

# Шкалы и клинические метрики мультидисциплинарной реабилитационной команды КИМ 2.0

Учебное наглядное пособие



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Уральский государственный медицинский университет  
Клинический институт мозга

# **Шкалы и клинические метрики мультидисциплинарной реабилитационной команды КИМ 2.0**

*Учебное наглядное пособие*

Под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора А. А. Белкина

Рекомендовано ЦМС УГМУ для ординаторов и врачей специальности  
«Физическая и реабилитационная медицина», медицинских логопедов,  
медицинских психологов, эргоспециалистов, кинезиоспециалистов,  
среднего медицинского персонала физической и реабилитационной медицины

Екатеринбург  
УГМУ  
2023

УДК 615.8(075.8)

ББК 53.54я73

Ш66

Авторы: А. А. Белкин, В. А. Белкин, Я. Ю. Захаров, Е. А. Пинчук, Е. Н. Рудник, А. Н. Плаксина, Т. Ю. Сафонова, Ю. М. Борзунова

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор Института клинической неврологии и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России по ДВФО, заслуженный врач Российской Федерации *А. Ф. Беляев*;

заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, директор Центра научно-образовательных технологий в медицинской реабилитации *И. Е. Мишина*

**Шкалы и клинические метрики мультидисциплинарной реабилитационной команды КИМ 2.0** : учебное наглядное пособие / А. А. Белкин, В. А. Белкин, Я. Ю. Захаров [и др.] ; под общ. ред. А. А. Белкина ; М-во здравоохранения РФ, Урал. гос. мед. ун-т ; Клинич. ин-т мозга. — Екатеринбург : УГМУ, 2023. — 144 с.

ISBN 978-5-00168-056-7

Настоящее пособие представляет собой подборку наиболее распространенных валидизированных клинических метрик, необходимых для осуществления диагностики и контроля эффективности реабилитационного лечения. Клинические метрики сгруппированы по тематике применения для оценки функционального статуса основных компонентов системы жизнедеятельности пациента, осуществляемой членами мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК).

Пособие предназначено для ординаторов и врачей специальности «физическая и реабилитационная медицина», медицинских логопедов, медицинских психологов, эргоспециалистов, кинезиоспециалистов, среднего медицинского персонала физической и реабилитационной медицины.

УДК 615.8(075.8)

ББК 53.54я73

ISBN 978-5-00168-056-7

© Уральский государственный  
медицинский университет, 2023

# Содержание

---

<b>Введение</b> .....	6
<b>Компетенции членов МДРК в применении реабилитационных шкал и клиниметрик</b> .....	8
<b>Интегральная оценка результатов реабилитации</b> .....	10
Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ).....	10
Индекс Бартела (BI) — МКФ.....	13
Классификатор результатов реабилитации по ШРМ и Бартелу.....	17
Мультидисциплинарный классификатор подцелей задач.....	19
Оценка состояния по шкале Рэнкина (mRS) .....	25
Расширенная шкала исходов Glasgow (GOS) для этапа интенсивной терапии .....	27
Шкала тяжести ПИТ-синдрома .....	27
Опросник качества жизни EQ5D .....	29
Шкала диссомнии КИМ (2020) .....	30
Шкала сексуальной дисфункции КИМ .....	30
Оценка уровня сознания и вегетативных функций .....	31
Дифференциальная диагностика комплексного нарушения сознания .....	31
Шкала подробной оценки состояния ареактивных пациентов .....	33
Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) .....	34
Шкала болевого поведения BPS .....	35
Диагностический опросник нейропатической боли DN4 .....	35
Шкала для оценки интенсивности хронической боли у пациентов с деменцией.....	37
Шкала вегетативной дисавтономии у пациентов с ОЦН*.....	37
Ноцицептивная шкала сознания (NCS) для вегетативного состояния (VS) и малого сознания (MCS).....	39
Шкала восстановления после комы, переработанная CRS-R.....	40
Нейропсихологическая классификация стадий вегетативного состояния (Доброхотова Т. А.).....	46
<b>Оценка мобильности</b> .....	47
Шкала Борга .....	47
Критерии функциональной оценки тяжести респираторной полимионейропатии .....	48
Шкала оценки двигательного дефицита MRC (Medical Research Council) .....	48
Опция для расширенной оценки MRC .....	49
Регламент тестирования по шкале MRC.....	49
Модифицированная шкала Ashworth .....	50

Гониометрия .....	52
Индекс мобильности Ривермид (IMR) .....	54
Тест контроля торса (Trunk Control Test) .....	55
Индекс ходьбы Хаузера.....	55
Функциональные категории ходьбы .....	55
Тест на время Timed Up&Go (TUG-Test) .....	56
10-метровый тест (скорость походки) .....	56
Тест 6-минутной ходьбы .....	57
Тест баланса Берга .....	59
<b>Оценка глотания, речи, голоса.....</b>	<b>63</b>
Шкала оценки дисфагии «КИМ».....	63
Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания.....	65
Шкала оценки пенетрации-аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS) .....	65
Федеральная эндоскопическая шкала по оценке тяжести дисфагии (FEDSS) .....	66
Шкала нарушений глотания слюны у больных с трахеостомой .....	67
Шкала оценки функции речи .....	67
Шкала оценки дизартрии.....	69
Классификация прозопареза (Я. С. Балабан) .....	71
<b>Эмоционально-когнитивная сфера .....</b>	<b>72</b>
Экспресс-тест контакта (для ОРИТ).....	72
Экспресс-тест умственных способностей Ходкинсона (ТУСХ) .....	72
Тест «Мини-Ког».....	73
Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).....	74
Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) .....	79
Батарея лобных тестов — FAB .....	81
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) .....	83
Шкала неглекта .....	86
Шкала перцепции.....	88
Тест ARAT .....	89
Тест Френчай.....	92
<b>Риски и барьеры реабилитации .....</b>	<b>93</b>
Классификация барьеров и методы их контроля .....	93
Классификация рисков и методы их контроля .....	93
Шкала риска нутритивного дефицита NRS 2002 .....	94
Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней .....	95
Оценка глубины и распространенности пролежней .....	96
Оценка риска развития тромбозомболических осложнений .....	97
Шкала оценки риска венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) у нехирургических больных .....	97
Шкала оценки риска ТЭЛА у хирургических пациентов (по CAPRINI) .....	98
Шкала оценки риска крупных кровотечений и клинически значимых кровотечений в стационаре у нехирургических больных.....	99

---

<b>Шкалы для больных с ОНМК</b> .....	100
Шкала риска пневмонии при инсульте .....	100
Шкала риска инсульта .....	100
Шкала HAS-BLED .....	102
Шкала инсульта Национального института здоровья .....	103
Классификация причин инсульта SSS-TOAST .....	104
Шкала ABCD2 .....	106
<b>Травматология и ортопедия</b> .....	107
Шкала международного стандарта неврологической и функциональной классификации повреждений спинного мозга (шкала ASIA) .....	107
Шкала Лекена (для больных с эндопротезированием тазобедренных суставов) .....	110
Система оценки тазобедренного сустава .....	112
<b>Соматика (кардиология)</b> .....	114
Оценка риска смерти по шкале GRACE .....	114
Индекс частого и поверхностного дыхания (индекс Тобина) — респираторная полимионейропатия .....	116
<b>Рецептура физиотерапевтических методов модуляции реабилитационного процесса</b> .....	117
<b>Список рекомендуемой литературы</b> .....	140
<b>Заключение</b> .....	143

# Введение

---

Современная реабилитация — это бизнес-процесс, основу которого составляет алгоритм синхронизированных действий участников мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), объединенный в реабилитационный цикл.

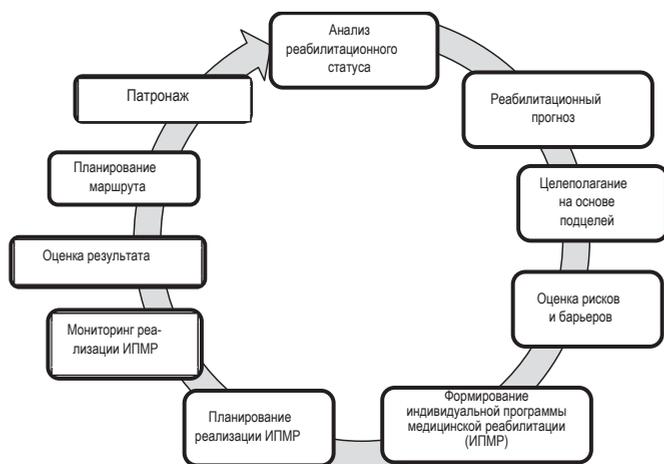


Рис. 1. Реабилитационный цикл

Успех взаимодействия членов МДРК зависит точности динамической оценки состояния пациента на всех этапах реабилитационного цикла. В качестве инструмента традиционно для этого используются клинические метрики (клиниметрики).

- Клиниметрика (Clinimetrics) (А. Р. Файнштайн) — область исследований индексов, шкал и других методов описания или измерения симптомов, признаков и других клинических феноменов в медицине как для индивидуальной оценки состояния пациента, так и для эпидемиологических исследований.
- Шкала (Scale) (от фр., ср.-англ. scale — лестница) — устройство или система измерений. Линейная шкала имеет равные части (интервалы деления). Метрическая шкала включает в себя класс переменных, значения которых можно разделить на группы и проранжировать, а также определить их величину в точных терминах («На сколько?», «Во сколько?»).

Преимущества использования шкал:

- уточнение деталей статуса;
- оценка динамики;

- формирование баз данных;
- прогнозирование исходов;
- алгоритмизация клинического мониторинга.

Недостатки использования шкал:

- ограниченность по нозологии, времени использования;
- низкий уровень воспроизводимости;
- низкая чувствительность к индивидуальным особенностям пациента (афазия — словесный ответ).

Из вышесказанного становится понятным, почему, приступая к освоению специальности «физическая и реабилитационная медицина», каждому участнику необходимо прежде всего освоить батарею клинметрик по своему профилю. Именно этого принципа мы придерживались при составлении настоящего сборника. Все шкалы разделены на общие и описывающие отдельные характеристики реабилитационного статуса пациента, имеющие значение в разные периоды саногенеза и на разных этапах реабилитационного лечения. Часть шкал специфичны для нозологии заболевания.

В самом начале приведена цветная навигация по сборнику, позволяющая определить приоритеты изучения в соответствии со специальностью члена МДРК: отметка на перекрестье названия специальности члена МДРК шкалы указывает на необходимость знания данной шкалы и понимания ее смысла. В последней колонке навигатора указан специалист, в чью компетенцию входит непосредственно тестирование и официальное заключение по данной клинметрике.

К шкалам оставлены комментарии, описывающие детали применения и интерпретации результатов тестирования. Для наиболее важных клинметрик представлен код по МКФ<sup>1</sup> и вариант формулировки заключения для протокола в истории болезни.

Особое внимание следует обратить на банк подцелей и задач. Это крайне важный элемент в формировании прогноза и индивидуальной программы медицинской реабилитации. Его можно модифицировать, исходя из индивидуальных возможностей конкретного лечебного учреждения, но в нем должна сохраняться ключевая идея — градации нарушения функции и соответствующие задачи по их модификации в ходе реабилитационного процесса, направленные на приближение к нормативному значению.

Кроме того, в конце сборника для информации приведен справочник рекомендуемых электрофизиотерапевтических процедур.

---

<sup>1</sup> Международная классификация функционирования.

