

Національний університет «Запорізька політехніка»  
Факультет управління фізичною культурою та спортом

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**ПРОГРАМА**

**КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ**

для підготовки бакалаврів (3 курс)

галузі знань 22 «Охорона здоров'я»

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя  
2024

Програма клінічної практики для підготовки бакалаврів (3 курс) в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / Укл. , О.В. Ковальова, О.М. Бурка, О.В. Столбинська, А.А. Ковальова, Л.І. Кондрат, О.В. Ковальова, А.В. Галстян – Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2024. – 59 с.

Укладачі: О.В. Ковальова, О.М. Бурка, О.В. Столбинська, А.А. Ковальова, Л.І. Кондрат, О.В. Ковальова, А.В. Галстян.

Рецензент: С.М. Кокарева, канд. наук з фіз. вих. і спорту, доцент

Відповідальний за випуск: О.М. Орлова

Затверджено на засіданні кафедри «Фізичної терапії та ерготерапії

Протокол № 1 від 30 серпня 2024 р.

Запропонована програма клінічної практики для здобувачів освіти 3 курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» допомагає викладачам в організації практики, здійсненні її контролю та оцінюванні практики студентів. Надаються зразки оформлення звітної документації.

Для викладачів і студентів закладів вищої освіти, керівників клінічної практики.

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО (БАКАЛАВРСЬКОГО) РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	4
1.1 Обсяг мета і завдання клінічної практики.....	4
1.2 Організація клінічної практики.....	5
1.3 Етапи клінічної практики.....	7
РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ ПРОГРАМНОГО МАТЕРІАЛУ, ЗАВДАННЯ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ.....	9
2.1 Теоретичні, методичні й організаційні основи практики за напрямком спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія».....	9
2.2 Основні аспекти діяльності асистента фахівця з фізичної реабілітації (виконання завдань практики)	9
2.3 Підготовка та оформлення звітної документації.....	39
2.4 Критерії оцінювання результатів клінічної практики студентів.....	40
ДОДАТКИ.....	43
Додаток 1.....	44
Додаток 2.....	46
Додаток 3.....	47
Додаток 4.....	48
Додаток 5.....	49
Додаток 6.....	51
Додаток 7.....	54
Додаток 8.....	57
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58

## РОЗДІЛ 1

### ВСТУП ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО (БАКАЛАВРСЬКОГО) РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ

#### 1.1 Обсяг мета і завдання клінічної практики

Клінічна практика студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» є найважливішою ланкою професійної підготовки фахівців в галузі Охорони здоров'я. Практика передбачає процес підготовки бакалавра й сприяє професійній адаптації в лікувальних та лікувально-оздоровчих закладах з відривом від навчальних занять в університеті.

Проходження клінічної практики визначається навчальним планом підготовки здобувачів вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», та проводиться на 3 курсі 6 семестра.

*Тривалість практики – 4 тижні. Загальна кількість годин складає 180, 6 кредитів ЄКТС. Форма контролю – диф. залік.*

Для проходження практики студенти розподіляються на групи.

*Місцями проходження практики є:* фізкультурно-оздоровчі центри, лікарні та інші лікувальні, лікувально-оздоровчі або реабілітаційні установи.

*Керівником від бази практики є* лікар, фізичний терапевт, ерготерапевт, фахівці з фізичної реабілітації.

*Керівником від університету –* викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії.

**Мета клінічної практики:** ознайомлення з професією асистента фізичного терапевта, ерготерапевта та формування професійно необхідних якостей асистента фізичного терапевта/ерготерапевта шляхом залучення студента до виконання обов'язків в умовах професійної діяльності.

**Завдання клінічної практики:**

- вдосконалювання якості підготовки бакалавра фізичної терапії, ерготерапії шляхом поєднання теорії із практикою;
- формування здатності до адаптації, роботи та спілкування в мультидисциплінарній команді;
- формування навичок аналізу, оцінки та проведення контролю стану пацієнта;
- формування особистісних рис та якостей асистента фізичного терапевта/ерготерапевта;
- формування умінь здійснення реабілітаційних програм для осіб всіх категорій населення.

**У процесі практики у студентів формуються наступні компетентності:**  
*загальні:*

- ЗК2 Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК4 Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- ЗК6 Здатність працювати в команді.
- ЗК7 Здатність спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня (з експертами з інших галузей знань/видів економічної діяльності).
- ЗК11 Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.

*професійні:*

- ПК3 Здатність аналізувати здоров'я, як системну категорію.
- ПК4 Здатність організувати та провести сучасне наукове дослідження.
- ПК5 Здатність визначати роль рухової активності для формування здорового способу життя та збереження й зміцнення здоров'я.
- ПК8 Здатність визначати перспективні шляхи управлінням здоров'я.
- ПК9 Здатність до програмування та моделювання занять з реабілітаційної та оздоровчо-рекреаційної рухової активності.
- ПК11 Уміння створювати психоемоційний контакт між пацієнтом та фахівцем з фізичної терапії.
- ПК16 Уміння розробляти адаптовані комплекси фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей та толерантності фізичних навантажень.
- ПК17 Уміння застосовувати сучасні засоби, методи та технології під час процесу фізичного виховання, спортивної та рекреаційно-оздоровчої діяльності з неповносправними особами.
- ПК19 Уміння використовувати системний підхід при вивченні адаптаційних процесів неповносправних осіб.
- ПК20 Здатність володіти навичками роботи з комп'ютером і використовувати інформаційні технології для вирішення експериментальних і практичних завдань у галузі охорони здоров'я.
- ПК21 Здатність застосовувати сучасні експериментальні методи діагностики індивідуального здоров'я та методи моніторингу морфо-функціонального стану організму, мати навички роботи з сучасним професійним обладнанням.
- ПК22 Уміння формувати та розробляти програму відновлення у відповідності до наявного устаткування, використовувати можливості заміни різних видів устаткування і обладнання для вирішення завдань реабілітаційного та рекреаційного процесів.

## **1.2 Організація клінічної практики**

### **Організація клінічної практики регламентується:**

- законами України «Про освіту» від 05.09.2017 р. № 2145 – VIII; «Про вищу освіту» від 01.07.2014р. № 1556-VII; «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти» від 18.12.2019 р. № 392 – IX;

- постановою ВР України «Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти» 12.11.2019 р. №2299;

- положенням МОН «Про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України» (зі змінами) від 08.04.1993 р. № 93;

- листами МОН «Про практичну підготовку студентів» від 07.02.09 р. № 1/9 – 93;

- рекомендаціями про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України від 25.04.2013 р. №5;

- положенням про організацію і проведення практики студентів Національного університету «Запорізька політехніка»;

- Стандартом вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» від 19.12.2018 р. №1419

- навчальними планами студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Зміст практики визначається дійсною програмою.

Загальне навчально-методичне й наукове керівництво клінічної практикою здійснює завідувач кафедри.

Клінічна практика за фахом є обов'язковим компонентом отримання вищої освіти, важливою частиною навчального процесу при підготовці фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» й має освітньо-виховний характер, доповнює та збагачує теоретичну й практичну підготовку студентів.

Під час проходження практики студенти вдосконалюють теоретичні знання, формують вміння і навички, а також необхідні особистісні риси в процесі професійної діяльності, навчаються діяти в нестандартних ситуаціях.

Під час проходження практики студенти вливаються в колектив оздоровчої, реабілітаційної або лікувальної установи, підпорядковуються його розпорядку й дотримуються трудової дисципліни. Студенти беруть участь у роботі семінарів з підвищення кваліфікації за умови їхнього проведення в установі.

*Планування роботи* – необхідна умова самостійної діяльності студентів у період проходження практики.

*Вихідний документ* – програма клінічної практики.

Перший тиждень клінічної практики присвячений ознайомленню студентів з установою, правилами й особливостями роботи. В наступні тижні здійснюється

послідовне виконання завдань програми. В останній тиждень забезпечуються умови підготовки й проведення студентом звіту клінічної практики, завершується оформлення документації.

Практику доцільно використовувати для вирішення завдань науково-дослідницької роботи студентів, що здійснюється в ході виконання типових завдань практики:

1. Проведення догляду за хворими.
2. Розробка та проведення бесід з пацієнтами установи.
3. Розробка комплексів лікувальної гімнастики.
4. Проведення лікарсько-педагогічних та гігієнічних спостережень на занятті з фізичних вправ.
5. Оцінка рівня фізичного здоров'я пацієнтів за морфофункціональними показниками, рівня фізичного розвитку, рейтингу постави.

### **1.3 Етапи клінічної практики**

#### **I етап. Теоретичні, методичні й організаційні основи практики за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»**

- проведення установчої конференції, ознайомлення з метою, завданнями практики, її змістом та основними вимогами;
- отримання завдання на період клінічної практики;
- ознайомлення з організаційно-методичними особливостями клінічної практики;
- теоретична підготовка та інструктаж щодо роботи в оздоровчих, лікувальних та реабілітаційних установах.

#### **II етап. Основні аспекти діяльності асистента фізичного терапевта, ерготерапевта.**

Діяльність (мета, зміст і порядок корекційно-відновної роботи у оздоровчих, лікувальних та реабілітаційних установах) асистента фізичної терапії, ерготерапії визначається відповідно до державних стандартів освіти, планів, методик, індивідуальних програм та рекомендацій. Названі документи:

- характеризують ефективні форми і забезпечує проведення за розкладом та графіками навчальні, виховні, соціально-адаптаційні, реабілітаційні, корекційні, компенсуючі заходи та заняття;
- визначають правила психолого-педагогічних спостережень;
- вивчають і фіксують динаміку розвитку, аналізують особливості фізичних та розумових досягнень пацієнтів в процесі проведення програм корекції здоров'я;
- окреслюють алгоритми проведення діагностичних заходів.

Під час проходження практики студент:

- готує приміщення та робочі місця;

- дотримується правил та норм професійної етики, медичної деонтології;
- співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками;

- навчає самодогляду, пересуванню, самостійності у підтримці фізичного стану та здоров'я;

- за призначенням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою припинення або зменшення болю, відновлення функцій тканин, органів, систем та організму в цілому, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, неврологічними, серцево-судинними, респіраторними та іншими захворюваннями та їх наслідками, людей літнього віку з віковими ускладненнями; під керівництвом ерготерапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою збільшення активності за участі пацієнта/клієнта, сприяє набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності та незалежності в усіх аспектах життя;

- застосовує фізичні вправи, масаж, мануально-м'язові та суглобові техніки, преформовані фізичні чинники, спрямовані на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, інших систем та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій;

- під керівництвом фізичного терапевта/ерготерапевта виконує програми фізичної терапії/ерготерапії, застосовує терапевтичні вправи, терапевтичні заняття, преформовані фізичні чинники, спрямовані на поліпшення функцій організму, які впливають на обмеження життєдіяльності пацієнта/клієнта й сучасні методики фізичної терапії та ерготерапії, здійснює оперативний та поточний контроль, веде відповідну документацію;

- залучає родичів та опікунів до проведення програми фізичної терапії, надає їм необхідну консультативну допомогу.

### **III етап: Підготовка та оформлення звітної документації.**

- підготовка звіту про проходження практики;
- захист результатів клінічної практики;
- участь у підсумковій конференції.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ЗМІСТ ПРОГРАМНОГО МАТЕРІАЛУ, ЗАВДАННЯ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ**

#### **2.1 Теоретичні, методичні й організаційні основи практики за напрямком спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія»**

##### **I етап. Теоретичні, методичні й організаційні основи практики за напрямком спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія»**

Участь в організаційних заходах клінічної практики за спеціальністю (установча конференція, інструктаж стосовно завдань практики, техніці безпеки роботи із приладами й апаратами).

Ознайомлення з метою й завданнями практики в системі професійної підготовки студентів кафедри фізичної терапії та ерготерапії, особливостями діяльності фахівця з фізичної терапії/ерготерапії, обов'язками студента-практиканта, змістом програми практики, вимогами до планування, ведення й подання документації, критеріями оцінки діяльності. Складання індивідуального плану проходження практики, оформлення документів з практики. Інструктаж з техніки безпеки при проведенні занять, функціональних проб з використанням тренажерів, апаратів і приладів. Розподіл студентів по групам.

Поглиблення теоретичних знань з питань роботи асистента фізичного терапевта/ерготерапевта, знань з використання функціональних тестів й авторських методик для виконання завдань практики.

#### **2.2 Основні аспекти діяльності асистента фахівця з фізичної реабілітації (виконання завдань практики)**

##### **II етап. Основні аспекти діяльності асистента фахівця з фізичної реабілітації (виконання завдань практики).**

**Завдання 1.** Написання комплексів з лікувальної гімнастики за наданими діагнозами.

Діагнози обираються відповідно до контингенту установ, на яких відбувається проходження практики. Вправи записуються згідно гімнастичної термінології та подаються згідно прикладів написання, який подано у Додатку 3. *Завдання виконується у двох примірниках.*

**Завдання 2.** Визначення рівня фізичного розвитку.

Метод індексів є спрощеним варіантом визначення корелятивних зв'язків між ознаками фізичного розвитку. Проте більшість цих індексів науково не обґрунтовані, тому мають лише відносне значення і можуть бути використані лише для орієнтовної оцінки фізичного розвитку. Перевагою даного методу є його простота і легкість використання, недоліком – неточність і нелогічність, пов'язані з емпіричним підходом до розрахунків. Для оцінки фізичного розвитку використовують наступні індекси:

1. *Індекс маси тіла (ІМТ)* – широко використовується на практиці. ІМТ – це відношення маси тіла до квадрату росту:

$$\text{ІМТ} = \text{Маса тіла, кг} / \text{Довжина тіла, м}^2$$

*Оцінка:* якщо індекс маси тіла (ІМТ) менше 15 – це гострий дефіцит маси тіла; від 15 до 18,5 – недостатня маса тіла (МТ); вище 18,5 до 24,9 – нормальна МТ; 25,0-29,9 – надлишкова МТ, 30,0-34,9 – ожиріння I ступеня, 35,0-39,9 – ожиріння II ступеня, більше 40 – ожиріння III ступеня.

