на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити родичам про поняття неглекту.

2. За допомогою дзеркала навести приклад втручання для корекції положення тіла пацієнта.

3. Акцентувати увагу на правильних командах, які має виконувати пацієнт, щоб за допомогою дзеркала впливати на прояви неглекту.

4. Пересвідчитись у засвоєнні родичами принципу спілкування та втручання з пацієнтом.

5. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТА З СИНДРОМОМ ВІДШТОВХУВАННЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, дзеркало на колесах.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта, у разі неможливості – у його родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і їх згоду та згоду пацієнта на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити родичам про поняття синдрому відштовхування та навести приклади втручань, які сприяють зменшенню цих проявів: спілкування з пацієнтом з ураженого боку, аналіз предметів, які мають симетричні праву та ліву сторони (годинник), використання ігор, які потребують простору (доміно), правильне розташування приліжкової тумбочки та столика, телевізора з ураженої сторони.

2. Основна рекомендація для боротьби з синдромом відштовхування – досягти від пацієнта можливості дотягнутись здоровою рукою і здоровою ногою в здоровий бік.

3. За допомогою дзеркала навести приклад втручання для корекції положення тіла пацієнта.

4. Акцентувати увагу на правильних командах, які має виконувати пацієнт, щоб за допомогою дзеркала впливати на прояви синдрому відштовхування.

5. Пересвідчитись у засвоєнні родичами принципу спілкування та втручання з пацієнтом.

6. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТА З СИНДРОМОМ ПРИТЯГУВАННЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, дзеркало на колесах.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта (у разі неможливості) у його родичів розуміння мети і ходу майбутнього втручання і їх згоду та згоду пацієнта на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити родичам про поняття синдрому притягування та навести приклади втручань, які сприяють зменшенню цих проявів: спілкування з пацієнтом з ураженого боку, аналіз предметів, які мають симетричні праву та ліву сторони (годинник), використання ігор, які потребують простору (доміно), правильне розташування приліжкової тумбочки та столика, телевізора зі здорової сторони.

2. Основна рекомендація для боротьби с синдромом притягування – досягти від пацієнта можливості утримувати положення вертикально, не завалюючись у здоровий бік.

3. За допомогою дзеркала навести приклад втручання для корекції положення тіла пацієнта.

4. Акцентувати увагу на правильних командах, які має виконувати пацієнт, щоб за допомогою дзеркала впливати на прояви синдрому притягування.

5. Пересвідчитись у засвоєнні родичами принципу спілкування та втручання з пацієнтом.

6. Закінчити виконання навички.

ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою, стіл.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи за столом або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи з пасивного розтягування всіх суглобів верхньої кінцівки, переходячи до активного розтягування.

4. Перейти до виконання пасивно-активних та активних вправ для кожного суглоба.

5. Перейти до виконання вправ, орієнтованих на цілі.

6. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

7. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

8. Закінчити виконання навички.

ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи на краю кушетки або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи з пасивного розтягування всіх суглобів нижньої кінцівки, переходячи до активного розтягування.

4. Перейти до виконання пасивно-активних та активних вправ для кожного суглоба.

5. Перейти до виконання вправ, орієнтованих на цілі.

6. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

7. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

8. Закінчити виконання навички.

РАННЯ ВЕРТИКАЛІЗАЦІЯ ТА МОБІЛІЗАЦІЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, тонометр, пульсоксиметр.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має сигналізувати про будь-яку зміну власного самопочуття.
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Позиціонувати пацієнта в ліжку в анатомічному положенні лежачи на спині.
4. Поступово почати піднімати верхній край ліжка, переводячи пацієнта в положення сидячи в ліжку.
5. Контролювати життєві показники пацієнта.

СИЛОВЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка, чотириопорна палиця, одноопорна палиця, мультистанція.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Відповідно до умови завдання з'ясувати ступінь порушення силових здібностей у пацієнта.
2. Проінструктувати пацієнта та родичів/медичний персонал про їхнє завдання на тренуванні.
3. Провести інформаційну бесіду з пацієнтом з приводу обсягу завдань та вправ.
4. Згідно з можливостями пацієнта, підібрати силове тренування, враховуючи вихідне положення пацієнта, інтенсивність навантаження, темп виконання, тривалість тренування та самого заняття, амплітуду рухів, кількість повторень та час виконання силового тренування.

5. Стежити за чергуванням силових вправ з дихальними та паузами для відпочинку.
6. Підвести підсумки тренування та зробити наголос і пояснити, чому є вправи, які пацієнту було важко виконувати.
7. Оцінити результати.

ТРЕНУВАННЯ ПЕРЕМІЩЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури й отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення залежно від функціонального стану або допомогти йому.
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Продемонструвати разом з пацієнтом покроково тренування переміщень після ГПМК.
4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками, або потребуватиме Вашої допомоги, зосередитись на їх виконанні.
5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.
6. Закінчити виконання навички.

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, імітатор сходів, імітатор брусів з перешкодами, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання й отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.

4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

6. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ХОДЬБИ В ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, імітатор брусів з перешкодами, степ-платформа, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури й отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта з слабкого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.

4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме Вашої допомоги, зосередитись на їх виконанні.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

6. Закінчити виконання навички.

ПІДБІР ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, лонгети, ортези, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури та отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Потрібно привітатись.

2. Слід попередньо пояснити хворому мету ваших дій.

3. Показати пацієнту допоміжні засоби переміщення.

4. Пояснити, що чотириопорна палиця більш стійка і має використовуватись на перших етапах реабілітації, а одноопорна палиця пізніше.

5. Пояснити, що чотириопорна палиця може регулюватись по висоті для правильного застосування.

6. Пояснити, що опори палиці мають антиковзаючу поверхню, тому її можна використовувати як у приміщенні, так і за його межами, а також у різних погодних умовах.

7. Передати чотириопорну палицю хворому. Палицю хворий тримає із протилежного боку до ураженої сторони.

8. Відрегулювати палицю по висоті. Ручка палиці має знаходитись на рівні кульшового суглоба. Тримаючи палицю, рука утворює кут у ліктьовому суглобі приблизно 15°. Надпліччя пацієнта розташовані на одному рівні. Палиця виноситься вперед на витягнутій руці приблизно на довжину стопи, ногою із ураженого боку пацієнт робить крок, потім приставляється здорова нога.

9. Наголосити пацієнту, що після кроку стопи залишаються на рівні палиці, вперед не виносяться.

10. Попросити хворого зробити кілька кроків із палицею та проконтролювати правильність його дій.

ТРЕНУВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ТА РІВНОВАГИ У РІЗНИХ ВИХІДНИХ ПОЛОЖЕННЯХ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, імітатор брусів з перешкодами, степ-платформа, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури й отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, яке він має прийняти положення (починаючи з вихідного положення лежачи, потім сидячи та стоячи).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх у різних вихідних положеннях.

4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

6. Закінчити виконання вправ.

ТРЕНУВАННЯ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОГО НАПРЯМУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, імітатори перешкод, сходи, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури й отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.

4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

6. Закінчити виконання навички.

СИЛОВЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має робити при силовому тренуванні.

2. Віджимання (згинання і розгинання рук) в упорі лежачи. Виконують з початкового положення: упор лежачи, прямі руки на ширині плечей, ноги спираються на носки, спина випрямлена. Віджиматися можна, спираючись на долоні. Але для зміцнення кисті, зап'ясткових суглобів і пальців рекомендуються віджимання з опорою на кулаках, на п'яти, чотирьох, трьох (на великому, вказівному і середньому) і двох (великому і вказівному) пальцях, а також на тильних сторонах долонь. Кількість віджимань необхідно збільшувати поступово. Вправу необхідно виконувати в різних режимах роботи м'язів: у довільному або максимально-му темпі.

3. Згинання і розгинання тіла в кульшових суглобах («прокачування»). Вихідне положення в упорі лежачи, ноги якнайширше, прогнутися в попереку, опустивши таз якнайнижче: не згинаючи прямих рук і ніг, ривком зігнутися в кульшових суглобах і повернутися у вихідне положення. Повторювати 10–20 разів у проміжках між виконанням серій віджимань і упорі лежачи, не змінюючи при цьому вихідне положення.

4. Піднімання тулуба і ніг під кутом з положення лежачи на спині. Вихідне положення лежачи на спині, руки витягнуті за голову: згинання тіла в кульшових суглобах, при цьому необхідно пальцями рук торкнутися підведених носків, і повернутися у вихідне положення. Вправу можна виконувати в рівномірному і невисокому темпі, з «вибуховим» характером розвитку м'язових зусиль і гранично можливим розслабленням при поверненні у вихідне положення, а також з додатковим обтяженням на ноги і руки у вигляді манжет, накладок. Можна виконувати згинання–розгинання один, два, три або більш разів на один рахунок. В одному підході можна доводити граничне число повторень до 50–70 разів, або виконувати серіями по 15–40 разів з різною кількістю повторень на один рахунок. Загальне число повторень вправи може досягати 100–150 разів за тренування.

5. Піднімання тулуба і ніг під кутом з попереми́нним обертанн'ям тулуба вліво–вправо. Вихідне положення лежачи на спині, руки витягнуті за голову, ноги злегка зігнуті в колінах: зігнутися в кульшових суглобах і, повертаючись по черзі вправо, вліво лівим або правим ліктем (або плечем), прагнути торкнутися правого (лівого) коліна і повернутися у вихідне положення. Дозування, як і в попередній вправі.

6. Піднімання ніг з положення лежачи на спині. Вихідне положення лежачи на спині, руки витягнуті за голову: підняти ноги

вгору і, згинаючи тулуб, опустити їх за голову, торкнувшись носками підлоги. Ноги намагатися тримати прямими. Повторювати від 10 до 50 разів в трьох–п’яти підходах. Вправу можна виконувати з додатковим обтяженням на ногах і з різною кількістю повторень на один рахунок.

7. Піднімання тулуба з положення лежачи на спині. Вихідне положення лежачи на спині, руки на потилиці, ноги трохи зігнуті в колінах і можуть бути закріплені на підставці: підняти тулуб і нахилитися вперед, потім повернутися у вихідне положення. Дозування, як і в попередній вправі. Для ускладнення можна цю вправу виконувати з гантеллю.

8. Ходьба з чотириопорною палицею по залу ЛФК (15 м).

9. Ходьба з одноопорною палицею по залу ЛФК (20 м).

10. Оцінити клінічний тип порушення рухової активності: що пацієнту вдається і що треба вдосконалювати.

11. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ ПЕРЕМІЩЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, ліжко/кушетка, стілець зі спинкою, сходи, імітатор порогів, асистент.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.

3. Розташувати коліна пацієнта разом, стопи на рівні плечей.

4. Руки пацієнта скласти разом на його стегнах.

5. Сильну руку пацієнта дати асистенту для додаткової підтримки.

6. Своїми колінами зафіксувати коліна пацієнта.

7. Двома руками обхопити пацієнта за страхувальний ремінь, пояс або штани в ділянці попереку.

8. Далі присісти таким чином, щоб подати свій таз якомога глибше і далі від пацієнта, пацієнт з вашою допомогою або підтримкою має перейти в положення стоячи.

9. Пересування пацієнта по залу ЛФК з допомогою фізичного терапевта; пересування пацієнта на імітаторі брусів (чотири переміщення вперед, чотири назад); пересування на імітаторі брусів з перешкодами зі зміною висоти перешкод відповідно до можливості пацієнта (три переміщення вперед, три назад); ходьба на імітаторі сходів із страховкою фізичного терапевта (три спуски, три підйоми).

10. Закінчити виконання навички.

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, імітатор сходів, імітатор брусів з перешкодами, одноопорна палиця, чотириопорна палиця.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Підготовча частина:

- загальнорозвиваючі вправи для розминки відповідно до функціонального стану пацієнта (в напрямку знизу–вгору);
- дихальні вправи (дві статичні вправи – грудне дихання: верхньогрудне, нижньогрудне).

2. Основна частина:

- пересування пацієнта по залу ЛФК з допомогою фізичного терапевта (15 м);
- пересування пацієнта на імітаторі брусів (чотири переміщення вперед, чотири назад);
- пересування на імітаторі брусів з перешкодами зі зміною висоти перешкод відповідно до можливості пацієнта (три переміщення вперед, три назад);
- ходьба з чотириопорною палицею по залу ЛФК (15 м);
- ходьба з одноопорною палицею по залу ЛФК (20 м);
- ходьба на імітаторі сходів із страховкою фізичного терапевта (три спуски, три підйоми).

3. Заключна частина:

- дихальні вправи (статичне – діафрагмальне (черевне), повне дихання, динамічні – піднімання руки вгору – вдих, опускання – видих);

- вправи на розслаблення (дренажні) і пасивне розтягування (спазмованих м'язів).

4. Оцінити клінічний тип порушення рухової активності:

- що пацієнту вдається і що потрібно вдосконалювати.

5. Закінчити виконання навички.

**ТРЕНУВАННЯ ХОДЬБИ У ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, відстань мінімум 10 м, дві канадські милиці, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підібрати допоміжний засіб пересування, який буде використовуватись під час тренування.

3. Підійти з до пацієнта зі слабшого чи ураженого боку.

4. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх.

5. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.

6. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

7. Закінчити виконання навички.

**ПІДБІР ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, лонгети, ортези, чотириопорна палиця, одноопорна палиця, роллатор, рама трапеція.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Візуально оцінити фактори, які обмежують функцію ходьби.
3. Підібрати тип допоміжного засобу ходьби.
4. Індивідуально для пацієнта відкоригувати/підлаштувати допоміжний засіб пересування.
5. Пояснити пацієнту особливості використання допоміжного засобу.
6. Закінчити виконання навички.

**ТРЕНУВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ
ТА РІВНОВАГИ У РІЗНИХ ВИХІДНИХ ПОЛОЖЕННЯХ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, імітатор брусів з перешкодами, степ-платформа, гімнастичний мат, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).
2. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку.
3. Пояснити та продемонструвати пацієнту виконання терапевтичних вправ, спрямованих на розвиток балансу та рівноваги.
4. Перейти до виконання вправ, орієнтованих на цілі.
5. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на цих завданнях.
6. Забезпечити безпеку та страхування пацієнта під час виконання вправ, тримаючи його за страхувальний ремінь або штани.
7. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.
8. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОГО НАПРЯМУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ МАНІПУЛЯЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ НА ГРУДНІЙ КЛІТЦІ І ВИКОНАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка, функціональне ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Аускультативно оцінити локалізацію хрипів та зону ослабленого дихання.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на боці або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

3. Застосувати маніпуляційні втручання для евакуації мокрот з трахіобронхіального дерева.

4. Застосувати маніпуляційні втручання для покращення вентиляції легень.

5. Перейти до виконання дихальних вправ.

6. Оцінити результати втручання.

7. Закінчити виконання навички.

СИЛОВЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка, функціональне ліжко, мультистанція.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта з боку тієї кінцівки, з якою планується проводити силове тренування.

3. Виконати пасивні рухи по повній амплітуді у всіх суглобах нижньої кінцівки з розтягуванням м'язових груп, які планується залучати у тренування.

4. Перейти до виконання активних вправ з допомогою: відведення стегна; приведення стегна; згинання стегна; розгинання стегна; внутрішня ротація стегна; зовнішня ротація стегна; розгинання гомілки; згинання гомілки; згинання стопи; розгинання стопи.

5. Кожну вправу виконати в діапазоні від 6 до 12 разів.

6. Метод тренування коловий або інтервальний.

ТРЕНУВАННЯ ПЕРЕМІЩЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (НАВИЧКА ПЕРЕМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЛІЖКА У КРИСЛО КОЛІСНЕ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, дошка для пересаджування, кушетка, крісло колісне.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту що він має прийняти положення сидячи опустивши ноги з ліжка або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта спереду від нього.

3. Пояснити і продемонструвати покроково техніку виконання пересаджування.

4. Пояснити пацієнту його дії під час переміщення.

5. Поставити крісло колісне до ліжка під кутом 30°, поставити на гальма, зняти підлокітники і підніжки.

6. Стопи і коліна пацієнта поставити разом, скеровуючи їх у напрямку переміщення. Своїми стопами захопити стопи пацієнта, своїми колінами впертися в коліна пацієнта (зовні і спереду). Своїми руками обхопити пацієнта за сідниці/штани/пояс для пересаджування.

7. Пацієнт повинен нахилитися вперед, руки покласти вам на спину.

8. Голова інструктора повинна бути під пахвою пацієнта з того боку, в якому напрямку здійснюватиметься переміщення.

9. Змістити пацієнта на себе, присідаючи, таким чином, щоб коліна пацієнта опирались у ваші коліна, припідняти пацієнта і пересадити в крісло колісне.

10. Здійснивши переміщення, переконатись, що пацієнт сидить зручно і безпечно.

**ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ТРЕНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ
(НАВЧАННЯ НАВИЧКИ САМОСТІЙНОГО ПЕРЕСІДАННЯ
ПАЦІЄНТА З КУШЕТКИ У КРІСЛО КОЛІСНЕ)**

Оснащення: стандартизований пацієнт, візок активного типу, кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи опустивши ноги з ліжка або допомогти йому це зробити (залежно від функціонального стану).

2. Пояснити і продемонструвати пацієнту техніку виконання пересідання з ліжка в крісло колісне (опираючись однією рукою в ліжко, біля кульшового суглоба, другою рукою в раму крісла колісного, нахилитися вперед і припіднімаючи таз вгору перенести тіло у крісло колісне. При цьому голова пацієнта повинна повертатися в протилежний бік від напрямку пересідання).

3. Почати навчання з виконання підвідних вправ, поступово переходячи до виконання цілісної моделі техніки виконання рухової навички.

4. Дійшовши до вправ, де пацієнт почне допускати помилки в техніці виконання, негайно виправляти їх і вказати шляхи виправлення помилок.

5. Під час виконання підвідних вправ страхувати пацієнта, знаходячись спереду від нього.

6. Закінчити навчання навички.

**ПІДБІР ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, візок пасивного типу, візок активного типу, сантиметрова стрічка, стіл, крісло, чек-лист, чисті аркуші паперу, дезінфікуючий засіб для рук.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту правила підбору візка пасивного чи активного типу.

2. Отримати згоду на проведення підбору.

3. Визначити наявність показів для вибору візка активного чи пасивного типу (травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок; користувач може/не може самостійно управляти кріслом колісним за допомогою верхніх кінцівок).

4. Встановити наявність чи відсутність протипоказань (відсутність двох верхніх кінцівок (або їх частин); захворювання серцево-судинної чи легеневої системи на стадії декомпенсації, що унеможлиблює самостійне переміщення у візку; порушення свідомості, виражені порушення поведінки, деменція; наслідки травм, операцій та загальних захворювань, що потребують фіксації поясу верхніх кінцівок та шиї (голови)).

5. Визначити відповідність антропометричних параметрів пацієнта та розмірів візка (дізнатися вагу людини, якщо вона понад 100 кг, пояснити пацієнту, що йому необхідна версія з посиленим каркасом; виміряти ширину таза хворого та переконатись, чи відповідає вона ширині крісла, визначити загальну ширину візка).

6. Пояснити пацієнту правила переміщення з кушетки на візок та користування ним.

7. Продемонструвати пацієнту можливості регулювання підніжок для стоп, фіксаторів гомілок та стоп, спинки, підлокітника (за наявності таких опцій).

8. Зробити висновок про відповідність обладнання до потреб пацієнта.

**ТРЕНУВАННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ
ТА РІВНОВАГИ У РІЗНИХ ВИХІДНИХ ПОЛОЖЕННЯХ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ХРЕБТОВО-СПИНО-МОЗКОВОЇ
ТРАВМИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко, імітатор брусів з перешкодами, степ-платформа, чотириопорна палиця, одноопорна палиця.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та хід виконання процедури й отримати від нього згоду на її проведення.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи, сидячи чи стоячи або допомогти йому (залежно від функціонального стану).

2. Підійти до пацієнта зі слабого або ураженого боку.

3. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, починаючи від більш простих завдань і поступово ускладнюючи їх у різних вихідних положеннях.

4. Дійшовши до завдань, які пацієнт буде виконувати з помилками або потребуватиме вашої допомоги, зосередитись на їх виконанні.

5. Пояснити пацієнту, чому ці завдання йому важко виконувати та що саме є причиною.

6. Закінчити виконання навички.

**БІМАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ПРИ ПОРАНЕННІ ОДНІЄЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою, стіл, комп'ютерна клавіатура.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Продемонструвати на власному прикладі виконання навички супроводжуючи кожен рух словесно.

2. Пояснити пацієнту алгоритм виконання вправ однакових рухів як лівою, так і правою рукою, які незвичні для пацієнта в



побуті, професійній діяльності. Детальні вказівки можуть змінюватись залежно від рухового дефіциту та функціональних можливостей пацієнта.