# Компетенции членов МДРК в применении реабилитационных шкал и клиниметрик

		Врач ФРМ	Медсестра ФРМ	Кинезиоспециалист	Медицинский логопед	Эргоспециалист	Медицинский психолог	Ответственный за ввод данных в ИБ
1	Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	+	+	+	+	+	+	Врач ФРМ
2	Индекс Бартела (VI) МКФ	+				+	+	Эргоспециалист
3	Классификатор результатов реабилитации по ШРМ и Бартел	+				+		Врач ФРМ
4	Мультидисциплинарный классификатор подцелей задач	+	+	+	+	+	+	Врач ФРМ
5	Опросник качества жизни EQ5D						+	Медицинский психолог
6	Шкала диссомнии КИМ <sup>1</sup> (2020)	+	+		+	+	+	Врач ФРМ
7	Шкала сексуальной дисфункции КИМ	+					+	Врач ФРМ
8	Шкала болевого поведения (BPS)	+	+	+	+	+	+	Врач ФРМ
9	Шкала интенсивности боли (ВАШ)	+	+	+	+	+	+	Врач ФРМ
10	Шкала двигательного дефицита (MRC)	+	+	+		+		Кинезиоспециалист
11	Индекс мобильности Ривермид	+		+				Кинезиоспециалист
12	Шкала Борга		+	+				Кинезиоспециалист
13	Индекс массы тела (ИМТ)	+		+	+			Врач ФРМ
14	Шкала нутритивного дефицита	+						Врач ФРМ
15	Шкала дисфагии КИМ				+			Медицинский логопед
16	Спирометрия (ЖЕЛ)	+		+	+			Медицинский логопед
17	Шкала оценки функции речи							Медицинский логопед

<sup>1</sup> Клинический институт мозга.

		Врач ФРМ	Медсестра ФРМ	Кинезиоспециалист	Медицинский логопед	Эргоспециалист	Медицинский психолог	Ответственный за ввод данных в ИБ
18	Шкала оценки дизартрии							Медицинский логопед
19	Классификация прозопареза (Я. С. Балабан)							Медицинский логопед
20	Шкала глубины пролежней	+	+					Медсестра ФРМ
21	Модифицированная шкала Ashworth	+			+	+	+	Кинезиоспециалист
22	Гониометрия			+				Кинезиоспециалист
23	Тест контроля торса (Trunk Control Test)			+				Кинезиоспециалист
24	Индекс ходьбы Хаузера			+				Кинезиоспециалист
25	Функциональные категории ходьбы			+				Кинезиоспециалист
26	Тест на время Timed Up&Go (TUG-Test)			+				Кинезиоспециалист
27	10-метровый тест (скорость походки)	+		+				Кинезиоспециалист
28	Тест 6-минутной ходьбы	+		+				Кинезиоспециалист
29	Тест баланса Берга	+		+				Кинезиоспециалист
30	Шкала тревожности/депрессии	+	+	+	+	+	+	Медицинский психолог
31	Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)					+	+	Медицинский психолог
32	Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)					+	+	Медицинский психолог
33	Батарея лобных тестов — FAB				+	+	+	Медицинский психолог
34	Шкала неглекта	+	+	+	+	+	+	Медицинский психолог
35	Тест ARAT	+			+	+	+	Эргоспециалист
36	Тест Френчай	+			+	+	+	Эргоспециалист

# Интегральная оценка результатов реабилитации

## Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ)

Значение ШРМ (баллы)	Описание статуса пациента с нарушением функции, структуры, ограничения активности и участия (жизнедеятельности)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
0	<i>Отсутствие нарушений функций, структур, жизнедеятельность сохранена полностью</i>		
1	<i>Отсутствие проявлений нарушений процессов жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания:</i>		
	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки
2	<i>Легкое нарушение процессов жизнедеятельности:</i>		
	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи	а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозргометрия) $\geq 125$ Вт/ $\geq 7$ МЕ; в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи

Значение ПРМ (баллы)	Описание статуса пациента с нарушением функции, структуры, ограничения активности и участия (жизнедеятельности)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
3	<i>Умеренное нарушение процессов жизнедеятельности:</i>		
	<p>а) может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи;</p> <p>б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности, таких как приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками;</p> <p>г) нуждается в помощи для выполнения операций с денежными средствами;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от одних суток до одной недели</p>	<p>а) может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи или с помощью трости;</p> <p>б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания при одевании, раздевании, посещении туалета, приеме пищи и выполнении прочих видов повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками и другие;</p> <p>г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1–3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ));</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от одних суток до одной недели</p>	<p>а) может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи;</p> <p>б) в покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние &gt; 500 м по ровной местности, при подъеме на более чем один пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 301–425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 75–100 Вт/4,0–6,9 МЕ;</p> <p>в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности, таких как приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от одних суток до одной недели</p>
4	<i>Выраженное нарушение процессов жизнедеятельности:</i>		
	<p>а) не может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи;</p> <p>б) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</p> <p>в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>г) может проживать один дома без посторонней помощи до одних суток</p>	<p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительном средстве опоры — костылях;</p> <p>б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</p> <p>в) выраженный болевой синдром во время движения, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4–7 баллов по ВАШ);</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от одних суток до одной недели</p>	<p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения;</p> <p>б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на один пролет обычных ступенек в среднем темпе и в нормальных условиях. ТШМ = 150–300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия/спироэргометрия) = 25–50 Вт/2–3,9 МЕ;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач, таких как одевание, раздевание, посещение туалета, прием пищи;</p> <p>г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи до одних суток</p>

Значение ПРМ (баллы)	Описание статуса пациента с нарушением функции, структуры, ограничения активности и участия (жизнедеятельности)		
	При заболеваниях или состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях или состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	При соматических заболеваниях
5	<i>Грубое нарушение процессов жизнедеятельности:</i>		
	<p>а) пациент прикован к постели;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</p> <p>г) круглосуточно нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</p>	<p>а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры — ходунках — или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице;</p> <p>б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнения всех повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет;</p> <p>в) выраженный болевой синдром в покое (8–10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении;</p> <p>г) может проживать один дома без посторонней помощи до одних суток</p>	<p>а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ &lt; 150 м;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</p> <p>г) круглосуточно нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</p>
6	<i>Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести:</i>		
	<p>а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения;</p> <p>б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении</p>	—	—

**Ключ:**

оценка 0–1 — не нуждается в реабилитации;

оценка 2–3 — курс лечения в условиях ОМР дневного стационара и амбулатории;

оценка 4–6 — курс лечения в условиях ОМР круглосуточного пребывания, телепатронаж.

## Индекс Бартела (BI) — МКФ

МКФ	Способность	Балл
<b>d5301</b>	<b>Стул</b>	
d5301,2	Нарушение	0
d5301.1	Периодическое нарушение	5
d5301.0	Норма	10
<b>d5300</b>	<b>Мочепускание</b>	
d530.2	Нарушение	0
d5300.1	Периодическое нарушение	5
d5300.0	Нет нарушений (в течение семи дней)	10
<b>d5209</b>	<b>Уход за собой</b>	
d5209.1	Нуждается в помощи	0
d5209.0	Самостоятельно	5
<b>d530</b>	<b>Пользование туалетом</b>	
d530.2	Полностью зависим	0
d530.1	Нуждается в помощи	5
d530.0	Самостоятельно	10
<b>d550</b>	<b>Прием пищи</b>	
d550.2	Не может есть	0
d550.1	Нуждается в помощи	5
d550.0	Самостоятельно	10
<b>d410</b>	<b>Переход в положение сидя</b>	
d410.3	Не удерживает равновесие сидя	0
d410.2	Может сесть со значительной помощью	5
d410.1	Небольшая помощь	10
d410.0	Самостоятельно	15
<b>d465</b>	<b>Передвижение</b>	
d465.3	Отсутствует	0
d465.2	Самостоятельно в кресле	5
d465.1	Ходит с помощью одного человека	10
d465.0	Самостоятельно	15
<b>d540</b>	<b>Одевание</b>	
d540.2	Полностью зависим	0
d540.1	Нуждается в помощи	5
d540.0	Самостоятельно	10
<b>d4551</b>	<b>Ходьба по ступеням</b>	
d4551.2	1 — не может	0

МКФ	Способность	Балл
d4551.1	2 — нуждается в помощи	5
d4551.0	3 — самостоятельно вверх и вниз	10
<b>d5101</b>	<b>Прием ванны/душа</b>	
d5101.1	1 — с помощью	0
d5101.0	2 — самостоятельно	5
	<b>ВСЕГО (0–100)</b>	
	<b>Группа I — зависим</b>	0–20
	<b>Группа II — значительная помощь</b>	21–60
	<b>Группа III — незначительная помощь</b>	61–90
	<b>Группа IV — самостоятелен</b>	91–99

Индекс должен отражать реальные действия больного, а не предполагаемые (не то, как больной мог выполнять те или иные функции). Основная цель тестирования — установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была эта помощь незначительна и какими бы причинами ни вызывалась.

0–20 баллов — полная зависимость от посторонних. Человеку нужно помогать во всех повседневных действиях. При отсутствии у него деменции уходу за ним нужно уделять минимум 5 часов в сутки.

21–60 баллов — выраженная зависимость от посторонней помощи. Помогать нужно как минимум трижды в день — для приема и приготовления пищи и передвижения. На это необходимо затрачивать 3 часа в день. Плюс к этому нужно помогать по хозяйству — 3–4 раза в неделю, по 2–3 часа каждый раз.

61–90 баллов — умеренная зависимость. Такому человеку нужно помогать как минимум в двух процессах (см. по шкале «0 баллов»). Это можно делать однократно в течение дня, что по времени займет не менее 90 минут в сутки. Несколько раз в течение недели необходимо также осуществлять помощь по хозяйству. Это займет еще 2–3 часа каждый раз.

91–99 баллов — слабая зависимость от помощи окружающих. Это означает, что нужно приехать и помочь 1–2 раза в течение недели, проконтролировать купленные продукты и наличие готовой пищи в холодильнике.

100 баллов — в помощи окружающих не нуждается.

#### 1. Контроль дефекации:

- ✓ недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо) — 0;
- ✓ случайные инциденты (не чаще одного раза в неделю) либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч — +5;
- ✓ полный контроль дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи — +10.

#### 2. Контроль мочеиспускания:

- ✓ недержание или используется катетер, управлять которым сам больной не может, — 0;
- ✓ случайные инциденты (максимум один раз за 24 часа) — +5;
- ✓ полный контроль мочеиспускания (в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной самостоятельно управляется с катетером) — +10.

3. Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица):

- ✓ нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены — 0;
- ✓ независимость при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (орудия для этого обеспечиваются) — +5.

4. Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета):

- ✓ полностью зависим от помощи окружающих — 0;
- ✓ нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно — +5;
- ✓ не нуждается в помощи (при перемещении, снятии и надевании одежды, выполнении гигиенических процедур) — +10.

5. Прием пищи:

- ✓ полностью зависим от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью) — 0;
- ✓ частично нуждается в помощи, например при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т. д., при этом принимает пищу самостоятельно — +5;
- ✓ не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется всеми необходимыми столовыми приборами; пища приготавливается и сервируется другими лицами, но не разрезается) — +10.

