**Тема 2. Обстеження опорно-рухового апарату. Функціональна та клініко-
лабораторна діагностика суглобів.**

**ОБСТЕЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

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

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

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

- з'ясування скарг хворого;

- ретельний збір анамнезу (історії) захворювання;

 - об'єктивну оцінку життєво важливих систем організму;

- об'єктивне обстеження опорно-рухового апарату;

- використання додаткових методів дослідження (рентгенографія кісток і суглобів, лабораторні, інструментальні методи дослідження, тощо).

 **Розпитування хворого**

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

Збір скарг і анамнезу необхідно побудувати так, щоб не пропустити найістотніших штрихів розвитку захворювання і суб'єктивного сприйняття пацієнтом його наслідків. Рекомендується цілеспрямовано розпитати хворого і отримати його відповіді за такими пунктами:

основні скарги (болі, скутість, порушення ходи, підвищена втомлюваність, порушення координації, тощо);

історія розвитку захворювання і проблем, які виникли у зв'язку з ним; рекомендується не тільки з'ясувати питання, які стосуються отриманого пацієнтом лікування і його ефективності, наявності супутніх захворювань і алергії, але й попросити хворого охарактеризувати стиль його життя до і після розвитку хвороби або отримання травми, щоб оцінити нанесений ними збиток;

ступінь обмеження рухової активності (здатність повертатися в ліжку, сідати з положення лежачи, вставати, пересуватися усередині квартири і поза нею, користуватися транспортом, тощо);

можливість виконання побутових операцій (особиста гігієна, одягання, прийом їжі);

здійснення побутових робіт (приготування їжі, прибирання, прання, закупи, тощо);

громадська активність;

обмеження у спілкуванні з оточуючими;

потреба в допоміжних засобах (милицях, інвалідному візку, протезах, тощо);

проблеми психологічного і сексуального плану;

ситуація в сім'ї, ступінь допомоги з боку родичів або знайомих, фінансова забезпеченість.

Особливої уваги надається з'ясуванню обмежень, які виникають у зв'язку із захворюванням у сфері звичної життєдіяльності. Для впорядкування процедури розпитування пацієнтів і осіб, які доглядають за ними, а також для отримання кількісних показників рівня життєдіяльності пацієнта широко застосовуються спеціальні опитувальники. У основі методик виявлення порушень життєдіяльності найчастіше лежить оцінка незалежності особи від сторонньої допомоги у повсякденному житті. При цьому аналізуються не всі її види, а тільки найбільш загальні і значущі з рутинних дій людини.

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

Інтенсивність болю оцінюють за 4-бальною шкалою:

0 балів - відсутність больового синдрому;

1 бал - мінімальний біль, який не потребує лікування, не викликає зниження працездатності, не перешкоджає сну;

2 бали - помірний біль, який знижує працездатність, обмежує самообслуговування, добре піддається лікуванню знеболювальними препаратами (анальгетиками);

3 бали-сильний, майже постійний біль, який погано знімається анальгетиками, різко знижує професійну і побутову працездатність, перешкоджає сну;

4 бали - це біль надзвичайної інтенсивності, наприклад, «простирадловий біль», при якому внаслідок ймовірного посилення больових відчуттів хворий боїться навіть дотику простирадла. Цей біль повністю знерухомлює пацієнта, порушує його сон.

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

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

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

Узагальнюючи скарги, дослідник повинен з'ясувати, чи хворого турбує тільки біль у суглобах, чи раніше були ознаки запалення суглобів (артриту). Артрит супроводжується п'ятьма основними ознаками запалення: набряк, підвищення локальної температури, почервоніння шкіри, болючість, порушення функції. Для артральґії притаманна тільки наявність больового синдрому.

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

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

1. У якому саме суглобі локалізований біль, місце максимального болю, його іррадіація.

2. Поширення ураження: моноартрит (ураження одного суглоба), оліґоартрит (ураження 2-3 суглобів) чи поліартрит (ураження багатьох суглобів).

3. Який суглоб був уражений на початку захворювання.

4. Симетричність ураження суглобів.

5. Наявність ознак запалення: загальних (підвищення температури тіла, загальна слабкість, кволість, пітливість) і локальних (почервоніння, набряк, біль).