3. Пояснити пацієнту алгоритм виконання вправ одночасно двома руками на комп'ютерній клавіатурі.

4. Ускладнити завдання виконання вправ двома руками на комп'ютерній клавіатурі із заплющеними очима для покращення тактильних відчуттів.

5. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, супроводжуючи кожен рух вербальними підказками та страхуванням.

6. Перейти до більш самостійного виконання вправи пацієнтом.

7. Закінчити виконання навички.

ТРЕНУВАННЯ НАВИЧКИ ЛЯГАННЯ ТА ВСТАВАННЯ З ПІДЛОГИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, гімнастичний мат, стілець зі спинкою або шведська стінка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Продемонструвати на власному прикладі виконання навички, супроводжуючи кожен рух словесно.

2. Пояснити пацієнту, алгоритм виконання вправи лягання на підлогу. Стати обличчям до мата, перейти в положення упору на коліна та руки, перейти в положення лежачи на животі, повернутись у положення лежачи на спині. Детальні вказівки можуть змінюватись залежно від рухового дефіциту та функціональних можливостей пацієнта.

3. Пояснити пацієнту алгоритм вставання з положення лежачи на спині. З положення лежачи на спині повернутись в положення лежачи на животі, перейти в положення упор на колінах та прямих руках та перейти в положення стоячи.

4. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку, щоб страхувати його та виконувати супервізію.

5. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, супроводжуючи кожен рух вербальними підказками та страхуванням.

6. Перейти до більш самостійного виконання вправи пацієнтом.

7. Закінчити виконання навички.

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В ПРАКТИЦІ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ОЦІНЮВАННЯ

1.1. Обстеження нижньої кінцівки

ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У КУЛЬШОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: функціональне ліжко або кушетка, гоніометр.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на процедуру оцінювання. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Флексія стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – великий вертлюг; нерухоме плече – паралельно до тулуба; рухоме плече – паралельно до стегнової кістки, латеральний надвиросток стегнової кістки.
4. Попросити пацієнта зігнути ногу в колінному суглобі і максимально зігнути ногу в кульшовому суглобі.
5. Провести вимірювання амплітуди активного згинання у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Екстензія стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на животі, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – великий вертлюг; нерухоме плече – паралельно до тулуба; рухоме плече – паралельно до стегнової кістки, латеральний надвиросток стегнової кістки.

4. Попросити пацієнта максимально розігнути ногу в кульшовому суглобі, стабілізуючи поперек.
5. Провести вимірювання амплітуди активного розгинання у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Абдукція стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – передня верхня клубова ость; нерухоме плече – орієнтир на протилежну верхню передню ость; рухоме плече – паралельно до стегнової кістки або в напрямку середини надколінка.
4. Попросити пацієнта максимально відвести ногу в кульшовому суглобі, ковзаючи нею по кушетці.
5. Провести вимірювання амплітуди активного відведення у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Абдукція стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні, протилежна нога відведена.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – передня верхня клубова ость; нерухоме плече – орієнтир на протилежну верхню передню ость; рухоме плече – паралельно до стегнової кістки або в напрямку середини надколінка.
4. Попросити пацієнта максимально привести ногу в кульшовому суглобі, ковзаючи нею по кушетці.
5. Провести вимірювання амплітуди активного відведення у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Зовнішня ротація стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи, нога зігнута на 90° в кульшовому і колінному суглобах, протилежна нога злегка відведена.
2. Стати навпроти досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – середина надколінка; нерухоме плече – перпендикулярно до підлоги; рухоме плече – передній край великогомілкової кістки.
4. Попросити пацієнта максимально виконати зовнішню ротацію в кульшовому суглобі.
5. Провести вимірювання амплітуди активної зовнішньої ротації у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Внутрішня ротація стегна

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи, нога зігнута на 90° в кульшовому і колінному суглобах, протилежна нога злегка відведена.
2. Стати навпроти досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – середина надколінка; нерухоме плече – перпендикулярно до підлоги; рухоме плече – передній край великогомілкової кістки.
4. Попросити пацієнта максимально виконати внутрішню ротацію в кульшовому суглобі.
5. Провести вимірювання амплітуди активної внутрішньої ротації у кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У КОЛІННОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: функціональне ліжко або кушетка, гоніометр.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на процедуру оцінювання. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Флексія в колінному суглобі

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральний надвиросток стегнової кістки; нерухоме плече – великий вертлюг стегнової кістки; рухоме плече – зовнішня кісточка стопи.
4. Попросити пацієнта максимально зігнути ногу в колінному суглобі.
5. Провести вимірювання амплітуди активного згинання в колінному суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

Екстензія в колінному суглобі

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральний надвиросток стегнової кістки; нерухоме плече – великий вертлюг стегнової кістки; рухоме плече – зовнішня кісточка стопи.
4. Попросити пацієнта максимально розігнути ногу в колінному суглобі.
5. Провести вимірювання амплітуди активного розгинання в кульшовому суглобі.
6. Результат занести у формі огляду.

ОЦІНЮВАННЯ “СУГЛОБОВОЇ ГРИ” В КУЛЬШОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Запропонувати пацієнту лягти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення лежачи на спині.

2. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.

3. Підготуватися до виконання першого руху (тракції) та пояснити пацієнту, що ви збираєтесь робити.

4. Взяти обома руками розігнуту в колінному суглобі нижню кінцівку пацієнта над надп'ятково-гомільковим суглобом.

5. Вивести кінцівку у відкрите положення для кульшового суглоба, а саме: 30° флексії, 30° абдукції та легкої зовнішньої ротації.

6. Виконати аксіальну тракцію.

7. Оцінити рух.

8. Якщо пацієнт має проблеми з колінним суглобом і ви не можете виконати тракцію з витягнутою ногою, то виконуйте її таким чином: 1) обома руками візьміться за стегно вище лінії колінного суглоба; 2) виведіть стегно у відкрите положення для кульшового суглоба; 3) виконайте тракцію; 4) оцініть рух.

9. Підготуватися до виконання другого руху (компресії) та пояснити пацієнту, що ви збираєтесь робити.

10. Обома руками взятися за стегно вище лінії колінного суглоба; вивести стегно у відкрите положення для кульшового суглоба, а саме: 30° флексії, 30° абдукції та легкої зовнішньої ротації.

11. Виконати аксіальну компресію.

12. Оцінити рух.

13. Підготуватися для виконання третього руху (латеральна distraкція) та пояснити пацієнту, що ви будете виконувати.

14. Покласти розслаблену нижню кінцівку пацієнта собі на плече так, щоб було згинання в кульшовому суглобі 90°; обома руками взятися за стегно максимально близько до лінії кульшового суглоба.

15. Виконати латеральну тракцію перпендикулярно до великого вертлюга.
16. Оцінити рух.
17. Підготуватися до виконання четвертого руху (Quadrant test) та пояснити пацієнту, що ви будете виконувати.
18. Вивести стегно в максимальну флексію та аддукцію.
19. Зробити аксіальну компресію та повільно вивести стегно в абдукцію рухом дуги.
20. Оцінити рух.

ОЦІНЮВАННЯ ПАСИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У КУЛЬШОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Стати з боку здорової кінцівки.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на спині.
3. Однією рукою захопити гоміку здорової ноги зверху в дистальній частині, а другою рукою зафіксувати коліно.
4. Пасивно зігнути ногу пацієнта в коліні і стегні два–три рази, наближаючи коліно до грудей. Повернути ногу у вихідне положення.
5. Результат занести у бланк відповіді.
6. Завести долоню однієї руки знизу гомілки здорової ноги, а другою – зафіксувати таз із протилежного боку.
7. Виконати максимальне відведення ноги в кульшовому суглобі два–три рази. Повернути ногу у вихідне положення.
8. Результат занести у бланк відповіді.
9. Стати з протилежного боку від здорової кінцівки.
10. За можливості, зігнути уражену ногу в коліні і поставити її схресно.

11. Однією рукою захопити дистальну частину гомілки здорової ноги зверху, а другою – зафіксувати таз зверху з протилежного боку.

12. Виконати максимальне приведення здорової ноги в кульшовому суглобі два–три рази. Повернути ногу у вихідне положення.

13. Результат занести у бланк відповіді.

14. Стати з боку здорової кінцівки.

15. Зігнути здорову ногу в коліні і стегні на 90° , однією рукою підтримуючи гомілку знизу, а другою – фіксуючи дистальну частину стегна.

16. Виконати максимальну зовнішню ротацію два–три рази. Повернути ногу у вихідне положення.

17. Результат занести у бланк відповіді.

18. Повторити дії, описані в пункті 15–17, з тією різницею, що потрібно виконувати внутрішню ротацію.

19. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на животі.

20. Однією рукою захопити дистальну частину стегна здорової ноги знизу, а другою – зафіксувати таз зверху.

21. Виконати пасивне розгинання ноги в кульшовому суглобі два–три рази. Повернути ногу у вихідне положення.

22. Результат занести у бланк відповіді.

23. Повторити тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У РОЗГИНАННІ СТЕГНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Почати тестування зі здорової кінцівки.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці, одна рука під головою, а інша – в упорі перед грудьми.

3. Терапевт піднімає верхню ногу, тримаючи її за дистальну частину стегна і гомілки.

4. Терапевт просить пацієнта максимально відвести ногу назад, ковзаючи нею по кушетці.

5. Запропонувати пацієнту перевернутися на живіт і зігнути здорову ногу в коліні.

6. Запропонувати пацієнту максимально підняти здорову ногу вгору.

7. Запропонувати пацієнту покласти здорову ногу на кушетку і розслабитися.

8. Запропонувати пацієнту повторити дії, описані в пунктах 6–7, з тією різницею, що терапевт чинить незначний опір на нижню третину стегна.

9. Запропонувати пацієнту повторити дії, описані в пунктах 6–7, з тією різницею, що терапевт чинить значний опір на нижню третину стегна.

10. Результати тесту занести у бланк відповіді.

11. Повторити тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.

12. Результати тесту занести у бланк відповіді.

13. Порівняти результати здорової й ураженої кінцівки.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ЗГИНАННІ СТЕГНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Почати тестування зі здорової кінцівки.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці, одна рука під головою, а інша – в упорі перед грудьми.

3. Терапевт відводить верхню ногу.

4. Терапевт дає команду: «Максимально зігніть стегно». Оцінює результат на 2 бали. Під час згинання нога ковзає по кушетці в напрямку до живота.

5. Під час виконання тесту терапевт контролює стан пацієнта запитаннями: «Як Ви себе відчуваєте?», «Чи не відчуваєте болю в суглобі?».

6. Запропонувати пацієнту сісти на кушетку.

7. Терапевт дає команду: «Максимально зігніть стегно в напрямку до живота». Оцінює результат на 3 бали.
8. Терапевт пропонує пацієнту зігнути ногу, яку тестує. Кладе свою руку зверху на дистальну частину стегна і створює незначний опір. Оцінює результат на 4 бали.
9. Терапевт пропонує пацієнту зігнути ногу, яку тестує. Кладе свою руку зверху на дистальну частину стегна і створює значний опір. Оцінює результат на 5 балів.
10. Результати тесту занести у бланк відповіді.
11. Повторити тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.

**МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ,
ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ПРИВЕДЕННЯ СТЕГНА**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Почати тестування зі здорової кінцівки.
2. Терапевт пропонує пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на спині, руки вздовж тулуба, пальці під сідницями.
3. Терапевт відводить ногу, яку тестують, на 45°.
4. Терапевт дає команду: «Приведіть ногу». Оцінює результат на 2 бали. Під час приведення нога ковзає по кушетці в напрямку до іншої ноги.
5. Під час виконання тесту терапевт контролює стан пацієнта запитаннями: «Як Ви себе відчуваєте?», «Чи не відчуваєте болю в суглобі?».
6. Терапевт пропонує пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці, одна рука під головою, а інша – в упорі перед грудьми.
7. Терапевт піднімає на 45° і фіксує верхню ногу в дистальній частині стегна і гомілки.
8. Терапевт дає команду: «Приведіть нижню ногу до верхньої». Оцінює результат на 3 бали.
9. Терапевт піднімає на 45° і фіксує верхню ногу в дистальній частині стегна, захоплюючи гомілку. Кладе свою руку зверху на

дистальну частину гомілки ноги, яку тестують, і створює незначний опір. Оцінює результат на 4 бали.

10. Терапевт піднімає на 45° і фіксує верхню ногу в дистальній частині стегна, захоплюючи гомілку. Кладе свою руку зверху на дистальну частину гомілки ноги, яку тестують, і створює значний опір. Оцінює результат на «5» балів.

11. Результати тесту занести у бланк відповіді.

12. Повторити тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ВІДВЕДЕННЯ СТЕГНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Почати тестування зі здорової кінцівки.

2. Терапевт пропонує пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на спині, руки вздовж тулуба, пальці під сідницями.

3. Терапевт фіксує таз з боку ноги, яку тестують, і дистальну частину гомілки іншої ноги.

4. Терапевт дає команду: «Максимально відведіть стегно». Оцінює результат на 2 бали. Під час відведення нога ковзає по кушетці вбік.

5. Під час виконання тесту терапевт контролює стан пацієнта запитаннями: «Як Ви себе почуваете?», «Чи не відчуваєте болю в суглобі?».

6. Терапевт пропонує пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці, одна рука під головою, а інша – в упорі перед грудьми.

7. Терапевт фіксує нижню ногу в дистальній частині гомілки.

8. Терапевт дає команду: «Максимально відведіть стегно вбік». Оцінює результат на 3 бали.

9. Терапевт пропонує пацієнту відвести ногу, яку тестують. Кладе свою руку зверху на дистальну частину гомілки і створює незначний опір. Оцінює результат на 4 бали.

10. Терапевт пропонує пацієнту відвести ногу, яку тестують. Кладе свою руку зверху на дистальну частину гомілки і створює значний опір. Оцінює результат на 5 балів.

11. Результати тесту занести у бланк відповіді.

12. Повторити тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.

ТЕСТ THOMAS TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка. Уточнити у пацієнта розуміння мети та ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватися вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватися у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на спині.

2. Запропонувати пацієнту максимально зігнути коліно досліджуваної ноги.

3. Запропонувати пацієнту обхопити коліно руками і притиснути його до грудей (наскільки можливо).

4. Оцінити результати тесту.

ТЕСТ FADDIR TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватися вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватися у тому, що відбувається.

Хід виконання тесту

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на спині, руки вздовж тулуба або схрещені на грудях.

2. Стати біля пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.

3. Однією рукою обхопити стопу у ділянці п'ятки, іншу руку покласти зверху на проекцію колінного суглоба цієї самої кінцівки.

4. Виконати повне згинання ноги до 90° у кульшовому та колінному суглобах.

5. Виконати максимальну аддукцію, а потім внутрішню ротацію у колінному суглобі.

6. Виконати ще кілька таких самих рухів для перевірки провокації болю в кінцевому діапазоні рухів та відтворення симптомів пацієнта з крепітацією в ділянці кульшового суглоба.

7. Оцінити результати тесту.

ТЕСТ OBER'S TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватися вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватися у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на боці, ураженою стороною догори.

2. Попросити пацієнта зігнути нижнє коліно і стегно.

3. Простежити, щоб поперековий вигин хребта був вирівняний.

4. Стати позаду пацієнта, накласти руку на проєкцію кульшового суглоба.

5. Міцно стабілізувати таз та великий вертлюг, щоб запобігти руху в будь-якому напрямку.

6. Переконаватися, що стегно не обертається і не згинається під час тесту, а таз знаходиться у стабільному положенні.

7. Другою рукою захопити дистальну третину гомілки ураженої нижньої кінцівки пацієнта.

8. Зігнути ногу під прямим кутом у коліні.

9. Виконати розгинання та відведення в кульшовому суглобі.

10. Повільно опустити нижню кінцівку.

11. Знову виконати відведення стегна, доки рух не буде обмежений.

12. Оцінити результати тестування.

ТЕСТ PATRICK FABER TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватися вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватися у тому, що відбувається.

Хід виконання тесту

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на спині.
2. Запропонувати пацієнту розмістити нижню кінцівку у такому положенні: стегно згинається і виводиться, бічна кісточка спирається на контралатеральне стегно проксимальніше коліна.
3. Накласти руку та стабілізувати протилежний бік таза в передній верхній частині клубового відділу.
4. Виконати зовнішню ротацію, абдукцію.
5. З невеликою силою натиснути рукою на іпсилатеральне коліно, поки не буде досягнуто кінцевого обсягу руху.
6. Виконати ще кілька таких самих рухових коливань малої амплітуди для перевірки провокації болю в кінцевому діапазоні руху.
7. Оцінити результати тесту.

**ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ
У КОЛІННОМУ СУГЛОБІ**

Оснащення: функціональне ліжко або кушетка, гоніометр.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на процедуру оцінювання. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Флексія в колінному суглобі

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральний надвиросток стегнової кістки; нерухоме плече – великий вертлюг стегнової кістки; рухоме плече – зовнішня кісточка стопи.

4. Попросити пацієнта максимально зігнути ногу в колінному суглобі.

5. Провести вимірювання амплітуди активного згинання в колінному суглобі.

6. Результат занести у формі огляду.

Екстензія в колінному суглобі

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, в нейтральному положенні.

2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.

3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральний надвиросток стегнової кістки; нерухоме плече – великий вертлюг стегнової кістки; рухоме плече – зовнішня кісточка стопи.

4. Попросити пацієнта максимально розігнути ногу в колінному суглобі.

5. Провести вимірювання амплітуди активного розгинання в колінному суглобі.

6. Результат занести у формі огляду.

ОЦІНЮВАННЯ ПАСИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У КОЛІННОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Стати з боку здорової кінцівки.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на спині.

3. Однею рукою захопити гоміку здорової ноги зверху в дистальній частині, а другою – зафіксувати стegno.

4. Пасивно зігнути ногу пацієнта в коліні два–три рази, наближуючи п'ятку до сідниці, ковзаючи нею по кушетці. Повернути ногу у вихідне положення.

5. Результат занести у бланк відповіді.

6. Однією рукою зафіксувати дистальну частину стегна здорової ноги зверху, а другою – захопити дистальну частину гомілки здорової ноги знизу.

7. Виконати пасивне розгинання (гіперекстензія) ноги пацієнта в коліні два–три рази. Повернути ногу у вихідне положення.

8. Результат занести у бланк відповіді.

9. Зафіксувати першим і другим пальцями обох рук надколінок здорової ноги, 3–5-ю фалангами зафіксувати ногу.

10. Виконати пасивний рух надколінка по два–три рази медіально, латерально, проксимально, дистально.

11. Результат занести у бланк відповіді.

12. Однією рукою підняти ногу в дистальній частині стегна знизу так, щоб нога в коліні зігнулась на 25°, а другою рукою підняти гомілку, поклавши руку на дистальну частину гомілки зверху.

13. Виконати пасивний ротаційний рух гомілки по два–три рази медіально, латерально.

14. Результат занести у бланк відповіді.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗИВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У РОЗГИНАННІ ГОМІЛКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Стати з боку здорової кінцівки.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці здорової кінцівки, при цьому нога в коліні зігнута з максимальною амплітудою, одна рука пацієнта під головою, а інша – в упорі перед грудьми.

3. Підняти верхню ногу, підтримуючи її знизу рукою в ділянці гомілки і дистальної частини стегна, а другою рукою зафіксувати коліно здорової кінцівки.

4. Запропонувати пацієнту максимально розігнути ногу, ковзаючи нею по кушетці.

5. Запропонувати пацієнту сісти на край кушетки.
6. Запропонувати пацієнту розігнути здорову ногу в коліні з максимально можливою амплітудою.
7. Запропонувати пацієнту розслабитися.
8. Запропонувати пацієнту повторити дії, описані в пунктах 6–7. При цьому здійснювати незначний опір однією рукою на дистальну частину гомілки здорової ноги, а другою рукою фіксувати дистальну частину стегна здорової ноги.
9. Запропонувати пацієнту повторити дії, описані в пунктах 6–7. При цьому здійснювати значний опір однією рукою на дистальну частину гомілки здорової ноги, а другою рукою фіксувати дистальну частину стегна здорової ноги.
10. Результати тесту занести у бланк відповіді.
11. Виконати тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.
12. Результати тесту занести у бланк відповіді.
13. Порівняти результати здорової й ураженої кінцівки.

Звернути увагу. Помилковий рух пацієнта – зовнішня ротація стегна.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ЗГИНАННІ ГОМІЛКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Обговорити з пацієнтом мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Стати з боку здорової кінцівки.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення лежачи на боці здорової кінцівки, одна рука пацієнта під головою, а інша – в упорі перед грудьми.
3. Однією рукою відвести верхню ногу, підтримуючи її знизу рукою в ділянці гомілки і дистальної частини стегна, а другою рукою зафіксувати коліно здорової кінцівки.
4. Запропонувати пацієнту максимально зігнути ногу в коліні, ковзаючи нею по кушетці.
5. Запропонувати пацієнту лягти на кушетку на живіт.