6. Перемещение (с кровати на стул и обратно):

- ✓ перемещение невозможно, неспособен сидеть (удерживать равновесие), для поднятия с постели требуется помощь двух человек — 0;
- ✓ при вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного/обученного лица или двух обычных лиц) — +5;
- ✓ может самостоятельно сидеть в постели, при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая, одного лица) или требуется присмотр, вербальная помощь — +10;
- ✓ не нуждается в помощи — +15.

7. Мобильность (перемещения в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства):

- ✓ не способен к передвижению — 0;
- ✓ может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями — +5;
- ✓ может ходить с помощью одного лица (физическая поддержка либо присмотр и моральная поддержка) — +10;
- ✓ не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например трость) — +15.

8. Одевание:

- ✓ полностью зависим от помощи окружающих — 0;
- ✓ частично нуждается в помощи (например, при застегивании пуговиц, кнопок и т. п.), но более половины действий выполняет самостоятельно, некоторые виды одежды может надевать полностью самостоятельно, затрачивая на это разумное количество времени, — +5;
- ✓ не нуждается в помощи, в том числе при застегивании пуговиц, кнопок, завязывании шнурков и т. п., может выбирать и надевать любую одежду — +10.

9. Подъем по лестнице:

- ✓ не способен подниматься по лестнице, даже с поддержкой — 0;
- ✓ нуждается в присмотре или физической поддержке — +5;
- ✓ не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства) — +10.

10. Прием ванны:

- ✓ нуждается в помощи — 0;
- ✓ принимает ванну (входит и выходит из нее, моется) без посторонней помощи и присмотра или моется под душем, не требуя присмотра и помощи, — +5.

## Классификатор результатов реабилитации по ШРМ и Бартелу

Градация	Статус независимости ШРМ	Достижение независимости в повседневной жизни	Индекс Бартела	Маршрут
0	Преморбидный уровень (работа, обучение), активности и социальной жизни	1. Полностью восстановлены навыки деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, хобби, профессиональная деятельность и др.) и самообслуживания с той степенью активности, которая была до болезни и без посторонней помощи;	<b>91–99 самостоятелен</b>	<b>IV не нуждается в реабилитации</b>
		2. Минимизированы риски повторных сердечно-сосудистых событий		
1	Проживание в одиночку в домашних условиях более 1 недели без посторонней помощи	1. Минимизированы ограничения и риски.		
		2. Подобран с учетом толерантности уровень интенсивности выполнения обычных физических нагрузок.		
		3. Оптимизирован навык вербальной коммуникации		
		4. Обучен самообслуживанию (одеваться и раздеваться, ходить в магазин, готовить простую еду, совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигаться) без посторонней помощи;		
		5. Частично восстановлены навыки деятельности (операции с денежными средствами; хобби, профессиональная деятельность и др.)		
2	Проживание в одиночку в домашних условиях без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели	1. Минимизированы ограничения и риски.	<b>61–90 незначительная помощь</b>	<b>III курс лечения в условиях ОМР дневного стационара</b>
		2. Обучен самостоятельному передвижению без посторонней помощи или с ассистентным оборудованием (1–2 трости, ходунки) с подъемом по лестнице выходом на улицу;		
		3. Обучен выражению потребности. (вербально/паравербально).		
		4. Обучен самообслуживанию (одеваться, раздеваться, ходить в туалет, есть) без посторонней помощи; частично восстановить навыки деятельности приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками тд;		
3	Проживание в одиночку в домашних условиях до 1 суток без посторонней помощи	1. Минимизированы ограничения и риски.		
		2. Обучен передвижению по дому с ассистентным оборудованием, без подъема по лестнице (до одного этажа)/без выхода на улицу		
		3. Обучен навыкам привлечения помощи (телефон, кнопка).		
		4. Способен выполнять с посторонней помощью повседневные задачи: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.		
4	Проживание в домашних условиях с постоянной посторонней помощи	1. Минимизированы ограничения и риски.	<b>21–60 значительная помощь</b>	<b>II курс лечения в условиях ОМР круглосуточного пребывания</b>
		2. Обучен общению с ухаживающим на уровне выражения		
		3. Обучен ассистировать при переходах;		
		4. Обучен ассистировать при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.;		
		5. Обучен навыкам привлечения помощи (чтение, письмо, телефон, интернет, компьютер)		
		6. Ухаживающие обучены кооперации с пациентами.		

Градация	Статус независимости ШРМ	Достижение независимости в повседневной жизни	Индекс Бартела	Маршрут
<b>5</b>	Постоянное пребывание в условиях учреждения (дом) по уходу	1. Оценен реабилитационный потенциал.	<b>0–20 зависим</b>	<b>I лечение в условиях специализированного реабилитационного центра с пожизненным патронажем в телемедицинском режиме</b>
		2. Минимизированы ограничения и риски.		
		3. Стабилизированы вегетативные функции (в т. ч. спонтанное дыхание, питание)		
		4. Достигнут максимальный уровень антигравитационного позиционирования		
		5. Выработан регламент жизни, направленный на снижение зависимости от посторонней помощи и ухода		
		6. Обучен навыкам привлечения внимания к своим потребностям		
		7. Ухаживающие обучены кооперации с пациентами.		
<b>5.1</b>	Может оставаться без контроля >6 часов	1. высажен в кресло на полный день 2. может привлечь внимание 3. может активно позиционироваться в кресле		
<b>5.2</b>	Может оставаться без контроля опекуна на 2–6 часов	1. требуется санация ТБД <6 раз в сутки 2. высажен в кресло >6 часов/сутки непрерывно 3. может ассистировать при позиционировании в постели		
<b>5.3</b>	Может оставаться без контроля опекуна не более 2 часов	1. требуется санация ТБД х2 часа 2. высажен в кресло не более 2 часов непрерывно и <6 часов/сутки		
<b>5.4</b>	Требует постоянного наблюдения и присутствия опекуна	1. требуется санация ТБД >10 раз в сутки 2. требуется пассивное позиционирование в постели х 2 часа		
<b>6</b>	Пребывание в условиях реанимационного отделения	1. поддержка (замещение) витальных функций (ИВЛ <sup>1</sup> ); 2. лечение активного инфекционно-гнояного процесса 3. пассивное позиционирование только в постели;		

<sup>1</sup> Искусственная вентиляция легких.

## Мультидисциплинарный классификатор подцелей задач

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
<b>А. КОНТРОЛЬ ДИСФАГИИ</b>		
9	Возможность ухода за ротовой полостью и профилактики инфекции кожи лица и ротовой полости	Преодоление нарушений тонуса мимической и жевательной мускулатуры
8	Частично сформированная оральная фаза глотания	Мультимодальная стимуляция
7	Сформированная оральная фаза глотания	1. Формирование транзита болюса в ротовой полости. 2. Преодоление нарушений тонуса мимической и жевательной мускулатуры
6	Нормативная оральная фаза глотания	1. Нормализация транзита болюса. 2. Преодоление нарушений тонуса мимической и жевательной мускулатуры. 3. Мультимодальная стимуляция
5	Нормативная фарингеальная фаза глотания	1. Восстановление стереотипа фарингеальной фазы. 2. Мультимодальная стимуляция. 3. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки
4	Частичное пероральное питание с пищеводно-трахеальным разобщением	1. Подбор безопасной текстуры и объема порции болюса. 2. Мультимодальная стимуляция. 3. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки. 4. Подбор позиционирования во время приема пищи
3	Полное пероральное питание с пищеводно-трахеальным разобщением	1. Подбор безопасной текстуры. 2. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки. 3. Подбор позиционирования во время приема пищи
2	Частичное пероральное питание без пищеводно-трахеального разобщения	1. Повышение жизненной емкости легких. 2. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки. 3. Синхронизация глотания и дыхания. 4. Подбор позиционирования во время приема пищи. 5. Подбор текстуры диеты. 6. Увеличение удельного объема перорального питания
1	Полное пероральное питание без пищеводно-трахеального разобщения с ограничением текстуры	1. Подбор текстуры диеты. 2. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки. 3. Подбор позиционирования во время приема пищи. 4. Синхронизация глотания и дыхания. 5. Отмена зондового питания
0	Полное пероральное питание без пищеводно-трахеального разобщения без ограничения текстуры	1. Подбор позиционирования во время приема пищи. 2. Активизация мышц мягкого неба, зева и глотки
<b>Б. МОБИЛИЗАЦИЯ</b>		
12	Позиционирование в кресле на время (6 ч — полный день)	1. Достижение ГГ $\geq 60$ градусов. 2. Увеличение продолжительности позиционирования

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
11	Самостоятельные повороты в постели	1. Инициация поворота плеч. 2. Инициация поворота таза. 3. Увеличение силы верхнего плечевого пояса
10	Самостоятельный переход в положение сидя	1. Обучение алгоритму присаживания. 2. Увеличение силы рук и корпуса. 3. Отработка баланса с опорой на руки и без
9	Ассистенция при переходах из постели в кресло	1. Формирование опорной функции ноги (здоровой). 2. Обучение алгоритму пересаживания
8	Самостоятельный переход в кресло	1. Обучение алгоритму самостоятельного пересаживания. 2. Формирование опорной функции ноги. 3. Увеличение силы рук и корпуса
7	Позиционирование стоя с опорой	1. Обучение алгоритму вставания. 2. Баланс стоя. 3. Увеличение силы рук и корпуса. 4. Формирование опорной функции ноги
6	Шаги с поддержкой	1. Обучение алгоритму ходьбы. 2. Укрепление мышц ног
5	Передвижение на 20 м с ходунками	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Обучение алгоритму ходьбы. 3. Отработка баланса стоя
4	Передвижение на 20 м с тростью	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Обучение алгоритму ходьбы
3	Передвижение 20 м без ассистенции	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Отработка техники безопасных падений. 3. Отработка координации стоя
2	Подъем/спуск по лестнице (количество пролетов)	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Обучение алгоритму «подъем/спуск». 3. Отработка координации стоя
1	Передвижение по улице без учета скорости	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Обучение стереотипу ходьбы. 3. Отработка координации при ходьбе (неровная поверхность)
0	Передвижение по улице с безопасной скоростью	1. Увеличение толерантности к физ. нагрузке. 2. Обучение стереотипу ходьбы. 3. Отработка координации при ходьбе
<b>В. КОММУНИКАЦИЯ</b>		
<b>КОНТРОЛЬ АФАЗИИ</b>		
7	Модуляция коммуникации	1. Затормаживание логореи. 2. Накопление пассивного словаря
6	Понимание обращенной речи	1. Накопление пассивного словаря. 2. Инициация неречевой деятельности
5	Невербальное выражение потребности	1. Накопление пассивного словаря. 2. Растормаживание речи. 3. Обучение методу пиктограмм