2. *Зросто-ваговий індекс (індекс Брока-Бругша):* придатний лише для оцінки фізичного розвитку дорослих людей, довжина тіла яких знаходиться у межах не нижче 155 см і не вище 185 см. Визначається за трьома формулами:

$$\text{Зріст стоячи, см} - 100 = \text{маса тіла, кг (якщо зріст 155-165 см)}$$

$$\text{Зріст стоячи, см} - 105 = \text{маса тіла, кг (якщо зріст 165-175 см)}$$

$$\text{Зріст стоячи, см} - 110 = \text{маса тіла, кг (якщо зріст 175-185 см)}$$

Цей метод не підходить для осіб з низьким зростанням та широкою грудною клітиною та для деяких спортсменів (важкоатлетів, боксерів).

3. *Життєвий індекс (ЖІ):* відображає, який об'єм життєвої ємності легень приходить на 1 кг маси тіла і характеризує функціональні можливості дихальної системи:

$$\text{ЖІ} = \text{ЖЄЛ, мл} / \text{маса тіла, кг}$$

*Оцінка:* в нормі життєвий показник у нетренованих чоловіків дорівнює не менш 65-70 мл/кг, у жінок – не менш 55-60 мл/кг. У тренуваних осіб даний показник значно вищий.

4. *Індекс Ерісмана:* це індекс пропорційності розвитку грудної клітини. Він застосовується переважно у дітей і вираховується шляхом віднімання від окружності грудної клітки в спокої в см половини довжини тіла в см:

$$\text{ІЕ} = \text{окружність грудної клітини під в спокої, см} - 0,5 \text{ довжини тіла, см}$$

*Оцінка:* в нормі даний індекс складає +5,8 см для юнаків та +3,8 см – для дівчат і вказує на добре розвинуту грудну клітину. Якщо різниця менша або має негативне

значення, це свідчить про вузьку грудну клітину.

5. Показник міцності тілобудови (індекс Піньє):

$$I = P - (M + O),$$

де I – величина показника, P – зріст (см), M – маса тіла (кг), O – окружність грудної клітини в стані видиху (см).

Оцінка: різниця менша за 10 вказує на міцну тілобудову, від 10 до 20 – добру, від 21 до 25 – середню, від 26 до 35 – слабку, понад 36 – дуже слабку.

6. Індекс пропорційності тілобудови: характеризує пропорційність довжини нижніх кінцівок відносно до тулуба. Існує 2 варіанта індексу:

$$\text{Індекс Пірке-Бедузі} = (\text{ДТ стоячи} - \text{ДТ сидячи}) / \text{ДТ сидячи} \times 100\%,$$

де ДТ – довжина тіла, см.

Оцінка: величини даного індексу у межах 87-92% свідчать про пропорційну тілобудову; якщо індекс менший 87% – слід вважати, що довжина нижніх кінцівок відносно мала, якщо більший за 92 % – відносно велика.

Завдання виконується у 2 примірниках (Додаток 4), які додаються до звіту практики.

### **Завдання 3. Мануально-м'язове тестування.**

Мануальне м'язове тестування (ММТ) допомагає визначити обсяг і ступінь м'язової слабкості, спричиненої захворюванням, травмою або невикористанням, щоб забезпечити основу для планування терапевтичних процедур.

Оцінка ММТ:

0 балів - немає скорочення;

1 - слабе тремтяче потягнення;

2 - повна амплітуда руху без впливу сили тяжіння;

3 - повна амплітуда руху проти сили тяжіння;

4 - повна амплітуда руху проти сили тяжіння з мінімальним опором;

5 - повна амплітуда руху проти сили тяжіння з максимальним опором.

Мануальне м'язове тестування проводиться відповідно до класичної техніки для верхніх та нижніх кінцівок одному пацієнтові/клієнтові відповідно до додатка 5.

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні у плечовому суглобі*

Основні м'язи – дельтоподібний та дзьобо-плечовий. Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, руки вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , внутрішня ротація у плечовому суглобі, передпліччя проноване (долонею донизу). Терапевт знаходиться за пацієнтом фіксуючи надпліччя зверху, не допускаючи рухів лопатки й ключиці. Тестовий рух – згинання у плечовому суглобі до  $90^\circ$ .

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує згинання у плечовому суглобі до  $90^\circ$ , терапевт протидіє цьому руху у нижній третині плеча (рис. 1. А).

Для оцінка м'язової сили на 3 бали пацієнт виконує активне згинання у плечовому суглобі до  $90^\circ$  без протидії, долаючи вагу кінцівки.

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на здоровому боці, рука під голову. Досліджувана верхня кінцівка вздовж тулуба у положенні внутрішньої ротації на ковзній поверхні, яка горизонтально знаходиться між рукою і тулубом. Фіксацію терапевт проводить за надпліччя, не допускаючи рухів лопатки й ключиці. Пацієнт виконує активне згинання в плечовому суглобі до  $90^\circ$  в полегшених умовах (ковзна поверхня) (рис. 1. Б).

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

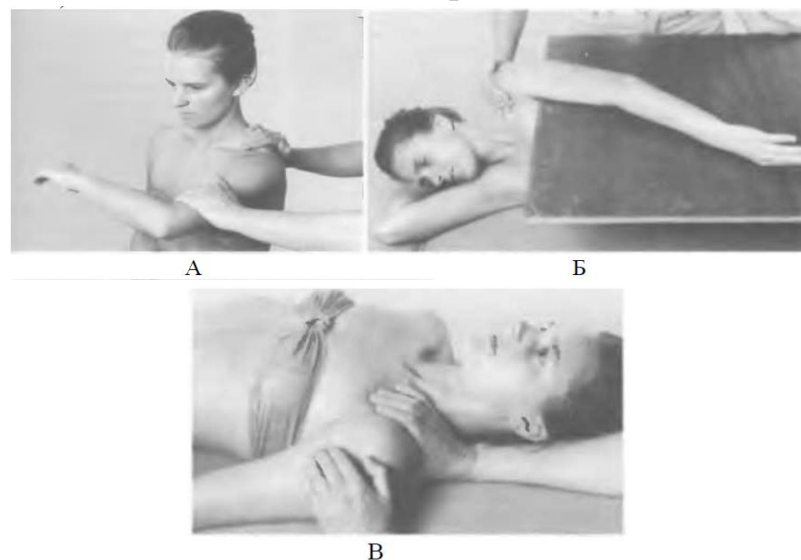


Рис. 1 Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують згинання у плечовому суглобі

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні у плечовому суглобі*

Основні м'язи – дельтоподібний (лопаткова частина), великий круглий м'яз та

найширший м'яз спини. Тестовий рух – розгинання у плечовому суглобі до 30-40°.

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

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує розгинання у плечовому суглобі до 30-40°, терапевт здійснює протидію в нижній третині плеча (рис. 2 А).

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує самостійне активне розгинання у плечовому суглобі до 30-40° без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 2 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні, що не досліджується. Досліджувана верхня кінцівка розміщується на ковзній поверхні, яка горизонтально знаходиться між рукою і тулубом, розігнута, у положенні внутрішньої ротації, необхідне незначне розгинання у плечовому суглобі на початку тесту. Терапевт фіксує верхню частину лопатки. Пацієнт виконує розгинання у плечовому суглобі в полегшених умовах (рис. 2 В).

Оцінка м'язової сили на 1, 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, руки вздовж тулуба в положенні внутрішньої ротації (долонями доверху). При намаганні пацієнта виконати розгинання у плечовому суглобі пальпується напруження волокон в області нижнього кута лопатки (рис. 2 Г)

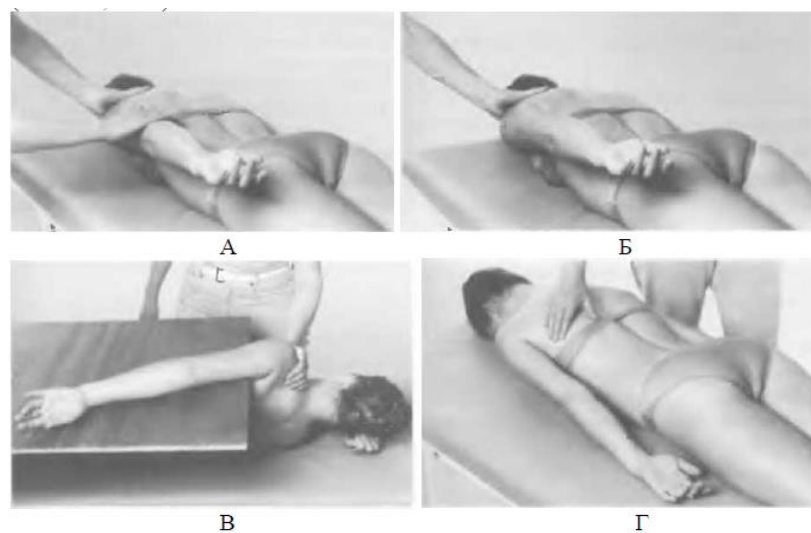


Рис. 2 Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують розгинання у плечовому суглобі

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у відведенні у плечовому суглобі*

Основні м'язи – дельтоподібний (акроміальна частина), надостьовий м'яз. Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, рука зігнута у ліктьовому суглобі на 90°, передпліччя в положенні проносупінації. Терапевт фіксує плечовий пояс в ділянці над акроміальним

відростком ключиці і верхнього краю лопатки попереджаючи рух лопатки вгору. Допускається незначне обертання лопатки при відведенні в плечовому суглобі. Тестовий рух – відведення в плечовому суглобі до 90°.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує відведення в плечовому суглобі до 90°, а терапевт здійснює протидію цьому руху в нижній третині плеча (рис. 3. А). Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує відведення в плечовому суглобі до 90°, без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 3. Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Терапевт фіксує плечовий пояс в ділянці над акроміальним відростком ключиці і верхнього краю лопатки. Пацієнт виконує відведення в плечовому суглобі до 90°, без протидії, переміщуючи верхню кінцівку по горизонтальній ковзній опорі (рис. 3. В).

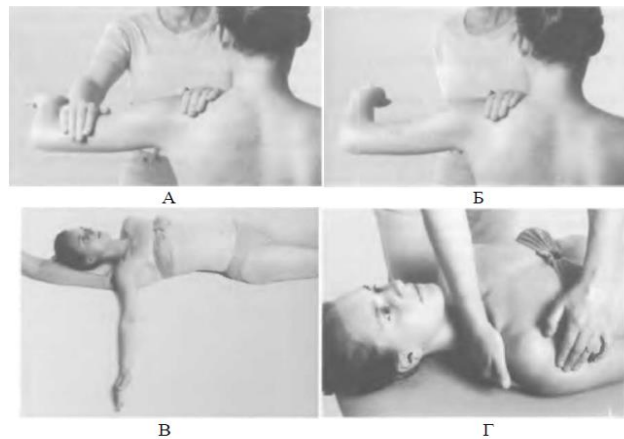


Рис. 3 Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують відведення у плечовому суглобі

Оцінка м'язової сили на 1 і 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, руки вздовж тулуба. При намаганні виконати пацієнтом відведення пальпується напруження акроміальної частини дельтоподібного м'язу і надостьового м'язу (рис. 3 Г)

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують зовнішню ротацію у плечовому суглобі*

Основні м'язи – підостьовий м'яз, малий круглий м'яз. Оцінка м'язової сили проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, обличчям до сторони дослідження. Тестовий рух – зовнішня ротація до горизонтального положення передпліччя (долонею донизу).

Для оцінки на 5, 4 та 3 бали рука на стороні дослідження відведена в плечовому

суглобі й зігнута у ліктьовому на  $90^\circ$  й розміщується плечем на поверхні кушетки, а передпліччя за межами кушетки перпендикулярне до площі опори. Під плече підкладають валик. Терапевт фіксує нижню третину плеча, не заважаючи тестовому руху; за можливості фіксує й лопатку.

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

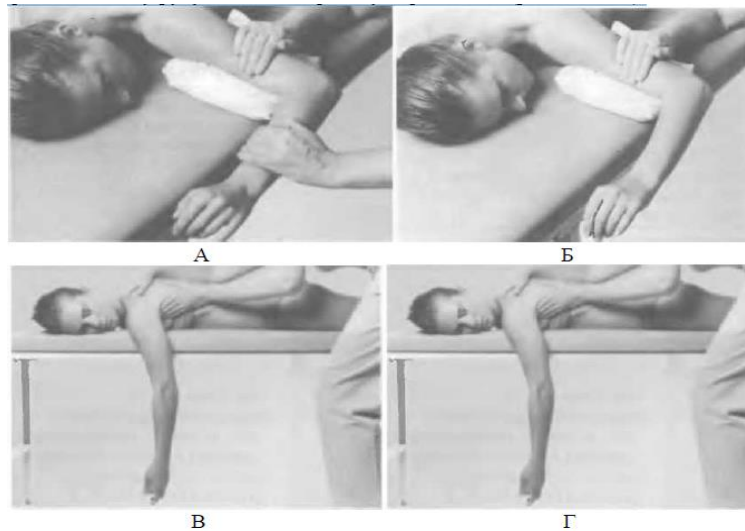


Рис. 4 Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують зовнішню ротацію у плечовому суглобі

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повну зовнішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею донизу) без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 4 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні внутрішньої ротації. Терапевт фіксує лопатку однією рукою зверху, іншою її бічний край. Пацієнт активно виконує повну зовнішню ротацію, що визначається за положенням ліктя (рис. 4 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні внутрішньої ротації. При намаганні пацієнта виконати зовнішню ротацію пальпується малий круглий м'яз, верхня половина бічного краю лопатки і підостьовий м'яз (рис. 4 Г)

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують внутрішню ротацію у плечовому суглобі*

Основні м'язи – підлопатковий м'яз, великий круглий м'яз, великий грудний м'яз, найширший м'яз спини. Оцінка м'язової сили проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, обличчям до сторони дослідження. Тестовий рух – внутрішня ротація, до горизонтального положення передпліччя (долонею догори).

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

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

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повну внутрішню ротацію, до горизонтального положення передпліччя (долонею догори) без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 5 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження. Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори, у положенні зовнішньої ротації. Терапевт фіксує лопатку однією рукою зверху, іншою її бічний край. Пацієнт активно виконує повну внутрішню ротацію (рис. 5 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, на краю кушетки, обличчям до сторони дослідження (рис. 5 Г).