6. Стати з протилежного боку від здорової ноги, зафіксувати таз вище здорової ноги і протилежну ногу в дистальній частині гомілки.
7. Запропонувати пацієнту зігнути здорову ногу в коліні з максимальною можливою амплітудою.
8. Запропонувати пацієнту розслабитися.
9. Запропонувати пацієнту зігнути здорову ногу в коліні на 90° .
10. Однією рукою зафіксувати таз, а другою рукою здійснювати незначний опір на дистальну частину гомілки здорової ноги.
11. Запропонувати пацієнту розслабитися.
12. Запропонувати пацієнту повторити дії, описані в пунктах 10–11, при цьому здійснювати значний опір на дистальну частину гомілки здорової ноги.
13. Результати тесту занести у бланк відповіді.
14. Виконати тест для іншої (ураженої) нижньої кінцівки.
15. Результати тесту занести у бланк відповіді.
16. Порівняти результати здорової й ураженої кінцівки.

ОЦІНЮВАННЯ «СУГЛОВОЇ ГРИ» В КОЛІННОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Запропонувати пацієнту сісти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб коліно було зігнуте та не діставало до підлоги.
2. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.
3. Підготуватися для виконання першого руху (тракції) та пояснити пацієнту, що ви будете робити.
4. Однією рукою пропальпувати лінію колінного суглоба.
5. Другою рукою вивести коліно в 30° флексії та обхопити гомілку вище латеральної кісточки.
6. Виконати тракцію.
7. Оцінити рух.
8. Підготуватися до виконання другого та третього руху (передне та задне ковзання) та пояснити пацієнту, що ви будете виконувати.

9. Запропонувати пацієнту лягти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення лежачи на спині.

10. Вивести нижню кінцівку так, щоб було 45° флексії в кульшовому суглобі та 90° флексії в колінному суглобі.

11. Сісти на стопу для того, щоб її зафіксувати.

12. Великими пальцями обох рук пропальпувати лінію колінного суглоба та виконати лагідне натискання на великогомілкову кістку в напрямку назад паралельно лінії колінного суглоба, щоб виконати заднє ковзання.

13. Оцінити рух.

14. Для переднього ковзання треба переконатися, що м'язи групи hamstring розслаблені.

15. Великими пальцями обох рук пальпувати лінію колінного суглоба та лагідно тягти великогомілкову кістку вперед у напрямку до себе паралельно до лінії колінного суглоба, щоб виконати переднє ковзання.

16. Оцінити рух.

ТЕСТ ANTERIOR/POSTERIOR DRAWER TEST

Тест передньої висувної шухлядки

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватися вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватися у тому, що відбувається.

Хід виконання тесту

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на спині.

2. Досліджувана нижня кінцівка зігнута в колінному суглобі до 90°, а в кульшовому – до 45°.

3. Сісти на край кушетки або на передню частину стопи пацієнта для її фіксації.

4. Обхопити двома руками проксимальну частину гомілки пацієнта, при цьому великі пальці розташовуються на виростках стегнової кістки. При розслабленні згиначів колінного суглоба потягнути кінцівку вперед.

5. Тест виконувати в нейтральному положенні.

6. Оцінити результати тестування.



Тест задньої висувної шухлядки

1. Методика проведення схожа з тестом передньої висувної шухлядки, однак використовується для оцінювання заднього зміщення в положенні зовнішньої, внутрішньої і нейтральної ротації.
2. Оцінити результати тестування.

ТЕСТ LACHMAN TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині.
2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.
3. Однією рукою зігнути колінний суглоб на 20–30° з невеликою зовнішньою ротацією кінцівки та виконати зміщення великогомілкової кістки вперед. Важливо, щоб великий палець знаходився на горбистості великогомілкової кістки.

4. Іншою рукою зафіксувати (стабілізувати) стегно.
5. Провести обстеження на правій та лівій кінцівці.
6. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо зміщення великогомілкової кістки буде більше 2 мм порівняно зі здоровою кінцівкою, що свідчить про пошкодження передньої схрещеної зв'язки.

ТЕСТ McMURRAY TEST

Обладнання: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині.
2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.
3. Однією рукою зафіксувати підощву стопи для забезпечення необхідного діапазону руху.
4. Іншою рукою провести пальпацію вздовж лінії колінного суглоба, великим пальцем з латерального боку та іншими пальцями з медіального боку.
5. З положення максимального згинання в колінному суглобі розігнути коліно з внутрішньою ротацією великогомілкової кістки та зміщенням її у медіальному напрямку (varus stress), тестуючи латеральний меніск, повернути кінцівку у вихідне положення (максимального згинання).
6. З положення максимального згинання в колінному суглобі розігнути коліно з зовнішньою ротацією великогомілкової кістки та зміщенням її у латеральному напрямку (valgus stress), тестуючи медіальний меніск, повернути кінцівку у вихідне положення (максимального згинання).
7. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо вказує на порушення меніска, якщо пацієнт відчуває біль, є відчуття «кляцання» при обстеженні або відчуття блокування.

ТЕСТ SWIPE TEST

Визначення наявності підвищеної внутрішньосуглобової рідини в ділянці коліна

Обладнання: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині з повністю випрямленим і розслабленим коліном.
2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.
3. Однією рукою зафіксувати коліно нижче медіальної лінії тибіофemorального (колінного) суглоба.
4. *Крок 1.* Іншою рукою виконати прогладжування вгору і в бік надпателлярної сумки суглоба широкими рухами два–три рази, намагаючись перемістити випіт із внутрішньої сторони суглобової капсули до надпателлярної сумки.
- Крок 2.* Виконати прогладжування вниз по латеральній стороні коліна вище надпателлярної сумки у напрямку бокової лінії суглоба.
5. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо спостерігається незначна хвиля або опуклість на медіальному боці коліна нижче надколінника протягом кількох секунд.

ТЕСТ GALEAZZI-ELLIS

Оцінювання різниці довжини нижніх кінцівок

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині з опорою на стопи та із зігнутими ногами у кульшо-

вих суглобах на 45° і колінних суглобах на 90°. Ви повинні впевнитися, що стопи пацієнта знаходяться на одному рівні.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку, стати спиною до обличчя пацієнта.

3. Долонями обох рук зафіксувати стегна пацієнта трохи вище колінних суглобів.

4. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо одна кінцівка нижча за іншу (тобто, не торкається руки дослідника), що може свідчити про вкорочення стегнової кістки, дисплазії кульшового суглоба.

5. Підійти до пацієнта з тестованого боку, стати обличчям до пацієнта.

6. Долонями обох рук зафіксувати гомілки пацієнта трохи нижче колінних суглобів.

7. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо одна кінцівка нижча за іншу (тобто, не торкається руки дослідника), що може свідчити про вкорочення велико- та малогомілкових кісток.

THOMSON TEST

Обладнання: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на животі, стопи повинні звисати з краю ліжка/стола.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.

3. Однією рукою обхопити м'язи верхньої третини литки, зокрема триголовий м'яз, і сильно їх стиснути.

4. Виконати обстеження на протилежній кінцівці.

5. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, що вказує на розрив ахіллового сухожилля, якщо є відсутність плантарної флексії.

ТЕСТ FABER

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.

3. Зігнути пацієнту кінцівку в стегні і відвести так, щоб вона опиралася латеральною стороною надп'ятково-гомілкового суглоба на протилежне коліно.

4. Однією рукою стабілізувати протилежний бік стегна на передній верхній клубовій ості.

5. Іншою рукою натиснути на іпсилатеральне коліно з одночасним виконанням зовнішньої ротації і відведення, поки не буде досягнуто кінцевої точки руху.

6. За наявності проблеми, в кінці рухового діапазону зробити кілька невеликих амплітудних коливань, щоб спровокувати біль.

7. Провести обстеження на правій та лівій кінцівці.

8. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо виникає інтенсивний біль або є обмеження діапазону руху.

ТЕСТ ТРАНДЕЛЕНБУРГА

Визначення сили та витривалості абдукторів кульшового суглоба

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи на одній нозі і простояти протягом 30 с, не нахилиючись в один чи інший бік. Якщо у пацієнта є проблеми з рівновагою, він може за щось притримуватись.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку, зі спини та під час виконання тесту спостерігати, чи залишається таз рівним.

3. Провести обстеження, стоячи на правій та лівій нозі.

4. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо пацієнт не може втримувати таз рівно під час тестування, що вказує на слабкість середнього сідничного м'яза.

СИМПТОМ ШТЕЙМАНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Тест розподілений на дві частини: Штейман 1 та Штейман 2 (диференціація).

Штейман 1

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи на краю ліжка/стола, нижні кінцівки зігнуті в колінному суглобі під кутом 90°, або прийняти положення лежачи на спині.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.

3. Однією рукою зафіксувати колінний суглоб так, щоб з одного боку великий палець, а з іншого боку вказівний і середній пальці були розташовані в проєкції суглобової щілини.

4. Іншою рукою обертати гомілку латерально, потім медіально.

5. Повторити обстеження під різним кутом згинання коліна.

6. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо при медіальному обертанні виникає латеральний біль; при латеральному обертанні виникає медіальний біль.

Штейман 2

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи.
2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.
3. Однією рукою знайти суглобову лінію.
4. Іншою рукою зігнути коліно до 90° і провести пальпацію суглобової лінії.
5. Повторити обстеження під різним кутом згинання коліна.
6. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо біль виникає ззаду і посилюється зі збільшенням кута згинання.
7. Однією рукою знайти суглобову лінію.
8. Іншою рукою розігнути коліно і провести пальпацію суглобової лінії.
9. Повторити обстеження під різним кутом розгинання коліна.
10. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо біль виникає спереду і посилюється, коли коліно перебуває під кутом 0°.

ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: функціональне ліжко або кушетка, гоніометр.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на процедуру оцінювання. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Дорсифлексія стопи

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на животі, нога зігнута в колінному суглобі на 90°, стопа в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральна кісточка стопи; нерухоме плече – голівка малогомілкової кістки; рухоме плече – паралельно п'ятій плюсневої кістці.
4. Попросити пацієнта максимально зігнути стопу до гомілки.

5. Провести вимірювання амплітуди активної дорсифлексії стопи.
6. Результат занести у формі огляду.

Плантарна флексія стопи

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині, нога пряма, п'ятка звисає з краю кушетки, стопа в нейтральному положенні.
2. Стати з боку досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – латеральна кісточка стопи; нерухоме плече – голівка малоомілкової кістки; рухоме плече – паралельно п'ятій плюсневої кістці.
4. Попросити пацієнта максимально зігнути стопу від гомілки.
5. Провести вимірювання амплітуди активної плантарної флексії стопи.
6. Результат занести у формі огляду.

Інверсія стопи

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи на кушетці, нога зігнута в колінному суглобі на 90°.
2. Стати навпроти досліджуваної кінцівки.
3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – середня лінія між латеральною і медіальною кісточками; нерухоме плече – паралельно передньому краю великогомілкової кістки, бугристість великогомілкової кістки; рухоме плече – середина другої плюсневої кістки.
4. Попросити пацієнта максимально підняти внутрішній край стопи у тильному напрямку.
5. Провести вимірювання амплітуди активної інверсії стопи.
6. Результат занести у формі огляду.

Еверсія стопи

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи на кушетці, нога зігнута в колінному суглобі на 90°.

2. Стати навпроти досліджуваної кінцівки.

3. Положення гоніометра для вимірювання амплітуди руху: вісь гоніометра – середня лінія між латеральною і медіальною кісточками; нерухоме плече – паралельно передньому краю великогомілкової кістки, бугристість великогомілкової кістки; рухоме плече – середина другої плюсневої кістки.

4. Попросити пацієнта максимально виконати поворот внутрішнього краю стопи у напрямку підшви.

5. Провести вимірювання амплітуди активної еверсії стопи.

6. Результат занести у формі огляду.

Норма. В нормі активний діапазон руху становить:

- дорсифлексія – 25°
- плантарна флексія – 45°.

ОЦІНЮВАННЯ ПАСИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, гоніометр.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Запропонувати пацієнту сісти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб ноги були випрямлені, а п'ятка звисала з краю кушетки, даючи змогу стопі вільно рухатись.

4. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.

5. Підготуватись до виконання першого руху (дорсифлекції) та пояснити пацієнту, що будете робити.

6. Встановити гоніометр так щоб його центр знаходився на рівні надп'яtkово-гомiлkового суглоба з латерального боку, нерухома бранша була розташована вздовж малогомілкової кістки, а рухома – вздовж латерального краю стопи.

7. Покласти свою руку на задню поверхню дистального відділу гомілки та стабілізувати великогомілкову і малогомілкову кістки, щоб запобігти руху у колінному та кульшовому суглобах.

8. Покласти випрямлену долоню іншої руки на тильну поверхню стопи пацієнта, спрямувавши пальці в латеральний бік.

9. Здійснити тиск на стопу пацієнта у каудальному напрямку, уникаючи будь-якої інверсії або еверсії.

10. Оцінити рух.

11. Підготуватись до виконання другого руху (плантарної флексії) та пояснити пацієнту, що будете робити.

12. Встановити гоніометр так, щоб його центр знаходився на рівні надп'ятково-гомілкового суглоба з латерального боку, нерухома брашна була розташована вздовж малогомілкової кістки, а рухома – вздовж латерального краю стопи.

13. Покласти свою руку на задню поверхню дистального відділу гомілки та стабілізувати великогомілкову і малогомілкову кістки, щоб запобігти руху у колінному та кульшовому суглобах.

14. Покласти випрямлену долоню іншої руки на підшвову поверхню стопи пацієнта, спрямувавши пальці рук до пальців стопи.

15. Виконати рух у надп'ятково-гомілковому суглобі у краніальному напрямку.

16. Оцінити рух.

Норма. В нормі пасивний діапазон руху становить:

- дорсифлексія – 30°
- плантарна флексія – 50°.

ОЦІНЮВАННЯ «СУГЛОБОВОЇ ГРИ» В НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Запропонувати пацієнту лягти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення лежачи на спині так, щоб стопа була за рівнем кушетки.

2. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.
3. Підготуватися до виконання першого руху (тракції) та пояснити пацієнту, що збираєтесь робити.
4. Однією рукою обхопити стопу нижче лінії надп'яtkово-гомiлкового суглоба (максимально близько до лінії суглоба на скільки це можливо).
5. Іншою рукою взятися за п'яtkову кістку.
6. Виконати тракцію перпендикулярно до лінії надп'яtkово-гомiлкового суглоба.
7. Оцінити рух.
8. Підготуватися до виконання другого руху (передньо-заднього ковзання) та пояснити пацієнту, що збираєтесь робити.
9. Однією рукою фіксувати великогомілкову кістку, обхопивши її знизу.
10. Іншу руку покласти максимально близько до лінії надп'яtkово-гомiлкового суглоба на тильну сторону стопи та здійснити натискання вниз у напрямку вказівного пальця.
11. Оцінити рух.
12. Підготуватися до виконання третього руху (задньо-передне ковзання) та пояснити пацієнту, що збираєтесь робити.
13. Однією рукою фіксувати великогомілкову кістку, обхопивши її зверху.
14. Іншу руку покласти максимально близько до лінії надп'яtkово-гомiлкового суглоба на тильну сторону стопи та потягнути стопу вгору паралельно лінії надп'яtkово-гомiлкового суглоба. Оцінити рух.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ДОРСИФЛЕКСІЇ СТОПИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на виконання процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Запропонувати пацієнту сісти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб коліно було зігнуте, а стопа не досягала до підлоги.

4. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки та пояснити, що будете робити.

5. Пояснити пацієнту методику виконання мануально-м'язового тесту переднього великогомілкового м'яза.

6. Підготуватися до виконання першого етапу тестування переднього великогомілкового м'яза (без супротиву).

7. Утримувати однією рукою дистальну частину гомілки.

8. Дати команду пацієнту: «Потягніть внутрішню частину стопи вгору».

9. Оцінити результат.

10. Підготуватися до виконання наступного етапу тестування переднього великогомілкового м'яза (із супротивом).

11. Однією рукою утримувати дистальну частину гомілки.

12. Дати команду пацієнту: «Потягніть внутрішню частину стопи вгору, не рухаючи пальцями, й утримуйте в такому положенні».

13. Другою своєю рукою натиснути на медіальну поверхню стопи у напрямку підошовового згинання.

14. Оцінити результат.

15. Запропонувати пацієнту лягти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб ноги були випрямлені та повністю знаходились на кушетці.

16. Встановити під коліно пацієнта м'який валик, щоб нога була дещо зігнута в колінному суглобі.

17. Підійти до пацієнта з боку стоп та пояснити, що будете робити.

18. Пояснити пацієнту методику виконання мануально-м'язового тесту довгого розгинача пальців.

19. Підготуватись до виконання першого етапу тестування довгого розгинача пальців (без супротиву).

20. Покласти руки на тильний бік стопи та утримувати плесно.

21. Дати команду пацієнту: «Розігніть пальці».

22. Оцінити результат.

23. Підготуватись до виконання наступного етапу тестування довгого розгинача пальців (із супротивом).

24. Однією рукою утримувати плесно.

25. Дати команду пацієнту: «Розігніть пальці проти супротиву й утримуйте у такому положенні».

26. Іншою рукою натискатие на II–V пальці у напрямку згинання.

27. Оцінити результат.

28. Пояснити пацієнту методику виконання першого мануально-м'язового тесту (довгий розгинач великого пальця).

29. Підготуватись до виконання першого етапу тестування довгого розгинача великого пальця (без супротиву).

30. Покласти руки на тильний бік стопи та утримувати плесно.

31. Дати команду пацієнту: «Розігніть великий палець».

32. Оцінити результат.

33. Підготуватись до виконання наступного етапу тестування довгого розгинача великого пальця (із супротивом).

34. Однією рукою утримувати плесно.

35. Дати команду пацієнту: «Розігніть великий палець проти супротиву й утримуйте у такому положенні».

36. Іншою рукою натискати на дистальну фалангу великого пальця у напрямку згинання у міжфаланговому суглобі.

37. Оцінити результат.

Норма. Оцінку на рівні 3 бали (слабка сила м'яза), що відповідає приблизно 50 % нормальної здатності до скорочення, призначають, якщо демонструється повна амплітуда руху з подоланням власної ваги, однак без зовнішнього супротиву.

Оцінку на рівні 4 бали (добра сила м'яза), що відповідає приблизно 75 % нормальної здатності до скорочення, призначають, якщо демонструється повна амплітуда руху з подоланням власної ваги та помірного супротиву.

Оцінку на рівні 5 балів (нормальна сила м'яза) відповідає повному скороченню, на яке здатний м'яз. Можливе повне м'язове скорочення у межах всієї амплітуди рухів з подоланням субмаксимального супротиву, що виконується фізичним терапевтом.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ПЛАНТАРНІЙ ФЛЕКСІЇ СТОПИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути приємна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Пояснити пацієнту методику виконання мануально-м'язового тесту литкового та камбалоподібного м'язів.

4. Для виконання першого етапу тестування литкового та камбалоподібного м'язів дати команду пацієнту: «Підніміться на пальці стопи як можна вище, а потім повільно опустіться».

5. Оцінити результат.

6. Для виконання другого етапу тестування литкового та камбалоподібного м'язів дати команду пацієнту: «Підніміться на пальці стопи як можна вище, а потім повільно опустіться, поки п'ятка не торкнеться підлоги. Повторіть рух п'ять разів, не допомагаючи собі руками».

7. Оцінити результат.

8. Для виконання мануально-м'язового тестування довгого згинача пальців запропонувати пацієнту сісти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб ноги були випрямлені та повністю знаходились на кушетці.

9. Встановити під коліно пацієнта м'який валик, щоб нога була дещо зігнута в колінному суглобі.

10. Пояснити пацієнту методику виконання мануально-м'язового тесту довгого згинача пальців.

11. Для виконання першого етапу мануально-м'язового тесту довгого згинача пальців (без супротиву) дати команду пацієнту: «Зігніть пальці».

12. Оцінити результат.

13. Підготуватись до виконання наступного етапу тестування довгого згинача пальців (із супротивом).

14. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки. Однією рукою утримувати плесно, а іншою рукою натискати на дистальні фаланги 2–5-го пальців у напрямку розгинання.

15. Дати команду пацієнту: «Зігніть пальці проти супротиву та утримуйте у такому положенні».

16. Оцінити результат.

17. Пояснити пацієнту методику виконання мануально-м'язового тесту довгого згинача великого пальця.