6. Наявність обмеження при рухах у суглобах.

7. Інтенсивність больового синдрому (визначається за методикою, викладеною вище).

8. Ритм больового синдрому: біль виникає зранку, ввечері, вночі; під час якої пори року, зв'язок з метеофакторами (біль «на зміну погоди»),

9. Які чинники провокують біль, а які зменшують, чи є зв'язок з рухами. Характер болю може бути: запальним - біль більш виражений у спокої або ж біль інтенсивніший на початку руху, ніж наприкінці, рухи зменшують біль; больові відчуття і скутість більше турбують вранці; механічним - біль пов'язаний з рухами у суглобі: чим більше хворий рухається, тим сильніший біль, спокій зменшує симптоматику; постійним - болі виразні, виснажливі, різко посилюються вночі.

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

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

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

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

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

У практиці реабілітаційних установ для хворих з порушеннями опорно-рухового апарату застосовують спеціальні шкали. Найбільшого поширення набули шкала повсякденної життєдіяльності Бартела, або індекс Бартела, і шкала функціональної незалежності FІМ (Functional Іndependence Меаsure), розроблена Американською Академією Фізичної терапії і Реабілітації.

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

 **Об'єктивне обстеження хворого**

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

Огляд включає обстеження хворого у положенні лежачи, стоячи і під час ходи. При цьому важливо оцінити поставу пацієнта, характер ходи, її швидкість, наявність деформацій суглобів, контрактур - це дає загальне уявлення про наявність порушень опорно-рухового апарату і його функціональні можливості.

Основні різновиди ходи:

1. **Несправжня кульгавість** - хворий оберігає ушкоджену ногу при ході, опирається на неї обережно і короткочасно. Причиною такої ходи є біль.

2. **Справжня кульгавість** викликана вкороченням кінцівки більше, ніж на 2 см (вкорочення ноги в межах 1-2 см компенсується опущенням тазу і не дає кульгавості). Вкорочена кінцівка не болюча, використовується для опори, тулуб при опорі на цю ногу опускається (падаюча кульгавість). При значному вкороченні кінцівки (8-10 см) стопа встановлюється у положенні підошвового згинання, опора припадає тільки на передній відділ стопи (кінська стопа).

3. **Підстрибуюча хода** спостерігається при видовженні ноги - хвора нога при ході описує коло або хворий «вкорочує» довшу ногу, згинаючи її у кульшовому і колінному суглобах.

4. **Качина (хода з розхитуванням**) спостерігається при двобічному вродженому вивиху стегна або деформаціях з укороченням тазово-вертлюжних м'язів. Тулуб при ході поперемінно відхиляється то в один, то в інший бік.

5. **Паралітична або паретична хода** спостерігається у хворих з ізольованими паралічами або парезами окремих м'язів, які викликають гіпермобільність і слабоопірність суглобів. Наприклад, при паралічі малогомілкових м'язів стопа звисає вниз, і хворі, щоб не торкатися при ході пальцями підлоги, намагаються підняти її якомога вище (шльопаючий характер ходи).

6. **Спастична хода** спостерігається у хворих зі спастичними паралічами і парезами. Хворі ходять з важкістю, пересуваються малими кроками, тягнучи ноги, шуркаючи стопами. При підвищенні тонусу привідної групи м'язів стегон і схильності до перехрещення ніг при кожному кроці одне коліно треться об інше. При спастичному скороченні литкових м'язів хода супроводиться підстрибуванням.

При огляді відзначають зміни осі нижніх і верхніх кінцівок.

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

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

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

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

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

Можливі зміни конфігурації суглобів:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Аускультація.** Аускультація (вислуховування з допомогою фонендоскопа) проводиться тільки під час рухів у суглобах. Фонендоскоп встановлюють на рівні суглобової щілини і просять хворого здійснити згинання й розгинання. Визначають час появи шуму і оцінюють його тривалість і характер. У нормі шуми не вислуховуються, однак при патологічному процесі у суглобі можуть з'являтися шуми різного характеру.

 **Кількісна оцінка суглобового синдрому**

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

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

Найпоширенішими з них є:

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

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

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

0 - відсутність болю;

1 - відчуття незначного болю при пальпації;

2 - відчуття болю середньої інтенсивності (хворий морщиться);

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

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

0 - відсутність припухлості;

1 - сумнівна чи слабко виражена припухлість;

2 - явна припухлість;

3 - сильно виражена припухлість.

