

## Тема 1. Базові компоненти обстеження та контролю стану пацієнта.

### План

1. Вступ в предмет.
2. Проблема постановки реабілітаційного діагнозу в практиці фізичного терапевта.
3. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

#### 1. Вступ в предмет.

Навчальна дисципліна «*Методи обстеження і контролю в фізичній терапії та ерготерапії при захворюваннях ССС, НС, ОРА, ДС*» є базовою дисципліною для студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» освітнього ступеня «бакалавр» для здобуття кваліфікації бакалавра з фізичної терапії, ерготерапії.

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

«*Методи обстеження і контролю в фізичній терапії та ерготерапії при захворюваннях ССС, НС, ОРА, ДС*» включає ознайомлення студентів з методами соціологічного, педагогічного, клінічного та параклінічного дослідження; основними протипоказами і застереженнями щодо проведення заходів фізичної реабілітації; особливостями обстеження у фізичній реабілітації, спеціальними тестами та шкалами; етичними та юридичними вимогами ведення документації. Ефективність вищеперерахованих заходів значною мірою визначається узгодженістю усіх ланок реабілітаційного процесу, а також командною роботою мультидисциплінарної команди.

Опанування дисципліни дасть змогу фахівцеві в подальшому здатність проводити обстеження, тестування й оцінювання потреб і можливостей пацієнта/клієнта. Основою формування знань, умінь і навичок у навчальній дисципліні «*Методи обстеження і контролю в фізичній терапії та ерготерапії при захворюваннях ССС, НС, ОРА, ДС*» є лекційні заняття, практичні заняття, індивідуальні навчально-дослідні роботи, а також самостійна робота.

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

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

## **2. Проблема постановки реабілітаційного діагнозу в практиці фізичного терапевта.**

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

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

Клінічна діяльність здійснюється в лікувальних та реабілітаційних установах і передбачає участь у встановленні реабілітаційного діагнозу та виконанні реабілітаційної програми. Вона охоплює втручання під час гострих станів, функціональне відновлення, підтримку досягнутих результатів, профілактику виникнення дисфункцій. Пацієнта скеровує безпосередньо до фізичного терапевта лікуючий лікар. Скерування містить перелік проблем, вирішення яких належить до компетенції фізичного терапевта. Позаклінічна діяльність фізичного терапевта охоплює участь у наукових дослідженнях, навчальних програмах, консультуванні та адміністративній діяльності.

### **Базові практичні навички у діяльності фізичного терапевта.**

- Провести комплексне обстеження, оцінку пацієнта / клієнта
- Проаналізувати результати обстеження, щоб скласти клінічні судження щодо стану пацієнта / клієнта
- Скласти прогноз і планування
- Надавати консультацію у межах своєї компетенції.
- Скласти програму втручання / лікування
- Визначити результати будь-якого втручання
- Дати рекомендації щодо домашньої програми

**Американська асоціація фізичної терапії, виділяє такі складники клінічної діяльності, як:**

- обстеження (*examination*);
- оцінювання (*evaluation*);
- діагностика порушень (*diagnosis*);
- прогнозування (*prognosis*);
- втручання (*intervention*).

Окремо від обстеження розглядають оцінювання та діагностику.

### **Складові діяльності фізичного терапевта:**

- Обстеження пацієнта/клієнта:
- Збір анамнезу пацієнта/клієнта:
- Огляд пацієнта:

Найбільш складною проблемою в практиці фізичних терапевтів є проблема постановки реабілітаційного діагнозу на основі міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Основою будь якого процесу реабілітації є одночасне залучення декількох різногалузевих спеціалістів, що дає змогу повноцінно і точно спрямовувати процес виліковування хворого. Головною перевагою дібраних методів є їх обширність та зрозумілість трактування показників, що суттєво покращить міждисциплінарний супровід пацієнта оскільки спрощує розуміння отриманих даних всіма учасниками процесу фізичної терапії, включно з медичним персоналом а саме терапевтів різних напрямленостей.

Такий підхід в першу чергу покращить якість та практичність навичок майбутніх спеціалістів а також дасть можливість відчувати на собі доцільність та широту методів діагностики у фізичній терапії. Окрім цього збільшить загальну інтеграцію студента в процес навчання та орієнтацію в майбутній професії. Розкриє важливість діагностики як основоположного та коригуючого елемента фізичної терапії та медицини загалом.