18. Для виконання першого етапу мануально-м'язового тесту довгого згинача великого пальця (без супротиву), дати команду пацієнту: «Зігніть великий палець».

19. Оцінити результат.

20. Підготуватись до виконання наступного етапу тестування довгого згинача великого пальця (із супротивом).

21. Однією рукою утримувати проксимальну фалангу великого пальця, а іншою рукою натискати на дистальну фалангу великого пальця у бік розгинання.

22. Дати команду пацієнту: «Зігніть великий палець проти супротиву і утримуйте в такому положенні».

23. Оцінити результат.

24. Пояснити пацієнту методику виконання тесту довгого та короткого малогомілкового м'язів.

25. Для виконання першого етапу тестування довгого та короткого малогомілкового м'язів (без супротиву) дати команду пацієнту: «Потягніть внутрішню частину стопи вниз».

26. Оцінити результат.

27. Підготуватися до виконання наступного етапу тестування довгого та короткого малогомілкового м'язів (із супротивом).

28. Однією рукою утримувати дистальну частину гомілки, а іншою натискати на підшовву поверхню стопи з боку великого пальця у напрямку дорсифлексії та супінації.

29. Дати команду пацієнту: «Потягніть зовнішню частину стопи донизу проти супротиву й утримуйте у такому положенні».

30. Оцінити результат.

31. Пояснити пацієнту методику виконання тесту заднього великогомілкового м'яза.

32. Для виконання першого етапу тестування заднього великогомілкового м'яза (без супротиву) дати команду пацієнту: «Потягніть зовнішню частину стопи вниз».

33. Оцінити результат.

34. Підготуватись до виконання наступного етапу тестування заднього великогомілкового м'яза (із супротивом).

35. Однією рукою утримувати дистальну частину гомілки, а іншою натискайте на підшовву поверхню стопи з боку п'ятого пальця у напрямку дорсифлексії.

36. Дати команду пацієнту: «Потягніть зовнішню частину стопи вниз проти супротиву й утримуйте у такому положенні».

37. Оцінити результат.

Норма. Оцінку на рівні 3 бали (слабка сила м'яза), що відповідає приблизно 50 % нормальної здатності до скорочення, призначають, якщо демонструється повна амплітуда руху з подоланням власної ваги, однак без зовнішнього супротиву.

Оцінку на рівні 4 бали (добра сила м'яза), що відповідає приблизно 75 % нормальної здатності до скорочення, призначають, якщо демонструється повна амплітуда руху з подоланням власної ваги та помірною супротиву.

Оцінка на рівні 5 балів (нормальна сила м'яза) відповідає повному скороченню, на яке здатний м'яз. Можливе повне м'язове скорочення у межах всієї амплітуди рухів з подоланням субмаксимального супротиву, яке виконується фізичним терапевтом.

ВИМІРЮВАННЯ ДОВЖИНИ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, сантиметрова вимірювальна стрічка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

2. Запропонувати пацієнту сісти на функціональне ліжко/кушетку і зайняти вихідне положення так, щоб розігнуті ноги повністю знаходились на кушетці.

3. Підійти до пацієнта з боку досліджуваної нижньої кінцівки.

4. Пояснити пацієнту, що збираєтесь робити та отримати згоду пацієнта на виконання вказаних дій.

5. Підготуватись до виконання першої частини вимірювання (довжини стегна).

6. Встановити початок сантиметрової стрічки на рівні великого вертлюга стегнової кістки і виміряти відстань до суглобової щілини колінного суглоба.

7. Записати отриманий результат.

8. Підготуватись до виконання другої частини вимірювання (довжини гомілки).

9. Встановити початок сантиметрової стрічки на рівні суглобової щілини колінного суглоба і виміряти відстань до латеральної кісточки.

10. Записати отриманий результат.

11. Виконати додавання результатів вимірювання довжини стегна та довжини гомілки, щоб отримати довжину нижньої кінцівки, та записати отриманий результат.

12. Виконати аналогічне вимірювання на іншій кінцівці.

13. Порівняти та оцінити отримані результати.

Норма. Нормою вважається різниця в довжині кінцівок до 0,5 см.

ТЕСТ TIMED UP AND GO TEST (TUG)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець з підлокітниками, вимірювальна рулетка, кольорова стрічка або маркер, секундомір.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

2. Упевнитися, що стілець стійкий.

3. Запропонувати пацієнту сісти на стілець з підлокітниками так, щоб спина спиралась на спинку стільця, а стегна повністю торкались сидіння.

4. Пояснити пацієнту, що під час сидіння та вставання він може використовувати підлокітники стільця.

5. За допомогою вимірювальної рулетки виміряти від стільця відстань 3м.

6. На відстані 3 м нанести маркером або кольоровою стрічкою відмітку так, щоб її було добре видно пацієнту.

7. Проінформувати пацієнта: За командою «Почали» він повинен встати, пройти відмічену відстань, розвернутись, поверну-

тись до стільця і сісти на нього, спершись спиною на його спинку. Йти потрібно в звичайному для пацієнта темпі.

8. Пояснити пацієнту, що під час виконання тесту він має взути своє звичайне взуття і може використовувати ті засоби переміщення, які зазвичай використовує (паличку або ходунки).

9. Пояснити пацієнту, що, якщо необхідно, під час виконання тесту він може зупинитись, щоб відпочити.

10. Запитати у пацієнта, чи зрозуміло йому, що він повинен зробити.

11. Запитати у пацієнта, чи готовий він до виконання тесту.

12. Зайняти положення поряд з пацієнтом і протягом виконання тесту супроводжувати його, щоб, якщо він не зможе втримати рівновагу, мати змогу його підхопити та не дати впасти і травмуватись, але при цьому не заважати пацієнту виконувати завдання.

13. Дати команду пацієнту: «Почали», та почати відлік часу.

14. Зупинити відлік часу, коли пацієнт знову сяде правильно на стілець, спершись на його спинку.

15. На основі отриманих результатів зробити висновки про ризик падіння, швидкість ходьби, здатність пацієнта підтримувати рівновагу, рівень функціональної активності, можливість виходити з дому.

Норма. В нормі на виконання тесту потрібно до 10 с. Тривалість виконання тесту більше ніж 14 с свідчить про високий рівень ризику падіння.

1.2. Обстеження верхньої кінцівки

CODMAN'S TEST

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, рука опущена, долоня медіально.

2. Підійти до пацієнта ззаду від тестованого боку.
3. Відвести розігнуту в лікті руку пацієнта до 90°.
4. Попросити пацієнта самостійно втримати руку у такому положенні, а потім поступово її опустити.

5. Оцінити результати тесту: неможливість утримання руки в цьому положенні з або без болю, різке падіння руки підтверджують ушкодження ротаторної манжети або розрив сухожилля надостьового м'яза.

СИМПТОМ SUBACROMIAL PAIN SYNDROME (SAPS)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

У ході обстеження пацієнта з підозрою на SAPS необхідно використовувати комбінацію специфічних тестів (на провокацію болю), що підвищить ймовірність правильної діагностики. Це такі тести: Хокінса–Кеннеді, «больової дуги» та підостьового м'яза.

Тест Хокінса–Кеннеді

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи.
2. Підійти до пацієнта з тестованого боку.
3. Однією рукою (іпсилатеральною) зігнути плече пацієнта до 90° та зігнути лікоть до 90°.
4. Іншою рукою (контрлатеральною) зафіксувати лопатку.
5. Здійснити внутрішню ротацію плеча пацієнта.
6. Оцінити результати тесту: тест вважається позитивним, якщо біль виникає при внутрішній ротації плеча.

Тест «больової дуги»

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи, рука пряма вздовж тіла.
2. Попросити пацієнта зробити максимальне відведення руки.

3. Пасивно відвести руку пацієнта з максимальною амплітудою.

4. Оцінити результати тесту: біль, що з'являється при відведенні між 60 і 120°, – це симптом ушкодження сухожилля надостьового м'яза та/або субакроміальної сумки. При патології акроміально-ключичного суглоба «больова» дуга характеризується появою симптомів під час відведення тільки на 140–180°.

5. У ході порівняння активного і пасивного рухів необхідно звернути увагу на те, що пацієнт часто намагається уникнути «больової дуги» шляхом зовнішньої ротації руки (що збільшує відстань між акроміальним відростком і ушкодженою ділянкою сухожилля ротаторної манжети плеча, тим самим уникаючи імпіджменту).

Тест підостьового м'яза

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи або стоячи, плече в нейтральному положенні, лікоть зігнутий на 90°.

2. Розташувати свою долоню проксимально променево-зап'ясткового суглоба пацієнта.

3. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати зовнішню ротацію (рух тильною поверхнею кисті назовні).

4. Дати пацієнту вказівку виконувати рух.

5. Протидіяти пацієнту, прикладаючи зусилля у напрямку внутрішньої ротації.

6. Оцінити результати тесту: біль під час виконання зовнішньої ротації вказує на ушкодження підостьового м'яза.

ТЕСТ DAWBARN

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Навичка виконується у два етапи.

I етап

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи.
2. Підійти до пацієнта ззаду до тестованого боку.
3. Двома–п'ятьма пальцями пальпувати передньолатеральну субакроміальну ділянку, розширюючи субакроміальний простір.
4. Пасивно розгинати руку іншою рукою й одночасно зміщувати головку плеча допереду першим пальцем.
5. Оцінити результати першого етапу: локальна болючість під час пальпації субакроміального простору підтверджує патологію субакроміальної сумки, а також може вказувати на ушкодження ротаторної манжети.

II етап

1. Однією рукою пасивно відводити руку пацієнта до 90°, іншою прикладати додаковий тиск на субакроміальний простір.
2. Оцінити результати другого етапу: субакроміальний біль, що зменшується під час відведення, підтверджує бурсит.

ТЕСТ ВІДВЕДЕННЯ РУК ІЗ ПОЛОЖЕННЯ 0°

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи з опущеними розслабленими руками.
2. Сісти навпроти пацієнта.
3. Обхопити дистальні частини обох передпліч своїми руками.
4. Пояснити пацієнту, що він має розвести руки.
5. У той момент, коли пацієнт намагатиметься здійснити рух, чинити опір у напрямку приведення.
6. Оцінити результати тесту: біль, і особливо слабкість в процесі відведення, підтверджують ушкодження (розрив) ротаторної манжети плеча.

ТЕСТ ВІДВЕДЕННЯ ТА ЗОВНІШНЬОЇ РОТАЦІЇ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або сидячи, плече відведене на 90° і зігнуте на 30° , лікоть зігнутий на 90° .
2. Розташуватись з тестованого боку.
3. Продемонструвати і попросити пацієнта виконати зовнішню ротацію.
4. Чинити легкий опір руху пацієнта.
5. Оцінити результати тесту: зменшення активної зовнішньої ротації у положенні відведення характерне для пошкодження сухожилля підостового м'яза.

ТЕСТ НАДОСТЬОВОГО М'ЯЗА JOBE

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або сидячи, рука пряма, плече відведене на 90° , горизонтальне приведення на 30° .
2. Попросити пацієнта зробити внутрішню ротацію плеча (великий палець донизу).
3. Стати навпроти пацієнта, покласти руку на передпліччя.
4. Попросити пацієнта утримувати положення.
5. Чинити опір цьому положенню, натискаючи на передпліччя пацієнта.

6. Оцінити результати тесту: якщо виникає значний біль і пацієнт не може утримувати руку, це свідчить про ушкодження надостьового м'яза.

ТЕСТ APLEY'S

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи.
2. Попросити пацієнта торкнутись вказівним пальцем верхньо-медіального кута протилежної лопатки.
3. Оцінити результати тесту: біль у ротаторній манжеті і неможливість торкнутися лопатки через обмеження зовнішньої ротації та відведення вказують на патологію ротаторної манжети (найімовірніше – ушкодження надостьового м'яза). Диференційний діагноз необхідно проводити з деформуючим артрозом плечолопаткового й акроміально-ключичного суглобів, атакож з капсулярним фіброзом.

ТЕСТ LUDINGTON

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи.
2. Попросити пацієнта обхопити свою потилицю обома руками, схрестивши пальці, лікті при цьому повинні бути розведені в сторони.
3. Попросити пацієнта почергово напружувати і розслабляти двоголовий м'яз.
4. Пальпувати в цей час довгу головку двоголового м'яза.

5. Оцінити результати тесту: якщо довга головка не пропальпується і скорочення не відбувається, то це вказує на розрив проксимальної ділянки довгого біцепса.

ТЕСТ «БОЛЬОВОЇ ДУГИ» ПРИ ІМПІДЖМЕНТ-СИНДРОМІ

Оснащення: стандартизований пацієнт.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи, рука пряма вздовж тіла.

2. Попросити пацієнта зробити максимальне відведення руки.

3. Пасивно відвести руку пацієнта з максимальною амплітудою.

4. Оцінити результати тесту: біль, що з'являється при відведенні між 60 і 120°, – це симптом ушкодження сухожилля надостьового м'яза та/або субакроміальної сумки. При патології акроміально-ключичного суглоба «больова дуга» характеризується появою симптомів при відведенні тільки на 140–180°.

У ході порівняння активного і пасивного рухів необхідно звернути увагу на те, що пацієнт часто намагається уникнути «больової дуги» шляхом зовнішньої ротації руки (що збільшує відстань між акроміальним відростком і пошкодженою ділянкою сухожиль ротаторної манжети плеча, тим самим уникаючи імпіджменту).

ТЕСТ SPEED (ДОЛОНЯ ДОВЕРХУ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, рука розігнута в ліктьовому суглобі, передпліччя супіноване, плече відведене на 90° і горизонтальне приведення на 30°.

2. Підійти до пацієнта з тестованого боку, покласти долоню на дистальну частину передпліччя.

3. Прикласти зусилля, спрямоване на приведення руки (вниз), пояснивши пацієнту, що він повинен або втримати руку у вихідному положенні, або продовжити відведення.

4. Оцінити результати тесту: асиметрична сила відведення з больовими відчуттями в ділянці міжгорбкової борозни підтверджує патологію довгої головки двоголового м'яза (тендосиновіт або підвивих).

ТЕСТ БОУДЕНА (BOWDEN)

Оснащення: стандартизований пацієнт, тонометр, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи або сидячи.

2. Попросити пацієнта сильно стиснути рукою манжету тонометра, роздуту до 30 мм рт. ст., або стискаючи манжету, утримувати тиск у ній на заданому фізичним терапевтом рівні. Передивитись методику.

3. Оцінити результати тесту: збільшення болю над латеральним виростком і на початку сухожилля розгиначів передпліччя вказує на епикондиліт (латеральний епикондиліт, «лікоть тенісиста»).

ТЕСТ ТОМСОНА (THOMSON)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають су-

проводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи, або сидячи, рука пряма перед собою, кисть у положенні незначного розгинання, стиснута в кулак.

2. Розташуватись навпроти пацієнта.

3. Зафіксувати зап'ясток пацієнта однією рукою, іншою рукою захопити його кулак.

4. Попросити пацієнта розтиснути кулак, протидіючи зусиллям фізичного терапевта (фізичний терапевт намагається додатково стиснути кулак).

5. Оцінити результати тесту: сильний біль над латеральним надвиростком і в проєкції бокового розгинача підтверджує латеральний епікондиліт.

ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У ПЛЕЧОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, гоніометр, функціональний стіл/кушетка, стілець, рушник (валик).

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Вимірювання амплітуди згинання плеча

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, рука вздовж тулуба, долоня зорієнтована медіально.

3. Підійти до пацієнта з тестованого боку, прикласти вісь гоніометра 2,5 см дистально від акроміального виростка (на боковій проєкції головки плечової кістки), нерухоме плече розташувати паралельно до середньої лінії тулуба (паралельно до кушетки), рухоме – паралельно до середньої лінії плечової кістки з орієнтацією на латеральний надвиросток.

4. Пояснити пацієнту, що він повинен виконати згинання плеча.
5. Попросити пацієнта виконати рух.
6. Провести вимірювання.
7. Оцінити результати вимірювання та порівняти з нормою.

Вимірювання амплітуди розгинання плеча

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.
2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на животі, рука вздовж тулуба, долоня зорієнтована медіально, голова повернута у протилежний бік.
3. Підійти до пацієнта з тестованого боку, прикласти вісь гоніометра 2,5 см дистально від акроміального виростка (на боковій проекції головки плечової кістки), нерухоме плече розташувати паралельно до середньої лінії тулуба (паралельно до кушетки), рухоме – паралельно до середньої лінії плечової кістки з орієнтацією на латеральний надвиросток.
4. Пояснити пацієнту, що він повинен виконати розгинання плеча, одночасно згинаючи лікоть.
5. Попросити пацієнта виконати рух.
6. Провести вимірювання.
7. Оцінити результати вимірювання та порівняти з нормою.

Вимірювання амплітуди відведення плеча

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.
2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, рука вздовж тулуба, долоня зорієнтована до стелі.
3. Підійти до пацієнта з тестованого боку, прикласти вісь гоніометра 1,5 см нижче і латерально від дзьобоподібного виростка (на передній проекції головки плечової кістки), нерухоме плече розташувати паралельно до грудини, рухоме – паралельно до середньої лінії плечової кістки.
4. Пояснити пацієнту, що він повинен виконати відведення плеча.
5. Попросити пацієнта виконати рух.
6. Провести вимірювання.
7. Оцінити результати вимірювання та порівняти з нормою.

Вимірювання амплітуди зовнішньої ротації плеча

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, плече відведене на 90° , лікоть зігнутий на 90° , передпліччя в нейтральному положенні, під плече підкласти складений рушник.

3. Підійти до пацієнта з тестованого боку, прикласти вісь гоніометра на ліктьовий виросток, нерухоме плече – перпендикулярно до підлоги (догори), рухоме – паралельно до ліктьової кістки з орієнтацією на шилоподібний виросток.

4. Пояснити пацієнту, що він повинен виконати зовнішню ротацію плеча.

5. Попросити пацієнта виконати рух.

6. Провести вимірювання.

7. Оцінити результати вимірювання та порівняти з нормою.

Вимірювання амплітуди внутрішньої ротації плеча

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, плече відведене на 90° , лікоть зігнутий на 90° , передпліччя в нейтральному положенні, під плече підкласти складений рушник.

3. Підійти до пацієнта з тестованого боку, прикласти вісь гоніометра на ліктьовий виросток, нерухоме плече – перпендикулярно до підлоги (догори), рухоме – паралельно до ліктьової кістки з орієнтацією на шилоподібний виросток.

4. Пояснити пацієнту, що він повинен виконати внутрішню ротацію плеча.

5. Попросити пацієнта виконати рух.

6. Провести вимірювання.

7. Оцінити результати вимірювання та порівняти з нормою.

ОЦІНЮВАННЯ «СУГЛОВОВОЇ ГРИ» В ПЛЕЧОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи.

3. Розташуватись ззаду–збоку. Відвести руку пацієнта до 90°. Однією рукою підтримувати відведену руку пацієнта, іншою тиснути зверху на головку плечової кістки.

4. Оцінити «суглобову гру» в цьому напрямку.

5. Розташуватись ззаду–збоку. Відвести руку пацієнта і зафіксувати відведене плече в дистальній ділянці суглоба (за головку плечової кістки), іншою рукою тиснути вниз в проксимальній ділянці суглоба (на лопатку й акроміальний кінець ключиці).

6. Оцінити «суглобову гру» в цьому напрямку.

7. Розташуватись збоку. Обома руками обхопити плечовий суглоб так, щоб одна рука знаходилась на проксимальній частині суглоба, а інша на дистальній. Виконувати зустрічні рухи руками. Змінюючи положення рук, можна обстежувати по колу весь суглоб.

8. Оцінити «суглобову гру» в цьому напрямку.

ОЦІНЮВАННЯ ПАСИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ У ПЛЕЧОВОМУ СУГЛОБІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець або функціональна кушетка.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи.

3. Для оцінювання пасивного згинання плеча розташуватись ззаду з тестованого боку, зафіксувати однією рукою лопатку і ключицю, іншою обхопити дистальну третину плеча.

4. Виконати згинання плеча. Після досягнення 80–90° відпустити фіксацію плеча і лопатки, продовжуючи рух.

5. Для оцінювання пасивного розгинання плеча розташуватись ззаду з тестованого боку, зафіксувати однією рукою лопатку і ключицю, іншою обхопити дистальну третину плеча.

6. Виконати розгинання плеча, тягнучи плече пацієнта на себе.

7. Для оцінювання пасивного відведення плеча розташуватись ззаду з тестованого боку, зафіксувати однією рукою лопатку і ключицю, іншою обхопити дистальну третину плеча.

8. Виконати відведення плеча. Після досягнення 90° відпустити фіксацію плеча і лопатки, продовжувати рух, ротуючи плече назовні.