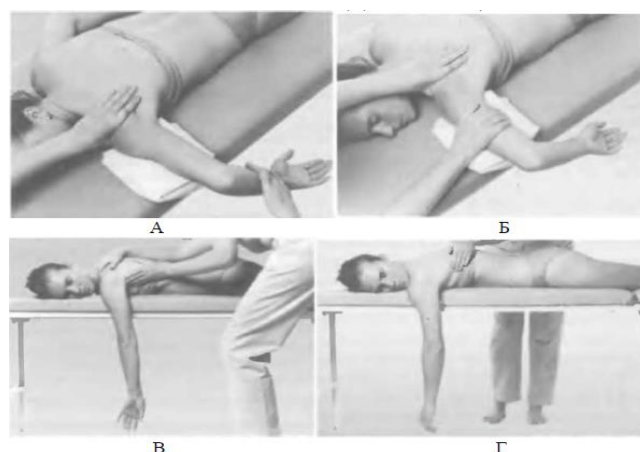


Рис. 5. Мануальне м'язове тестування м'язів, що забезпечують внутрішню ротацію у плечовому суглобі

Рука на стороні дослідження випрямлена й розміщується за межами кушетки перпендикулярно до площі опори. При намаганні пацієнта виконати внутрішню

ротацію пальпується підлопатковий м'яз. Через глибоке розташування м'язів важко встановити їх напруження. Широкий м'яз спини і великий круглий м'яз будуть пальпуватися під задньою підпахвовою складкою, великий грудний м'яз – в передній підпахвовій складці.

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні у ліктьовому суглобі*

Основні м'язи – двоголовий м'яз плеча, плечовий м'яз, плечопроменевий м'яз. Тестування на 5, 4 та 3 бали проводять у положенні пацієнта сидячи, на 2 бали у положенні пацієнта сидячи й лежачи на спині, на 1 й 0 балів – у положенні лежачи на спині. Тестовий рух – згинання у ліктьовому суглобі до 150°. Тестування проводять окремо для двоголового м'яза, плечового м'яза, плечопроменевого м'яза.

Тестування на 5 та 4 бали проводять у положенні пацієнта сидячи, рука з боку тестування вздовж тулуба. Положення передпліччя буде різним, залежно від м'яза що тестують:

- 1) при тестуванні двоголового м'яза – передпліччя у положенні супінації;
- 2) при тестуванні плечового м'яза – передпліччя у положенні пронації;
- 3) при тестуванні плечопроменевого м'яза – передпліччя у положенні проносупінації. Терапевт фіксує плече з дорсального боку, над ліктьовим суглобом. Пацієнт виконує згинання у ліктьовому суглобі до 150°.

Терапевт здійснює протидію на нижню половину передпліччя проти напрямку руху. Передпліччя у процесі руху залишається у вихідному положенні (супінації, пронації чи проміжному) (рис. 6 А-В).

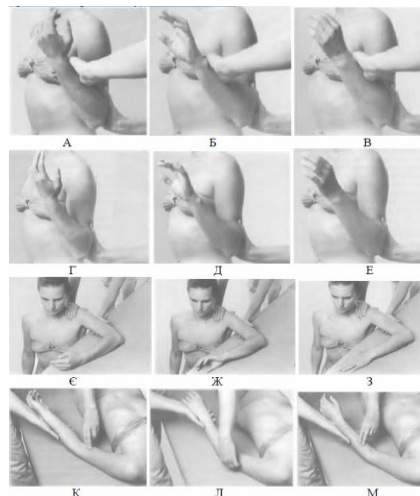


Рис. 6 Мануальне м'язове тестування згинання у ліктьовому суглобі

Тестування на 3 бали проводять у положенні пацієнта сидячи, рука з боку тестування вздовж тулуба. Положення передпліччя буде різним, залежно від м'яза що тестують:

- 1) при тестуванні двоголового м'яза – передпліччя у положенні супінації;
- 2) при тестуванні плечового м'яза – передпліччя у положенні пронації;
- 3) при тестуванні плечопроменевого м'яза – передпліччя у положенні проносупінації. Терапевт фіксує плече з дорсального боку, над ліктьовим суглобом; іншою рукою при необхідності фіксує плечовий суглоб та лопатку.

Пацієнт виконує згинання у ліктьовому суглобі до  $150^\circ$ . Передпліччя у процесі руху залишається у вихідному положенні (супінації, пронації чи проміжному) (рис. 6 Г-Е).

Тестування на 2 бали проводять у положенні пацієнта сидячи боком до столу, рука з боку тестування відведена у плечовому суглобі на  $90^\circ$ , випрямлена й розміщена на площині столу з ковзною поверхнею. Положення передпліччя буде різним, залежно від м'яза що тестують:

- 1) при тестуванні двоголового м'яза – передпліччя у положенні супінації (на ліктьовому краю);
- 2) при тестуванні плечового м'яза – передпліччя у положенні пронації (на променевому краю);
- 3) при тестуванні плечопроменевого м'яза – передпліччя у положенні проносупінації (долонею на столі).

Терапевт фіксує плече по середині; іншою рукою фіксує надпліччя. Пацієнт виконує згинання у ліктьовому суглобі до  $150^\circ$  переміщуючи передпліччя по поверхні столу. Передпліччя у процесі руху залишається у вихідному положенні (супінації, пронації чи проміжному) (рис. 6 Є-З).

Тестування на 1, 0 балів проводять у положенні пацієнта лежачи на спині, рука з боку тестування дещо відведена та у положенні зовнішньої ротації у плечовому суглобі, дещо зігнута у ліктьовому суглобі (терапевт підтримує передпліччя). Положення передпліччя буде різним, залежно від м'яза що тестують:

- 1) при тестуванні двоголового м'яза – передпліччя у положенні супінації;
- 2) при тестуванні плечового м'яза – передпліччя у положенні пронації;
- 3) при тестуванні плечопроменевого м'яза – передпліччя у положенні проносупінації.

Терапевт проводить пальпацію сухожилка двоголового м'язу плеча в районі ліктьової ямки, а також по ходу волокон двоголового м'язу; Плечовий м'яз пальпують в ділянці вінцевого відростку ліктьової кістки і вздовж волокон м'язу по зовнішній поверхні нижньої третини плеча. Плечо-променевий м'яз пальпують в місці кріплення до плечової кістки та по ходу волокон м'язу (рис. 6 К-М).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні у ліктьовому суглобі*

Основні м'язи – триголовий м'яз плеча, ліктьовий м'яз. Тестування на 5, 4 та 3 бали проводять у положенні пацієнта лежачи на животі, на 2 бали у положенні пацієнта сидячи й лежачи на спині, на 1 й 0 балів – у положенні лежачи на спині. Тестовий рух – розгинання в ліктьовому суглобі до  $90^\circ$  (з положення згинання в ліктьовому суглобі на  $90^\circ$ ).

Тестування м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, рука на стороні дослідження знаходиться у положенні відведення в плечовому суглобі на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі на  $90^\circ$  (передпліччя за межами кушетки); під плече підкладають складене полотенце для забезпечення його горизонтального положення. Терапевт фіксує плече за нижню третину вентральної сторони.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує розгинання в ліктьовому суглобі до  $90^\circ$ . Терапевт здійснює протидію руху в ділянці дорсальної поверхні дистальної третини передпліччя (рис. 7 А).

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує розгинання в ліктьовому суглобі до  $90^\circ$  самостійно, без зовнішньої протидії руху (рис. 7 Б).

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, руку на стороні тестування розміщують на площі кушетки у положенні відведення в плечовому суглобі на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі на  $90^\circ$ , передпліччя у нейтральному положенні. Терапевт фіксує плече, пацієнт виконує розгинання в ліктьовому суглобі до  $90^\circ$  самостійно, просуваючи передпліччя по ковзній площині кушетки. Тестування м'язової сили на 2 бали може проводитись також у В.п. пацієнта сидячи (рис. 7 В).

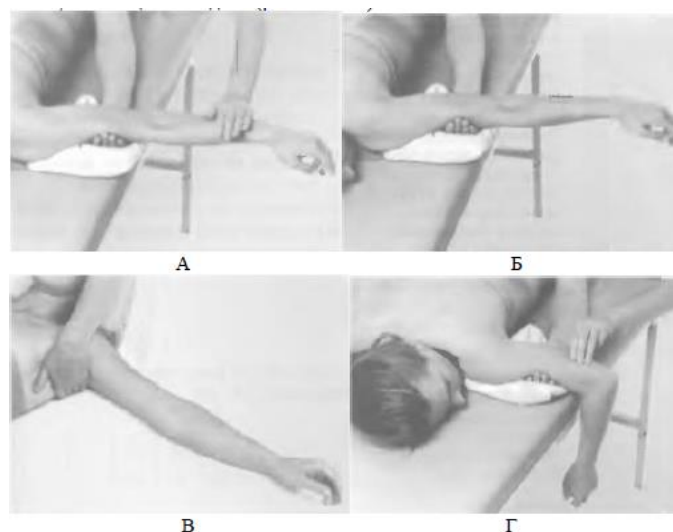


Рис. 7 Мануальне м'язове тестування розгинання у ліктьовому суглобі  
Тестування м'язової сили на 1, 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на

животі, рука на стороні дослідження знаходиться у положенні відведення в плечовому суглобі на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі на  $90^\circ$  (передпліччя за межами кушетки); під плече підкладають складене полотенце для забезпечення його горизонтального положення. При намаганні пацієнта виконати розгинання у ліктьовому суглобі терапевт пальпує напруження сухожилка триголового м'яза плеча в ділянці дорсальної поверхні ліктьового суглоба та волокна триголового м'яза в плеча; ліктьовий м'яз пальпують в ділянці латерального виростка плечової кістки (рис. 7 Г)

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у супінації передпліччя*

Основні м'язи – двоголовий м'яз плеча, м'яз-супінатор. Тестування на 5, 4 та 3 бали проводять у положенні пацієнта сидячи, на 2, 1 й 0 балів у положенні пацієнта лежачи на животі, з відведеним на  $90^\circ$  плечем; передпліччя за межами кушетки, згинання у ліктьовому суглобі –  $90^\circ$ , під плече підкладають невелику подушку. Тестовий рух – супінація передпліччя.

Тестування м'язової сили на 5 та 4 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя в положенні пронації, м'язи суглобів кисті і пальців розслаблені. Терапевт фіксує нижню третину плеча ближче до ліктьового суглоба. Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує супінацію (рис. 8 А)

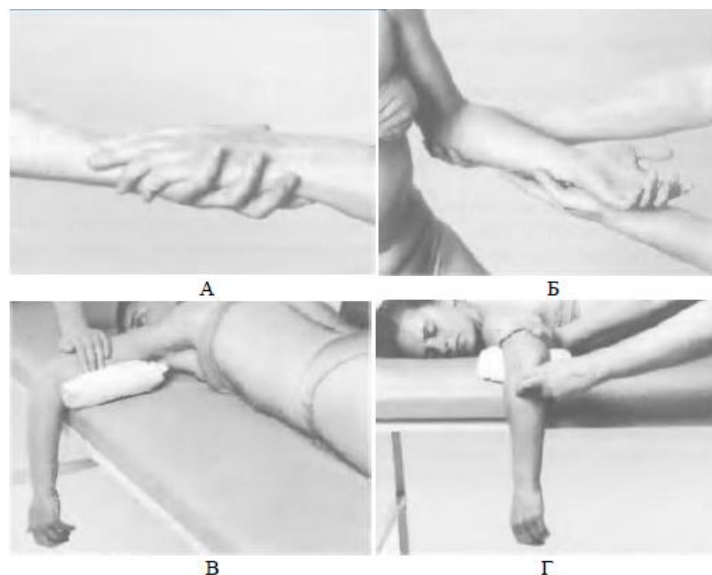


Рис. 8 Мануальне м'язове тестування супінації у ліктьовому суглобі

Терапевт здійснює протидію проти напрямку руху в нижній третині долонної поверхні передпліччя у ділянці шилоподібного відростка ліктьової кістки, при цьому кисть терапевта лежить на кисті пацієнта долоня до долоні, вказівний палець

терапевта розміщений на шилоподібному відростку ліктьової кістки. Опір руху забезпечує вказівний палець. Великий палець розміщений на дорсальній поверхні кисті (рис. 8 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя в положенні пронації, м'язи суглобів кисті і пальців розслабленні. Терапевт фіксує нижню третину плеча біля ліктьового суглоба, іншою рукою терапевт підтримує передпліччя пацієнта. Пацієнт виконує повну супінацію (рис. 8 Б).

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, плече відведене на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя у положенні пронації й знаходиться за межами кушетки. М'язи пальців і суглобів кисті ослаблені. Терапевт фіксує плече. Пацієнт виконує повну супінацію (рис. 8 В).

Тестування м'язової сили на 1; 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, плече відведене на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя у положенні пронації й знаходиться за межами кушетки. М'язи пальців і суглобів кисті ослаблені. Фіксація не потрібна. Пацієнт намагається виконати супінацію. Терапевт пальпує м'яз-супінатор з променевого краю верхньої чверті передпліччя. Двоголовий м'яз пальпується в ділянці згину ліктя (рис.8 Г)

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у пронації передпліччя*

3 бали проводять у положенні пацієнта сидячи, на 2 бали у положенні пацієнта лежачи на животі, на 1 й 0 балів у положенні пацієнта лежачи на животі, або на спині, при цьому під ліктьовий суглоб підкладають подушку.

Тестування м'язової сили на 5 та 4 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя в положенні супінації, м'язи суглобів кисті і пальців розслабленні. Терапевт фіксує нижню третину плеча вище ліктьового суглоба. Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує повну пронацію. Терапевт здійснює протидію проти напрямку руху в нижній третині долонної поверхні передпліччя у ділянці шилоподібного відростка променевої кістки, при цьому кисть терапевта лежить на кисті пацієнта долоня до долоні, вказівний палець терапевта розміщений на шилоподібному відростку променевої кістки. Опір руху забезпечує вказівний палець (рис. 9 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи, плече вздовж тулуба, згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя в положенні пронації, м'язи суглобів кисті і пальців розслабленні. Терапевт фіксує нижню

третину плеча вище ліктьового суглоба, іншою рукою терапевт підтримує передпліччя пацієнта. Пацієнт виконує повну пронацію передпліччя (рис. 9 Б).