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
4	Ситуативный диалог	1. Накопление пассивного словаря. 2. Стимуляция эмоционально значимых слов (в т. ч. с помощью метода пиктограмм)
3	Вербальное общение простой фразой	1. Накопление активного словаря. 2. Восстановление предикативной функции. 3. Восстановление схемы предложения
2	Вербальное общение фразовой речью	1. Накопление активного словаря. 2. Восстановление схемы предложения. 3. Преодоление аграмматизма
1	Развернутое вербальное общение	1. Накопление активного словаря. 2. Преодоление аграмматизма. 3. Формирование монологической речи
0	Аналитическое чтение	1. Расширение объема слухоречевой памяти. 2. Восстановление понимания логико-грамматических конструкций
<b>КОНТРОЛЬ ДИЗАРТРИИ</b>		
4	Рефлекторные движения мимической мускулатуры (гримасы)	Активизация двигательной активности артикуляционного аппарата
3	Появление гласных звуков	1. Активизация двигательной активности артикуляционного аппарата. 2. Тренировка речевого дыхания. 3. Тренировка голоса
2	Появление согласных звуков	1. Стимуляция двигательной активности артикуляционного аппарата. 2. Тренировка речевого дыхания. 3. Тренировка голоса
1	Искаженное речевое высказывание	1. Синхронизация голосообразования, дыхания и звукопроизношения. 2. Коррекция ненормативного звукопроизношения
0	Разборчивое речевое высказывание с пре-морбидной громкостью	Совершенствование мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик
<b>ПРОЗОПАРЕЗ</b>		
1	Нормативное смыкание века	Коррекция тонуса лицевой мускулатуры
2	Профилактика повреждения слизистой при жевании	
3	Нормативная сенсорность лица	Коррекция чувствительности лица
4	Полная симметрия лица	1. Увеличение мышечной силы мимической мускулатуры. 2. Коррекция чувствительности лица
<b>Г. СОЦИАЛИЗАЦИЯ</b>		
10	Навык привлечения внимания в случае необходимости	1. Подбор средств для привлечения внимания с учетом двигательного дефицита и когнитивных, афатических нарушений пациента (кнопка, погремушка, колокольчик, пищалка и т. д.). 2. Обучение использованию средств привлечения внимания

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
9	Навык самостоятельного приема пищи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подбор с учетом двигательного дефицита средств приема пищи (вилка, обычная ложка, реаб. ложка, сплит на ложку, бортик на тарелку, нескользящий коврик, поильник).</li> <li>2. Обучение навыку зачерпывания пищи из тарелки (твердой, затем жидкой).</li> <li>3. Обучение навыку донесения ложки (вилки) до рта.</li> <li>4. Улучшение координации и точности движений.</li> <li>5. Увеличение объема активных движений в плечевом, локтевом и лучезапястных суставах</li> </ol>
8	Навык личной гигиены	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение координации и точности движений.</li> <li>2. Обучение протиранию салфеткой лица.</li> <li>3. Обучение умыванию.</li> <li>4. Обучение чистке зубов (открывание тюбика с пастой, нанесение пасты на щетку или выдавливание в рот, чистка зубов).</li> <li>5. Обучение расчесыванию.</li> <li>6. Отработка навыка бритья муляжом.</li> <li>7. Отработка навыка бритья бритвой (нанесение пены, бритье)</li> </ol>
7	Навык самостоятельного одевания верха	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение объема активных движений в плечевом, локтевом и лучезапястных суставах.</li> <li>2. Отработка алгоритма снятия/надевания футболки.</li> <li>3. Отработка алгоритма снятия/надевания кофты, рубашки или халата.</li> <li>4. Отработка навыка застегивания пуговиц, молний и т. п.</li> </ol>
6	Навык самостоятельного одевания низа	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение объема активных движений в плечевом, локтевом и лучезапястных суставах.</li> <li>2. Отработка алгоритма снятия/надевания штанов (лежа, сидя, стоя).</li> <li>3. Отработка алгоритма снятия/надевания носков, обуви.</li> <li>4. Отработка навыка завязывания шнурков</li> </ol>
5	Навык использования бытовых приборов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение силы в руках.</li> <li>2. Увеличение объема активных движений в плечевом, локтевом и лучезапястных суставах.</li> <li>3. Отработка навыка использования чайника (наливание в чайник воды, включение в сеть, заваривание чай).</li> <li>4. Отработка навыка использования микроволновой печи (разогревание пищи).</li> <li>5. Отработка навыка использования утюга (включение/выключение, глажка белья (полотенце — простынь))</li> </ol>
4	Навык чистки/нарезания продуктов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение координации и точности движений.</li> <li>2. Отработка навыка муляжом ножа на муляжах фруктов.</li> <li>3. Адаптация окружающей среды с учетом двигательного дефицита (доски с фиксаторами, овощечистки, реабилитационный нож).</li> <li>4. Обучение навыку чистки и нарезания сырых (вареных) овощей (фруктов) овощечисткой, ножом</li> </ol>

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
3	Навык приготовления пищи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение координации и точности движений.</li> <li>2. Адаптация окружающей среды с учетом двигательного дефицита (доски с фиксаторами, овощечистки, реабилитационный нож и т. д.).</li> <li>3. Обучение использованию плиты, духовки для тепловой обработки пищи</li> </ol>
2	Бытовой навык (уборка квартиры, использование столярных инструментов)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение координации и точности движений.</li> <li>2. Адаптация окружающей среды с учетом двигательного дефицита.</li> <li>3. Обучение использованию молотка, отвертки и т. д.</li> <li>4. Обучение мытью пола.</li> <li>5. Обучение мытью посуды.</li> <li>6. Обучение ручной стирки.</li> <li>7. Обучение протиранию поверхностей.</li> <li>8. Обучение поливанию цветов</li> </ol>
1	Навык профессиональной деятельности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обучение навыку печати на компьютере.</li> <li>2. Отработка навыка письма.</li> <li>3. Отработка навыка использования телефона, планшета.</li> <li>4. Вождение авто</li> </ol>
0	Специфическая деятельность (по запросу пациента)	Задачи ставятся в зависимости от запроса пациентов (дойти козу, пеленать ребенка, наносить макияж и т. д.)
<b>Д. ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС</b>		
11	Ареактивность	Мультимодальная сенсорная стимуляция
10	Генерализованные, разрозненные реакции с эмоциональными негативными элементами в ответ на разнообразные стимулы	Event related ЭЭГ <sup>1</sup> и клинический мониторинг для выявления специфических стимулов
9	Ориентировочные реакции, сенсомоторные координации с эмоциональным разнообразием	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мультимодальная специфическая сенсорная стимуляция.</li> <li>2. Вербальная стимуляция преморбидно значимыми стимулами</li> </ol>
8	Выполнение простых действий, инструкций (по просьбе, по образцу)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Закрепление выполняемых инструкций.</li> <li>2. Расширение спектра выполняемых инструкций.</li> <li>3. Подбор способов коммуникации совместно с логопедами</li> </ol>
7	Минимальная эмоционально окрашенная коммуникация (киванием головой, жестами, словом)	Поиск и фасилитация устойчивых коммуникативных суррогатов совместно с логопедами
6	Ориентированность во времени, месте, собственной личности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Когнитивные тренинги на дату и место.</li> <li>2. Объяснения сути медицинских манипуляций.</li> <li>3. Гигиена сна и стимуляция бодрствования</li> </ol>
5	Ориентация в болезни, сути реабилитационных воздействий с адекватным эмоциональным фоном	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восстановление памяти об обстоятельствах госпитализации.</li> <li>2. Ознакомление с обстоятельствами болезни.</li> <li>3. Формирование мотивирующей на вовлечение в реабилитацию среды.</li> <li>4. Гигиена сна</li> </ol>
4	Вовлечение в реабилитационный процесс с когнитивным или эмоциональным ограничением	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тренинг когнитивных функций (память, внимание, исполнительные функции, гнозис, неглект).</li> <li>2. Обучение компенсаторным стратегиям</li> </ol>

<sup>1</sup> Электронцефалография.

Уровень	Пошаговая градация целевого уровня	Задача
3	Мотивированное участие в реабилитационном процессе с осознанием конечных целей	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Информирование о заболевании, прогнозах, сути реабилитационных воздействий.</li> <li>2. Преодоление и профилактика эмоциональных нарушений (депрессия, тревога, апатия).</li> <li>3. Формирование мотивации</li> </ol>
2	Неполный навык решения повседневных бытовых задач из-за когнитивного, нейродинамического или эмоционального дефицита	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Информирование о выявленных эмоциональных нарушениях, их влиянии на повседневную жизнь.</li> <li>2. Тренинг когнитивных функций.</li> <li>3. Обучение навыкам компенсации когнитивных нарушений.</li> <li>4. Обучение навыкам саморегуляции эмоционального состояния</li> </ol>
1	Полный навык решения повседневных бытовых задач с достижением индивидуального нормативного уровня когнитива, ограниченный и сниженный эмоциональный фон	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Информирование о выявленных когнитивных нарушениях, их влиянии на повседневную жизнь.</li> <li>2. Тренинг когнитивных функций.</li> <li>3. Обучение навыкам компенсации когнитивных нарушений.</li> <li>4. Обучение навыкам саморегуляции эмоционального состояния</li> </ol>
0	Преморбидный навык решения профессиональных и социальных задач (работа, семья, обучение, расширение кругозора) и эмоциональный контроль	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осведомление о возможных трудностях в решении профессиональных и социальных задач.</li> <li>2. Информирование о способах их преодоления</li> </ol>

Оценка состояния по шкале Рэнкина (mRS)<sup>1</sup>

Одна из главных шкал для оценки по всем профилям (неврология, травматология, кардиология):

- Оценка степени инвалидизации до заболевания на основании анамнеза и расспроса пациента.
- Оценка результатов реабилитации на каждом этапе.
- Шкала — инструмент перевода с этапа на этап реабилитации.
- Шкала — инструмент определения «реабилитационного потенциала».

0	Нет симптомов
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания: <ul style="list-style-type: none"> <li>• может вернуться на прежнюю работу, поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;</li> <li>• тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше, до болезни</li> </ul>
2	Легкое нарушение функций жизнедеятельности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи;</li> <li>• может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</li> <li>• не нуждается в наблюдении;</li> <li>• может проживать один дома от недели и более без помощи</li> </ul>
3	Нарушение жизнедеятельности умеренное по своей выраженности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</li> <li>• нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовлении пищи, уборке дома, походе в магазин за покупками;</li> <li>• нуждается в помощниках при ведении финансовых дел;</li> <li>• может проживать один дома без помощи от одних суток до одной недели</li> </ul>
4	Выраженное нарушение проявлений жизнедеятельности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• нуждается в помощи при выполнении повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</li> <li>• в обычной жизни нуждается в ухаживающем или том, кто находится рядом;</li> <li>• может проживать один дома без помощи до одних суток</li> </ul>
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• прикован к постели, может быть недержание кала и мочи;</li> <li>• не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи;</li> <li>• нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач, таких как одевание, раздевание, туалет, прием пищи;</li> <li>• нуждается в ухаживающем <u>постоянно (и днем и ночью)</u>;</li> <li>• не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</li> </ul>
6	Смерть

<sup>1</sup> Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis // Scott Med J. 1957. Vol. 2. P. 200–215.

Трости и другие необходимые средства, помогающие в передвижении, не принимаются во внимание, если пациент может ими пользоваться без посторонней помощи, т. е. если пациент с ними может самостоятельно ходить, то считается, что он передвигается самостоятельно.