9. Для оцінювання пасивної зовнішньої ротації плеча рука пацієнта приведена, лікоть зігнутий під кутом 90° .

10. Розташуватись ззаду з тестованого боку, однією рукою повернути назовні передпліччя пацієнта, контролюючи, щоб лікоть залишався притиснутим до тулуба (фіксувати іншою рукою).

11. Для оцінювання пасивної внутрішньої ротації плеча завести зігнуту під кутом 90° руку в лікті за спину. Однією рукою фіксувати лікоть, іншою виконувати внутрішню ротацію (відводити передпліччя від тулуба).

12. Оцінити результати обстеження.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У РОЗГИНАННІ ПЛЕЧА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональна кушетка, стілець, стіл.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (передні пучки дельтоподібного м'яза).

3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на нетестованому боці, тестована рука пряма, лежить на столі долонею донизу.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен розігнути плече, ковзаючи по столу.

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на животі, пряма

рука лежить вздовж тіла, долоня зорієнтована до стелі, голова повернута у протилежний бік.

7. Пояснити пацієнту, що він повинен буде виконувати рух прямою рукою догори (розгинання плеча).

8. Дати команду пацієнту виконувати рух.

9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тегованого боку.

10. Розташувати руку проксимально до ліктьового суглоба.

11. Дати пацієнту вказівку виконувати рух.

12. Прикласти зусилля у напрямку згинання (донизу) і попросити пацієнта протидіяти прикладеному зусиллю.

13. Оцінити результати виконання тесту.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ЗГИНАННІ ПЛЕЧА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональна кушетка, стілець зі спинкою, стіл.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (передні пучки дельтоподібного м'яза).

3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на нетестованому боці, тестована рука пряма, лежить на столі долонею донизу.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен зігнути плече до 90°, ковзаючи по столу.

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: сидючи, пряма рука опущена вздовж тіла, долоня зорієнтована медіально.

7. Пояснити пацієнту, що він повинен буде виконувати рух прямою рукою допереду до 90° (згинання плеча).

8. Дати команду пацієнту виконувати рух.

9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.

10. Однією (різнойменною) рукою стабілізувати лопатку пацієнта.

11. Розташувати іншу (однойменну) руку проксимально до ліктьового суглоба.

12. Дати пацієнту вказівку виконувати рух.

13. При досягненні пацієнтом кута згинання 90° прикласти зусилля в напрямку розгинання (донизу).

14. Оцінити результати виконання тесту.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЩО ВИКОНУЮТЬ РУХИ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональна кушетка, стілець.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Оцінювання згиначів передпліччя (двоголовий м'яз плеча)

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (двоголовий м'яз плеча).

3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, тестована рука пряма на кушетці/столі (плече зігнуте на 90°).

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне згинання в лікті, ковзаючи по кушетці/столу.

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: сидячи, лікоть повністю розігнутий, передпліччя супіноване.

7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне згинання в ліктьовому суглобі.

8. Дати команду пацієнту виконувати рух.

9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.

10. Однією рукою стабілізувати плече. Розташувати іншу руку на дистальній частині передпліччя.
11. Дати пацієнту вказівку виконувати рух.
12. При досягненні пацієнтом кута згинання 90° прикласти зусилля в напрямку розгинання (донизу).
13. Оцінити результати виконання тесту.

Оцінювання розгиначів передпліччя

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.
2. Назвати м'язи-агоністи (триголовий м'яз плеча, ліктьовий м'яз).
3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, тестована рука на кушетці/столі (плече зігнута на 90°), лікоть зігнутий.
4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне розгинання в лікті, ковзаючи по кушетці/столу.
5. Дати команду пацієнту виконувати рух.
6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, плече зігнута на 90° , максимальне згинання в лікті.
7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне розгинання в ліктьовому суглобі (максимально випрямити руку).
8. Дати команду пацієнту виконувати рух.
9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, плече зігнута 90° , лікоть зігнутий на 90° .
10. Однією рукою стабілізувати дистальну частину плеча пацієнта, іншу руку розташувати на дистальній частині передпліччя.
11. Дати вказівку пацієнту виконувати рух.
12. Чинити протидію руху пацієнта, прикладаючи зусилля в напрямку згинання (донизу).
13. Оцінити результати виконання тесту.

Оцінювання супінаторів передпліччя

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.
2. Назвати м'язи-агоністи (супінатор, двоголовий м'яз плеча).

3. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: сидячи, лікоть зігнутий на 90° , передпліччя проноване.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальну супінацію передпліччя (рух долонею догори).

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 4 і 5 балів розташуватись навпроти пацієнта.

7. Однією рукою стабілізувати плече, іншою обхопити дистальну частину передпліччя.

8. Дати вказівку пацієнту виконувати рух.

9. Чинити протидію руху пацієнта, прикладаючи зусилля в напрямку пронації.

10. Оцінити результати виконання тесту.

Оцінювання пронаторів передпліччя

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (круглий і квадратний пронатори).

3. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: сидячи, лікоть зігнутий на 90° , передпліччя супіноване.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальну пронацію передпліччя (рух долонею донизу).

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 4 і 5 балів розташуватись навпроти пацієнта.



7. Однією рукою стабілізувати плече, іншою обхопити дистальну частину передпліччя.
8. Дати вказівку пацієнту виконувати рух.
9. Чинити протидію руху пацієнта, прикладаючи зусилля в напрямку супінації.
10. Оцінити результати виконання тесту.

**МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ,
ЩО ВИКОНУЮТЬ РУХИ КИСТІ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональна кушетка/стіл, стілець.

Підготовка до виконання. пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Оцінювання згиначів кисті

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.
2. Назвати м'язи-агоністи (променевиий згинач зап'ястка, ліктьовий згинач зап'ястка).
3. Для виконання тесту для променевого згинача зап'ястка на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, тестована рука на кушетці/столі, лікоть зігнутий на 90°, передпліччя супіноване.
4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне згинання кисті одночасно з променевою девіацією (відхилення в бік променевої кістки).
5. Дати команду пацієнту виконувати рух.
6. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.
7. Однією рукою стабілізувати передпліччя.
8. Дати пацієнту вказівку виконати максимальне згинання кисті одночасно з променевою девіацією.
9. Прикласти зусилля в напрямку розгинання і ліктьової девіації.
10. Оцінити результати виконання тесту.
11. Для виконання тесту для ліктьового згинача зап'ястка на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення

сидячи, тестована рука на кушетці/столі, лікоть зігнутий на 90°, передпліччя супіноване.

12. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне згинання кисті одночасно з ліктьовою девіацією (відхилення в бік ліктьової кістки).

13. Дати команду пацієнту виконувати рух.

14. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.

15. Однією рукою стабілізувати передпліччя.

16. Дати пацієнту вказівку виконати максимальне згинання кисті одночасно з ліктьовою девіацією.

17. Прикласти зусилля в напрямку розгинання і променевої девіації.

18. Оцінити результати виконання тесту.

Оцінювання розгиначів кисті

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (довгий і короткий променеві розгиначі зап'ястка, ліктьовий розгинач зап'ястка).

3. Для виконання тесту для променевих розгиначів зап'ястка на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, тестована рука на кушетці/столі, лікоть зігнутий на 90°, передпліччя проноване.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне розгинання кисті одночасно з променевою девіацією (відхилення в бік променевої кістки).

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.

7. Однією рукою стабілізувати передпліччя.

8. Дати пацієнту вказівку виконати максимальне розгинання кисті одночасно з променевою девіацією.

9. Прикласти зусилля в напрямку згинання і ліктьової девіації.

10. Оцінити результати виконання тесту.

11. Для виконання тесту для ліктьового розгинача зап'ястка на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, тестована рука на кушетці/столі, лікоть зігнутий на 90°, передпліччя проноване.

12. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати максимальне розгинання кисті одночасно з ліктьовою девіацією (відхилення в бік ліктьової кістки).

13. Дати команду пацієнту виконувати рух.

14. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку.

15. Однією рукою стабілізувати передпліччя.

16. Дати пацієнту вказівку виконати максимальне розгинання кисті одночасно з ліктьовою девіацією.

17. Прикласти зусилля в напрямку згинання і променевої девіації.

18. Оцінити результати виконання тесту.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ПРИВЕДЕННЯ ПЛЕЧА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональний стіл/кушетка, стілець зі спинкою, стіл.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження, уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи агоністи (великий грудний м'яз).

3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення сидячи, плече відведене на 90°, лікоть зігнутий 90°, передпліччя проноване лежить на столі (долонею до стола).

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен приводити руку (рух до протилежного плеча), ковзаючи по столу.

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: лежачи на спині, плече відведене на 90°, лікоть зігнутий на 90°, передпліччя в нейтральному положенні.

7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен виконати горизонтальне приведення (рух долонею до протилежного плеча).

8. Дати команду пацієнту виконувати рух.

9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта з тестованого боку, однією рукою стабілізувати надпліччя пацієнта, іншою прикласти навантаження на дистальну частину плеча у напрямку до себе.

10. Необхідно провести тестування спершу на сильнішій, а потім на слабшій кінцівці для порівняння.

11. Оцінити і записати одержаний результат.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ВІДВЕДЕННЯ ПЛЕЧА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональний стіл/кушетка, стілець зі спинкою.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту процедуру обстеження; уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутньої процедури й отримати згоду на її проведення. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Відкрити тестовану ділянку тіла.

2. Назвати м'язи-агоністи (дельтоподібний і надосний м'язи).

3. Для виконання тесту на 2 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти вихідне положення лежачи на спині, рука вздовж тіла.

4. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен відвести руку до 90°, ковзаючи по кушетці/столу.

5. Дати команду пацієнту виконувати рух.

6. Для виконання тесту на 3 бали пояснити пацієнту, що він має прийняти таке вихідне положення: сидячи, рука пряма, опущена вздовж тіла, долоня зорієнтована медіально.

7. Пояснити і продемонструвати пацієнту, що він повинен відвести руку до 90°.

8. Дати команду пацієнту виконувати рух.

9. Для виконання тесту на 4 і 5 балів підійти до пацієнта ззаду з тестованого боку, різнойменною рукою стабілізувати лопатку пацієнта, розташувати однойменну руку на дистальній частині плеча.

10. Попросити пацієнта відвести руку до 90°.

11. При досягненні пацієнтом відведення плеча на 90° попросити утримувати це положення і прикласти зусилля у напрямку приведення.

12. Необхідно провести тестування спершу на сильнішій, а потім на слабшій кінцівці для порівняння.

13. Оцінити і записати одержаний результат.

1.3. Обстеження при патології хребта

ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ТА ДИНАМІКИ БОЛЮ ЗА ШКАЛОЮ ВАШ

Оснащення: стандартизований пацієнт, опитувальник.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має дати відповіді на запитання.

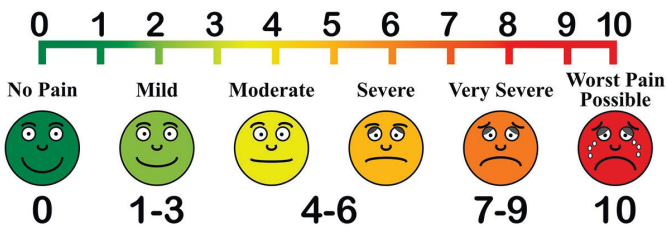
2. Візуальна аналогова шкала (ВАШ) являє собою відрізок прямої лінії довжиною 10 см, намальований на листку паперу. Початкова точка відповідає відсутності болю, а кінцева – нестерпним больовим відчуттям, які пацієнт відчував будь-коли. На відрізку роблять сантиметрові відмітки.

3. Хворого просять відобразити силу болю в період обстеження у вигляді оцінки на даному відрізку (від 0 до 10).

4. Терапевт зіставляє відстані до і після лікування, що дозволяє оцінити динаміку сприйняття пацієнтом своїх больових відчуттів.



PAIN ASSESSMENT TOOL



ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗА АНКЕТУВАННЯМ
РОЛАНДА–МОРРІСА

Оснащення: стандартизований пацієнт, опитувальник.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має дати відповіді на ряд запитань.

2. Поставити пацієнту запитання згідно з опитувальником Роланда–Морріса. Опитувальник застосовують при гострому та підгострому болю в спині. Він включає 18 запитань, що описують обмеження у зв'язку з болем у спині. Потрібно підрахувати загальну кількість відмічених хворим пунктів.

Порушенням життєдіяльності вважається, якщо пацієнт відмічає більше 7 пунктів.

***Інструкція для пацієнта.** Коли у Вас, болить спина, Вам може бути важко виконувати деякі із тих справ або дій, які Ви зазвичай виконуєте. Відмітьте лише ті твердження, які характеризують Ваш стан сьогодні.*

1. Я залишаюсь вдома більшу частину часу через біль у спині.

2. Я хожу повільніше, чим зазвичай, через біль у спині.

3. Через біль у спині я не можу виконувати звичайну роботу по дому.

4. Через біль у спині мені доводиться користуватися палицею, щоб ходити по сходах.

5. Через біль у спині мені доводиться часто лежати та відпочивати.

6. Через біль у спині мені доводиться триматися за що-небудь, щоб піднятися з крісла.

7. Через біль у спині мені доводиться просити інших людей щось зробити для мене.

8. Я вдягаюсь повільніше, ніж зазвичай, через біль у спині.

9. Я стою лише короткий час через біль у спині.

10. Через біль у спині я не намагаюсь нагинатися або ставати на коліна.

11. Мені дуже важко встати з крісла через біль у спині.

12. Моя спина та нога болять майже весь час.

13. Мені важко повертатися в ліжку через біль у спині.

14. У мене є проблеми з одяганням шкарпеток через біль у спині.
 15. Я сплю менше через біль у спині.
 16. Я уникаю тяжкої роботи по дому через біль у спині.
 17. Через біль у спині я більше роздратований та різкий з іншими людьми, чим зазвичай.
 18. Через біль у спині я ходжу по сходах повільніше, чим зазвичай.
3. Підрахувати загальну кількість відмічених хворим пунктів, оцінити результат опитування

ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗА АНКЕТУВАННЯМ ОСВЕСТРІ

Оснащення: стандартизований пацієнт, опитувальник.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має дати відповіді на ряд запитань.

2. Поставити пацієнту запитання згідно з опитувальником. Опитувальник Освестрі застосовують при хронічному і рецидивуючому болю в спині. Він заповнюється пацієнтом і дає можливість у балах оцінити вплив болю на самообслуговування, сон, суспільне життя, ходьбу, пересування в просторі, здатність піднімати важкі речі, тривалий час стояти і сидіти. Опитувальник представлений 10 розділами, по шість пунктів у кожному. Хворому пропонують відмітити в кожному розділі тільки один пункт, який найбільш точно відображає його стан на момент обстеження. Залежно від порядкового номеру розділу (1, 2, 3, 4, 5, 6) проставляють бали (0, 1, 2, 3, 4, 5). Індекс відповідей (ODI) дорівнює сумі балів 10 відповідей, помноженої на 2:

$$\text{ODI} = (\text{_____}) \times 2 = \text{_____} \%$$

Максимальна кількість балів – 50, а максимальний поцент – 100.

1. Інтенсивність болю:

- в даний момент у мене немає болю;
- в даний момент біль дуже слабкий;
- в даний момент біль помірний;
- в даний момент біль досить сильний;

- в даний момент біль дуже сильний;
- в даний момент біль настільки сильний, що навіть важко собі уявити.

2. Самообслуговування (вмивання, вдягання):

- я в змозі піклуватися про себе, це не викликає додаткового болю;
- я в змозі піклуватися про себе, але це викликає додатковий біль;
- турбота про себе викликає біль і мої рухи повільні й обережні;
- я потребую деякої допомоги, але справляюся з більшістю своїх турбот;
- я щодня потребую допомоги з більшості аспектів самообслуговування;
- я не можу одягатися, вмиватися важко і я залишаюся в ліжку.

3. Піднімання ваги:

- я в змозі піднімати велику вагу без додаткового болю;
- я в змозі піднімати велику вагу, але це викликає додатковий біль;
- біль не дозволяє мені піднімати велику вагу, але я в змозі це зробити, якщо він зручно розміщений, наприклад на столі;
- біль не дозволяє мені піднімати велику вагу, але я в змозі впоратися з легким та середньої важкості вантажем, якщо він зручно розміщений.

4. Ходьба:

- я в змозі піднімати тільки дуже легку вагу;
- я не в змозі ні піднімати, ні нести щось;
- я можу пройти без болю будь-яку відстань;
- через біль я не можу пройти понад 1600 м;
- через біль я не можу пройти більше 800 м;
- через біль я не можу пройти понад 400 м;
- через біль я можу йти, тільки користуючись тростиною або милицями;
- через біль більшу частину часу я лежу, до туалету добираюся накарачках.

5. Положення сидячи:

- я можу сидіти на будь якому стільці, кріслі довго;
- я можу сидіти на своєму улюбленому стільці, кріслі довго;
- через біль я не можу сидіти довше 1 год;
- через біль я не можу сидіти довше 30 хв;
- через біль я не можу сидіти довше 15 хв;

- через біль я зовсім не можу сидіти.

6. Положення стоячи:

• я можу стояти так довго, як це необхідно, без посилення болю;

• я можу стояти так довго, як це необхідно, але це підсилює біль;

- через біль я не можу стояти більше 1 год;
- через біль я не можу стояти більше 30 хв;
- через біль я не можу стояти більше 15 хв;
- через біль я зовсім не можу стояти.

7. Сон:

- біль не впливає на мій сон;
- біль різко впливає на якість і тривалість мого сну;
- через біль я сплю менше 6 год;
- через біль я сплю менше 4 год;
- через біль я сплю менше 2 год;
- біль не дозволяє мені заснути.

8. Статеве життя:

• моє сексуальне життя таке саме, як і раніше, і не призводить до посилення болю;

• моє сексуальне життя таке саме, як і раніше, але викликає додатковий біль;

• моє сексуальне життя таке саме, як і раніше, але це призводить до різкого посилення болю;

- через біль моє сексуальне життя дещо обмежене;
- через біль я майже ніколи не займаюся сексом;
- я взагалі не займаюся сексом через біль.

9. Публічне (суспільне) життя:

• я беру звичайну участь у суспільному житті і це не супроводжується виникненням у мене додаткового болю;

• я беру звичайну участь у суспільному житті, але це сприяє посиленню болю;

• біль не впливає істотно на мою участь у суспільному житті, але обмежує участь в активних видах діяльності, наприклад занятті спортом;

• біль звузила мою участь у суспільному житті і я не буваю в суспільстві настільки часто, як раніше;

- біль обмежила моє суспільне життя будинком;
- я не беру участі в суспільному житті через біль.

10. Переміщення:

- я можу всюди переміщатися без болю;

- біль сильний, але протягом 2 год я можу рухатися;
- біль не дозволяє мені планувати прогулянки і зустрічі тривалістю більше 1 год;
- біль обмежує мої прогулянки, зустрічі поза домом тривалістю до 30 хв;
- біль перешкоджає моему переміщенню по місту за винятком поїздок з метою отримання лікування.

3. Підрахувати загальну кількість відмічених хворим пунктів, оцінити результат опитування.

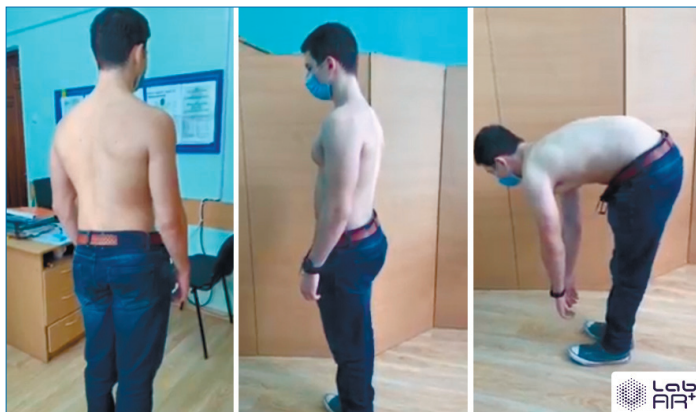
ТЕСТ АДАМСА (ADAMS) З НАХИЛОМ УПЕРЕД

Оснащення: стандартизований пацієнт.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи.
2. Зайняти положення позаду пацієнта.
3. Перевірити, чи немає різниці в довжині нижніх кінцівок.
4. Попросити пацієнта нахилитися вперед (починаючи з попереку) до того моменту, поки верхня частина тулуба не буде паралельна підлозі. Ноги при цьому повинні стояти разом, коліна розігнуті, руки висять розслаблено.



5. Оглянути хребет (уздовж горизонтальної площини) на предмет аномалій (наприклад, посилений або зменшений лордоз/кіфоз) і асиметрії тулуба. Сюди відносяться різнорівневе положення плечових і кульшових суглобів, асиметрію лопаток, розташування голови не на лінії таза, реберний горб. У разі функціонального сколіозу деформація зникає під час нахилу вперед. Якщо під час виконання тесту зберігається викривлення грудної клітки в тому самому місці і спостерігається ротація поперекових хребців, то маємо справу із структурними змінами, характерними для істинного сколіозу.