Першою та невід'ємною частиною реабілітаційного процесу українські та закордонні науковці вважають обстеження. В описі професійної діяльності спеціальності «Фізичний терапевт» Міжнародної стандартної класифікації професій ISCO-08 (група 2264) обстеження (оцінювання стану) пацієнтів указується як перший складник, що передує створенню й виконанню реабілітаційної програми

**Реабілітаційне обстеження**, передбачає оцінку фізичних функцій пацієнта/клієнта і аналіз споріднених чинників. Фізична оцінка пацієнта/клієнта проводиться відповідно до медичного діагнозу. Такі дані про стан пацієнта/клієнта отримуються від лікарів та інших членів міждисциплінарної команди. Для збору специфічної інформації про пацієнта/клієнта процес складання історії рухової дисфункції може охоплювати анкетування, консультації чи обговорення з іншими членами міждисциплінарної команди, перегляд наявних медичних записів. Часто у пацієнтів/клієнтів є множинні порушення, і частина вмінь фізичного терапевта полягає у допомозі пацієнту/клієнту визначити основну проблему, а також первинні та вторинні чинники, що мають на неї вплив. Необхідною частиною при проведенні реабілітаційного обстеження є врахування та проведення загального аналізу психологічних, економічних, соціальних та культурних чинників, які часто мають значний вплив на стан пацієнта, його проблем.

Одним із важливих компонентів клінічної діяльності фізичного терапевта є оцінка реабілітаційного потенціалу пацієнта. На основі оцінки реабілітаційного потенціалу (високого, задовільного, низького) визначається реабілітаційний прогноз (сприятливий, неясний, несприятливий). Зокрема, визначаються здібності

до орієнтації, пересування, самообслуговування, спілкування, навчання, контролю за своєю поведінкою, до праці, які підлягають або не підлягають відновленню або компенсації.

**Реабілітаційний прогноз** - передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство.

Реабілітаційний прогноз визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а також реальними можливостями застосування для його реалізації сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів.

Коли вирішене завдання збереження життя й функцій уражених органів та тканин, у послідовному процесі «діагностика - лікування - реабілітація» на перший план виступає реабілітація хворого.

**Обов'язковими елементами** є визначення реабілітаційного потенціалу, складення реабілітаційного прогнозу та оцінка (моніторинг) досягнутого прогресу під час реабілітації.

**Реабілітаційний потенціал** - це комплекс біологічних і психофізіологічних характеристик індивідуума, а також соціально-оточуючих факторів, що дозволяють тією чи іншою мірою реалізувати його потенціальні здатності. Реабілітаційний прогноз - очікувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу

**Міждисциплінарна команда** – група корекційних фахівців, які проводять обстеження різних сфер функціонування організму людини для виявлення проблемних сфер та з метою їх корекції. У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу вимагає міждисциплінарного (бригадного) підходу з розробкою індивідуальної реабілітаційної програми. Відбір пацієнтів і лікування повинно проводитися міждисциплінарною командою з підготовкою фахівців, які мають досвід корекційної роботи, а також з доступом до різних варіантів лікування. Необхідно врахувати відомі ускладнення й невизначеність у відношенні довгострокових результатів лікування з пацієнтами, а також з їхніми батьками та / або опікунами.

Фахівці, які беруть участь у обстеженні пацієнта та формуванні реабілітаційного прогнозу повинні надати свої оцінки патології для збору інформації про короткострокові і довгострокові результати реабілітації. Ці результати повинні включати оцінку м'язового тону, великих моторних функцій, неврологічні порушення, деформації хребта, якість життя і потреба в додаткових операціях, погоджені на національному рівні.

**Визначення реабілітаційного діагнозу** є кінцевим результатом оцінювання, тобто аналізу і синтезу інформації, отриманої при обстеженні пацієнта.

### **Основні принципи побудови діагнозу**

*Реабілітаційний діагноз, який виставляється хворому, чітко включає наступні розділи, що викладаються в строгій послідовності:*

- Основне захворювання (просте або комбіноване).
- Ускладнення основного захворювання.