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

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

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

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

*Таблиця 2.1*

**Основні показники суглобового синдрому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Суглоби****(коефіцієнти перерахунку)** | **Справа** | **Зліва** |
| **РБ** | **СІ** | **ІП** | **РБ** | **СІ** | **ІП** |
| **Р** | **Л** | **Р** | **Л** | **Р** | **Л** | **Р** | **Л** | **Р** | **Л** | **Р** | **Л** |
| 1 | Висково-нижньощелепний (2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Грудинно-ключичний (4) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ключично-акроміальний (4) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Плечовий (2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ліктьовий (12) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Променево-зап’ястковий (4) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Пястково-фаланговий 1-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Пястково-фаланговий 2-ий (1)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Пястково-фаланговий 3-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Пястково-фаланговий 4-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Пястково-фаланговий 5-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Проксим. міжфаланговий 1-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Проксим. міжфаланговий 2-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Проксим. міжфаланговий 3-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Проксим. міжфаланговий 4-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Проксим. міжфаланговий 5-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Дистальн. міжфаланговий 2-ий (1)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Дистальн. міжфаланговий 3-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Дистальн. міжфаланговий 4-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Дистальн. міжфаланговий 5-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Кульшовий (24) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Колінний (24) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Гомілково-стопний (8) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Таранно-п’ятковий (4) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Плесно-фаланговий 1-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Плесно-фаланговий 2-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Плесно-фаланговий 3-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Плесно-фаланговий 4-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Плесно-фаланговий 5-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Міжфаланговий суглоб стопи 1-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Міжфаланговий суглоб стопи 2-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Міжфаланговий суглоб стопи 3-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Міжфаланговий суглоб стопи 4-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Міжфаланговий суглоб стопи 5-ий (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Шийний відділ хребта (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Грудний відділ хребта (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Поперековий відділ хребта (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Крижово-здухвинне з’єднання (1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЗАГАЛЬНА СУМА |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

*Таблиця 2.2*

**Зведена таблиця показників активності суглобового синдрому**

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

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

8. **Обхват колінних суглобів** – визначається сантиметровою стрічкою.

9. **Сила стискання кисті** – оцінюється за допомогою динамометра.

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

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

*Таблиця 2.3*

**Опитувальник для визначення індексу Лі**

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

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

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

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

*Таблиця 2.4*

Стенфордська анкета оцінки здоров’я хворого на ревматоїдний артрит

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

В анкетах порівнюють отримані величини в динаміці лікування.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Обсяг рухів у суглобах визначається за допомогою кутоміра. При цьому за норму приймається обсяг рухів у здоровому суглобі. Для визначення об'єму рухів необхідно встановити кутомір так, щоб його бранші збігалися з віссю суміжних сегментів, а ось обертання кутоміра збігалася з віссю руху в суглобі.

Відлік у всіх суглобах проводиться від 0о (положення сегментів кінцівок в суглобах вертикально розташованої людини).

Запис результатів складається з 3 цифр: 1. Кут крайньої позиції; 2. Нейтральна позиція - 0о. 3. Кут кінцевої позиції протилежного розмаху руху.

Якщо у суглобі відбуваються різні види рухів, то записують їх у такій послідовності:

\* Розгинання/згинання;

\* Відведення/приведення;

\* Ротація: зовнішня/внутрішня.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Суглоб і вид рухів | Правий (або хворий) | Лівий (або здоровий) |
| **Плечовий:**Розг./згин.Відв./прив.Рот.наз./рот.вн. |   |  180/0/60180/0/090/0/90 |
| **Ліктьовий:**Розг./згин . |   |  10/0/150 |
| **Променевозап’ясний:**Розг./згин .Пром./лікт.відв. |   |  70/0/8020/0/30 |
| **Кульшовий:**Розг./згин  Відв./привРот.нар./рот.вн. |   |  10/0/13050/0/4050/0/50 |
| **Колінний:**Розг./згин |   |  5/0/140 |
| **Гомілковостопний:**Підошв./тильне згинан. |   |  30/0/30 |

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

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

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

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