ТЕСТ АДАМСА З ВИКОРИСТАННЯМ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО МЕТОДУ ОЦІНЮВАННЯ

Оснащення: стандартизований пацієнт, сколіометр.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.
2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.
3. Пояснити пацієнту методику виконання тесту Адамса з використанням інструментального методу оцінювання.
4. Попросити пацієнта стати рівно, поставити разом ноги, та скласти витягнуті вперед руки долонями одну до одної.
5. Зайняти позицію позаду пацієнта.
6. Попросити пацієнта повільно нахилитись вперед так, ніби він намагається дотягнутись до пальців ніг. Голова повинна слідувати за тулубом.
7. Коли пацієнт нахилиється до рівня, на якому пряма лінія проведена через остистий відросток Th1–Th4 (залежно від топографії тіла), буде паралельна підлозі, попросити пацієнта зупинитись у такій позиції та провести вимірювання сколіометром, встановивши його так, щоб його виїмка знаходилась над остистим відростком відповідного хребця.
8. Оцінити результат.

9. Попросити пацієнта продовжити нахил та зупинитись на рівні, коли пряма лінія, що проведена через остистий відросток Th5–Th10 (залежно від топографії тіла), буде паралельна підлозі, попросити пацієнта зупинитись у такій позиції та провести вимірювання сколіометром, встановивши його так, щоб його виїмка знаходилась над остистим відростком відповідного хребця.

10. Оцінити результат.

11. Попросити пацієнта продовжити нахил та зупинитись на рівні коли пряма лінія, що проведена через остистий відросток Th12–L2 (залежно від топографії тіла), буде паралельна підлозі, попросити пацієнта зупинитись у такій позиції та провести вимірювання сколіометром, встановивши його так, щоб його виїмка знаходилась над остистим відростком відповідного хребця.

12. Оцінити результат.

13. Попросити пацієнта продовжити нахил та зупинитись на рівні, коли пряма лінія, проведена через остистий відросток L2–L4 (залежно від топографії тіла), буде паралельна підлозі, попросити пацієнта зупинитись у такій позиції та провести вимірювання сколіометром, встановивши його так, щоб його виїмка знаходилась над остистим відростком відповідного хребця.

14. Оцінити результат.

Норма. Нормальним вважається значення сколіометра $0\text{--}2^\circ$, що свідчить про нормальну симетрію тіла. Значення $2\text{--}4 (5)^\circ$ свідчить про вірогідність початкової стадії сколіозу або сколіотичної осанки. Значення більше $4 (5)^\circ$ свідчить про вірогідність сколіозу.

ТЕСТ ШОБЕРА (SCHOVER)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стіл, стілець, ручка, олівець, сантиметрова стрічка, рукавиці, стікери, чек-лист.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи.



2. Запропонувати пацієнту роздягтися до пояса.
3. Стати біля пацієнта з боку спини.
4. Позначити стікером верхівку остистого відростка хребця S1.
5. Відступивши від неї доверху на 10 см, відмітити стікером другу точку на шкірі пацієнта.
6. Попросити пацієнта нагнутись вперед, поміряти відстань між точками.
7. Записати результат.
8. Попросити пацієнта прогнутись назад, поміряти відстань між точками.
9. Записати результат.

ДИСТРАКЦІЙНИЙ ТЕСТ (ДІАГНОСТИКА КРИЖОВО-КЛУБОВОГО З'ЄДНАННЯ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стіл, стілець, ручка, кушетка, рукавиці, чек-лист.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має роздягнутися до пояса.
2. Запропонувати пацієнту лягти на спину на кушетку.
3. Стати біля пацієнта з правого боку.

4. Покласти праву руку на ліву передньо-верхню ость клубової кістки, а ліву руку – на праву передньо-верхню ость клубової кістки.

5. Натиснути на передньо-верхні клубові ості в напрямку до кушетки.

6. Задokumentувати отримані дані (у бланку відповіді).

КОМПРЕСІЙНИЙ ТЕСТ (ДІАГНОСТИКА КРИЖОВО-КЛУБОВОГО З'ЄДНАННЯ)

Оснащення: стандартизований пацієнт, стіл, стілець, ручка, кушетка, рукавиці, чек-лист.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має роздягнутися до пояса.

2. Запропонувати пацієнту лягти на правий бік на кушетку.

3. Стати біля пацієнта з правого боку.

4. Покласти руки на крило лівої клубової кістки.

5. Натиснути на крило лівої клубової кістки в напрямку до кушетки.

6. Задokumentувати отримані дані (у бланку відповіді).

7. Запропонувати пацієнту повернутись на лівий бік на кушетці.

8. Покласти руки на крило правої клубової кістки.

9. Натиснути на крило правої клубової кістки в напрямку до кушетки.

10. Задokumentувати отримані дані (у бланку відповіді).

ТЕСТ ГАНСЛЕНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині, якомога ближче до краю стола або звисаючи з нього на боці ураження. З метою стабілізації такого положення і фіксації поперекового відділу хребта пацієнт згинає руками протилежну нижню кінцівку в колінному і кульшовому суглобах, підтягуючи її якнайближче до тулуба.

2. Зайняти положення збоку пацієнта.

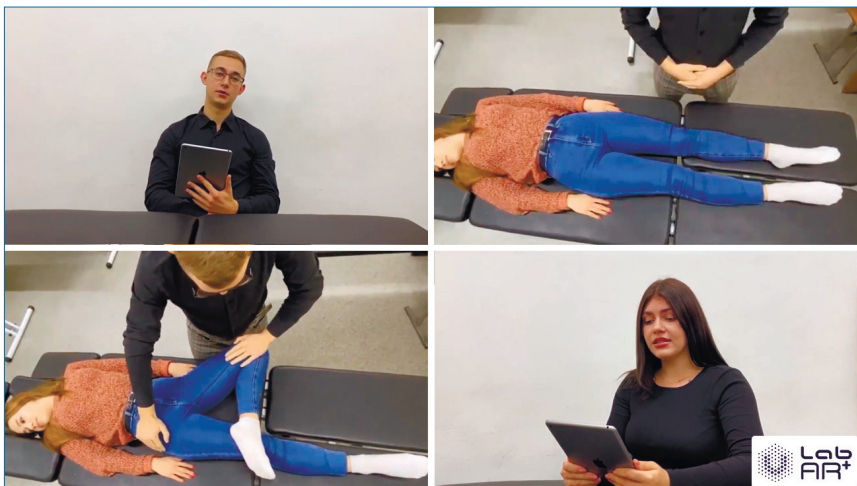
3. Виконати пасивні перерозгинаючі рухи нижньої кінцівки, що звисає з краю кушетки.

Оцінювання. Перерозгинання кінцівки у випадку дисфункції крижово-клубового сполучення викличе в ньому рух, що спровокує появу або посилення больових відчуттів.

ТЕСТ ПАТРИКА

Оснащення: стандартизований пацієнт, стіл, стілець, ручка, олівець, сантиметрова стрічка, рукавиці, стікери, чек-лист.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Хід виконання навички

Використовується для диференціювання патології кульшового суглоба і крижово-клубового зчленування (оцінювання натягу привідних м'язів).

1. Запропонувати пацієнту лягти на спину, одна нижня кінцівка випрямлена, інша зігнута в колінному суглобі. Зовнішня кісточка зігнутої кінцівки розташовується поперек і вище надколінка протилежної ноги. Можливе розташування зігнутої ноги на медіальній поверхні протилежного колінного суглоба.

2. Здійснювати тиск на ділянку колінного суглоба зігнутої кінцівки, одночасно фіксуючи рукою таз з протилежного боку, запобігаючи тим самим його руху під час відведення стегна.

Оцінювання. У нормі відведення можливе торкання коліном кушетки. Виконують порівняльне вимірювання відстані від кушетки до колінного суглоба, проводячи тест на обох кінцівках. При позитивному гіперабдукційному тесті рух обмежений, визначається напруження м'язів, і пацієнт відчуває біль при досягненні кінцівкою положення, в якому починають напружуватися привідні м'язи.

Крім оцінювання напруження аддукторів, варто також з'ясувати, чи викликане їх скорочення болем, пов'язаним з напруженням кульшового суглоба чи тугорухомістю крижово-клубового зчленування.

ТЕСТ ЛАСЕГА (LASEGUE)

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка/ліжко.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Перед проведенням обстеження пояснити пацієнту, яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження.

2. Наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.

3. Підготуватись до проведення обстеження: помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.



4. Провести заплановане обстеження:

- попросити обстежуваного лягти на спину і випрямити ноги;
- піднімати одну ногу обстежуваного (коліно повинне бути повністю випрямлене, щоб сідничний нерв був натягнутий), поки він не відчує корінцевий біль;
- записати значення кута підйому, при якому виник біль.

5. Оцінити результати тесту.

Оцінювання. Виникнення під час тесту корінцевого болю, тобто больового синдрому, що поширюється в сідницю–стегно–литку, свідчить про патологію хребта.

Тест вважають позитивним, якщо: 1) біль виникає під час підмання ноги на 30–70° від горизонтальної поверхні; 2) біль поширюється по нозі нижче коліна, а не локалізується тільки в попереку або м'язах задньої поверхні стегна. При пошкодженні на рівні L4 біль поширюється до медіальної частини гомілки; при пошкодженні на рівні L5 – до латеральної частини гомілки; на рівні S1 – до латеральної частини стопи.

Звернути увагу, що появу болю в попереку не вважають позитивним результатом. Біль по задній поверхні стегна також не є класичним симптомом, але може спостерігатися при легкому ішіасі.

6. Закінчити виконання навички.

ТЕСТ ХОДЬБИ НА П'ЯТАХ ТА КІНЧИКАХ ПАЛЬЦІВ

Оснащення: стандартизований пацієнт, кольорова стрічка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта стати спочатку на п'яти, потім на кінчики пальців.

2. Попросити пацієнта зробити кілька кроків в кожному положенні.

Оцінювання. Неможливість стояти або ходити в цих положеннях вказує на ураження корінців у поперековому відділі хребта.

**ВІЗУАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ
ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, маркер, сходинка, стілець.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта роздягтися до пояса та стати спиною навпроти джерела світла (вікно, лампа).

2. Сісти позаду пацієнта на стілець так, щоб його спина була на рівні ваших очей.

3. Попросити пацієнта стати в його звичному, розслабленому положенні, зі злегка розставленими стопами так, щоб коліна не торкалися одне одного.

4. Оглянути спину пацієнта, щоб візуально оцінити стан постави в пацієнта.

5. Відзначити маркером лінію остистих відростків, або серединну борозну спини, нижні кути лопаток та перехід ості лопатки в акроміальний відросток.

6. Визначити поглядом розташування гребенів клубових кісток, виступи вертлюгів, бокові контури талії та шиї, і насамперед, можливе відхилення від вертикальної осі міжсідничної борозни.

7. Візуально визначити положення таза (знаходиться в горизонтальному положенні, або відхилений в ту чи іншу сторону).

8. У випадку, якщо міжсіднична борозна відхилена від вертикальної осі, визначити, чи не зумовлене це відхилення нахилом таза. Виміряти довжину ніг, підкладаючи під стопу мірні сходинок до моменту, коли таз буде в горизонтальному положенні.

**МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ-ЗГИНАЧІВ
ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Для тестування прямого м'яза живота пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, ноги повині бути зігнутими в колінних суглобах, руки перехрещені й охоплюють грудну клітку.

6. Тестуючою рукою здійснити контакт з перехрещеними руками пацієнта. Іншою рукою здійснити стабілізацію його ноги до кушетки.

7. Здійснити напрямок впливу – розгинання пацієнта в поперековому відділі.

8. Для тестування зовнішнього косоного м'яза живота пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, ноги повині бути зігнутими в колінних суглобах, руки перехрещені й охоплюють грудну клітку. Пацієнт повинен бути ротований до середини на 45° в протилежну сторону від розташування тестованого м'яза.

9. Тестуючою рукою здійснити контакт з перехрещеними руками пацієнта. Іншою рукою здійснити стабілізацію його ноги до кушетки.

10. Здійснити напрямок впливу – тиск, спрямований перпендикулярно до положення тіла пацієнта.

11. Для тестування внутрішнього косоного м'яза живота пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, ноги повині бути зігнутими в колінних суглобах, руки перехрещені й охоплюють грудну клітку. Пацієнт повинен бути ротований назовні на 45° в бік тестованого м'яза. При повороті вправо – тестуються лівий зовнішній і правий внутрішній косі м'язи.

12. Тестуючою рукою здійснити контакт з перехрещеними руками пацієнта. Іншою рукою здійснити стабілізацію його ноги до кушетки.

13. Здійснити напрямок впливу – при повороті вправо тестується лівий зовнішній і правий внутрішній косі м'язи.

14. Для тестування поперекового м'яза живота пояснити пацієнту, що він має прийняти положення лежачи на спині, латерофлексія таза по відношенню до тулуба і згинання ніг у кульшових суглобах під кутом 30° . Ноги на одному рівні з тазом так, щоб вони знаходилися від центральної лінії тулуба пацієнта на 10° .

15. Застосувати ноги як важелі для додання руху тазу.

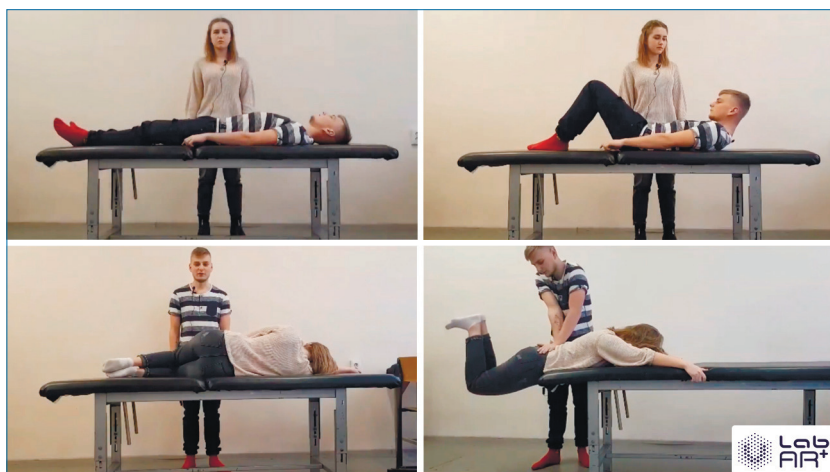
16. Здійснити контакт з кісточками пацієнта, нахилившись над ногами.

17. Здійснити напрямок впливу – тиск має бути таким, щоб привести ноги до центральної лінії кушетки. Стежити за тим, чи є віддалення гребеня клубової кістки від грудної клітки.

МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ-РОЗГИНАЧІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Хід виконання навички

1. Для тестування м'язів-розгиначів поперекового відділу хребта пояснити пацієнту, які саме м'язи Ви тестуватимете.
2. Попросити пацієнта прийняти початкове положення лежачи на животі, руки уздовж тулуба долонями вниз.
3. Попросити пацієнта підняти верхню частину тулуба від кушетки.
4. Провести пальпацію розгиначів поперекового відділу хребта.
5. Змінити початкове положення на положення лежачи на боці.
6. Попросити пацієнта розігнути спину, поклавши руки на повилику і вигнути вперед грудину.
7. Здійснити оцінювання руху тулуба.
8. Змінити початкове положення на лежачи на животі, руки уздовж тулуба долонями вниз.
9. Попросити пацієнта підняти верхню частину тулуба від кушетки.
10. Здійснити оцінювання руху тулуба.
11. Попросити пацієнта підняти верхню частину тулуба від кушетки проти опору й утримувати в такому положенні. Для виконання тесту необхідно однією рукою утримувати таз пацієнта, а іншою рукою натискати вниз на грудний відділ хребта (до кушетки).

**ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ
У ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА**

Оснащення: стандартизований пацієнт, гоніометр, стілець.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Згинання в шийному відділі хребта

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, спираючись на спинку стільця. Голова та шия повинні знаходитись в анатомічній позиції.
2. Зайняти положення збоку від пацієнта.
3. Розмістити центр гоніометра над зовнішнім слуховим проходом.



4. Розмістити нерухому branшу гоніометра перпендикулярно до підлоги.

5. Спрямувати рухому branшу гоніометра паралельно основі ніздрів.

6. Попросити пацієнта стабілізувати таз і грудний відділ хребта та нахилити голову вперед.

7. Зафіксувати показник гоніометра.

Розгинання в шийному відділі хребта

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, спираючись на спинку стільця. Голова та шия повинні знаходитись в анатомічній позиції.

2. Зайняти положення збоку від пацієнта.

3. Розмістити центр гоніометра над зовнішнім слуховим проходом.

4. Розмістити нерухому branшу гоніометра перпендикулярно до підлоги.

5. Спрямувати рухому branшу гоніометра паралельно основі ніздрів.

6. Попросити пацієнта стабілізувати таз і грудний відділ хребта та нахилити голову назад.

7. Зафіксувати показник гоніометра.

Латеральне згинання в шийному відділі хребта

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, спираючись на спинку стільця. Голова та шия повинні знаходитись в анатомічній позиції.
2. Зайняти положення позаду пацієнта.
3. Розмістити центр гоніометра над відростком С7.
4. Розмістити нерухому браншу гоніометра перпендикулярно до підлоги вздовж остистих відростків хребців грудного відділу хребта.
5. Розмістити рухому браншу гоніометра вздовж лінії, що проходить через зовнішній потиличний виступ потиличної кістки.
6. Попросити пацієнта стабілізувати таз і грудний відділ хребта та нахилити голову назад.
7. Зафіксувати показник гоніометра.

Ротація в шийному відділі хребта

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи, спираючись на спинку стільця. Голова та шия повинні знаходитись в анатомічній позиції.
2. Зайняти положення позаду пацієнта.
3. Розмістити центр гоніометра над центром найвищої ділянки черепа.
4. Спрямувати нерухому браншу паралельно уявній лінії, що з'єднує акроміальні відростки.
5. Спрямувати рухому браншу на кінчик носа.
6. Попросити пацієнта стабілізувати плечовий пояс та повернути голову вбік.
7. Зафіксувати показник гоніометра.
8. Оцінити отримані дані. Обсяг рухів у шийному відділі хребта: а) згинання 0–45°; б) розгинання 0–45°; в) латеральне згинання 0–45°; г) ротація 0–60–80°. Фактори, які впливають на обсяг рухів у суглобах: вік, стать, м'язова маса, нееластичність м'язів та тканин, травми, запальні та дегенеративні захворювання суглобів та хребта, що супроводжуються болем, формуванням спайок, скутістю, зниженням сили м'язів, набряком.

**ОЦІНЮВАННЯ АКТИВНОГО ДІАПАЗОНУ РУХІВ
У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА**

Оснащення: стандартизований пацієнт, гоніометр.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Латеральне згинання в поперековому відділі хребта

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення стоячи.
2. Зайняти положення позаду пацієнта.
3. Розмістити центр гоніометра над остистим відростком S1.
4. Розмістити нерухому браншу гоніометра перпендикулярно до підлоги.
5. Спрямувати рухому браншу гоніометра на остистий відросток С7.
6. Попросити пацієнта стабілізувати таз і здійснити нахил латерально вправо.
7. Зафіксувати показник гоніометра.
8. Попросити пацієнта зайняти положення стоячи рівно.
9. Попросити пацієнта стабілізувати таз і здійснити нахил латерально вліво.
10. Зафіксувати показник гоніометра.

Ротація в поперековому відділі хребта

1. Попросити пацієнта зайняти положення сидячи, дивлячись перед собою та не згинатися вбік, вперед або назад.
2. Розмістити центр гоніометра над найвищою точкою черепа.
3. Розмістити нерухому браншу гоніометра паралельно уявній лінії між двома горбами гребнів клубових кісток.
4. Спрямувати рухому браншу паралельно уявній лінії, що з'єднує акроміальні відростки.
5. Попросити пацієнта стабілізувати таз і грудний відділ хребта та здійснити поворот вбік.
6. Зафіксувати показник гоніометра.
7. Оцінити отримані дані. Обсяг рухів у поперековому відділі хребта: а) латеральне згинання 25–35°; б) ротація 30–45°. Фактори,

які впливають на обсяг рухів у суглобах: вік, стать, м'язова маса, нееластичність м'яких тканин, травми, запальні та дегенеративні захворювання суглобів та хребта, що супроводжуються болем, формуванням спайок, скутістю, зниженням сили м'язів, набряком.

СОМАТОСКОПІЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ПОСТАВИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, маркер, сантиметрова стрічка.