### **Ключевые понятия для оценки по шкале Рэнкин**

Есть симптомы заболевания	$\geq 1$
Невозможна прежняя жизненная активность	$\geq 2$
Имеется зависимость в повседневной активности	$\geq 3$
Не может передвигаться без посторонней помощи	$\geq 4$
Прикован к постели, нуждается в постоянном уходе	5

## Расширенная шкала исходов Glasgow (GOS) для этапа интенсивной терапии<sup>1</sup>

Баллы	Описание
0	Смерть в первые 24 часа
1	Смерть более чем через 24 часа
2	<b>Персистирующее вегетативное состояние:</b> витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; сохранены фазы сна и бодрствования; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения
3	<b>Нейромышечная несостоятельность:</b> психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении
4	<b>Тяжелая несостоятельность:</b> тяжелый физический, познавательный и (или) эмоциональный дефект, исключающий самообслуживание. Больной может сидеть, самостоятельно питаться. Немобилизован и нуждается в сестринском уходе
5	<b>Умеренная несамостоятельность:</b> психический статус в пределах нормы. Некоторые повседневные функции может выполнять сам. Коммуникативные проблемы. Может передвигаться с посторонней помощью или со специальными приспособлениями. Нуждается в амбулаторном наблюдении
6	<b>Легкая несамостоятельность:</b> психический статус в пределах нормы. Больной сам себя обслуживает, может ходить сам или с посторонней поддержкой. Нуждается в специальном трудоустройстве
7	<b>Хорошее восстановление:</b> пациент возвращается к прежнему стереотипу жизни, хотя не все еще получается. Полная самостоятельность, хотя возможны резидуальные неврологические нарушения. Ходит самостоятельно, без посторонней помощи
8	<b>Полное восстановление:</b> полное восстановление до преморбидного уровня без резидуальных явлений в соматическом и неврологическом статусе

<sup>1</sup> Jennett B., Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage // Lancet. 1975. Vol. 1. P. 480–484. DOI: 10.1016/S0140-6736(75)92830-5.

## Шкала тяжести ПИТ-синдрома<sup>1</sup>

	Модальность ПИТ-синдрома	Вид	Баллы
1	Гнойно-инфекционные осложнения	Пролежни	0,5
		Инфекции дыхательных путей/трахеостома	0,5
		Уроинфекция/постоянный катетер/эпицистома	0,5
2	Когнитивные	Нарушение памяти, внимания, исполнительных функций	0,5
3	Психиатрические	Тревога/депрессия	0,5
		Делирий/галлюцинации/психомоторное возбуждение	1,0
4	Вегетативные	Боль/диэнцефальные кризы	1,0
		Нарушение циркадных ритмов: диссомния	0,25
		Нарушение гравитационного градиента (не вертикализирован)	1,0
5	Полимионейропатия критических состояний (ПМНКС)	Пирамидная недостаточность (< 16 баллов по MRC)	1,0
		Дисфагия бездействия (зонд/гастростома)	1,0
		Дефицит массы тела (ИМТ меньше идеального > 10%)	1,0
		Респираторная нейропатия/ассистентная ИВЛ	1,0
6	Снижение толерантности к нагрузкам	Повышение энергозатрат физиологических нагрузок по Боргу/непрямая калориметрия	0,25
			ИТОГО: 0–10 баллов
Оценка производится у всех пациентов, кто провел в ОРИТ или ПИТ не менее 72 часов			

### Индекс тяжести ПИТ-синдрома (ПИТС-индекс):

[1–3] балла — легкая степень

[3–6] баллов — средняя степень

[6–10] баллов — тяжелая степень

<sup>1</sup> Синдром последствий интенсивной терапии.

## Опросник качества жизни EQ5D

Эту форму должен заполнить пациент. Допускается помощь со стороны персонала, проводящего исследование, или лица, ухаживающего за больным.

Укажите, какие заявления лучше описывают состояние вашего здоровья сегодня, поставив галочку в одной ячейке каждого из приведенных ниже разделов.

	Балл	Поступление	Выписка
<b>1. Мобильность</b>			
У меня нет проблем при ходьбе	0		
У меня есть некоторые проблемы при ходьбе	1		
Я прикован к постели	2		
<b>2. Самообслуживание</b>			
У меня нет проблем с самообслуживанием	0		
У меня есть некоторые проблемы с самостоятельным мытьем или одеванием	1		
Я неспособен сам помыться или одеться	2		
<b>3. Обычная деятельность</b>			
У меня нет проблем при занятиях своей обычной деятельностью (например, работа по месту службы, учеба, работа по дому, деятельность в семье или досуг)	0		
У меня есть некоторые проблемы при занятиях своей обычной деятельностью	1		
Я неспособен заниматься своей обычной деятельностью	2		
<b>4. Боль/дискомфорт</b>			
Я не испытываю болей или дискомфорта	0		
Я испытываю умеренные боли или дискомфорт	1		
Я испытываю очень сильные боли или дискомфорт	2		
<b>5. Беспокойство/депрессия</b>			
Я не испытываю беспокойства или депрессии	0		
Я испытываю умеренные беспокойство или депрессию	1		
Я испытываю очень сильные беспокойство или депрессию	2		
<b>6. По сравнению с общим уровнем моего здоровья за последние 12 месяцев мое нынешнее состояние здоровья</b>			
Лучше	0		
Примерно такое же	1		
Хуже	2		
<b>ИТОГО</b>			

## Шкала диссомнии КИМ (2020)

№	Вопрос	да	нет
1.	Испытываете ли Вы неудовлетворенность качеством Вашего сна в настоящее время?	1	0
2.	Вы храпите?	2	0
3.	Беспокоит ли Вас чувство нехватки воздуха во сне или кто-нибудь говорил, что наблюдал у Вас остановки дыхания во сне?	2	0
		<b>ИТОГО: 0–5 баллов</b>	

### Ключ:

0 баллов — отсутствие диссомнии;

1 балл — необходим дополнительный расспрос для уточнения связи жалоб на нарушение сна с пребыванием на предыдущих этапах оказания помощи, или имело место преморбидно. После уточнения следует принять решение о дополнительном обследовании и лечении в рамках текущей госпитализации;

2 балла — кардиореспираторный мониторинг;

≥ 3 балла — консультация сомнолога.

## Шкала сексуальной дисфункции КИМ

Тестирование при условии актуальности проблемы сексуальной жизни для пациента (прямой ответ «нет»; статус > 75 лет, отсутствие продуктивного контакта).

		да	нет
1.	Сохранили ли Вы с момента заболевания обычную сексуальную активность?	0	1
2.	Возникло ли у Вас сексуальное желание с момента заболевания?	0	1
3.	Удалось ли Вам провести половой акт после начала заболевания (травмы СМ, ОНМК)?	0	1
		<b>ИТОГО: 0–3 балла</b>	

## Оценка уровня сознания и вегетативных функций<sup>1</sup>

Оригинальное название: Richmond Agitation–Sedation Scale (RASS).

+4	Агрессия	Больной открыто агрессивен, опасен для персонала
+3	Сильное возбуждение	Больной дергает или пытается удалить трубки, катетеры, демонстрирует агрессивность
+2	Возбуждение	Частые нецеленаправленные движения и/или десинхронизация с ИВЛ
+1	Беспокойство	Взволнован, но движения не энергичные, не агрессивные, целенаправленные
<b>0 Больной спокоен, внимателен</b>		
-1	Сонливость	Потеря внимательности, но при вербальном контакте не закрывает глаза дольше чем на 10 сек.
-2	Легкая седация	При вербальном контакте закрывает глаза быстрее, чем проходит 10 сек.
-3	Умеренная седация	Выполняет простые двигательные команды, но нет полного контакта
-4	Глубокая седация	Никакой реакции на голос, но есть какие-либо движения на физическую стимуляцию
-5	Наркоз	Никакой реакции на голос и физическую стимуляцию

## Дифференциальная диагностика комплексного нарушения сознания

Критерии	Вегетативное состояние (VS)	Малое сознание (MCS)	Синдром «запертого человека»	Акинетический мутизм	Кома	Смерть мозга
<b>Бодрствование</b>	Присутствие	Присутствие	Присутствие	Присутствие	Отсутствие	Отсутствие
<b>Циклы «сон — бодрствование»</b>	Присутствие	Присутствие	Присутствие	Присутствие	Отсутствие	Отсутствие
<b>Ответ на внешние стимулы</b>	+/-	Присутствие	Присутствие (только глазами)	Отсутствие	+/-	Отсутствие
<b>Шкала Глазго (GCS)</b>	E4, M1–4, V1–2	E4, M1–5, V1–4	E4, M1, V1	E4, M2, V1–3	E1–2, M1–4, V1–2	E1, M1–3, v1
<b>FOUR score</b>	E3, M0–2, B4, R3–4	E1–4, M0–3, B4, R4	E1–4, M0, B4, R2	E3, M3, B4, R4	E0–2, M0–3, B0–4, R0–4	E0, M0, B0, R0

<sup>1</sup> The Richmond Agitation–Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients / C. N. Sessler, M. S. Gosnell, M. J. Grap [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. 2002. Vol. 166 (10). P. 1338–1344. DOI: 10.1164/rccm.2107138.

<b>Критерии</b>	<b>Вегетативное состояние (VS)</b>	<b>Малое сознание (MCS)</b>	<b>Синдром «запертого человека»</b>	<b>Акинетический мутизм</b>	<b>Кома</b>	<b>Смерть мозга</b>
<b>Двигательные функции</b>	Нет целенаправленных движений	Некоторое постоянное вербальное или направленное двигательное поведение	Вертикальные движения глаз или моргание	Спонтанные	Нет целенаправленных движений	Нет или только спинальные автоматизмы
<b>Дыхание</b>	Сохранено	Сохранено	Сохранено	Сохранено	Сохранено в патологическом варианте	Отсутствует
<b>ЭЭГ</b>	Медленноволновая активность	Нет данных	Нормальная	Нет данных	Обычно медленноволновая, может быть эпилептиформная активность	Отсутствует
<b>Церебральный метаболизм (по данным позитронно-эмиссионной томографии)</b>	Существенно снижен	Нет данных	Слегка снижен	Нет данных	Часто снижен при отсутствии патологической активности	Минимален
<b>ПРОГНОЗ</b>	Различный в зависимости от этиологии	Не определен, но чаще благоприятный	Не исключен благоприятный с инвалидизацией	Часто благоприятный	Индивидуально	Признан мертвым

## Шкала подробной оценки состояния ареактивных пациентов<sup>1</sup>

Оригинальное название: Full Outline of UnResponsiveness, FOUR Score.

Модальность	Признак	Баллы
Ответ глазами (E)	Веки открываются или открыты, моргает, следит взглядом по команде	E4
	Веки открыты, не следит взглядом	E3
	Веки закрыты, но открываются на громкое обращение	E2
	Веки закрыты, но открываются на боль	E1
	Веки закрыты, не открываются на болевой стимул	E0
Моторный ответ (M)	Способен по команде показать один палец, сжать кулак, «знак мира» (продемонстрировать как минимум один знак каждой рукой)	M4
	Локализует боль: пациент дотрагивается до руки исследователя после болевого стимула (верхне-челюстной сустав или супраорбитальный нерв)	M3
	Сгибание на боль: сгибательное движение верхними конечностями (в т. ч. отдергивание)	M2
	Разгибательные движения на боль	M1
	Отсутствие реакции на боль или генерализованный миоклонический статус	M0
Стволовые рефлексы (B)	Зрачковые и корнеальные рефлексы сохранены	B4
	Один зрачок расширен и фиксирован	B3
	Отсутствует зрачковый или корнеальный рефлекс	B2
	Отсутствует зрачковый и корнеальный рефлекс	B1
	Отсутствует зрачковый, корнеальный или кашлевой рефлексы	B0
Дыхание (R)	Ритмичное дыхание	R4
	Периодическое дыхание типа Чейна — Стокса	R3
	Нерегулярное дыхание	R2
	Спонтанные попытки дыхания между циклами респиратора	R1
	Апноэ или отсутствие вклада спонтанного дыхания при ИВЛ	R0

Максимальное значение — 16 баллов — соответствует ясному сознанию.