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, плече відведене на  $90^\circ$ , згинання у ліктьовому суглобі  $90^\circ$ , передпліччя у положенні супінації й знаходиться за межами кушетки. М'язи пальців і суглобів кисті ослаблені. Терапевт фіксує нижню третину плеча. Пацієнт виконує повну пронацію (рис. 9 В).

Тестування м'язової сили на 1; 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, рука вздовж тулуба. Ліктьовий суглоб злегка зігнутий і передпліччя дещо супіноване. Активність круглого пронатора пальпується на проксимальній половині вентральної поверхні передпліччя під згином ліктя. Квадратний пронатор пальпується в нижній половині над пропенево-зап'ястковим суглобом (рис. 9 Г, Д)

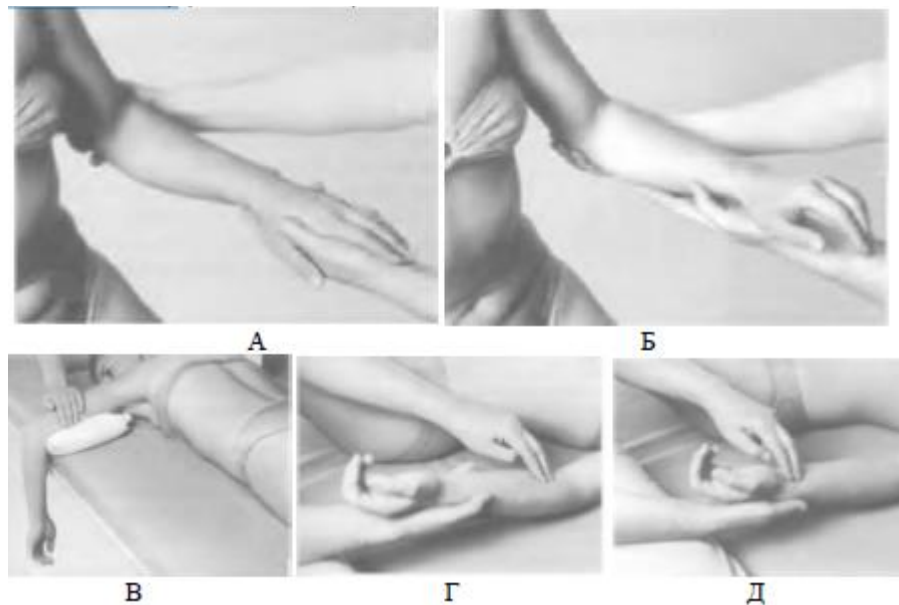


Рис. 9 Мануальне м'язове тестування пронації у ліктьовому суглобі

#### *Мануальне м'язове тестування м'язів-згиначів зап'ястка*

*Згинання з приведенням (ліктьовим зміщенням).* Основні м'язи – ліктьовий згинач зап'ястка, що забезпечує згинання і аддукцію (приведення). Обсяг руху для згинання становить  $60^\circ$  і більше, для приведення – майже  $60^\circ$ .

Тестування проводиться у положенні сидючи або лежачи на спині, обстежувана рука знаходиться на опорі. При тестуванні м'язової сили на 5, 4 і 3 бали передпліччя знаходиться у положенні супінації, при тестуванні на 2, 1 і 0 балів передпліччя знаходиться в проміжному положенні. Пальці розслаблені (злегка зігнуті), а в кінці тестового руху випрямляються за рахунок напруження м'язів-розгиначів пальців. Однак необхідно слідкувати щоб пацієнт не намагався згинати пальці, що свідчить про появу замісного руху за рахунок згиначів пальців.

Тестування м'язової сили на 5 і 4 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, передпліччя досліджуваної руки знаходиться на опорі у положенні супінації, кисть – на одній осі з передпліччям, пальці повністю розслаблені. Терапевт забезпечує фіксацію нижньої третини передпліччя, без тиску на основний м'яз. Пацієнт виконує одночасне повне згинання і приведення в променево-зап'ястковому суглобі (пальці розслаблені, вони розгинаються за рахунок напруження розгиначів в кінці тестового руху). Терапевт здійснює протидію на долонну поверхню кисті (рис. 10 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, передпліччя досліджуваної руки знаходиться на опорі у положенні супінації, кисть – на одній осі з передпліччям, пальці повністю розслаблені. Терапевт забезпечує фіксацію нижньої третини передпліччя, без тиску на основний м'яз. Пацієнт виконує одночасне повне згинання і приведення в променево-зап'ястковому суглобі (рис. 10 Б).

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, передпліччя досліджуваної руки знаходиться на опорі у положенні між супінацією і пронацією, кисть – на одній осі з передпліччям, пальці розслаблені. Терапевт забезпечує фіксацію нижньої третини передпліччя, не обмежуючи рухи у променево-зап'ястковому суглобі, переміщуючи ліктьовий край кисті по площі опори, пальці розслаблені (рис. 10 В).

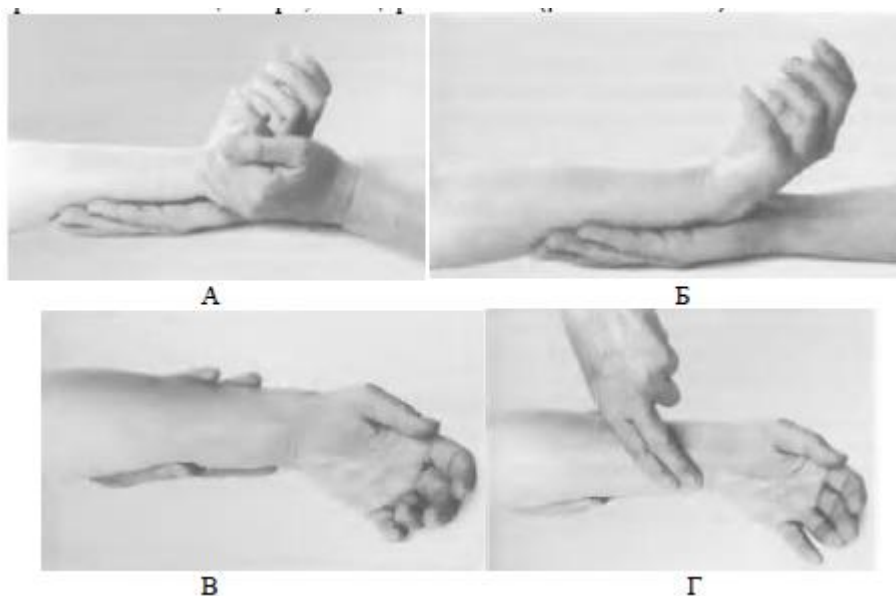


Рис. 10 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні з приведенням (ліктьовим зміщенням) у променево-зап'ястковому суглобі

Тестування м'язової сили на 1 і 0 балів проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, передпліччя досліджуваної руки знаходиться на опорі у положенні між супінацією і пронацією. При намаганні пацієнта виконати згинання

в променево-зап'ястковому суглобі пальпується напруження м'язів і сухожилка з ліктьового краю долонної сторони передпліччя, перед горохоподібною кісточкою (рис. 10 Г).

*Згинання з відведенням (променево зміщення).* Основні м'язи – променевий згинач зап'ястка. Тестовий рух: згинання з абдукцією (відведенням). Обсяг згинання становить  $60^\circ$ , а відведення – до  $30^\circ$ .

Тестування м'язової сили на 5 і 4 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, рука пацієнта на опорі й розслаблена, в ліктьовому суглобі дещо зігнута. Передпліччя у положенні між супінацією і проміжним положенням, пальці повністю розслаблені. Терапевт фіксує нижню третину дорзальної поверхні передпліччя. Пацієнт виконує згинання і променево відведення у променево-зап'ястковому суглобі. Терапевт здійснює протидію в ділянці підвищення м'язів великого пальця (рис. 11 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, рука пацієнта на опорі й розслаблена, в ліктьовому суглобі дещо зігнута. Передпліччя у положенні між супінацією і проміжним положенням, пальці повністю розслаблені. Терапевт фіксує нижню третину дорзальної поверхні передпліччя. Пацієнт виконує згинання і променево відведення у променево-зап'ястковому суглобі (рис. 11 Б).

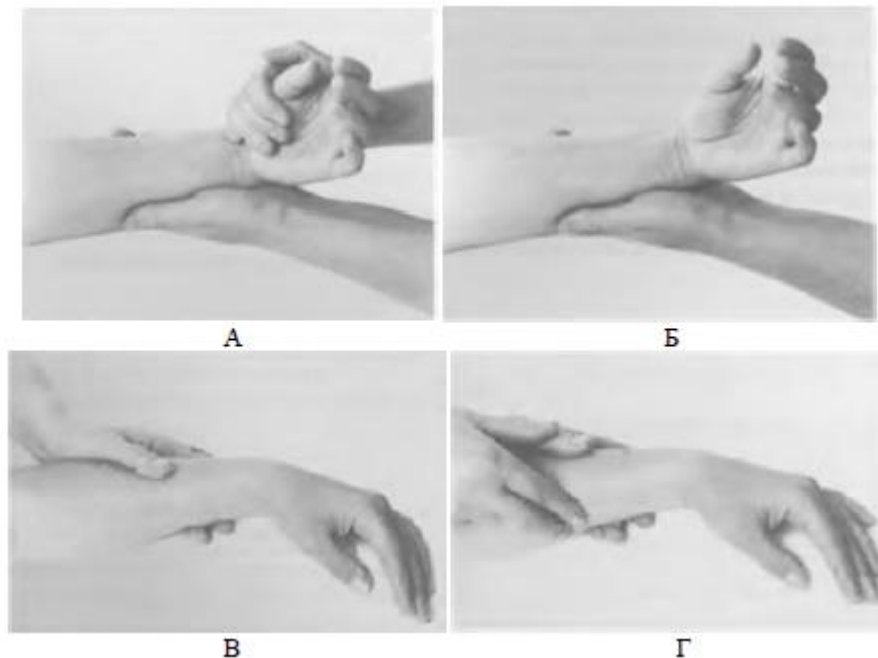


Рис. 11 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні з відведенням (променевим зміщенням) у променево-зап'ястковому суглобі

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, рука пацієнта на опорі й розслаблена, в ліктьовому суглобі дещо зігнута. Передпліччя у положенні між супінацією і проміжним положенням, пальці

повністю розслаблені. Терапевт фіксує нижню третину дорзальної поверхні передпліччя. Пацієнт виконує згинання і променево-відведення у променево-зап'ястковому суглобі, переміщуючи пальці по опорі (рис. 11 В).

Тестування м'язової сили на 1, 0 балів проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, рука пацієнта на опорі й розслаблена, в ліктьовому суглобі дещо зігнута. Передпліччя у положенні між супінацією і проміжним положенням. При намаганні пацієнта виконати згинання і променево-відведення у променево-зап'ястковому суглобі терапевт пальпує сухожилковий натяг променевого згинача зап'ястка радіально на вентральній поверхні нижньої третини передпліччя, й поперечну зв'язку зап'ястка (рис. 11 Г).

#### *Мануальне м'язове тестування м'язів-розгиначів зап'ястка*

*Розгинання з приведенням (ліктьове зміщення).* Основні м'язи – ліктьовий розгинач зап'ястка. Тестовий рух: розгинання і приведення (ліктьове зміщення) зап'ястка. Обсяг руху для розгинання становить  $70^\circ$ , для приведення –  $60-70^\circ$ . Розгинання зап'ястка забезпечується двома м'язами – ліктьовим й променевим розгиначами зап'ястка. Результатом їх одночасного скорочення є чисте розгинання зап'ястка. Тестування проводять диференційовано для кожного м'яза – застосовуючи різні вихідні положення й зміну напрямку тестового руху. При виконанні пацієнтом тестового руху слідкують щоб пальці були розслаблені протягом усього руху. В кінцевій фазі руху пальці згинаються за рахунок напруження при розтягуванні м'язів-згиначів. Якщо під час руху спостерігається розгинання пальців пацієнтом, то це говорить про можливість заміщення руху розгиначами пальців.

Тестування м'язової сили на 5 і 4 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині або сидячи, тестова рука на опорі, передпліччя в положенні пронації, кисть знаходиться на одній осі з передпліччям, пальці розігнуті. Терапевт фіксує нижню третину передпліччя на долонній поверхні, так щоб не перешкоджати основному руху в променево-зап'ястковому суглобі. Пацієнт виконує одночасне розгинання і ліктьове зміщення в променево-зап'ястковому суглобі. Терапевт здійснює протидію на долонній поверхні кисті пацієнта проти напрямку руху. Основна протидія здійснюється в ділянці головки 5-ої п'ясткової кістки (рис. 12 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині або сидячи, тестова рука на опорі, передпліччя в положенні пронації, кисть знаходиться на одній осі з передпліччям, пальці розігнуті. Терапевт фіксує нижню третину передпліччя на долонній поверхні, так щоб не перешкоджати основному руху в променево-зап'ястковому суглобі. Пацієнт виконує одночасне розгинання і ліктьове зміщення в променево-зап'ястковому суглобі (рис. 12 Б).

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

спині або сидячи, тестова рука на опорі, передпліччя в положенні між пронацією і проміжним положенням, кисть знаходиться на одній осі з передпліччям, пальці розігнуті. Терапевт фіксує нижню третину передпліччя. Пацієнт виконує одночасне розгинання і ліктвове зміщення в променево-зап'ястковому суглобі, ліктвовий край кисті пацієнт переміщує по опорі, пальці нерухомі й можуть згинатися (рис. 12 В).

Тестування м'язової сили на 1, 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині або сидячи, тестова рука на опорі, передпліччя в положенні між пронацією і проміжним положенням, кисть знаходиться на одній осі з передпліччям. При намаганні пацієнта виконати тестовий рух – терапевт проводить пальпацію дистально від шиловидного відростка ліктвової кістки, при цьому в променево-зап'ястковому суглобі повинно бути максимально можливе згинання (рис. 12 Г).