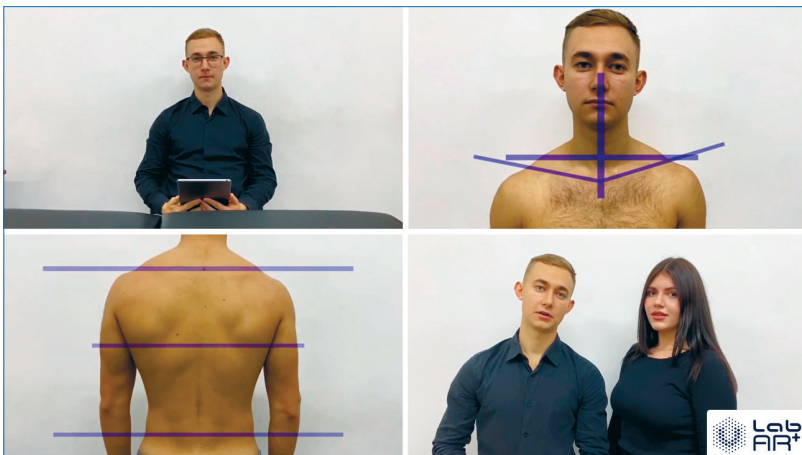
Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Оцінити фізіологічність вигинів хребта під час огляду збоку (шийний лордоз, грудний кіфоз та нижній фізіологічний вигин вперед у поперековому відділі (лордоз)).

2. Під час огляду спереду послідовно оцінити:

- 1) положення голови;
- 2) положення плечового поясу;
- 3) форму і положення грудної клітки;
- 4) форму і розмір трикутників талії, рівні тазових кісток; форму і положення живота;
- 5) положення і форму ніг.



3. Під час огляду ззаду послідовно оцінити:

- 1) положення голови;
- 2) особливості плечового поясу;
- 3) положення лопаток;
- 4) форму і розмір трикутників талії.

4. Для виявлення функціональних порушень постави дермографічним олівцем позначити чотири точки (вершини ромба Машкова):

- остистий відросток сьомого шийного хребця (точка А);
 - нижні кути лопаток (точки Б1 і Б2);
 - остистий відросток п'ятого поперекового хребця (точка В).
5. Записати результати соматоскопічного оцінювання постави.

2. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З КЛІНІЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ДЕМОНСТРАЦІЯ ПІДБОРУ ТРОСТИНИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, тростина, чек-лист.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути приємна усмішка.
2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.
3. Перед проведенням методики підбору тростини пояснити пацієнту, яку навичку необхідно буде продемонструвати, вказати, яке осьове навантаження можливе під час виконання ходьби з тростиною.
4. Розказати методику підбору тростини:
 - пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати тростину під себе;
 - попросити пацієнта зайняти вихідне положення, а саме – поставити тростину на рівні зі здоровою стопою, рука розслаблена; висота рукоятки тростини повинна бути на рівні з променево-зап'ястковим суглобом;

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В ПРАКТИЦІ ПОРУШЕНЬ...

- запропонувати пацієнту взятись за рукоятку. При правильному підборі рука пацієнта буде зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 20° .

5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ ПІДБОРУ ХОДУНКІВ

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, ходунки.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання і отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

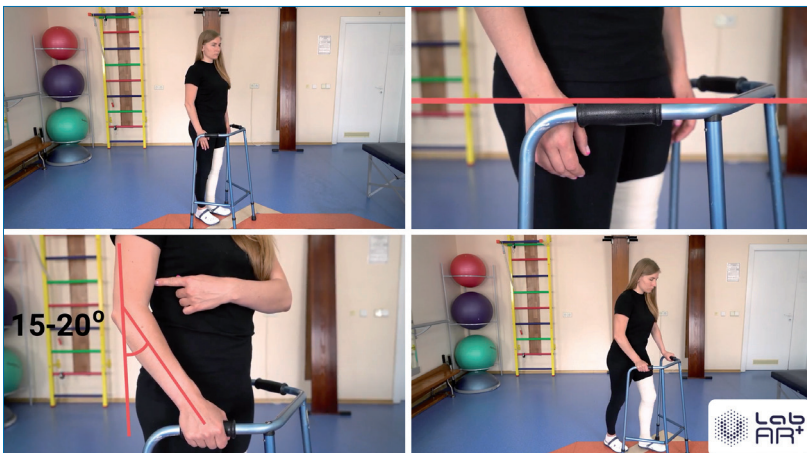
Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Перед проведенням методики підбору ходунків пояснити пацієнту, яку навичку необхідно буде продемонструвати, вказати, яке осьове навантаження можливе під час виконання ходьби з ходунками.

4. Розказати методику підбору ходунків: пацієнт стає прямо, розслабивши плечі, опустивши руки та взувши зручне взут-



тя. Розташувати ходунки таким чином, щоб пацієнт знаходився в центрі. Фізичний терапевт повинен відрегулювати ходунки таким чином, щоб рукоятки знаходились на одному рівні із зап'ястям. Якщо правильно відрегульовано висоту ходунків, то під час ходьби ліктьовий суглоб має бути зігнутий на 15–20°.

5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта. Задokumentувати отримані дані (у бланку відповіді).

6. Підсумувати виконання завдання та наголосити на ключових моментах.

ДЕМОНСТРАЦІЯ ПІДБОРУ ПАХВОВИХ МИЛИЦЬ

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, пахвові милиці, чек-лист.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Перед проведенням методики підбору милиць пояснити пацієнту, яку навичку необхідно буде продемонструвати, вказа-



ти, яке осьове навантаження можливе під час виконання ходьби з милицями.

4. Розказати методику підбору милиць:

- пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе;

- попросити пацієнта зайняти вихідне положення, а саме – поставити милицю під пахвову западину вздовж тулуба, рука розслаблена; висота верхньої перекладини милиці повинна знаходитись на 4–5 см нижче пахової западини, нижня рукоятка для захвату кисті повинна знаходитись на рівні променево-зап'ясткового суглоба;

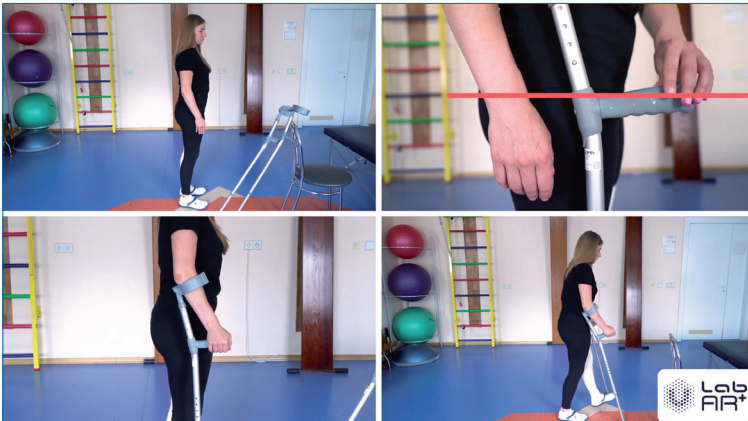
- запропонувати пацієнту взятись за рукоятку. При правильному підборі рука пацієнта буде зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 20°, а верхня перекладина не буди впирається у пахвову западину. Аналогічно проводиться підлаштування другої милиці.

5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ ПІДБОРУ ПІДЛІКТЬОВИХ МИЛИЦЬ (КАНАДОК)

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, ліктьові милиці, чек-лист.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету тестування та методику його виконання й отримати згоду на проведення процедури. Всі дії повинні супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.



Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість тестування та отримати його згоду.

3. Перед проведенням методики підбору милиць пояснити пацієнту, яку навичку необхідно буде продемонструвати, вказати, яке осьове навантаження можливе під час виконання ходьби з милицями.

4. Розказати методику підбору милиць:

- пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе, взувши зручне взуття;

- пацієнт стає прямо, розслабивши плечі та опустивши руки. Потім необхідно поставити милицю вздовж тіла. Фізичний терапевт повинен відрегулювати висоту милиці так, щоб рукоятка знаходилась на рівні з зап'ястям. Далі пацієнт просовує руку в манжету. При правильному регулюванні ліктьовий суглоб має бути зігнутий під кутом 15–20°. Звернути увагу, щоб край манжети не впирався в лікоть, а знаходився на 3–5 см нижче;

- потім підлаштувати іншу милицю;

- фізичний терапевт просить пацієнта зробити кілька кроків, щоб оцінити зручність переміщення.

5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ БИНТУВАННЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Оснащення: стандартизований пацієнт, еластичні бинти.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається. Заздалегідь попередити пацієнта, що процедуру будуть проводити до його вставання.

Хід виконання навички

1. Привітатись та назвати себе. На обличчі повинна бути привітна усмішка.

2. Пацієнту в приємній формі пояснити мету візиту, тему й тривалість виконання навички та отримати його згоду.

3. Розказати методику виконання навички бинтування нижніх кінцівок:

- бинтування ніг виконують у положенні пацієнта лежачи в ліжку, не встаючи. Еластичний бинт потрібно накладати рівномірними турами без складок, щоб уникнути травм шкіри під час руху. Фізичний терапевт починає накладати еластичний бинт, починаючи від суглобів пальців стопи. Обов'язково бинтується і п'ята, причому під час бинтування п'яти формується так званий замок, що виключить зісковзування пов'язки під час руху;

- бинт, згорнутий в рулон, необхідно розкручувати тільки назовні і в безпосередній близькості від шкіри. Тільки така техніка дозволяє уникнути перерозтягнення бинта під час накладення і, як наслідок, занадто високої компресії на ногу. Кожен наступний шар бинта повинен перекривати попередній на 30–50 %. Пов'язка повинна повністю закривати всю стопу та гомілку до колінного суглоба. Стопа по відношенню до гомілки повинна бути забинтована під прямим кутом. В іншому випадку ходьба стане досить проблематичною;

- у міру бинтування фізичний терапевт повинен послаблювати ступінь компресії, щоб еластичний бинт краще тримався на нозі, особливо на стегні, найкраще накладати шари бинта попеременно у висхідному і низхідному напрямках – буде сформована так звана ялинка з шарів бинта;

- бинтування повинне закінчуватися на 10–15 см вище хворої зони ноги.

4. Оцінити чіткість виконання процедури.

ТЕХНІКА БИНТУВАННЯ КУКСИ. КОМПРЕСІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ АМПУТАЦІЇ НА РІВНІ ГОМІЛКИ

Оснащення: функціональне ліжко або кушетка, муляж кукси гомілки, еластичний бинт.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Розказати техніку проведення бинтування кукси: починати бинтувати необхідно з нижньої частини кукси. Котушка бинта на початку бинтування має знаходитись всередині, а не назовні. Тро-



хи натягуючи бинт, виводимо його на передню поверхню гомілки, фіксуємо, або просимо пацієнта притримати, та, продовжуємо накладати бинт донизу по діагоналі, щоб захопити бокову поверхню кукси (так звані «вушка»). Далі робимо тур навколо кукси та продовжуємо вести бинт по діагоналі з іншого боку, підтягуючи бокові поверхні, помірно натягуючи бинт. Потім знову робимо тур навколо кукси і так далі.

2. Компресія, яка створюється завдяки бинтуванню, в дистальній частині кукси має бути більша, ніж в проксимальній. Можна зробити кілька додаткових турів знизу, накладаючи бинт один на один, для формування помірно-конусоподібної кукси. При бинтуванні кожен наступний тур має покривати попередній наполовину, таким чином досягається компресійний ефект. Бажано бинтувати куксу якомога вище.

3. Коли закінчується один бинт, поверх нього можна накласти другий, продовжуючи бинтувати таким самим методом. Бинтуючи, ми отримуємо візерунок, схожий на колосок чи ялинку. Зісковзування бинта свідчить про втрату компресії, у цьому випадку бинт необхідно накласти повторно.

4. Результат занести у формі огляду.

3. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ВТРУЧАННЯ

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ХОДЬБИ З МИЛИЦЯМИ БЕЗ ОПОРИ НА УШКОДЖЕНУ КІНЦІВКУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, милиці (канадки), сходинки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.
3. Запропонувати пацієнту підійти до краю сходинки. Пацієнт, спираючись на милиці, ставить здорову ногу на сходинку вище; спираючись на здорову кінцівку, пацієнт приставляє милиці та ушкоджену кінцівку; пацієнт виконує підйом на 4-5 сходинок вгору.
4. Стежити, щоб стопа не звисала зі сходинки.
5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ХОДЬБИ ПРИСТАВНИМ КРОКОМ

Оснащення: стандартизований пацієнт, чек-лист, милиці.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.
3. Стежити, як пацієнт виносить милиці вперед на довжину кроку (близько 20 см); далі ушкоджену ногу виносить вперед на рівень з милицями; спираючись на милиці, пацієнт приставляє здорову ногу.

4. Стежити, щоб пацієнт повторював цикл кроку: «милиці–крок ушкодженою з опорою на милиці–здорова», долаючи дистанцію в 5–6 м.

5. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ХОДЬБИ ПЕРЕМІННИМ КРОКОМ

Оснащення: стандартизований пацієнт, чек-лист, милиці (канадки).

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.

3. Стежити, як пацієнт виносить милиці вперед на довжину кроку (близько 20 см) одночасно з ушкодженою кінцівкою; спираючись на милиці, пацієнт робить крок (довжиною близько 20 см) здоровою ногою.

4. Стежити, щоб пацієнт повторював цикл кроку: «милиці–крок ушкодженою з опорою на милиці–крок здоровою», долаючи дистанцію в 5–6 м.

5. Звернути увагу, щоб стопа виконувала переكات з п'ятки на носок.

6. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ХОДЬБИ З МИЛИЦІЯМИ ЗА ТИПОМ «ЛИЖНОЇ ХОДЬБИ»

Оснащення: стандартизований пацієнт, чек-лист, милиці (канадки).

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.
3. Стежити, як пацієнт виносить вперед на довжину кроку (близько 20 см) одночасно милицю та протилежну по відношенню до неї здорову кінцівку; спираючись на милицю пацієнт виконує крок здоровою ногою; далі одночасно виносить вперед ушкоджену кінцівку та милицю з протилежної сторони; спираючись на милицю, пацієнт робить крок (довжиною близько 20 см) ушкодженою ногою.
4. Стежити, щоб пацієнт повторював цикл кроку: «милиця–протилежна кінцівка (крок здоровою); милиця–протилежна кінцівка (крок ушкодженою)», долаючи дистанцію в 5–6 м.
5. Звернути увагу пацієнта, щоб під час ходьби стопа виконувала переكات з п'ятки на носок.
6. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

**ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ СПУСКУ З МИЛИЦІЯМИ
ПО СХОДАХ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, чек-лист, милиці (кандки), сходинки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.
3. Запропонувати пацієнту підійти до краю сходинки.
4. Стежити, як пацієнт спускає милиці на сходинку нижче (постановка милиць на середину сходинки); спираючись на милиці, пацієнт спускає на сходинку вниз ушкоджену кінцівку (стежити, щоб носок не виходив за край сходинки); далі пацієнт приставляє здорову ногу поряд з ушкодженою.

5. Запропонувати пацієнту виконати спуск на 4-5 сходинок вниз.
6. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ПІДЙОМУ З МИЛИЦЯМИ ПО СХОДАХ

Оснащення: стандартизований пацієнт, милиці (канадки), сходинки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милиці під себе.
2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милиці на рівні зі стопами.
3. Запропонувати пацієнту підійти до краю сходинки.
4. Стежити, щоб пацієнт, спираючись на милиці, ставив здорову ногу на сходинку вище; спираючись на здорову кінцівку, приставляв милиці та ушкоджену кінцівку.
5. Стежити, щоб стопа не звисала зі сходинки.
6. Запропонувати пацієнту виконати підйом на 4-5 сходинок вгору.
7. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ДЕМОНСТРАЦІЯ НАВИЧКИ ХОДЬБИ З ОДНІЄЮ МИЛИЦЕЮ ЧИ ТРОСТИНОЮ

Оснащення: стандартизований пацієнт, завдання, милиця (канадка) чи тростина.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання та отримати його згоду на проведення процедури. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, як він повинен відрегулювати милицю під себе.

2. Запропонувати пацієнту зайняти вихідне положення: поставити милицю на рівні зі стопою з боку здорової кінцівки.

3. Стежити, як пацієнт виносить вперед на довжину кроку (близько 20 см) одночасно милицю та ушкоджену кінцівку; спираючись на милицю виконує крок здоровою ногою.

4. Стежити, щоб пацієнт повторював цикл кроку: «милиця з ушкодженою кінцівкою (крок)–крок здоровою кінцівкою», долаючи дистанцію в 5–6 м.

5. Звернути увагу пацієнта, щоб під час ходьби стопа виконувала переكات з п'ятки на носок.

6. Оцінити чіткість та вірність виконання дій пацієнта.

ТЕХНІКА ПЕРЕХОДУ В ПОЛОЖЕННЯ ЛЕЖАЧИ НА ЗДОРОВОМУ БОЦІ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, еластичний бинт, подушка (товщина 15 см, довжина 40–45 см).

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині.



2. Розмістити подушку між ногами пацієнта та попросити його зігнути ноги в колінних суглобах під кутом 20° , затискаючи подушку між колінними суглобами, стежити, щоб стопи пацієнта не виконували внутрішню ротацію.

3. Попросити пацієнта розмістити за головою руку зі здорового боку, одночасно тримаючись іншою рукою за край кушетки.

4. Попросити пацієнта виконати поворот на здоровий бік, стежачи за тим, щоб під час повороту тулуб, таз та ноги утворювали одну лінію. Стежити, щоб таз не «завалювався» назад, а за необхідності – фіксувати під час повороту таз пацієнта своєю рукою.

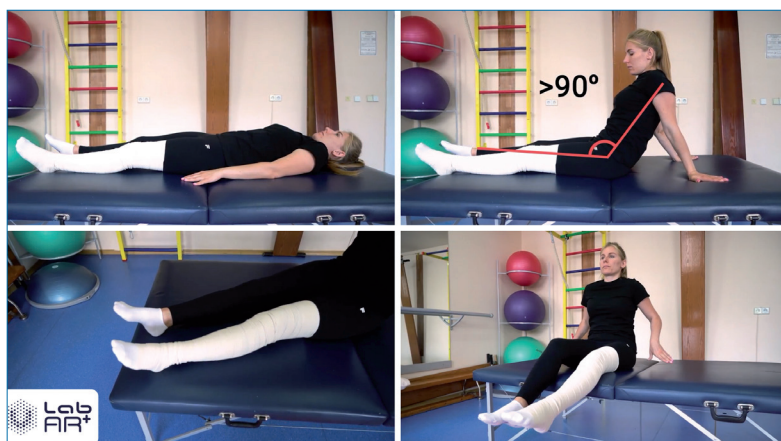
ТЕХНІКА ПЕРЕХОДУ З ПОЛОЖЕННЯ ЛЕЖАЧИ В ПОЛОЖЕННЯ СІДЯЧИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, еластичний бинт.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення лежачи на спині. *Зауваження:* оперована кінцівка знаходиться з краю ліжка.



2. Попросити пацієнта, спираючись на передпліччя, а далі на долоні, перейти в положення сидячи, стежити, щоб кут між тулубом та стегном під час переходу в положення сидячи був більшим 90° .

3. Попросити пацієнта рухатись по діагоналі в бік оперованої кінцівки: спочатку переміщувати оперовану ногу, потім – здорову, а далі пацієнт переміщує тулуб з опором на долоні.

4. Пацієнт рухається по діагоналі до того часу, поки не опиниться в положенні перпендикулярно до ліжка.

5. Попросити пацієнта, спираючись на долоні та здорову кінцівку, переміщатись вперед до того часу, доки не опустить стопи на підлогу.

ТЕХНІКА ПІДЙОМУ З ПОЛОЖЕННЯ СИДЯЧИ ЗА ДОПОМОГОЮ ХОДУНКІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, еластичний бинт, ходунки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи на краю кушетки.



2. Попросити пацієнта розмістити ходунки спереду якомога ближче до себе.

3. Попросити пацієнта розігнути оперовану ногу в колінному суглобі, а здорову – зігнути в коліні під кутом 90° .

4. Пацієнт береться за рукоятки ходунків так, щоб лікті були спрямовані угору. Попросити пацієнта нахилитись трохи вперед, зберігаючи прямий кут між тулубом та стегном, та, спираючись на руки та здорову кінцівку, підняти.

ТЕХНІКА ПІДЙОМУ З ПОЛОЖЕННЯ СИДЯЧИ ЗА ДОПОМОГОЮ МИЛИЦЬ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, еластичний бинт, милиці.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи на краю кушетки.

2. Попросити пацієнта розігнути оперовану ногу в колінному суглобі, а здорову – зігнути в коліні під кутом 90° .

3. Розмістити милицю з боку оперованої кінцівки, а з іншого – зробити опір кисті в ліжку.