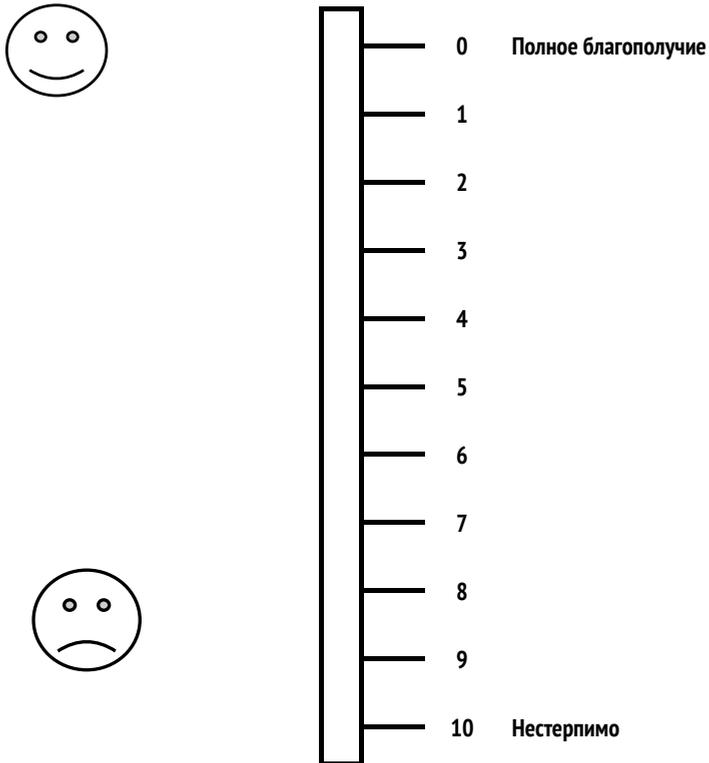
<sup>1</sup> Validation of a new coma scale: the FOUR score / E. F. Wijdicks, B. V. Maramattom [et al.] // Ann Neurol. 2005. Vol. 58. P. 585–593; Шкала подробной оценки состояния ареактивных пациентов (Full Outline of UnResponsiveness, FOUR): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии / М. А. Пирадов [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019. 13 (3). DOI: 10.25692/ACEN.2019.3.

## Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)<sup>1,2</sup>

---

Оригинальное название: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain).

*Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее уровню боли.*



---

<sup>1</sup> Williamson A., Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales // J Clin Nurs. 2005. Aug. 14 (7). P. 798–804. DOI: 10.1111/j.1365–2702.2005.01121.x.

<sup>2</sup> Визуальная аналоговая шкала (как графическая оценочная шкала) была впервые опубликована в 1921 г. компанией Hayes & Patterson как новый метод оценки рабочих их начальством ([https://deru.xcv.wiki/wiki/Visuelle\\_Analogskala](https://deru.xcv.wiki/wiki/Visuelle_Analogskala)).

## Шкала болевого поведения BPS<sup>1</sup>

Оригинальное название: Behavioral Pain Scale.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Оценка</b>
<b>Лицо</b>	Мышцы лица расслаблены	Мимические мышцы напряжены, хмурый взгляд	Сжатые челюсти, гримаса боли	<b>0–2</b>
<b>Беспокойство</b>	Пациент расслаблен, движения нормальные	Нечастые беспокойные движения, смена положения тела	Частые беспокойные движения, включая голову, постоянные смены положения тела	<b>0–2</b>
<b>Мышечный тонус</b>	Нормальный мышечный тонус	Повышенный тонус, сгибание пальцев рук и ног	Мышечная ригидность	<b>0–2</b>
<b>Речь</b>	Никаких посторонних звуков	Редкие стоны, крики, хныканье и ворчание	Частые или постоянные стоны, крики, хныканье и ворчание	<b>0–2</b>
<b>Контактность, управляемость</b>	Спокоен, охотно сотрудничает	Возможно успокоить словом, выполняет предписания персонала	Трудно успокоить словом, негативное отношение к персоналу, не выполняет предписания	<b>Оценка: 0–2</b>
<b>Общая оценка: (0–10)</b>				<b>0–10</b>

## Диагностический опросник нейропатической боли DN4<sup>2</sup>

Оригинальное название: Douleur Neuropathique en 4 Questions.

Разработчики: Российский геронтологический научно-клинический центр, Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров».

Год утверждения: 2020.

Назначение: определение нейропатической боли или нейропатического компонента боли при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах.

Опросник состоит из двух блоков. Первый заполняется на основании опроса пациента, второй — на основании клинического осмотра. Первый блок позволяет оценить позитивные сенсорные симптомы, второй блок — выявить аллодинию и негативные сенсорные симптомы

<sup>1</sup> The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries / C. Gélinas, K. A. Puntillo, P. Levin [et al.] // Pain. 2017. Vol. 158. P. 811–821.

<sup>2</sup> Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) / D. Bouhassira [et al.] // Pain. March, 2005. Vol. 114. Iss. 1. P. 29–36. DOI: 10.1016/j.pain.2004.12.010.

Вопрос 1. Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?	Да	Нет	Позитивные сенсорные симптомы
1. Ощущение жжения			
2. Болезненное ощущение холода			
3. Ощущение как от ударов			
Вопрос 2. Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?	Да	Нет	Аллодиния и негативные сенсорные симптомы
4. Пощипывание, ощущение ползания мурашек			
5. Покалывание			
6. Онемение			
7. Зуд			
ОСМОТР ПАЦИЕНТА Вопрос 3. Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома?	Да	Нет	
8. Пониженная чувствительность к прикосновению			
9. Пониженная чувствительность к покалыванию			
Вопрос 4. Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации?	Да	Нет	
10. Проведя в этой области кисточкой			
Сумма баллов (количество ответов «Да»):			

**Ключ:** если сумма составляет 4 и более балла, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

## Шкала для оценки интенсивности хронической боли у пациентов с деменцией<sup>1</sup>

Оригинальное название: Pain Assessment In Advanced Dementia.

Шкала представляет ряд критериев, которые оценивает медицинский работник в зависимости от степени выраженности в случае, когда родственники отмечают ухудшение состояния пациента, но он не может рассказать об этом самостоятельно.

Поведение	0	1	2
Дыхание	Нормальное	Иногда затрудненное дыхание, краткий период гипервентиляции	Громкое затрудненное дыхание, длительный период гипервентиляции, Чей-на — Стокса
Негативная во-кализация	Нет	Одиночный вздох или стон; тихий голос, негативное или неодобрительное содержание речи	Повторяющиеся крики, громкие вздохи или стоны, плач
Выражение лица	Улыбка или ничего не выражающее	Печальное, испуганное, хмурое	Морщится
Поведение	0	1	2
Язык тела	Расслаблен	Напряжен, ерзает, малоподвижен	Скован, сжатые кулаки, согнутые колени, отталкивает проверяющего, дерется
Возможность утешить	Не требует утешения	Отвлекается или успокаивается на голос или прикосновение	Невозможно успокоить, отвлечь или ободрить

### Ключ:

1–3 балла — слабая боль;

4–6 баллов — боль средней тяжести;

7–10 баллов — сильная боль.

## Шкала вегетативной дисавтономии у пациентов с ОЦН\*

Показатели	Баллы			
	0	1	2	3
ЧСС (в мин.)	< 100	100–119	120–139	> 140
ЧД (в мин.)	< 18	18–23	24–29	> 30
Систолическое АД (мм рт. ст.)	< 140	140–159	160–179	> 180
Температура (°C)	< 37,0	37,0–37,9	38,0–38,9	39

<sup>1</sup> Warden V., Hurley A. C., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale // Journal of the American Medical Directors Association. 2003. Vol. 4. P. 9–15. DOI: 10.1016/S1525-8610(04)70258-3.

Показатели	Баллы			
	0	1	2	3
Гипергидроз	Нет	Легкий	Умеренный	Выраженный
Повышение мышечного тонуса в период эпизода	Нет	Легкое	Умеренное	Выраженное

**Ключ:**

0 баллов — нет признаков симпатикотонии;

1–6 баллов — легкая симпатикотония;

7–12 баллов — умеренная симпатикотония;

13 баллов — тяжелая симпатикотония.

Ноцицептивная шкала сознания (NCS) для вегетативного состояния (VS) и малого сознания (MCS)

Раздел	Значение признака	Баллы
Двигательный ответ	Локализация болевого стимула	3
	Сгибательное отстранение	2
	Патологическая поза	1
	Отсутствие	0
Словесный ответ	Вербализация	3
	Вокализация	2
	Стон	1
	Отсутствие	0
Зрительный ответ	Фиксация	3
	Движение глаз	2
	Защитное моргание	1
	Отсутствие	0
Выражение лица	Плач (крик)	3
	Гримасничанье	2
	Оральный автоматизм	1
	Отсутствие	0
ИТОГО		

**Ключ:**нет ноцицепции — **0–4;**легкая ноцицепция — **5–7;**умеренная ноцицепция — **8–10;**выраженная ноцицепция — **> 10.**

## Шкала восстановления после комы, переработанная CRS-R<sup>1</sup>

Этой формой следует пользоваться в сочетании с Руководством по практическому применению и количественной оценке, которое предоставляет инструкции для стандартизованного применения шкалы

Пациент:																	Диагноз:																	Этиология:																
Дата катастрофы:																	Дата взятия под наблюдение:																																	
Дата																																																		
Неделя																	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																		
<b>ШКАЛА СПУХОВЫХ ФУНКЦИЙ</b>																																																		
4 — Совместимое движение в ответ на команду*																																																		
3 — Сопоставимое движение в ответ на команду*																																																		
2 — Локализация звука																																																		
1 — Дрожание век в ответ на звук																																																		
0 — Нет ответа																																																		
<b>ШКАЛА ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ</b>																																																		
5 — Распознавание объекта*																																																		
4 — Обнаружение объекта*																																																		
3 — Зрительный поиск объекта*																																																		
2 — Зрительная фиксация*																																																		
1 — Дрожание век в ответ на зрительную угрозу																																																		
0 — Нет ответа																																																		
<b>ШКАЛА МОТОРНЫХ ОТВЕТОВ</b>																																																		
6 — Использование объекта по назначению'																																																		
5 — Двигательный автоматизм*																																																		
4 — Манипуляция предметом*																																																		
3 — Локализация ноцицептивной стимуляции*																																																		
2 — Сгибательное отдергивание																																																		
1 — Аномальное позиционирование																																																		
0 — Нет ответа/плегия																																																		
<b>ОРОМОТОРНАЯ/ВЕРБАЛЬНАЯ ШКАЛА</b>																																																		
3 — Четкая вербализация (речь)*																																																		

<sup>1</sup> © CRS-R 2004.