- Супутні захворювання.

Заключний діагноз у статистичній карті вибулого зі стаціонару буде кодований відповідно до МКБ-10 і бути 26 джерелом статистичної та іншої інформації, в тому числі і для фінансування медичного закладу.

**Ціль спостереження** – визначення ймовірних рухових проблем і пошук способів їх розв'язання.

**Об'єкти спостереження** – рухова активність пацієнта та особливості будови його тіла. Неформальне спостереження потрібно здійснювати постійно.

**Опитування** виконують за певним алгоритмом, аби з'ясувати історію рухового порушення. Наприкінці цього етапу фахівець складає неформальний план подальшого обстеження.

**Тестування та вимірювання** – це продовження збору фізичним терапевтом об'єктивної інформації про пацієнта, щоб описати рухові порушення й локалізувати структури, які їх спричиняють.

Завершує обстеження **аналіз** фізичним терапевтом зібраних даних. Його мета – визначити обсяг / величину порушень рухових функцій та активності.

**Обстеження хворого** – комплекс медичних досліджень, за допомогою яких виявляються загальні і місцеві ознаки хвороби і дається оцінка загального стану організму хворого.

### **Методи обстеження хворого поділяють на:**

1.1. *загальні* (ті, що застосовуються при обстеженні будь-якого хворого) основні (опитування і збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія і аускультация). Ці методи з'явилися раніше за інші в медичній практиці і їх застосування не потребує ніякої складної апаратури і можливу у будь-якій обстановці.

1.2. *додаткові* – це методи, які входять в обов'язковий мінімум обстеження (вимірювання ваги/росту, температури тіла, тонометрія, з лабораторних досліджень – аналіз сечі та крові).

2) *спеціальні* (що застосовуються за відповідними показами).

Протягом тривалого часу у фізичній терапії для організації роботи з пацієнтом та ведення медичної документації використовують **SOAP-формат** («soap» – мило з англ.), у якому три перші складники діяльності стосуються обстеження. За першими буквами абревіатури визначають збір суб'єктивної інформації (Subjective), збір об'єктивної інформації (Objective), оцінювання (Assessment), планування (Plan).

У цьому випадку спостереження як компонент обстеження окремо не розглядаються.

### **Окремі науковці подають власне трактування положень SOAP-формату:**

➤ Subjective – Patient History (історія порушення);

- Objective – Observation (огляд);
- Assessment – Examination (обстеження, тестування).

У теорії та практиці фізичної терапії значного поширення набула структура обстеження пацієнта, що умовно складається з трьох частин:

- спостереження: реабілітолог візуально оцінює поставу та рухи пацієнта;
- суб'єктивне оцінювання: реабілітолог опитує пацієнта;
- об'єктивне оцінювання: реабілітолог виконує тести та вимірювання.

Загальні методи обстеження у лікарському контролі:

1. Опитування і збір анамнезу
2. Огляд
3. Пальпація
4. Перкусія
5. Аускультация

**Збір анамнезу** завжди проводять за певною послідовністю: паспортні дані, скарги, історія захворювання, історія життя.

### Алгоритм збору даних про пацієнта



З'ясовуючи скарги, слід намагатися визначити головні, провідні, встановити їх характер. Вивчення основних скарг часто дозволяє зробити висновок про загальний характер захворювання. Деталізуючи ці скарги, можемо зрозуміти важливі деталі перебігу захворювання або наявність супутніх патологій.

Зокрема, з'ясовують наявність змін:

- 1) органів дихання (кашель, задишка, біль у грудній клітці, кровохаркання тощо.);
- 2) кровообігу (біль, задишка, посилене серцебиття, тахікардія, набряки тощо);
- 3) травлення (апетит, нудота, блювання, печія, біль, проноси, закрепи тощо);

4) сечовиділення (прискорене або болісне сечовипускання, затримка сечі, домішки крові в сечі тощо);

5) Нервова система і органи чуття: особливості поведінки, настроїв (емоційний тонус), збудливість, особливості сну, розвиток мови, затинання, головний біль, запаморочення, судоми, шкідливі звички (обгризання нігтів, стереотипні рухи), слух, зір, нюх, втомлюваність в школі, успішність;

б) Стан сенсорних органів (стан слуху, зору тощо).