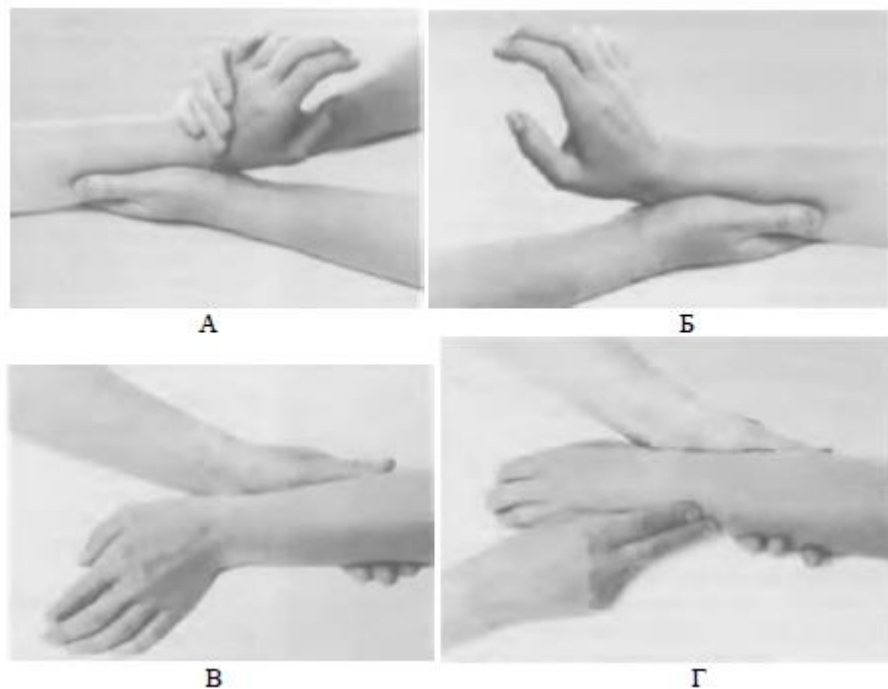


Рис. 12 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні з приведенням (ліктвовим зміщенням) у променево-зап'ястковому суглобі

*Розгинання з відведенням (променево-зап'ясткове зміщення).* Основні м'язи – довгий та короткий променево-зап'ястковий розгинач зап'ястка. Тестовий рух – розгинання і відведення (променево-зап'ясткове зміщення) в променево-зап'ястковому суглобі. Обсяг руху для розгинання становить 70-80°, для відведення – 20-30°. У процесі всього руху пальці повністю не випрямляються через напруження м'язів-згиначів.

Тестування м'язової сили на 5 і 4 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, досліджувана рука лежить на опорі, передпліччя у положенні пронації, кисть на одній осі з передпліччям, пальці злегка зігнуті. Терапевт фіксує нижню третину долонної поверхні передпліччя, але щоб не заважати руху в

променево-зап'ястковому суглобі. Пацієнт виконує одночасне повне розгинання з променевим відведенням. Терапевт здійснює протидію на тильній поверхні кисті в ділянці п'ястково-фалангових суглобів вказівного пальця (рис. 13 А).

Тестування м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, досліджувана рука лежить на опорі, передпліччя у положенні пронації, кисть на одній осі з передпліччям, пальці злегка зігнуті. Терапевт фіксує нижню третину долонної поверхні передпліччя, але щоб не заважати руху в променево-зап'ястковому суглобі. Пацієнт виконує одночасне повне розгинання з променевим відведенням (рис. 13 Б).

Тестування м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині або сидячи, досліджувана рука лежить на площині опори, передпліччя у положенні між супінацією і проміжним положенням, кисть на одній осі з передпліччям, передпліччя лежить на ліктьовому краї, пальці при виконанні руху розігнуті. Терапевт фіксує ліктьовий край дистальної третини передпліччя. Пацієнт виконує розгинання з променевим відведенням. При русі кисть переміщується ліктьовим краєм по опорі (рис. 13 В).

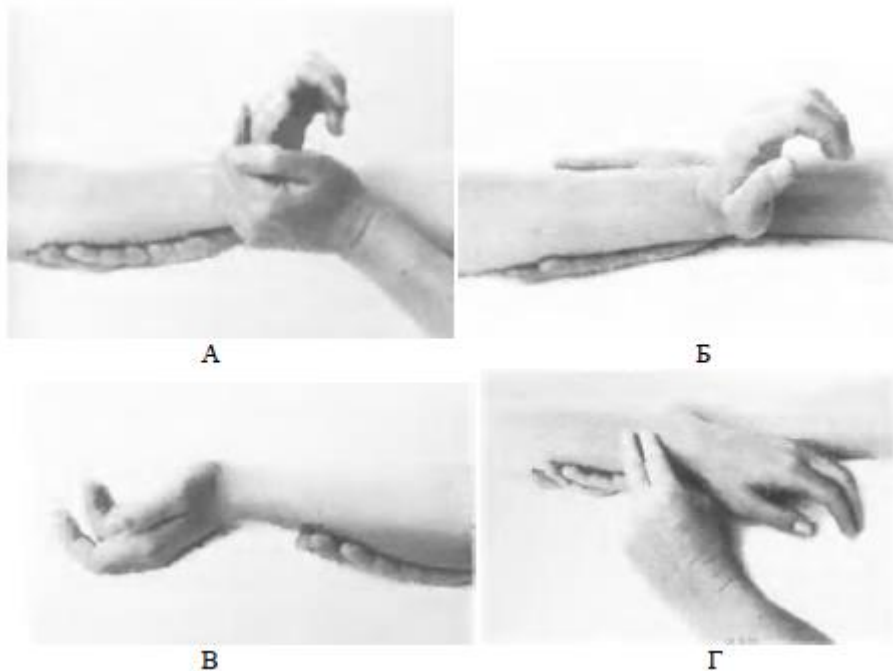


Рис. 13 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні з відведенням (променевим зміщенням) у променево-зап'ястковому суглобі

Тестування м'язової сили на 1, 0 балів проводиться у В.п. пацієнта сидячи або лежачи на спині, у променево-зап'ястковому суглобі досліджуваної руки незначне приведення і згинання для полегшених умов для м'язів-розгиначів. Пацієнт намагається виконати розгинання з променевим відведенням, а терапевт пальпує сухожилок довгого і короткого променевого розгинача зап'ястка по 2-й п'ястковій

кістці. У променево-зап'ястковому суглобі повинне бути легке згинання і променеве приведення (рис. 13 Г).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні стегна*

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

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки розігнуті, разом; стопи за межами кушетки. Терапевт фіксує таз з боку тестування м'язів пальпуючи першим пальцем великий вертлюг. Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа  $10^\circ$ ), а терапевт здійснює протидію цьому руху в області задньої поверхні нижньої третини стегна (рис. 14 А).

Для оцінки на 3 бали пацієнт активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа  $10^\circ$ ), без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 14 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування м'язів. Нижня кінцівка, що вгорі, дещо зігнута й відведена в кульшовому та зігнута в колінному суглобах, кінцівка на стороні тестування дещо зігнута в кульшовому суглобі і розігнута в колінному. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки для запобігання лордозу в попереку. Пацієнт активно виконує розгинання в кульшовому суглобі (межа  $10^\circ$ ) (рис. 14 В).

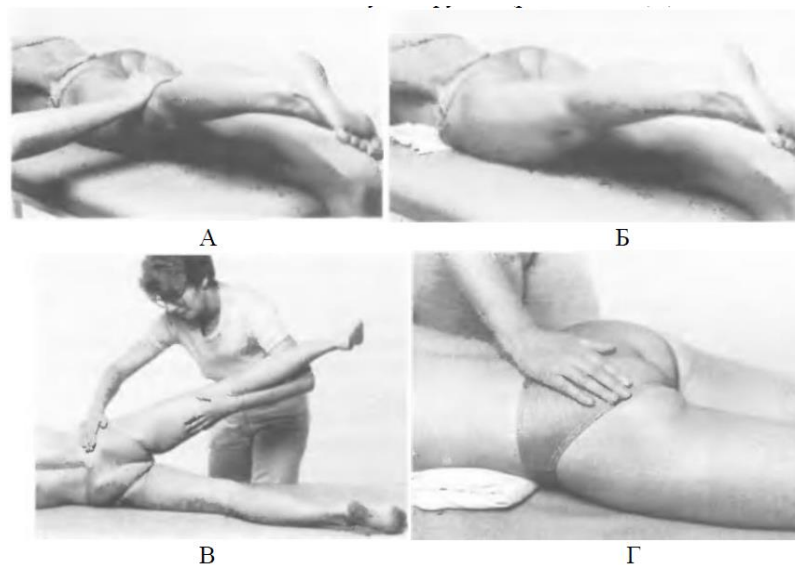


Рис. 14 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні стегна

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

сідничного м'яза усією рукою (рис. 14 Г).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні стегна*

Основні м'язи – клубово-поперековий м'яз: великий поперековий м'яз, клубовий м'яз.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, так, щоб стегно зі сторони тестування розміщувалось на кушетці, а гомілка – за межами кушетки вільно звисала, стопа розслаблена. Протилежна нижня кінцівка знаходиться в положенні упору стопою на кушетку при зігнутому колінному суглобі. Руки вздовж тулуба. Терапевт фіксує таз за гребінь клубової кістки з боку тестування м'язів.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує повне згинання в кульшовому суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху в області передньої поверхні нижньої третини стегна (рис. 15 А).

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує повне згинання в кульшовому суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 15 Б).

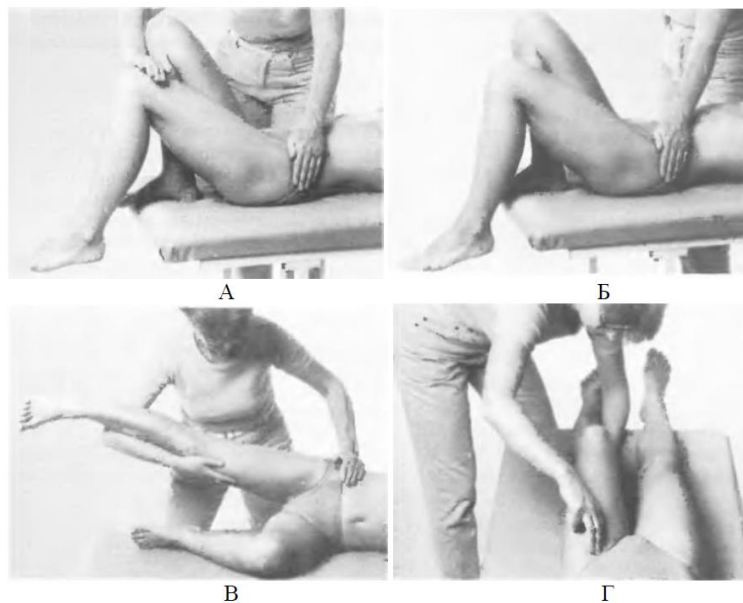


Рис. 15 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні стегна

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці, на стороні де проводиться тестування. Нижня кінцівка на стороні де проводиться тестування розігнута в кульшовому і зігнута в колінному суглобі. Терапевт фіксує таз зверху, іншою рукою він підтримує випрямлену й дещо відведену в кульшовому суглобі іншу нижню кінцівку. Пацієнт активно виконує згинання в кульшовому суглобі без протидії, по поверхні кушетки (рис. 15 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині. Терапевт передпліччям однієї руки утримує гомілку пацієнта на стороні тестування так, що нижня кінцівка знаходиться в напівзігнутому положенні і зовнішній ротації в кульшовому суглобі, та напівзігнута в колінному суглобі (рис. 15 Г).

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

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у приведенні стегна*

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

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Щоб пацієнт лежав точно на боці і таз не зміщувався ні вперед, ні назад, йому дозволяють підтримувати себе рукою, що вгорі, за край опори, тим самим стабілізуючи тулуб. Іншу руку пацієнт підкладає під голову. Нижні кінцівки випрямлені.

Кінцівка, що вгорі, у положенні відведення на  $30^\circ$  і терапевт фіксує її за гомілку знизу своїм передпліччям. Кінцівка на стороні тестування – на кушетці.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує приведення в кульшовому суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху в області внутрішньої поверхні нижньої третини стегна (рис. 16 А).

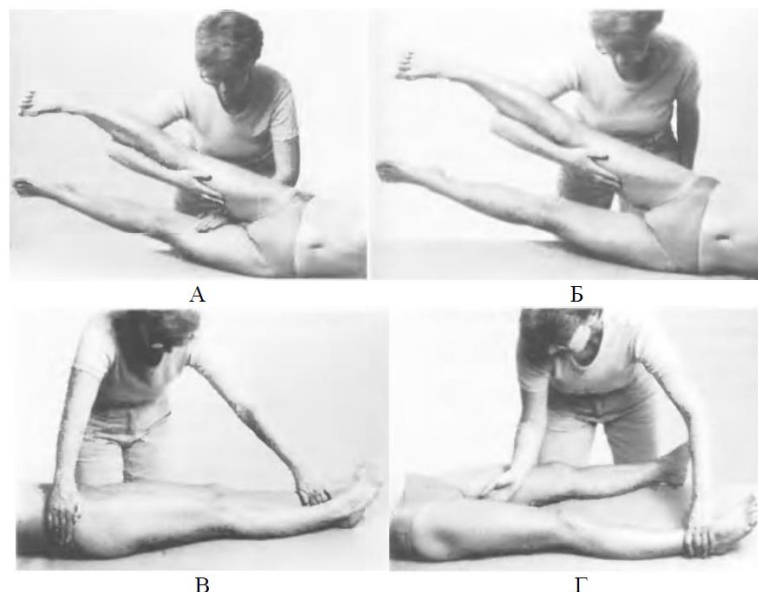


Рис. 16 Мануально- м'язове тестування м'язів, які виконують приведення стегна

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, обидві нижні кінцівки розігнуті. Кінцівка з протилежного боку тестування відведена на 30°. Терапевт фіксує таз та кінцівку з протилежного боку тестування. Пацієнт активно виконує приведення в кульшовому суглобі (рис. 16 В).