ШКАЛА СЛУХОВЫХ ФУНКЦИЙ			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ
4	<b>Совместное движение в ответ на команду</b>	<p>1. Наблюдайте за частотой спонтанных движений в течение минутного интервала (см. <b>Протокол исходного наблюдения и выполнения команд</b>).</p> <p>2. Выберите не менее чем по одной связанной и не связанной с объектом команды из Протокола выполнения команд. Тип направленности выбранной команды (глаза, конечности, оральная аппаратура) следует основывать на соматическом состоянии пациента, этому типу должна быть присуща низкая спонтанная частота проявления. Если время позволяет, можно использовать команды более чем одного типа из каждой категории. Команды следует повторять с 10-секундным интервалом.</p> <p><b>а. Команды на движение глаз, связанные с предметом:</b> Поместите два простых предмета одновременно на расстоянии примерно 16 дюймов друг от друга в поле зрения пациента. Попросите пациента посмотреть на променованный предмет («Посмотрите на (название предмета)»). Затем поменяйте местами предметы и попросите пациента посмотреть на тот же предмет вновь («Посмотрите на (название предмета)»). Проведите две дополнительные пробы с теми же двумя предметами, повторив вышеописанную процедуру с инструкциями посмотреть на <b>другой предмет в обеих пробах</b>. Общее число проведенных проб составит четыре (по две на каждый предмет).</p> <p><b>б. Команды на движение конечностей, связанные с предметом:</b> Поместите два простых предмета одновременно в поле зрения пациента на расстоянии примерно 16 дюймов, не превышающем дистанцию вытянутой руки, и попросите пациента коснуться променованного предмета рукой (ногой). Затем поменяйте местами предметы и попросите пациента коснуться того же предмета вновь. Проведите две дополнительные пробы, используя те же предметы и повторив вышеописанную процедуру с инструкцией коснуться другого предмета в обеих пробах. Общее число проведенных проб составит четыре (по две на каждый предмет).</p> <p><b>с. Команды, не связанные с предметом:</b> Выберите не менее чем одну команду на движение глаз, конечностей или голосового аппарата / вокализацию и произнесите ее в четырех пробах с 15-секундным интервалом. Следует использовать одну и ту же команду во всех четырех пробах. Движения, которые произойдут между командами (т. е. после ответа должен быть интервал), отмечаются, но не засчитываются.</p>	<p>Четко заметные и точные ответы в течение 10 сек. во всех четырех проведенных пробах.</p> <p>Элемент достояния, только когда <b>все четыре пробы с двумя разными командами</b> пройдены</p>
3	<b>Сопоставное движение в ответ на команду</b>	Так же, как вышеуказанное	Три четко заметных ответа, произошедших в течение четырех проб с любыми связанными или не связанными с предметом командами
2	<b>Локализация звука</b>	Произведите звуковую стимуляцию (например, голос, шум), стоя позади пациента, вне его поля зрения, с правой стороны в течение 5 сек. Проведите вторую пробу, предоставив звуковой стимул с левой стороны. Повторите вышеописанную процедуру общим числом четыре пробы (по две с каждой стороны)	<p>Ориентация головы или глаз в направлении локализации стимула в обеих пробах по одному направлению.</p> <p>Элемент засчитывается, когда есть четкое доказательство движения глаз или головы независимо от угла поворота и длительности движения</p>
1	<b>Дрожание век в ответ на звук</b>	Издайте громкий шум прямо над головой пациента, вне его поля зрения. Проведите четыре пробы	Дрожание век или моргание, случившиеся немедленно после стимула минимум в двух пробах
0	<b>Нет ответа</b>	См. выше	Нет ответа ни на что вышеприведенное

**Протокол исходного наблюдения и выполнения команд**

Команды	Исходно	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4
	Поминутный срез				
<b>I Команды, связанные с предметом</b>					
<b>A. Команды на движение глаз</b>					
Посмотрите на ( <i>предмет № 1</i> )					
Посмотрите на ( <i>предмет № 2</i> )					
<b>B. Команды на движение конечностей</b>					
Возьмите ( <i>предмет № 1</i> )					
Возьмите ( <i>предмет № 2</i> )					
Толкните ногой ( <i>предмет № 1</i> )					
Толкните ногой ( <i>предмет № 2</i> )					
<b>II Команды, не связанные с предметом</b>					
<b>A. Команды на движение глаз</b>					
Посмотрите на меня					
Посмотрите вверх ( <i>на потолок</i> )					
Посмотрите вниз ( <i>на пол</i> )					
<b>B. Команды на движение конечностей</b>					
Коснитесь моей руки					
Коснитесь своего носа					
Подвиньте ваш ( <i>предмет / часть тела</i> )					
<b>C. Команды на движения голосового аппарата / звуки</b>					
Высуньте язык					
Откройте рот					
Закройте рот					
Скажите «а-а»					
<b>Спонтанное открывание глаз</b>		Да:		Нет:	
<b>Спонтанная фиксация взора</b>		Да:		Нет:	
Лежаче положение					
Правая рука:					
Правая нога:					
Левая рука:					
Левая нога:					

ШКАЛА ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ
5	<b>Распознавание объекта</b>	Так же, как и совместимое движение в ответ на команду – Шкала слуховых функций, разделы 2a и b	От трех до четырех четко заметных ответов, происшедших в четырех проведенных испытаниях
4	<b>Обнаружение объекта</b>	1. Установите руку или ногу с наибольшим объемом движений. 2. Для оценки верхней конечности выберите предмет гигиены (например, расческу, зубную щетку). Для оценки нижней конечности выберите мяч размером с футбольный. 3. Разместите предмет на расстоянии 8 дюймов справа или слева от уложенной на постель конечности. Предмет следует поместить в позицию, не препятствующую его обзорю. Пациента инструктируют: «Коснитесь ( <b>название предмета</b> ) соответствующей рукой или ногой». 4. Команду можно однократно повторить за время интервала оценки. Не предоставлять любых тактильных подсказок, способных стимулировать произвольные движения конечности. 5. Разместить объект дважды возле левой конечности и дважды возле правой в случайном порядке общим числом четыре пробы	Учитывать <i>направленн</i> я, в которых <i>иницировано</i> движение в течение первых 10 сек. периода наблюдения, либо не засчитывать движение. Для конечности не требуется контакт с предметом, только движение в направлении его.  <i>и</i>  Движение должно произойти в правильном направлении в трех из четырех проведенных проб
3	<b>Зрительный поиск объекта</b>	Держать ручное зеркало в 4–6 дюймах прямо перед лицом пациента, словами поощряя его фиксироваться на зеркале. Медленно перемещать зеркало на 45 градусов вправо-влево вдоль вертикальной оси и вверх-вниз вдоль горизонтальной оси. Повторите вышеописанную процедуру общим числом по две в каждой плоскости	Глаза должны следовать за зеркалом на протяжении всех 45 градусов без утраты фиксации в двух случаях в любом направлении. <i>Если вышеописанный критерий не отмечен, повторить процедуру, исследуя один глаз за период времени (использовать повязку на глаз)</i>
2	<b>Зрительная фиксация</b>	Представить ярко окрашенный или светящийся предмет в 6–8 дюймах перед лицом пациента, а затем быстро перемещать его вверх, вниз, вправо и влево в пределах поля зрения. Всего четыре пробы	Глаза фиксируются на первоначальной точке и повторно фиксируются в новом местонахождении предмета в течение 2 сек. Требуется не менее двух эпизодов фиксации
1	<b>Дрожание век в ответ на зрительную угрозу</b>	Произвести жест, представляющий зрительную угрозу для пациента, посредством баллотирования пальца с размахом примерно 1 дюйм перед глазами пациента. Следует опасаться прикосновения к ресницам и создания избыточного воздушного потока (открыть глаза пальцами, если это необходимо). Произвести по четыре пробы на каждый глаз	Дрожание век или моргание, следующее за представлением зрительной угрозы, не менее чем в двух пробах с любым глазом
0	<b>Нет ответа</b>	См. выше	Нет ответа ни на что вышеприведенное
ШКАЛА ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ
6	<b>Использование объекта по назначению</b>	Возьмите два простых предмета (например, расческу, чашку). Поместите один из предметов в руку пациента и проинструктируйте: «Покажите мне, как пользоваться ( <b>название предмета</b> )». Затем поместите второй предмет в руку пациента и переформулируйте прежнюю инструкцию. Повторите вышеописанную процедуру, используя те же объекты, так, чтобы с каждым объектом было проведено по две пробы. Наблюдайте за двигательными автоматизмами, такими как почесывание носа, захват перил кровати, происходящими самопроизвольно во время исследования. Если двигательные автоматизмы не наблюдаются, представьте пациенту привычные жесты, сопровождаемая их серий взаимоклюющихся команд:	Движения, выполняемые пациентом, в целом совместимы с назначением обоих предметов (например, расческа подносится к шее) во всех четырех проведенных пробах. <i>Если пациент неспособен удержать предмет в силу нейромышечного дефицита, это следует отметить в учетной карте и элемент не засчитывается.</i>  Не менее двух эпизодов двигательных автоматизмов, наблюдаемых за время сессии, и каждый эпизод может быть четко дифференцирован от рефлекторных ответов.  Пациент совершает жесты (например, взмахи) в пробах 2 и 4 (не обращать внимание на выполнение проб 1 и 3).
5	<b>Двигательный автоматизм</b>	1) «Взмахните рукой» ( <i>демонстрируете жест</i> ). 2) «Я собираюсь взмахнуть рукой. Вы не шевелитесь. Оставайтесь неподвижны» ( <i>демонстрируете жест</i> ). 3) «Взмахните рукой» ( <i>демонстрируете жест</i> ). 4) «Я собираюсь взмахнуть рукой. Вы не шевелитесь. Оставайтесь неподвижны» ( <i>демонстрируете жест</i> ).	
4	<b>Манипуляция предметом</b>	Для пациентов с ограниченной возможностью осуществлять движения конечностями могут быть использованы предметы, связанные с орomotorной активностью (например, ложка). Поместите предмет перед ротом пациента <i>без осуществления контакта</i> . Проведите серию взаимоклюющихся команд: 1) «Покажите, как пользоваться ( <b>название предмета</b> )». 2) «Я собираюсь показать вам ( <b>название предмета</b> ) опять. Вы не шевелитесь. Оставайтесь неподвижны». 3) «Покажите, как пользоваться ( <b>название предмета</b> )». 4) «Я собираюсь показать вам ( <b>название предмета</b> ) опять. Вы не шевелитесь. Оставайтесь неподвижны»	Пациент совершает жесты по типу оральных автоматизмов (например, открывает рот, когда исследователь подносит ложку к его рту) в пробах 2 и 4 (не обращать внимание на выполнение проб 1 и 3)
4		Поместите мяч размером чуть больше теннисного на <i>гальную</i> поверхность одной из кистей пациента. Поворачивайте мяч между указательным и большим пальцем, не касаясь нижележащей поверхности кисти или пальцев. Во время движения мяча проинструктируйте пациента: «Возьмите мяч».  Повторите вышеописанное всего в четырех пробах	Следующие условия должны сойтись в трех из четырех проведенных проб: 1. Зяпные должно повернуться, а пальцам следует охватить предмет, чтобы он как бы соскользнул с тыльной поверхности в ладонь; <i>и</i> 2. Предмет должен быть сжат и удержан в течение минимум 5 сек. Предмет не может удерживаться за счет хватательного рефлекса или повышенного сгибательного тонуса
3	<b>Локализация ноцицептивной стимуляции</b>	Разведите все четыре конечности. Надавите на палец руки или ноги любой конечности (лучше задействовать каждую из сторон тела) в течение минимум 5 сек. (например, сожмите палец руки или ноги между вашим большим и указательным пальцем). Проведите по две пробы с каждой стороны (всего четыре)	Нестимулированная конечность должна располагаться в месте воздействия и осуществлять контакт со стимулированной частью тела в точке стимуляции не менее чем в двух пробах из четырех
2	<b>Сгибательное одергивание</b>	Разведите все четыре конечности. Осуществите глубокое давление на ногтевые ложа пальцев каждой конечности (т. е. сдавите ногтевую фалангу в области эпюнокиа). Проведите по одной пробе на каждую конечность	<i>Изолированное</i> сгибательное одергивание минимум одной конечности. Рука или нога должны <i>отодвинуться</i> от точки стимуляции. Если характер ответа сомнителен, проба может быть повторена
1	<b>Аномальное позиционирование</b>	Наблюдайте за ответами при проведении вышеперечисленной методики	Медленное стереотипное сгибание <i>или</i> разгибание верхних и/или нижних конечностей, происходящее немедленно после приложенного стимула.
0	<b>Нет ответа / плетия</b>	Наблюдайте за ответами при проведении вышеперечисленной методики	Нет видимого движения, следующего за нанесением неприятной стимуляции, вследствие повышенного <i>или</i> паралитического мышечного тонуса
ОРОМОТОРНАЯ / ВЕРБАЛЬНАЯ ШКАЛА			