7) ендокринна система (розвиток волосяного покриву, зміни шкіри, порушення маси тіла, зміни росту, тілобудови, пропорцій, розвиток вторинних статевих ознак).

Деталізувати і уточнити слід усі основні скарги пацієнта.

Окрім того, щоб не пропустити будь-яких симптомів і з'ясувати стан функцій всіх органів, хворому задають питання стосовно скарг, які найбільш притаманні при розладах роботи основних систем організму.

*Анамнез хвороби (anamnesis morbi). При опитуванні виявляють:*

- ✓ коли почалося захворювання;
- ✓ як воно почалося;
- ✓ як воно розвивалося;
- ✓ які проводилися дослідження, їх результати;
- ✓ яке проводилося лікування і яка його ефективність.

*Історія життя хворого (anamnesis vitae).*

*Уточнюються:*

- перенесені інфекційні захворювання;
- наявність спадкових захворювань та схильностей;
- алергічний анамнез.

Якщо оглядається дитина, то чим вона менша, тим більше уваги слід приділити питанням перебігу вагітності мами (ускладнена чи ні), особливостей пологів (нормальні, передчасні, ускладнені, кесарів розтин), розвитку дитини (особливості психофізичного розвитку).

Однією із складових реабілітаційного обстеження є **спостереження**. Спостереження починається одразу і продовжується протягом обстеження та всього курсу реабілітації (безперервне), особливо важливе до і після кожного заняття з пацієнтом.

Спостерігати за пацієнтом потрібно постійно, але не демонстративно. Спостерігайте симетрію рухів, бажання рухатись, компенсаторні або індивідуальні рухи, координацію, рівновагу, функціональний рівень, рівень самостійності, фактори ризику, поставу, міміку, „мову тіла", розмір та пропорції м'язів, набряки, складки, рубці, колір (еритема, ціаноз).

**Спостереження поділяється на формальне та неформальне.**

Необхідно порівнювати інформацію, отриману в результаті формального і неформального.

### **Суб'єктивна оцінка стану пацієнта.**

Суб'єктивно – те, що говорить пацієнт.

Ми задаємо пацієнту запитання (відкриті і закриті). На цьому етапі: розвивається комунікація між фізичним терапевтом та пацієнтом, формується робоча атмосфера; реабілітолог починає складати історію рухового порушення; відзначаються симптоми, які можуть вимагати втручання інших фахівців охорони; формується попередня (робоча) версія про рухове порушення; складається план подальшого обстеження.

#### **До суб'єктивної інформації відноситься:**

1. Загальна інформація про пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, коли встановлені, дата госпіталізації (інформація з історії хвороби).
2. Головна скарга – повинна стосуватися рухової сфери.
3. Професія, рівень повсякденної активності, заняття спортом, захоплення.
4. Виникнення проблеми.
5. Коли встановлено основний діагноз і як довго існують, попереднє лікування та реабілітація, який результат?
6. Чи симптоми міняються з початку виникнення?
7. Біль: характер, інтенсивність і динаміка.
8. Супутні захворювання – додаткові скарги і ймовірні ускладнення при здійсненні реабілітаційних заходів.
9. Чинники, пов'язані із повсякденною активністю.

**Огляд** - метод об'єктивного обстеження хворого, який виконується системно і за певною схемою.

Придивлятися до пацієнта потрібно вже з першої хвилини зустрічі з ним і продовжувати впродовж збору анамнезу. В цей час необхідно відзначити ходу, поставу, вираз обличчя, реакцію на оточуючих, поведінку.

#### **Огляд умовно можна поділити на:**

- 1) загальний огляд,
- 2) огляд окремих частин тіла.