Оцінка м'язової сили на 1 та 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, обидві нижні кінцівки розігнуті. Кінцівка на стороні тестування відведена на 30°. При намаганні пацієнта виконати приведення в кульшовому суглобі пальпують привідні м'язи внутрішньої сторони стегна (рис. 16 Г).

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує приведення в кульшовому суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 16 Б).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у відведенні стегна*

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

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці. Руку, що на кушетці пацієнт кладе під голову, іншою рукою підтримується за край кушетки стабілізуючи тулуб. Нижня кінцівка, що на кушетці, зігнута в кульшовому і колінному суглобах. Нижня кінцівка на стороні тестування випрямлена – розігнута в колінному суглобі. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки на стороні тестування і пальпує великий вертлюг для контролю виконання правильного руху.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує відведення в кульшовому суглобі до 45°, а терапевт здійснює протидію цьому руху на бічну поверхню нижньої третини стегна (рис. 17 А).

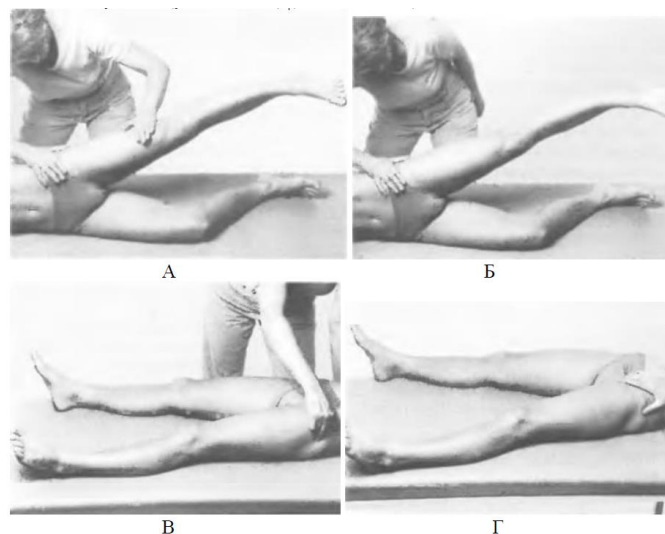


Рис. 17 Мануальне м'язове тестування м'язів, які виконують відведення стегна

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує відведення в кульшовому суглобі до  $45^\circ$ , без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 17 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. Терапевт фіксує таз на гребені клубової кістки на стороні тестування і пальпує великий вертлюг для контролю виконання правильного руху. Пацієнт активно виконує відведення в кульшовому суглобі до  $45^\circ$  (рис. 17 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. При намаганні пацієнта виконати відведення в кульшовому суглобі терапевт пальпує напруження м'язів над великим вертелом (рис. 17 Г).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у зовнішній ротації у кульшовому суглобі*

Основні м'язи – квадратний м'яз стегна, грушоподібний м'яз, великий сідничний м'яз, верхній близнюковий м'яз, нижній близнюковий м'яз, зовнішній затульний м'яз, внутрішній затульний м'яз. Тестовий рух: зовнішня ротація в обсязі  $45^\circ$  при розігнутому кульшовому суглобі.

Усі тести проводять у положенні пацієнта лежачи на спині. При оцінці м'язової сили на 5, 4 та 3 бали гомілка досліджуваної кінцівки знаходиться за краєм кушетки. Інша нижня кінцівка стопою знаходиться на кушетці, максимально зігнута в кульшовому та колінному суглобах, щоб стабілізувати таз. Оцінку м'язової сили на 2, 1 та 0 бали проводять при випрямлених нижніх кінцівках.

Оцінка м'язової сили на 5 та 4 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, гомілка досліджуваної кінцівки знаходиться за краєм кушетки. Інша нижня кінцівка стопою знаходиться на кушетці, максимально зігнута в кульшовому та колінному суглобах. Терапевт фіксує стегно за нижню третину у ділянці підколінної ямки. Пацієнт виконує зовнішню ротацію стегна в повному обсязі ( $45^\circ$ ). Терапевт здійснює протидію цьому руху в ділянці нижньої третини медіального краю гомілки над надп'ятково-гомілковим суглобом (рис. 18 А).

Оцінка м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, гомілка досліджуваної кінцівки знаходиться за краєм кушетки. Інша нижня кінцівка стопою знаходиться на кушетці, максимально зігнута в кульшовому та колінному суглобах. Терапевт фіксує стегно за нижню третину у ділянці підколінної ямки. Пацієнт виконує повну зовнішню ротацію в кульшовому суглобі (рис. 18 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. Досліджувана нижня кінцівка в положенні внутрішньої

ротації. Терапевт фіксує таз на стороні, що не досліджується, за гребінь клубової кістки. Пацієнт виконує повну зовнішню ротацію в кульшовому суглобі. Вирішальним у тестуванні є перший тур руху, тобто із внутрішньої ротації у проміжне положення (рис. 18 В).

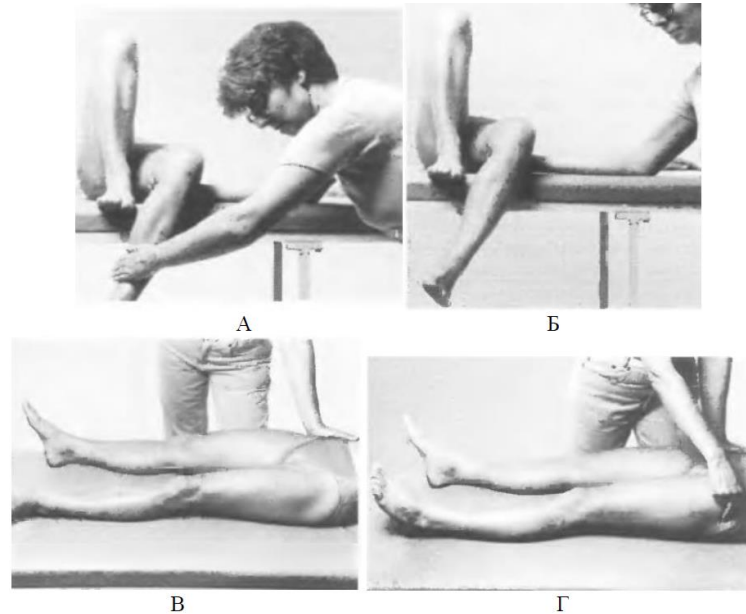


Рис. 18 Мануальне м'язове тестування зовнішньої ротації у кульшовому суглобі

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. При намаганні пацієнта виконати зовнішню ротацію в кульшовому суглобі пальпуються м'язи вище великого вертела. При цьому спостерігають, чи відбувається ротація (рис. 18 Г).

### **Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у внутрішній ротації у кульшовому суглобі**

Основні м'язи – малий сідничний м'яз, м'яз натягувач широкої фасції. Тестовий рух: внутрішня ротація до 30°.

Усі тести проводять у положенні лежачи на спині. При оцінці м'язової сили на 5, 4 та 3 бали досліджувана нижня кінцівка зігнута у колінному суглобі, гомілка знаходиться за краєм кушетки. Оцінку м'язової сили на 2, 1 та 0 бали проводять при випрямлених нижніх кінцівках.

Оцінка м'язової сили на 5 та 4 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, гомілка досліджуваної кінцівки знаходиться за краєм кушетки. Інша нижня кінцівка стопою знаходиться на кушетці, максимально зігнута в кульшовому та колінному суглобах (для запобігання перерозгинання поперекового відділу та тазу). Терапевт фіксує стегно за нижню третину у ділянці підколінної ямки. Пацієнт

виконує внутрішню ротацію стегна в повному обсязі (30°). Терапевт здійснює протидію цьому руху в ділянці нижньої третини латерального краю гомілки, над надп'яtkово-гомілковим суглобом (рис. 19 А).

Оцінка м'язової сили на 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, гомілка досліджуваної кінцівки знаходиться за краєм кушетки. Інша нижня кінцівка стопою знаходиться на кушетці, максимально зігнута в кульшовому та колінному суглобах. Терапевт фіксує стегно за нижню третину у ділянці підколінної ямки. Пацієнт виконує повну внутрішню ротацію в кульшовому суглобі (рис. 19 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. Досліджувана нижня кінцівка в положенні зовнішньої ротації. Терапевт фіксує таз на стороні тестування за гребінь клубової кістки. Пацієнт виконує повну внутрішню ротацію в кульшовому суглобі (рис. 19 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 балів проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині, нижні кінцівки випрямлені. При намаганні пацієнта виконати внутрішню ротацію в кульшовому суглобі пальпуються м'язи вище великого вертела (рис. 19 Г).

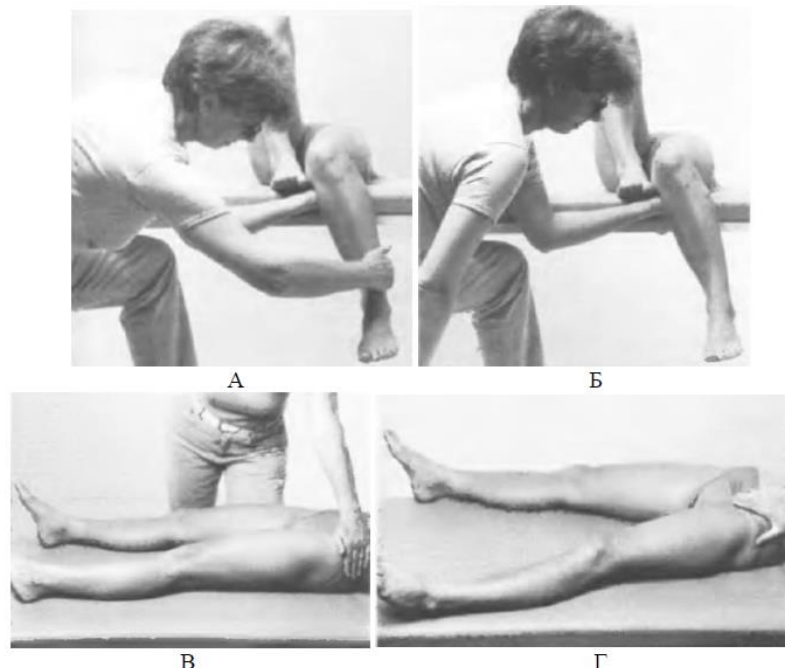


Рис. 19 Мануальне м'язове тестування внутрішньої ротації у кульшовому суглобі

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні гомілки*

Основні м'язи – чотириголовий м'яз стегна: а) прямий м'яз стегна, б) проміжний широкий м'яз стегна, в) бічний широкий м'яз стегна, г) присередній

широкий м'яз стегна. Тестовий рух: розгинання в колінному суглоб до 120-140°. Однак тестують лише останні 90° амплітуди руху.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині. Гомілку на стороні тестування знаходиться за краєм кушетки (згинання у колінному суглоб 90°). Нижня кінцівка на стороні, що не тестується зігнута і стопа знаходиться на кушетці. Терапевт фіксує стегно в області задньої поверхні нижньої третини стегна.

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує розгинання в колінному суглобі (із положення згинання на 90°), в повне розгинання (до 180°), а терапевт здійснює протидію цьому руху в області передньої поверхні нижньої третини гомілки (рис. 20 А).

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує розгинання в колінному суглобі (із положення згинання на 90°), в повне розгинання (до 180°) без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 20 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Нижня кінцівка на стороні, що не тестується, дещо відведена, її терапевт утримує за внутрішню поверхню нижньої третини стегна. Іншою рукою терапевт фіксує таз. Нижня кінцівка на стороні тестування зігнута у колінному суглобі на 90°. Пацієнт активно виконує розгинання в колінному суглобі із положення згинання на 90°, в повне розгинання (до 180°) переміщуючи гомілку по поверхні кушетки (рис. 20 В).

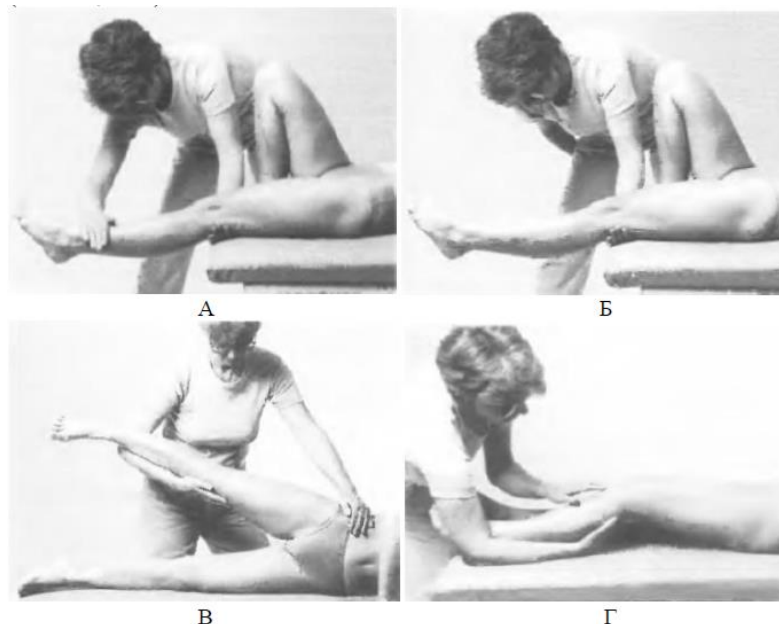


Рис. 20 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у розгинанні гомілки

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на спині. Нижня кінцівка на стороні, що не тестується, випрямлена. Нижня кінцівка

на стороні тестування напівзігнута у колінному й кульшовому суглобі. Коліно однією рукою знизу підтримується терапевтом, іншою рукою терапевт пальпує натяг зв'язки наколінка і по ходу волокон чотириголового м'яза стегна, при намаганні пацієнта виконати розгинання в колінному суглобі (рис. 20 Г).

### **Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні гомілки**

Основні м'язи – двоголовий м'яз стегна – довга головка, двоголовий м'яз стегна – коротка головка, півсухожилковий м'яз, півперетинчастий м'яз. Тестовий рух: згинання в колінному суглобі до 120-140°.