4. Попросити пацієнта нахилитись трохи вперед, зберігаючи прямий кут між тулубом та стегном, та, відштовхуючись від ліжка та спираючись на здорову ногу та милицю, піднятись. Подати пацієнту другу милицю та попросити виконати кілька кроків, щоб перевірити рівновагу.

НАВЧАННЯ ТЕХНІКИ ХОДЬБИ З ХОДУНКАМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, еластичний бинт, ходунки.

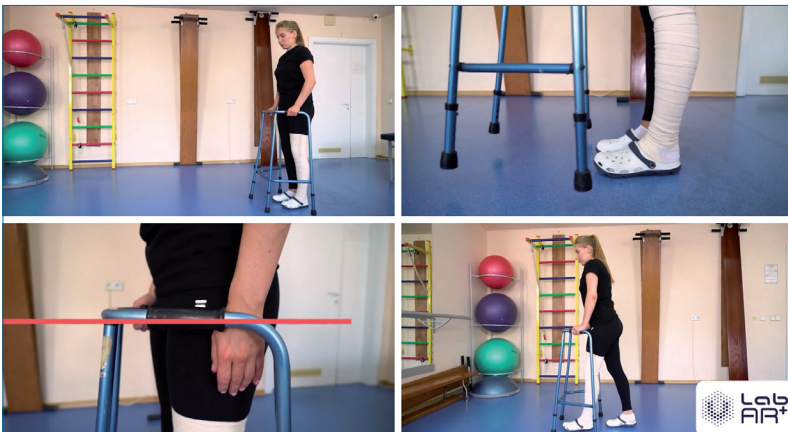
Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення стати всередині ходунків. Перевірити положення зап'ястя пацієнта: воно має знаходитись на одному рівні з рукояткою ходунків.

2. Попросити пацієнта перемістити ходунки на крок вперед, далі, спираючись на ходунки, пацієнт робить крок вперед операною кінцівкою і приставляє здорову ногу.

3. Стежити, щоб пацієнт не переставляв ходунки знову вперед, доки не завершить цикл кроку здоровою ногою. Важливо руха-



тись усередині ходунків, а не за їх межами. Стежити, щоб пацієнт не виносив ходунки занадто вперед.

4. Стежити, щоб пацієнт під вашим керівництвом виконав кілька кроків.

БАЗОВІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ НА ВІДНОВЛЕННЯ РУХЛИВОСТІ В ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОМУ СУГЛОБІ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Оснащення: стандартизований пацієнт, стілець зі спинкою, дві гантелі 1–3 кг

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Продемонструвати на власному прикладі виконання навички, супроводжуючи кожен власний рух словесно.

2. Пояснити пацієнту алгоритм виконання базових терапевтичних вправ на відновлення рухливості в променево-зап'ястковому суглобі після поранення верхньої кінцівки:

1) зімкнути пальці в «замок» обох рук, виконувати оберти кистями за напрямком руху «вісімка»;

2) зімкнути пальці в «замок» обох рук, вирівняти руки в ліктьовому суглобі вперед, повернувши долоні від себе і повернутись у вихідне положення;





3) випростати прямі руки вперед, повернути тильні сторони долоні всередину і схрестити долоні, права рука зверху, зімкнувши їх в «замок». Потім вивернути долоні назовні, зробити оберти в ліктьовому суглобі. Детальні вказівки можуть змінюватись залежно від рухового дефіциту та функціональних можливостей пацієнта.

3. Підійти до пацієнта зі слабкого або ураженого боку, щоб страхувати його та виконувати супервізію.

4. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, супроводжуючи кожен рух вербальними підказками та страхуванням.

5. Перейти до більш самостійного виконання вправи пацієнтом.

6. Вправи на відновлення рухливості в суглобах чергувати з вправами для зміцнення м'язів з обтяженням, використовуючи гантелі для пораненої руки 1 кг, а для здорової 2–3 кг.

7. Закінчити виконання навички.

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ З МОДЕЛЮВАННЯ СИТУАЦІЇ НА МОЖЛИВІСТЬ УТРИМУВАТИ ЗБРОЮ РІЗНОГО КАЛІБРУ

Оснащення: стандартизований пацієнт, пляшка з водою 2 л, гантеля 3–4 кг, рюкзак масою 5 кг.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Продемонструвати на власному прикладі виконання навички, супроводжуючи кожен власний рух словесно.

2. Пояснити пацієнту алгоритм виконання рухової активності для військовослужбовців після поранення верхньої кінцівки з моделювання ситуації на можливість утримувати зброю різного калібру:

1) перекладання з одного місця на інше пляшки з водою 2 л двома руками;

2) утримання гантелі двома руками масою від 3 до 4,5 кг (маса автоматичної зброї);

3) підняття рюкзака двома руками масою 5 кг на рівень грудей;

4) одягання рюкзака масою 5 кг (початкова маса бронежилета). Детальні вказівки можуть змінюватись залежно від рухового дефіциту та функціональних можливостей пацієнта.

3. Підійти до пацієнта з слабкого або ураженого боку щоб страхувати його та виконувати супервізію.

4. Розпочати виконання вправ з пацієнтом, супроводжуючи кожен рух вербальними підказками та страхуванням.

5. Перейти до більш самостійного виконання вправ пацієнтом.

6. Закінчити виконання навички.



**ДЗЕРКАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ФАНТОМНОМУ БОЛЮ
ПРИ АМПУТАЦІЇ НА РІВНІ ГОМІЛКИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, функціональне ліжко або кушетка, дзеркальний короб.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

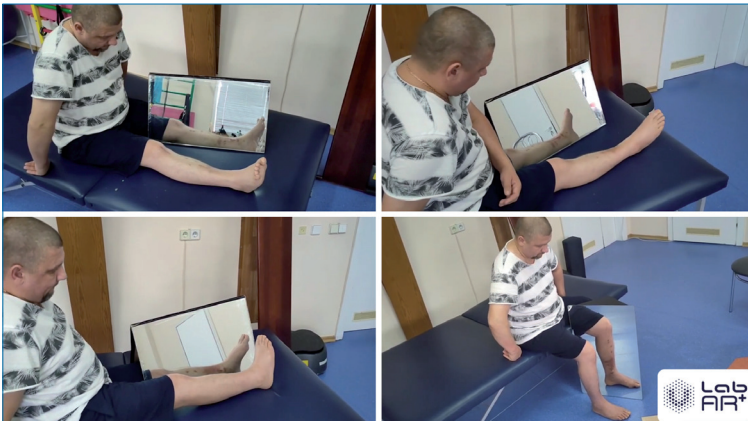
1. Попросити пацієнта зайняти вихідне положення сидячи з опором на кисті чи передпліччя, усічена кінцівка знаходиться в середині дзеркального короба або за його межами.

2. Попросити пацієнта виконати згинання пальців нижньої кінцівки. При цьому пацієнт дивиться у відображення в дзеркалі і уявляє, що згинаються пальці усіченої кінцівки – 5–7 разів.

3. Попросити пацієнта виконати рух в над'яtkово-гомiлковому суглобі – згинання–розгинання, пацієнт уявляє, що відбувається згинання у над'яtkово-гомiлковому суглобі ураженої кінцівки.

4. Після цього пацієнт виконує колові рухи в над'яtkово-гомiлковому суглобі за/та проти часової стрілки при візуальному уявленні, що згинається усічена кінцівка в над'яtkово-гомiлковому суглобі.

5. Попросити пацієнта виконати приведення стопи до центру, торкаючись пальчиками дзеркала, та відведення стопи назовні. При цьому він продовжує дивитися у дзеркало, в його відображення і уявляє рух в усіченій кінцівці.



6. Виконати відведення нижньої кінцівки вбік, вздовж поверхні кушетки та повернення її у вихідне положення. Постійно нагадувати пацієнту, щоб концентрував всю увагу на дзеркальному відображенні.

7. Піднімання нижньої кінцівки над поверхнею ліжка. Не забувати контролювати, щоб пацієнт дивився у відображення в дзеркалі та уявляв, що піднімання виконується в усіченій кінцівці.

8. Результат занести у формі огляду.

Методичні рекомендації.

Пацієнт, не відриваючи погляд, постійно дивиться на відображення в дзеркалі усіченої кінцівки. Вправу бажано виконувати босоніж. Але якщо у пацієнта є рубці, татуювання, великі родимі плями та інше, потрібно використовувати одяг або бинтування, щоб закрити такі ознаки. Можна робити різноманітні рухи збереженою кінцівкою, а також використовувати масажні м'ячики та їжачки. Не важливо, які саме рухи буде виконувати пацієнт, важливо не втрачати уваги з ноги, яка відображається в дзеркалі, та відчувати у відображенні усічену кінцівку.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АМПУТАЦІЇ НА РІВНІ СТЕГНА

Оснащення: стандартизований пацієнт, кушетка, валик.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

Перед навчанням методики виконання вправ потрібно нагадати пацієнту, що після міно-вибухових поранень та вибухових травм для регенерації ушкоджених тканин необхідно багато часу, тому виконання вправ варто розпочинати після загоєння післяопераційної рани та з дозволу оперуючого лікаря. Темп виконання вправ має бути повільним, розпочинати необхідно з невеликої кількості повторів, 2-3 рази на день. З часом, вже після зняття швів, кожну вправу треба виконувати близько 10 повторень 2 рази на день за умови хорошого самопочуття та відсутності протипоказань.



Методика виконання вправ:

1. Вихідне положення лежачи на спині. Попросити пацієнта виконати відведення усіченої кінцівки вздовж кушетки.
2. Вихідне положення лежачи на спині. Попросити пацієнта виконати піднімання усіченої кінцівки вгору.
3. Вихідне положення лежачи на здоровому боці. Попросити пацієнта виконати відведення усіченої кінцівки назад та вперед.
4. Вихідне положення лежачи на здоровому боці. Попросити пацієнта виконати колові рухи усіченою кінцівкою за та проти годинникової стрілки.
5. Вихідне положення лежачи на животі. Попросити пацієнта виконати відведення усіченої кінцівки вздовж поверхні кушетки.
6. Вихідне положення лежачи на животі. Попросити пацієнта виконати розгинання усіченої кінцівки, направляючи її вгору, таз має бути притиснутим до кушетки.
7. Вихідне положення лежачи на животі. Для запобігання контрактури в усіченій кінцівці необхідно виконати такі дії: валик розмістити під куксою для досягнення перерозгинання в кульшовому суглобі – до 20 хв 3 рази на день.
8. Результат занести у формі огляду.

**НАВЧАННЯ ТЕХНІКИ ХОДЬБИ НА ПРОТЕЗІ ГОМІЛКИ
З ВИКОРИСТАННЯМ МИЛИЦІ ЧИ ТРОСТИНИ**

Оснащення: стандартизований пацієнт, доріжка з розміткою, милиці-канадки.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії ма-

ють супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

1. Розказати методику навчання ходи на протезі гомілки з використанням милиць: попросити пацієнта перемістити протез разом з милицею вперед на довжину кроку, спираючись на них.

2. Пацієнт переносить здорову ногу трішки далі. Увага, необхідно стежити, щоб милицю пацієнт тримав у протилежній від протеза руці.

3. Слід зауважити, що пацієнт повинен зберігати цикл кроку – переكات з п'ятки на носок.

4. Потрібно стежити за носком протеза стопи, він не має ронуватись всередину чи назовні.

5. Потрібно стежити за тим, щоб пацієнт не закидав протез через сторону. Нога, що в протезі, має згинатися в кульшовому та колінному суглобах під час ходьби.

6. Поступово пацієнт повинен завантажувати більше протезовану ногу, а милицю використовувати лише для підстраховки та рівноваги.

7. Результат занести у формі огляду.

Типові помилки під час навчання ходьби на протезі: занадто довгий крок; милиця зі сторони протеза; недостатнє завантаження протеза.



ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ МАСАЖУ РУБЦЯ КУКСИ

Оснащення: масажна кушетка, муляж кукси, масажний крем.

Підготовка до виконання. Уточнити у пацієнта розуміння мети і ходу майбутнього втручання і його згоду на процедуру. Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

Хід виконання навички

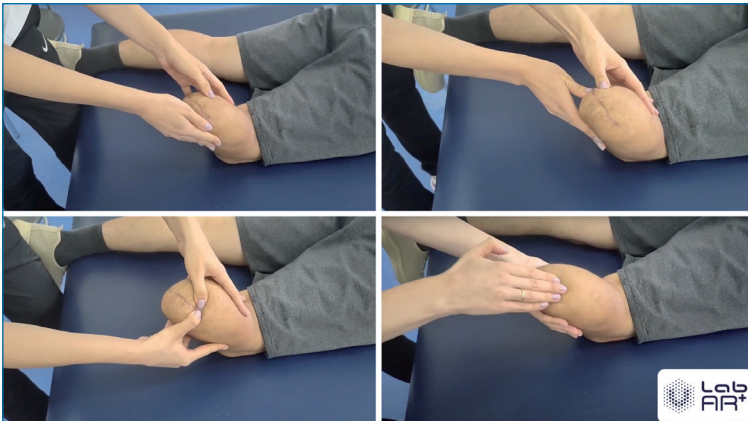
1. Продемонструвати техніку виконання масажу рубця кукси, починаючи з того, що потрібно розмістити подушечки великих пальців по обидві сторони від рубця та, помірно натискаючи, зміщувати шкіру та м'язи в протилежному напрямку, виконуючи вздовж всієї протяжності рубця, до 3 разів. Під час виконання цих прийомів куксу необхідно притримувати з обох боків долонною поверхнею чи фалангами пальців, тим самим досягаючи додаткового масажного ефекту на периферії кукси.

2. Наступний прийом – колові рухи подушечкою великих пальців по обидві сторони від рубця, рухаючись вздовж всієї рубцевої поверхні, уникаючи больових відчуттів, 3–5 повторень.

3. Прийом – випрямляючі та розтягуючі рухи від рубця, виконуючи їх достатньо протяжними, вздовж всієї рубцевої поверхні, 3–5 разів.

4. Виконати колові погладжуючі рухи по поверхні рубця, зміщуючи шкіру в різному напрямку, долонною поверхнею та фалангами пальців – 1 хв.

5. Закінчити виконання та демонстрацію навички.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ащеулова Т. Общий осмотр больного. Диагностическое значение симптомов, выявленных при осмотре больного: метод. указания / Т. Ащеулова, О. Ковалева, Н. Герасимчук. – Х.: ХНМУ, 2015. – 12 с.
2. Бойчук Т. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації / Т. Бойчук, М. Голубева, О. Левандовский. – Львів: ЗУКЦ, 2010. – 239 с.
3. Букуп К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц / К. Букуп; пер. с англ. – М.: Мед. лит., 2008. – 320 с.
4. Визуальное руководство по функциональному мышечному тестированию / [Карин Вибен, Бернд Фалькенберг]. – пер. с англ. – М.: МЕДпрессинформ, 2017. – 296 с.
5. Вовканич А. С. Вступ до фізичної реабілітації: навч. посіб. / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 184 с. – ISBN 978-966-2328-55-4. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/7255>
6. Гаврисюк В. Анализ перспектив применения функциональных тестов с ходьбой у больных хроническими заболеваниями легких / В. Гаврисюк, А. Ячник, Е. Беренда // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – № 3. – С.46–50.
7. Герцик А. Обстеження як функціональна підсистема фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату / А. Герцик, О. Тиравська // Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – 2016. – № 22. – С. 65–73.
8. Діагностика рухових можливостей у практиці фізичного терапевта: навч. посіб. / [А. В. Ольховик]. – Суми: Сум. держ. ун-т, 2018. – 146 с.
9. Касаткин М. С. Мануальное тестирование мышц / М. С. Касаткин. – «ЛитРес:Самиздат», 2020. –170 с.
10. Кобелев С. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку: метод. посіб. для студ. ВНЗ фіз. профілю / С. Кобелев. – Львів: ПП Сорока, 2005. – 88 с. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/9399>
11. Ковальчук В. В. Реабилитация пациентов, перенесших инсульт. – М., 2016. – 328 с.
12. Козьолкін О А. Реабілітація пацієнтів з захворюваннями нервової системи: навч.-метод. посіб. / О. А. Козьолкін, І. В. Візір, М. В. Сікорська, О. В. Лапонов. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 183 с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

13. Крук Б. Нові технології фізичної реабілітації неповносправних осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу: навч. посіб. / Б. Крук, О. Куц. – Львів: Українські технології, 2006. – 135 с. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/10397>
14. Крук Б. Р. Терапевтичний вплив фізичних вправ на функціональні системи у осіб із забоем головного мозку [Електронний ресурс] / Б. Р. Крук, Н. Я. Росолянка // Спортивна наука України. – 2017. – № 5. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/10874>
15. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика (руководство-справочник) / В. О. Маркс. – Мн.: Наука и техника, 1978. – С. 512.
16. Мельниченко М. Можливості оцінки стану пацієнта / М. Мельниченко, Л. Елій // Paediatric surgery. – 2017. – Вип. 2. – № 55. – С. 102–108.
17. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології: монографія / В. М. Мухін. – Львів: ЛДУФК, 2015. – 424 с.
18. Мышцы. Анатомия. Движения. Тестирование / [Клаус-Петер Валериус и др.]; пер. с англ. – М.: Практическая медицина, 015. – 432 с.
19. Окамото Гері. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / Гері Окамото. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 325 с.
20. Ольховик А. Диагностика рухових можливостей у практиці фізичного терапевта: навч. посіб. [Інтернет] / А. Ольховик. – Суми: СумДУ, 2018. – 146 с.
21. Остроушко О. Обстеження функціональних можливостей опорно-рухового апарату для визначення ефективності реабілітаційних заходів при вогнепальних ураженнях плечового суглоба / О. Остроушко, Ю. Попадюха // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2016. – № 3. – С. 135–138.
22. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: метод. рек. / [В. А. Бывальцев, Е. Г. Белых, Н. В. Алексеева, В. А. Сороковиков]. – Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, 2013. – 32 с.
23. Рокошевська В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару: метод. посіб. для студ. вищих навч. закладів фізкультурного профілю / В. Рокошевська. – Львів, 2010. – 93 с. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/8000>
24. Суворов А. Ю. Постуральные функциональные пробы в процессе физической реабилитации больных с церебральным инсультом / А. Ю. Суворов, Г. Е. Иванова, Д. В. Скворцов и др. // Лечебная физкультура и спорт. медицина. – 2012. – № 9. – С. 45.
25. Терапевтичні вправи: навч. посіб. / [О. Єжова, К. Тимрук-Скоропад, Л. Ціж, О. Ситник]. – Житомир: ПП «Євро-Волинь», 2021. – 150 с.
26. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт» (Додатки). Практична ангіологія [Інтернет]. 2013 [цитовано 2021 Серп. 09]; 3(62). Доступно на: Kisner С, Colby LA, Borstad J. Therapeutic exercise: Foundations and techniques. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2012. 1048 p.
27. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / [под. ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой]. – М.: Антидор, 2012. – 440 с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

28. Bandy W, Sanders B. Therapeutic exercise for physical therapist assistants. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. 458 p. Kisner C, Colby LA, Borstad J. Therapeutic exercise: Foundations and techniques. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2012. 1048 p.
29. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. 2014, P. 50–75.
30. Kisner C, Colby LA, Borstad J. Therapeutic exercise: Foundations and techniques. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2012. 1048 p.
31. Li F, Wu Y, Li X. Test-retest reliability and inter-rater reliability of the Modified Tardieu Scale and the Modified Ashworth Scale in hemiplegic patients with stroke. Eur J Phys Rehabil Med. 2014 Feb;50(1):9–15.
32. Mark Mumenthaler, M.D. Heinrich Mattle. Fundamentals of Neurology. – 2016 – P. 98–109.
33. Norkin, Cynthia C. «The Thoracic and Lumbar Spine». Measurement of Joint Motion: A Guide to Goniometry, 5e Eds. Cynthia C. Norkin, and D. Joyce White. McGraw Hill, 2016.
34. <https://lektsia.com/9x962f.html>
35. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/library/video-materials/>

Навчальне видання

БАКАЛЮК Т.,
БАРАБАШ С.,
БОНДАРЧУК В., та ін.

**ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ
ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА**

ДИДАКТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Редагування – НАДІЯ ОТРОХ
Технічний редактор – ТЕТЯНА БЕРЕЗЯК
Комп'ютерне верстання – ВЯЧЕСЛАВ БЕЛЕНОК

Формат 60×90 1/16. Ум. друк. арк. 11,0.
Наклад 1000 пр. Зам. № 17.

Віддруковано у ФОП Гнідь Ярослав Богданович
Україна, 79069, м. Львів,
вул. Шевченка, 352/34.

Витяг з реєстру платників
єдиного податку № 1813073401875
від 08.10.2018