Загальний огляд				
Стан свідомості	Психічний стан	Положення хворого	Загальний вигляд хворого	Стан шкіри і видимих слизових
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ стан ясної свідомості;</li> <li>✓ неясна свідомість;</li> <li>✓ ступор чи оціпеніння;</li> <li>✓ сопор;</li> <li>✓ кома;</li> <li>✓ збудження;</li> <li>✓ марення;</li> <li>✓ галюцинації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ апатія;</li> <li>✓ схвильованість;</li> <li>✓ збудження;</li> <li>✓ переляк;</li> <li>✓ подавленість</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ активне,</li> <li>пасивне,</li> <li>вимушене;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ постава</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ лімфатичні вузли;</li> <li>✓ шкіра (колір, сухість/вологість, потовиділення, судинні сітки);</li> <li>✓ видимі слизові;</li> <li>✓ волосяний покрив;</li> <li>✓ очі</li> </ul>
Огляд окремих частин тіла				
Обличчя	Шия	Грудна клітка	Живіт	Кінцівки
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ синюшність навколо очей, носа і рота;</li> <li>✓ гіперемія шкіри лиця;</li> <li>✓ червоний колір губ, іноді гіперемія однієї сторони лиця;</li> <li>✓ блідість з сірим відтінком лиця;</li> <li>✓ дихальні рухи крил носа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ участь у диханні допоміжних дихальних м'язів ший (грудинно-ключично-сосковидний, драбинчастий);</li> <li>✓ втягування ділянки підключичних ямок і надключичних впадин під час дихання</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ форма грудної клітки;</li> <li>✓ симетричність рухів гр.кл.;</li> <li>✓ тип дихання</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ участь у акті дихання;</li> <li>✓ робота м. черевного пресу;</li> <li>✓ форма</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Форма, наявність деформацій, виражених судинних малюнків та вен</li> </ul>

Огляд хворого в реабілітаційній практиці

**Пальпація** – клінічний метод дослідження за допомогою дотику з метою вивчення фізичних властивостей й чутливості тканин і органів, топографічних співвідношень між ними та виявлення деяких функціональних станів в організмі (температури шкіри, пульсації судин, перистальтики кишківника тощо).

Пальпація проводиться приблизно в тій же послідовності, що і огляд.

**При пальпації будь-якої частині тіла:**

- відзначають вологість або сухість шкірних покривів, температуру, еластичність, пружність (тургор) шкіри, підшкірно-жирової клітковини і м'язів.
- виявляють лімфатичні вузли, визначають їх величину, консистенцію, рухливість і спаяність з навколишніми тканинами, болючість.
- виявляють форму і характер деформацій, наявність новоутворень.

Окрім того, можна відчуті серцевий і верхівковий поштовхи, визначити тремтіння і перистальтику.

Залежно від мети та обсягу дослідження пальпацію проводять по-різному, але завжди за певною системою і правилами.

**Правила пальпації**

1. Положення досліджуваного повинно бути зручним з обов'язковим психоемоційним і м'язовим розслабленням. Недотримання цього правила утрудняє пальпацію, а часом вона стає неможливою.

2. Положення діагноста також повинно бути зручним, не викликати напруження і втоми.

3. Рухи повинні бути легкими і м'якими як при поверхневій, так і при глибокій пальпації. Різкі рухи руки, виражена компресія викликають рефлекторне скорочення м'язів пацієнта, що утрудняє дослідження, а також викликає біль навіть у здорової людини.

4. Досліджуваний об'єкт підлягає (де це можливо) обстеженню з усіх боків.

5. М'які, рухливі органи та тканини при пальпації притискаються до щільної поверхні, а якщо вона відсутня, то роль щільною поверхні виконує другарука, укладена на поверхню тіла з протилежного боку.

Залежно від мети і завдань дослідження, залежно від розташування органу або об'єкта, його величини, форми і щільності, досвіду, застосовується відповідний вид пальпації. Існує безліч технічних прийомів проведення пальпації, деякі з них є специфічними і використовуються тільки для певної мети.

**Пальпацію можна проводити:**

- однією або двома руками (бімануально),
- долонею,

➤ пальцями.

Долонями досліджується великі ділянки (напр. голосове тремтіння над легенями, симетричність рухів грудної клітки).

Долонною поверхнею кисті проводиться поверхнева пальпація живота. Для цього найчастіше використовуються II, III, IV пальці кисті. Кінцеві фаланги цих пальців, їх подушечки мають високу тактильною чутливість, добре сприймають вібрацію, з їх допомогою визначається характер поверхні, консистенція органів і тканин, рубці, вузликові утвори.