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

Для оцінки на 5 та 4 бали пацієнт виконує згинання в колінному суглобі, а терапевт здійснює протидію цьому руху у нижній третині гомілки (рис. 21 А).

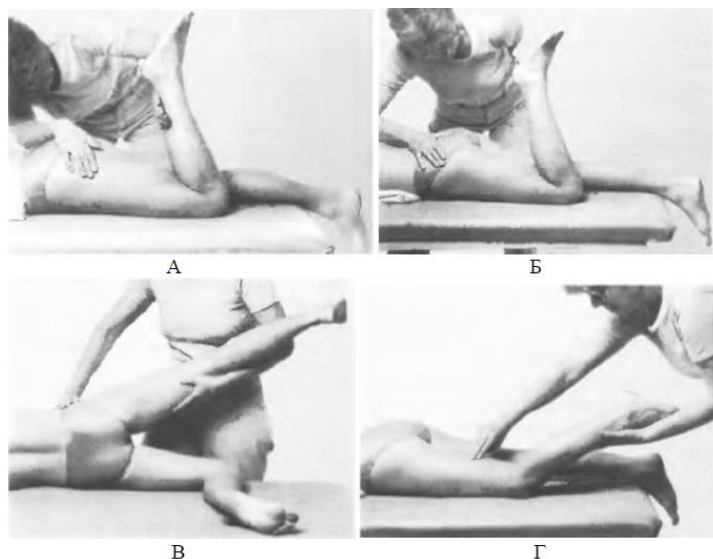


Рис. 21 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у згинанні гомілки

Для оцінки на 3 бали пацієнт виконує згинання в колінному суглобі без протидії, долаючи вагу кінцівки (рис. 21 Б).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Нижні кінцівки випрямлені. Нижня кінцівка на стороні, що не тестується, дещо відведена, її терапевт утримує за внутрішню поверхню нижньої третини стегна. Іншою рукою терапевт фіксує таз. Пацієнт активно виконує згинання в колінному суглобі переміщуючи гомілку по поверхні кушетки (рис. 21 В).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки випрямлені, стопи знаходяться за краєм кушетки. Гомілку на стороні тестування терапевт підтримує злегка зігнутою в колінному суглобі за нижню її третину. При намаганні пацієнта виконати згинання в колінному суглобі терапевт пальпує м'язи згиначі гомілки по ходу волокон або сухожилків (рис. 21 Г).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у підшовному згинанні стопи*

Основні м'язи – литковий м'яз, камбалоподібний м'яз. Тестовий рух: підшовне згинання в надп'яtkово-гомілковому суглобі до 40-45°, при розігнутому колінному суглобі.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, нижні кінцівки випрямлені, стопа знаходиться за крем кушетки та повністю розслаблена. Терапевт фіксує нижню третину гомілки. Пацієнт виконує повне підшовне згинання в надп'яtkово-гомілковому суглобі. Терапевт здійснює протидію цьому руху рукою дистально на п'ятку. Окремі етапи відрізняються в залежності від ступеня протидії, пальці ноги не зігнуті (рис. 22 А).

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування, нижні кінцівки випрямлені, стопа у вільному положенні лежить на зовнішній стороні. Інша нижня кінцівка зігнута. Терапевт фіксує дистальну третину гомілки. Пацієнт виконує повне підшовне згинання переміщуючи стопу по поверхні кушетки (рис. 22 Б).

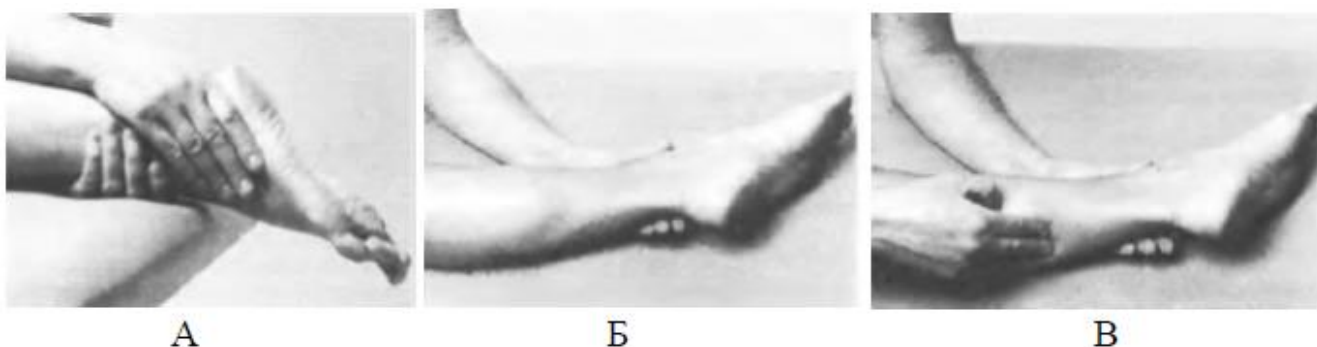


Рис. 22 Мануально- м'язове тестування м'язів, що беруть участь у підшовному згинанні стопи (триголовий м'яз гомілки)

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування, нижні кінцівки випрямлені, стопа у вільному положенні лежить на зовнішній стороні. Інша нижня кінцівка зігнута. При намаганні пацієнта виконати тестовий рух пальпують натяг на п'яtkовому сухожилку і по ходу

волокон литкового м'яза (рис. 22 В).

*Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у підшовному згинанні стопи*

Основні м'язи – камбалоподібний м'яз. Тестовий рух: підшовне згинання стопи при зігнутому колінному суглобі обсягом до 40-45°.

Оцінка м'язової сили на 5, 4 та 3 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на животі, досліджувана кінцівка зігнута в колінному суглобі. Терапевт фіксує рукою нижню третину гомілки. Пацієнт виконує повне підшовне згинання. Пальці ноги не повинні бути зігнуті. Терапевт здійснює протидію цьому руху за п'яткове сухожилка, зміщується під пальцями на дистальну частину п'яtkової кістки. Бали визначаються ступенем протидії (рис. 23 А).

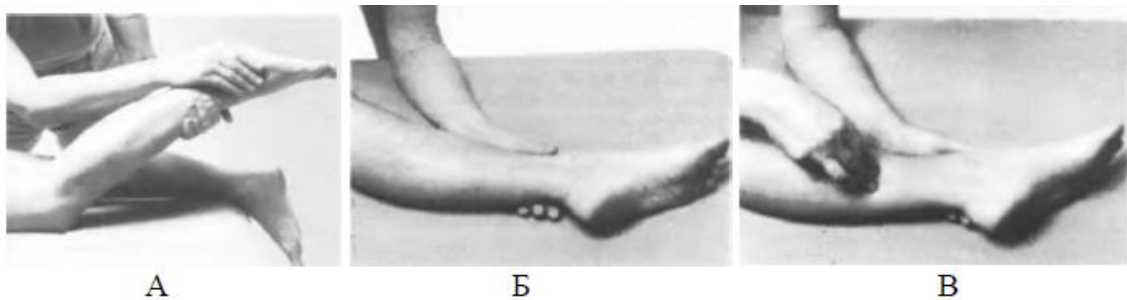


Рис. 23 Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у підшовному згинанні стопи (камбаловидний м'яз)

Оцінка м'язової сили на 2 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні досліджуваної кінцівки, яка зігнута в колінному суглобі і лежить на зовнішній стороні, стопа – під прямим кутом. Інша кінцівка лежить у зручному положенні. Терапевт фіксує гомілку спереду. Пацієнт виконує повне підшовне згинання (рис. 23 Б).

Оцінка м'язової сили на 1 й 0 бали проводиться у В.п. пацієнта лежачи на боці на стороні тестування. Пацієнт намагається виконати підшовне згинання, при цьому пальпується натяг в п'яtkовому сухожилку й волокон камбалоподібного м'язу (рис. 23 В).

**Завдання 4.** Проведення лікарсько-педагогічних та гігієнічних спостережень на занятті з лікувальної гімнастики.

Студент проводить лікарсько-педагогічні та гігієнічні спостереження *на одному занятті* з лікувальної гімнастики та заповнює протокол дослідження, який додається до звіту з практики (Додаток б).

### **Завдання 5.** Проведення бесіди з пацієнтами.

Студент під час практики проводить бесіду з пацієнтами щодо ведення здорового способу життя. Тема бесіди обирається із запропонованого переліку згідно свого номеру за списком 2 бесіди (Додаток 7). Перша бесіда оформлюється відповідно до наданої тематики, наведеної в додатку 7; друга – відповідно до клінічного діагнозу пацієнта.

### **Завдання 6.** Теоретичний опис методики догляду за пацієнтом.

Студент під час практики виконає маніпуляції з догляду за пацієнтом та опише одну, отриману за останньою цифрою у списку групи (Додаток 8).

## **2.3 Підготовка та оформлення звітної документації**

### **III етап: Підготовка та оформлення звітної документації.**

Закінчення проходження клінічної практики включає:

- оформлення документації за підсумками практики;
- індивідуальний звіт студента з практики;
- підготовка й участь у підсумковій конференції по підведенню підсумків практики.

Під час практики студенти систематично ведуть щоденник практики. У щоденнику відображають термін та зміст своєї роботи з виконаними завданнями індивідуального плану. Після закінчення практики щоденник підписують практикант і керівники практики.

#### **Вимоги до звіту з клінічної практики.**

Звіт з клінічної практики – це основний підсумковий документ, що надає можливість проаналізувати й оцінити діяльність студента під час практики.

Звіт умовно поділяють на вступну частину, основну та заключну частини.

**Вступна частина** містить такі структурні елементи:

- титульний аркуш;
- завдання на практику;
- вступ, який містить інформацію про мету, завдання, базу практики, порядок і термін її проходження.

**Основна частина** містить:

- виконані завдання клінічної практики;
- належно оформлені звіт та щоденник з клінічної практики.

**Заключна частина:**

- висновки, в яких узагальнюють основні підсумки практики.

Технічні вимоги: аркуші білого паперу формату А4; шрифт – TimesNewRoman, розмір – 14, 1,5 міжрядковий інтервал; абз. відступ – 1,25; поля: верхнє та нижнє – 2

см, ліве – 3 см, праве – 1,5 см. Вирівнювання тексту за шириною сторінки. Мова виконання – українська.

Оформлений звіт разом із щоденником здають на кафедру фізичної терапії та ерготерапії в останній день практики.

#### **Підведення підсумків клінічної практики.**

Після закінчення проходження клінічної практики студент складає диференційований залік комісії, яку призначає завідувач кафедри.

Студент готує до захисту виступ не більше ніж на 5 хв, у якому викладає основний зміст. Після цього члени комісії ставлять йому запитання.

Захист звіту оцінюють за 100-бальною шкалою та національною системою («відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно»), відповідний запис роблять у заліковій книжці студента в розділі «Практика» та в заліковій відомості.

До заліку допускають студентів, які виконали програму практики, вчасно подали звіт та щоденник за встановленим зразком. Звіт, не допущений до захисту, необхідно доопрацювати згідно із зауваженнями й подати на кафедру для повторної перевірки.

Термін захисту – протягом десяти днів після закінчення практики.

#### **Правила ведення та оформлення щоденника практики**

1. Щоденник з практики є основним документом студента під час проходження практики і джерелом інформації для написання звіту.

2. У перші дні практики студент за допомогою керівника від бази практики складає календарний графік виконання індивідуального завдання.

3. Під час практики студент щоденно має записувати все, що зроблено за день з виконанням індивідуального завдання.

4. Мінімум один раз на тиждень студент зобов'язаний подавати щоденник на перегляд керівникам від ЗВО і бази практики, які перевіряють щоденник, роблять письмові зауваження, дають додаткові завдання і ставлять підпис.

5. Після закінчення практики керівник ознайомлюється із щоденником та звітом і складає відгук.

6. Оформлений щоденник разом зі звітом студент має здати на кафедру.

7. Без наявності заповненого щоденника та звіту проходження клінічної практики не зараховується.

Щоденник заповнюється відповідно до форми 23, затвердженої в НУ «Запорізька політехніка» ([https://zp.edu.ua/uploads/dept\\_nm/forms/Forma\\_23\\_Shchodennyk\\_praktyky.pdf](https://zp.edu.ua/uploads/dept_nm/forms/Forma_23_Shchodennyk_praktyky.pdf)).

#### **2.4 Критерії оцінювання результатів клінічної практики студентів**

### **Критерії оцінювання результатів клінічної практики студентів:**

- **ступінь** виконання студентами завдань практики;
- **якість** знань з фізичної реабілітації, проявлених під час практики та їх відображення у звітній документації;
- **рівень** володіння необхідними компетентностями під час виконання практичної діяльності студентів як майбутніх фахівців.

### **Зміст критеріїв оцінювання результатів клінічної практики з фізичної реабілітації:**

#### **Оцінка 90-100 балів:**

- знання та вміння аналізувати програму реабілітації за різними нозологіями;
- наявність звіту та щоденника практики;
- відмінна оцінка в характеристиці керівника від бази практики;
- знання та розуміння програмного матеріалу практики в повному обсязі;
- розуміння доцільності застосування методів фізичної терапії;
- здатність аналізувати функціональний стан пацієнта в повному обсязі.

#### **Оцінка 85-89 балів:**

- знання та вміння аналізувати програму реабілітації за різними нозологіями, але недостатньо повно;
- наявність звіту та щоденника практики;
- оцінка в характеристиці керівника від бази практики;
- знання та розуміння програмного матеріалу практики в повному обсязі;
- розуміння доцільності застосування методів фізичної терапії на високому рівні;
- здатність аналізувати функціональний стан пацієнта на високому рівні.

#### **Оцінка 75-84:**

- знання та вміння аналізувати програму реабілітації за різними нозологіями, але порушена логічна послідовність;
- наявність звіту та щоденника практики;
- позитивний відгук про студента керівника від бази практики;
- знання та розуміння всього програмного матеріалу практики в повному обсязі;

- завдання практики частково не виконано;
- розуміння доцільності застосування методів функціонального стану пацієнта;

- здатність аналізувати функціональний стан пацієнта.