Ковзальні рухи пальцями дозволяють визначити різницю в щільності тканин сусідніх ділянок, виявити нерівності, вузлики в тканинах.

Іноді використовується метод поперечного перекату, особливо при дослідженні судин, сухожиль, м'язів.

При пальпації округлих утворень (лімфовузли, різного роду вогнищеві ущільнення) застосовується кругові ковзальні рухи з метою отримання інформації про характер поверхні, країв, здатність зміщуватися, болючість.

Кінцеві фаланги II-IV пальців, а іноді великого пальця, використовуються при компресійної пальпації, при якій кінчиками пальців (пальця) здійснюється вертикальний тиск на тканини досліджуваної області. Так досліджуються суглобові щілини, м'язи, сухожилля і особливо місця їх прикріплення до кістки, місця виходу черепно-мозкових і спинно-мозкових нервів, міжкостисті зв'язки.

**Перкусія** - Метод дослідження внутрішніх органів, заснований на постукуванні по поверхні тіла обстежуваного з оцінкою характеру виникають при цьому звуків.

Вистукування проводять молотком по пластинці (плесиметр), прикладеної до тіла або пальцем по пальцю - спосіб так званої опосередкованої перкусії.

При перкусії пальцем по пальцю зігнутих 3-му пальцем правої руки постукують по тильній поверхні 2-ої фаланги третього пальця лівої руки, щільноприкладеної до тіла (пальці-пальцева перкусія). Удари пальцем слід виробляти рухом тільки кисті, а не всього передпліччя, не згинаючи при цьому пальця.

Удари повинні бути однакової сили, швидкі, короткі, спрямовані перпендикулярно належному пальцю; постукувати потрібно не дуже сильно.

#### **Види:**

1. порівняльна (на симетричних ділянках грудної клітки, що дозволяє отримати опосередковану інформацію про морфологічний стан легень, патологічних змінах, які виникають в плевральній порожнині (плеврит, пневмоторакс), отримати непряме уявлення про морфологічному стані органів).

2. топографічна (Топографічна перкусія визначає межі органів, їх

величину і форму, екскурсію легень).

Звуки, одержувані при перкусії, розрізняються по силі (ясності), висоті і відтінку. За силою відрізняють гучний (або ясний) і тихий (або тупий) звук; по висоті - високий і низький; по відтінку звуку - тимпанічний, нетимпанічний і звук металевим відтінком.

**Аускультация** ("auscultatio" - вислуховування) - метод дослідження внутрішніх органів, заснований на вислуховуванні звукових явищ, пов'язаних з їх діяльністю. Аускультация здійснюється шляхом прикладання до поверхні тілалюдини вуха або інструменту для вислуховування, у зв'язку з чим розрізняють пряму аускультацию (безпосередню) і непрямую (опосередковану, через спеціальні прилади або інструменти, такі, як стетоскоп або фонендоскоп).

При прямій аускультации краще вислуховуються тони серця, тихе бронхіальне дихання; звуки при цьому не спотворюються і сприймаються з більшою поверхні. Даний метод неприйнятний для аускультации надключичних ямок і пахвових западин, зокрема і з гігієнічних міркувань.

При непрямій аускультации звуки спотворюються внаслідок резонансу, але забезпечуються краща локалізація і відмежування звуків різного походження на малій ділянці, тому вона сприймається зазвичай більш чітко.

#### ***Схема проведення аускультации.***

Аускультация повинна проводитися за певними правилами.

1. У приміщенні повинно бути тихо і тепло.
2. Під час аускультации хворий або сидить на стільці, або знаходиться в ліжку; тяжкохворих вислуховують в положенні лежачи.
3. Якщо аускультуються легені, то, вислухавши одну половину грудної клітки, хворого обережно повертають на інший бік і продовжують аускультацию.
4. Під час вислуховування стетофонендоскоп потрібно щільно всією окружністю притиснути до шкіри пацієнта.

При цьому слід уникати сильного тиску, щоб не відбулося ослаблення вібрації тканини в зоні прилягання стетофонендоскопа, що приводить до ослаблення звуків. Стетофонендоскоп підтримується двома пальцями.

5. Залежно від стану хворого, наявною у нього патології та поставленої задачі положення хворого при аускультации міняють.