#### **Оцінка 70-74:**

- знання та вміння аналізувати програму реабілітації за різними нозологіями на достатньому рівні, але порушена логічна послідовність;

- звіт та щоденник практики недооформлені;
- характеристика студента керівника від бази практики задовільна;
- знання та розуміння програмного матеріалу практики в частковому обсязі;
- розуміння доцільності застосування методів функціонального стану пацієнта;

- здатність аналізувати функціональний стан пацієнта на задовільному рівні.

#### **Оцінка 60-69:**

- представлені не всі завдання програми практики за нозологіями;
- неохайне ведення звіту та щоденника практики;
- поверхове знання та розуміння основного програмного матеріалу;
- задовільний відгук від керівника бази практики;
- помилки в дослідженні функціонального стану пацієнта;
- висновки не відповідають фактичним даним.

#### **Оцінка 35-59:**

- знання та вміння аналізувати програму реабілітації за різними нозологіями не засвоєні;

- суворе порушення трудової та виконавчої дисципліни;
- невиконання програми практики;
- відсутність звіту та щоденника практики;
- негативний відгук з місця практики;
- нездатність до проведення дослідження функціонального стану пацієнта.

## ДОДАТКИ

Національний університет «Запорізька політехніка»  
Факультет управління фізичною культурою та спортом

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**ЗВІТ**

з клінічної практики

студента \_\_\_\_\_

групи \_\_\_\_\_

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Місце проходження практики \_\_\_\_\_

Термін проходження практики \_\_\_\_\_

Керівник практики від університету \_\_\_\_\_

Запоріжжя

20\_\_







### Мануальне м'язове тестування

П.І.Б. \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ (років)

Діагноз: \_\_\_\_\_

<b>Мануальне м'язове тестування</b>	<b>Праворуч</b>	<b>Ліворуч</b>
М'язів, що беруть участь у згинанні у плечовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у розгинанні у плечовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у відведенні у плечовому суглобі		
М'язів, що забезпечують зовнішню ротацію у плечовому суглобі		
М'язів, що забезпечують внутрішню ротацію у плечовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у згинанні у ліктьовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у розгинанні у ліктьовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у супінації передпліччя		
М'язів, що беруть участь у пронації передпліччя		
М'язів - згиначів зап'ястка		
М'язів - розгиначів зап'ястка		
М'язів, що беруть участь у розгинанні стегна		
М'язів, що беруть участь у згинанні стегна		
М'язів, що беруть участь у приведенні стегна		
М'язів, що беруть участь у відведенні стегна		
М'язів, що беруть участь у зовнішній ротації у кульшовому суглобі		

<b>Мануальне м'язове тестування</b>	<b>Праворуч</b>	<b>Ліворуч</b>
М'язів, що беруть участь у внутрішній ротації у кульшовому суглобі		
М'язів, що беруть участь у розгинанні гомілки		
М'язів, що беруть участь у згинанні гомілки		
М'язів, що беруть участь у підошовному згинанні стопи		
Мануальне м'язове тестування м'язів, що беруть участь у відведенні стегна		
М'язів, що беруть участь у розгинанні гомілки		
М'язів, що беруть участь у згинанні гомілки		

Висновок: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Протокол лікарсько-педагогічних та гігієнічних спостережень на занятті з лікувальної гімнастики

### I. Загальна частина протоколу

1. Дата обстеження \_\_\_\_\_ 2. Час початку заняття \_\_\_\_\_ 3. Час завершення заняття \_\_\_\_\_

4. Заняття проводить фізичний терапевт (П.І.Б.) \_\_\_\_\_  
в присутності студента (П.І.Б.) \_\_\_\_\_

5. Характеристика контингенту (кількість, вік, стать) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Причини (діагноз), за якими пацієнт направлений на заняття лікувальною гімнастикою \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Характеристика заняття (надається загальна тривалість частин заняття, короткий опис фізичних вправ):

а) підготовча частина \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

б) основна частина \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в) заключна частина \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II. Індивідуальні спостереження:

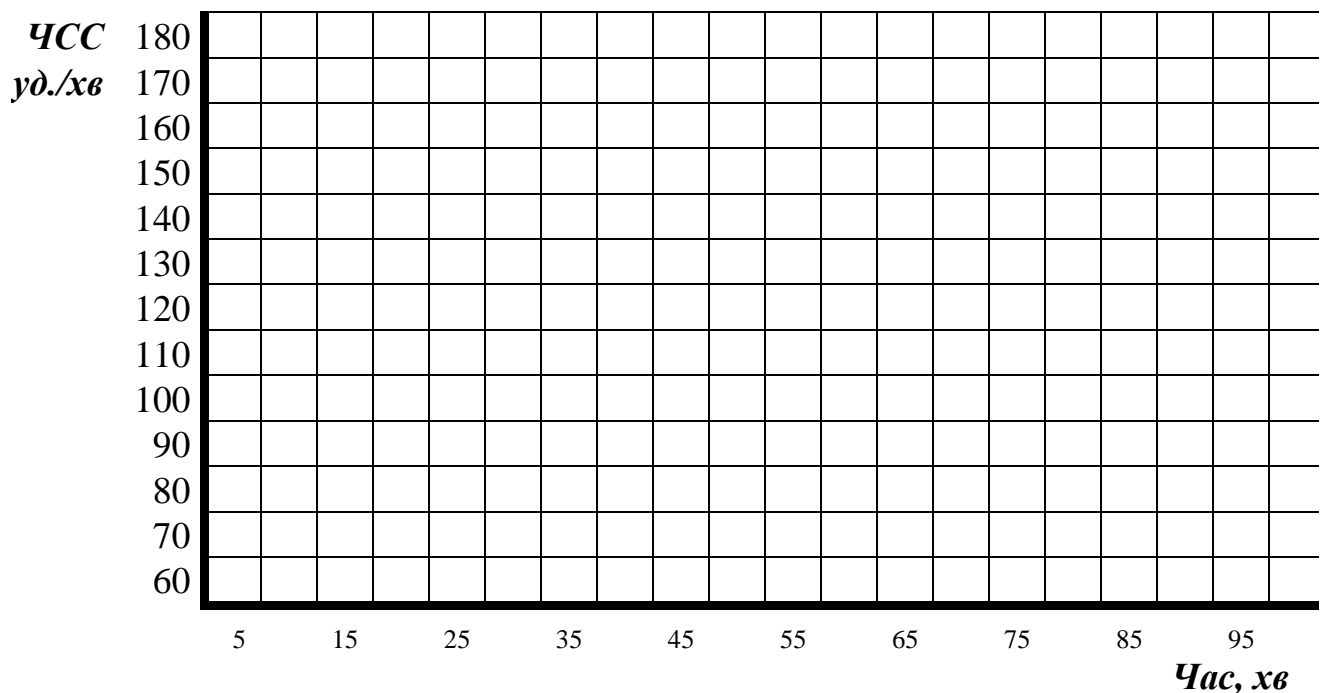
1. П.І.Б. пацієнта \_\_\_\_\_

2. Вік \_\_\_\_\_ 3. Стать \_\_\_\_\_

4. Самопочуття та настрої перед заняттям \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Руховий режим \_\_\_\_\_

## 6. Побудова фізіологічної кривої заняття



7. Середня частота серцевих скорочень під час заняття, уд./хв \_\_\_\_\_

8. Максимальна частота серцевих скорочень під час заняття, уд./хв \_\_\_\_\_

9. Розрахунок моторної щільності заняття, % \_\_\_\_\_

10. Визначення ступеня втоми \_\_\_\_\_

*III. Санітарно-гігієнічні умови проведення заняття:*

1. Площа та висота залу \_\_\_\_\_

2. Покриття підлоги, стін \_\_\_\_\_

3. Наявність побутових приміщень (роздягальня, душові) та їх стан \_\_\_\_\_

4. Температура повітря в залі \_\_\_\_\_

5. Наявність систем вентиляції та опалення, їх характеристика \_\_\_\_\_

6. Природне та штучне освітлення, їх характеристика \_\_\_\_\_

7. Наявність та вид інвентарю, його стан \_\_\_\_\_

8. Наявність та стан спортивного одягу і взуття \_\_\_\_\_

9. Загальна характеристика інструктора, що проводив заняття (зовнішній вигляд,

володіння термінологією, взаємовідносини з пацієнтом та ін.) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Висновки та пропозиції \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Національний університет «Запорізька політехніка»  
Факультет управління фізичною культурою та спортом  
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

### БЕСІДА

На тему: \_\_\_\_\_

студент (ка) \_\_\_\_\_ курсу, групи \_\_\_\_\_

спеціальності \_\_\_\_\_

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Запоріжжя

20\_\_



### Теми бесід

1. Поняття о раціональній організації життєдіяльності.
2. Гігієна розумової праці і класифікація його видів.
3. Фактори, що впливають на розумову працездатність.
4. Поняття про активний відпочинок та його механізми.
5. Засоби застереження розумової втоми.
6. Особливості повітряно-теплового режиму умов для робітників розумової праці.
7. Поняття об оптимальнім світловий режим для робітників розумової праці.
8. Значення планування життєдіяльності для здоров'я людини.
9. Організація вільного часу робітника розумової праці.
10. Основні природні та функціональні фактори оздоровлення.
11. Активний відпочинок як частина здорового способу життя.
12. Особливості енерговитрат у режимі дня.
13. Особливості питного режиму людини.
14. Профілактика порушень зору при роботі за комп'ютером.
15. Профілактика гіподинамії.
16. Профілактика алкоголізму.
17. Профілактика тютюнопаління.
18. Профілактика травматизму під час відпочинку.
19. Профілактика травматизму під час відпочинку на воді.
20. Профілактика ЗПСШ.
21. Раціональне харчування і його основні принципи.
22. Пізнавально-культурні рекреації, значення та вплив на особистість.
23. Фізичні вправи як частинна здорового способу життя.
24. Особиста гігієна та її вплив на ефективність занять фізичною активністю.
25. Нетрадиційні засоби оздоровлення та їх використання у профілактиці.
26. Профілактика наркоманії.
27. Вплив зовнішніх чинників на організм людини.
28. Організація режиму дня в залежності від типу темпераменту.
29. Духовне здоров'я як складова загального рівня здоров'я.
30. Процес оптимізації життєвого простору людини.

**Варіанти маніпуляцій з догляду за пацієнтом**  
(за списком студентів)

- 0 – переміщення пацієнта в ліжку.
- 1 – пересаджування пацієнта з ліжка на стілець (візок).
- 2 – переміщення пацієнта з ліжка на каталку.
- 3 – перевертання та розміщення пацієнта в положенні на боку.
- 4 – перевертання та розміщення пацієнта в положенні на спині.
- 5 – перевертання та розміщення пацієнта в положенні на животі.
- 6 – розміщення пацієнта в положенні Фаулера.
- 7 – перевертання та розміщення пацієнта в положенні Симса.
- 8 – організація харчування хворого та допомога при прийомі їжі.
- 9 – організація та допомога при проведенні гігієнічних процедур.

**Приклад описання:**

1. Назва \_\_\_\_\_
2. Діагноз пацієнта \_\_\_\_\_
3. Устаткування \_\_\_\_\_
4. Показання \_\_\_\_\_
5. Протипоказання \_\_\_\_\_
6. Проведення маніпуляції:

<b>Етап</b>	<b>Обґрунтування/пояснення процедури</b>
<i>I Підготовка до виконання маніпуляції</i>	
1.	
<i>II Виконання маніпуляції</i>	
1.	
<i>III Завершення маніпуляції</i>	
1.	

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ:

### Основні:

1. Абрамов В.В., Клапчук В.В., Неханевич О.Б. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. професора В.В. Абрамова та доцента О.Л. Смирнової. Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. 456 с.
2. Бойчук Т., Голубєва М, Левандовський О., Войчишин Л. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: навч. посібник. Львів: ЗУКЦ; 2010. 240 с.
3. Бурка О.М. Підготовка майбутніх фізичних терапевтів до використання фізкультурно-оздоровчих технологій: дис...канд. пед. наук: 13.00.04. Запоріжжя, 2019. 267 с.
4. Єфименко П.Б. Техніка та методика масажу: навчальний посібник. Харків: ОВС, 2001. 210 с.
5. Макаренко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посібник. Київ: Олімпійська література. 2006. – 196 с.
6. Медицинская реабилитация: ученик для студентов и врачей / Под общ. ред. В.Н. Сокрута, Н.И. Яблучанского. – Краматорск: «Каштан», 2015. 576 с.  
Медичні маніпуляції / За ред. Л.С. Білика. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 256 с.
7. Методичні рекомендації для самостійного вивчення розділу «Лікарський і педагогічний контроль в системі фізичного виховання учнів та студентської молоді» дисципліни «Методи досліджень у лікарському контролі» для бакалаврів спеціальностей «Фізичне виховання», «Фізична реабілітація» усіх форм навчання / укл. Фетісова В. В., О.А. Присяжнюк. Запоріжжя: ЗНТУ, 2010. 34 с.
8. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник. 3-є вид., переробл. та доповн. К.: Олімп. л-ра, 2009. 488 с.
9. Назар П.С., Шевченко О.О., Гусєв Т.П. Медико-біологічні основи фізичної культури і спорту: навчальний посібник. Київ: Олімп. л-ра, 2013. 328 с.
10. Професійна реабілітація інвалідів: довідково-методичний посібник / за ред. к.м.н. В.В. Маруніча. Дніпропетровськ: Пороги, 2005. 227 с.
11. Стандарт вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія». [Чинний від 19-12-2018]. Вид. офіц. Київ: МОН України, 2018. №1419. 32 с.
12. Сітовський А.М., Якобсон О.О., Уляницька Н.Я. Обстеження дисфункцій верхньої кінцівки в практиці мультидисциплінарної реабілітаційної команди: метод. рек. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2023. 93 с.

13. Сітовський А.М., Якобсон О.О., Уляницька Н.Я. Обстеження дисфункцій нижньої кінцівки в практиці мультидисциплінарної реабілітаційної команди: метод. рек. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2023. 97 с.

**Допоміжні:**

1. Макаренко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посібник. Київ: Олімпійська література, 2006. 196 с.

2. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація. підручник. Київ: «Олан», 2005. 608 с.

3. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. Київ: Олімпійська література, 2000. 422с.

4. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. К.: Олимпийская література, 2003. 223 с.