Так, щоб краще вислуховувати шум аортальної недостатності, необхідно аускультувати хворого в положенні сидячи або стоячи, а діастолічний шум мітрального стенозу краще вислуховується в положенні лежачи; при необхідності хворого просять покашляти, після чого аускультують: після виділення мокротиння вислуховуємо раніше в легенях хрипи можуть зникнути або змінити свій характер.

Аускультация залишається незамінним діагностичним методом для дослідження легень, серця і судин, для визначення артеріального тиску за способом Короткова, розпізнавання артеріовенозних і внутрішньочерепних аневризм, в акушерській практиці. Аускультация показана при дослідженні

органів травлення (визначення кишкових шумів, шуму тертя очеревини, шуму звуження кишок), а також суглобів (шум тертя внутрішньосуглобових поверхонь - епіфізів).

Із позицій системного підходу фізична терапія є системою-процесом, що складається з чотирьох функціональних підсистем із власними **цілями**:

- обстеження, ціль – визначити порушення рухових функцій та активності;
- планування, ціль – створення програми фізичної реабілітації / терапії;
- втручання, ціль – виконання програми фізичної реабілітації / терапії;
- контроль, ціль – підтримка функціонування системи фізичної терапії.

В основі методів вимірювання порушень життєдіяльності найчастіше лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті, особливо найбільш значущих, найбільш загальних з рутинних дій людини. Вперше термін "активність життєдіяльності" з'явився в 1945 р, а перший індекс активності життєдіяльності був запропонований в 1963 р. Їм оцінювалася незалежність хворих від сторонньої допомоги при виконанні наступних 6 операцій: умивання, одягання, відвідування туалету, пересування, акти дефекації і 24 сечовипускання, прийом їжі. В даний час існує більше 200 шкал за оцінкою активності життєдіяльності.

Найприйнятнішим методом є метод оцінки за **функціональним класом (ФК)**, який відображує відсоток втрати тій чи іншій соціальної чи побутової здібності.

- ФК0- здатність ефективного виконання всіх побутових дій.
- ФК1-нездатність самостійного виконання особливо тяжких побутових дій.
- ФК2-нездатність самостійно виконувати побутові дії середньої тяжкості.
- ФК3-нездатність самостійно виконувати легкі побутові дії.
- ФК4-нездатність до самообслуговування.

#### **Рівні реабілітаційного потенціалу (РП):**

○ Високий РП - це можливість компенсації чи збереження патології лише на рівні ФК0 чи ФК1.

○ Середній РП - це можливість компенсувати, але з допомогою технічних засобів рівня ФК2, і можливість ФК2 при прогресуючому перебігу патологічного процесу.

○ Низький РП -це можливість компенсації рівня більш ніж ФК3 за наявності супутніх захворювань, що перешкоджають одужанню. РП немає у тому випадку, коли функціональне порушення будь-який виразності оборотні, але цілком відсутня психологічна готовність до реабілітації.

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

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* є однією з трьох складових.

«Родини міжнародних класифікацій ВООЗ». Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) зосереджується на проблемах здоров'я, а саме на захворюваннях, розладах та травмах. В МКХ завжди домінувала діагностична модель. Те, що ВООЗ розробила три різні класифікації, підтверджує той факт, що порушення, інвалідність та втручання необхідно розглядати окремо.

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

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

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

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

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

1. *Функціонування і обмеження життєдіяльності: функції і структури організму; активність і участь.*
2. *Чинники контексту: чинники навколишнього середовища; особистісні чинники.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

певній категорії можна виразити за допомогою числових кодів, що додаються до буквеноцифрового коду категорії.

Погіршення або обмеження кваліфікується 0 (немає проблеми; 0-4%), 1 (помірна проблема: 5-24%), 2 (середня проблема: 25-49%), 3 (тяжка проблема: 50-95%) до 4 (повна проблема: 96-100%).

Фактори навколишнього середовища визначаються кількісно у вигляді від'ємних чи додатних величин, що вказує на ступінь впливу навколишнього середовища як бар'єр або сприятливий фактор. Кваліфікатори можуть описати і ефективність лікування. Можна інтерпретувати зменшення оцінки кваліфікатора як збільшення функціональних можливостей пацієнта.

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

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