Баллы	Элемент	Методика	Ответ
3	<b>Четкая вербализация (речь)</b>	<p>1. Скажите пациенту: «Я хочу услышать ваш голос. Это должно последовать за попыткой непосредственно вызвать беседу, используя словесные подсказки, приведенные ниже. Следует выбрать не менее одной подсказки из слухового ряда и не менее одной из зрительного ряда.</p> <p>2. Максимум по три пробы следует проводить для каждой подсказки, выбранной из слухового и зрительного ряда. Подсказки следует применять с 15-секундным интервалом.</p> <p><b>Слуховой ряд:</b>                      а) «Как вас зовут?»                      б) «Как самочувствие сегодня?»                      в) «Где вы живете?»</p> <p><b>Зрительный ряд:</b>                      а) «Как вы называете этот предмет?» (Держите простой предмет перед пациентом в правом и затем в левом поле зрения в течение 10 сек.)                      б) «Сколько пальцев я показываю сейчас?» (Держите один палец перед пациентом в правом и затем в левом поле зрения в течение 10 сек.)                      в) «Что это за часть моего тела?» (Укажите на ваш нос, располагаясь по срединной линии поля зрения пациента.)</p>	<p>Все последующие критерии должны быть выполнены:</p> <p>1. Каждая вербализация должна состоять не менее чем из одной С-VC триады (consolant-vowel-consolant, согласная – гласная – согласная). К примеру, «ма» не может быть приемлемо, но «мама» допустимо. Удостоверьтесь, что выбранные вами предметы содержат С-VC последовательности.</p> <p>2. Два различных слова должны быть задокументированы исследующим с целью удостовериться, что речевые эмболы не расцениваются как слова. Слова не нуждаются в соответствии контексту и точности, но должны быть полностью вразумительными.</p> <p>3. Слова, написанные от руки или набранные на клавиатуре, приемлемы. <i>Вербализация, происходящая спонтанно или в другие периоды наблюдения и соответствующие вышеприведенным критериям, принимаются за 3 балла</i></p>
2	<b>Вокализация / оральный праксис</b>	Наблюдайте нерелевантные движения ротового аппарата, самопроизвольные голосовые проявления или голосовые проявления, возникающие в процессе проведения вызывающих голосовые ответы команд	Не менее одного эпизода нерелевантных движений ротового аппарата и/или голосовых проявлений, возникающих спонтанно или в ответ на касание сенсорной стимуляции. <i>Звонка засчитывается как оральный автоматизм</i>
1	<b>Оральный автоматизм</b>	Поместите предмет, по размеру и консистенции схожий с языком, между губ и/или зубов пациента	Смещение челюстей, выталкивание языком или пожевывание, следующие за введением предмета в рот
0	<b>Нет ответа</b>	См. вышеуказанное	Нет ответа на любую из вышеприведенных методик

КОММУНИКАТИВНАЯ ШКАЛА			
(Если нет доказательств сопоставимых ответов на команды или спонтанного коммуникативного поведения, Коммуникативная вспомогательная шкала неприменима)			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ
2	<b>Точное выполнение</b>	Применяйте шесть ситуационных ориентационных вопросов из Протокола оценки коммуникации. Исследующий может использовать зрительный ряд, слуховой ряд или оба, если это подходит	Ясно заметные и точные ответы "во всех шести зрительных или слуховых ситуационных ориентационных тестах из Протокола оценки коммуникации" (с. 12).
1	<b>Неточное выполнение</b>	Так же, как вышеприведенное	Четко заметные коммуникативные ответы (например, кивание / отрицательное покачивание головой, подъем большого пальца) должны состояться в течение 10 сек. не менее чем в двух из шести ситуационных ориентационных тестов (точностью можно пренебречь).  <i>* Исследующий должен определить, что этот ответ чаще происходит вследствие вербальных подсказок (например, вопросов), чем проводимой неспецифической слуховой стимуляции (например, хлопая в ладоши)</i>
0	<b>Нет ответа</b>	См. выше	Нет случаев заметного вербального или невербального коммуникационного ответа ни в какое время

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ КОММУНИКАЦИИ						
Ситуационная ориентация						
Зрительная			Слуховая			
«Я касаюсь своего уха?» (не касаться уха)					«Я хлопаю в ладоши?» (не хлопать)	
«Я касаюсь своего носа?» (коснуться носа)					«Я хлопаю в ладоши?» (хлопать)	
«Я касаюсь своего носа?» (коснуться носа)					«Я хлопаю в ладоши?» (хлопать)	
«Я касаюсь своего уха?» (не касаться уха)					«Я хлопаю в ладоши?» (не хлопать)	
«Я касаюсь своего носа?» (не касаться носа)					«Я хлопаю в ладоши?» (хлопать)	
«Я касаюсь своего уха?» (коснуться уха)					«Я хлопаю в ладоши?» (не хлопать)	
			Дата			
				Баллы		
из 6	из 6	из 6		из 6	из 6	из 6
			Дата			
				Баллы		
из 6	из 6	из 6		из 6	из 6	из 6

ШКАЛА БОДРСТВОВАНИЯ			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ
3	<b>Внимание</b>	Наблюдайте за соответствием поведенческих ответов вербальным или жестикоуляционным подсказкам	Не более трех случаев на протяжении периода оценки, в которых пациент ошибся, реагируя на вербальные подсказки
2	<b>Открывает глаза без стимуляции</b>	Наблюдайте за состоянием век в течение периода оценки	Глаза остаются открытыми на протяжении периода исследования без потребности в тактильной, прессорной или инциптивной стимуляции.
1	<b>Открывает глаза в ответ на стимуляцию</b>	Так же, как вышеуказанное	Тактильная, прессорная или инциптивная стимуляция должна быть применена не менее чем однократно за время исследования в отношении пациента для поддержания глаз открытыми (длительность периода, когда глаза остаются открытыми, может варьировать и не оценивается баллами)
0	<b>Не бодрствует</b>	См. выше	Нет замеченного открывания глаз

ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ КОНТИНГЕНТА			
Баллы	Элемент	Методика	Ответ

Не подсчитываются  <i>Вокализация/Жесты / Эмоциональные ответы Контингента</i>	1. Вокализация, жесты и эмоциональные ответы оцениваются на основании сообщений семьи, врачей-консультантов, а также прямых наблюдений лечащего персонала. Семью и клинический персонал следует опрашивать на предмет любых вокализаций, жестикуляций и эмоциональных ответов (например, улыбки, смех, нахмуривание, плач), наблюдаемых происходящими спонтанно или в ответ на специфические стимулы. 2. Если приведенные выше ответы указаны в докладах третьих лиц, персоналу следует пытаться непосредственно вызвать такие проявления вновь при содействии сообщавших об этом. 3. Если эмоциональные ответы наблюдаются непосредственно во время исследования, исследующему следует пытаться воспроизводить их, используя стимулы, предварительно помеченные как вызывавшие поведенческие реакции. Примеры соответствующих стимулов включают вербальные запросы («Как вас зовут?»), жесты (взмахи), мимику (вытягивание языка) и изображения (семейные фото). 4. Исследующему следует документировать: а. Природу стимула (например, вербальный: «Вам грустно?»; жесты: взмах рукой); б. Специфическую характеристику поведенческой реакции (например, гримасу на фоне беспокойства, улыбку, стон); с. Число эпизодов, когда наблюдалась поведенческая реакция в рамках 10 сек. от стимула; д. Число эпизодов, когда наблюдалась поведенческая реакция, возникнув спонтанно; е. Временные интервалы, учитывающие события пунктов с и д, должны быть определены и примерно одинаковы			Вокализация, жесты или эмоциональные ответы в значительной степени чаще происходят в результате специфической сенсорной стимуляции, чем при ее отсутствии.  <i>В ответы контингента не включаются те, что происходят вследствие применения болевой стимуляции</i>	
	ДАТА	СТИМУЛ	ЦЕЛЕВАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ	КОЛИЧЕСТВО СПОНТАННЫХ ЭПИЗОДОВ ЦЕЛЕВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ	КОЛИЧЕСТВО ЭПИЗОДОВ ЦЕЛЕВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ТЕЧЕНИЕ 10 СЕК. СТИМУЛЯЦИИ

КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ CRS-R																	
Учетная форма																	
Пациент:		Диагноз:					Этиология:										
Дата катастрофы:							Дата взятия под наблюдение:										
Дата	Неделя	ADM	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
23																	
23																	
21																	
20																	
19																	
18																	
17																	
16																	
15																	
14																	
13																	
12																	
11																	
10																	
9																	
8																	
7																	
6																	
5																	
4																	
3																	
2																	
1																	
0																	
CRS-R Общий балл																	

## Нейропсихологическая классификация стадий вегетативного состояний (Доброхотова Т. А.)

Стадии	Название	Описание
1	<i>Стадия разрозненных реакций</i>	С краткими периодами бодрствования. Глазные яблоки неподвижны или совершают плавающие движения. Возможны экстрапирамидные явления, жевательные, сосательные, глотательные движения. Реагируют на боль сначала хаотических движений, затем — направленных к месту боли. Это означает, что больные ощущают боль, формируется простейший сенсомоторный акт
2	<i>Стадия реинтеграции простейших сенсорных и моторных реакций</i>	Характеризуется удлинением периодов бодрствования. Более отчетливо соответствие ритма «сон — бодрствование» к дневному и ночному времени суток. Становятся постоянными направленные к месту боли движения. Возможна элементарная вокализация. Условным признаком завершения этой стадии можно считать мимические, двигательные реакции больных на голос и тактильные стимуляции близких больному людей, а также появление спонтанных движений
3	<i>Стадия реинтеграции простейших психомоторных и психосенсорных реакций</i>	Становятся более разнообразными спонтанные движения, постепенно приобретающие свойство произвольности. Завершением последней стадии вегетативного статуса можно считать первую фиксацию взора. Позднее восстанавливается слежение взором

# Оценка мобильности

## Шкала Борга<sup>1</sup>

Отражает уровень переносимой нагрузки. Используется для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности физической нагрузки.

Описание одышки	Оригинальная шкала Борга	Модифицированная шкала Борга	МКФ b455	МКФ диагноз	<b>Интерпретация в истории болезни:</b> нарушение толерантности к физической нагрузке
Нет вообще	6	0	b455.0	Нет	Предлагаемая физическая нагрузка ( <b>велокинез 2 кВт 10 мин.</b> ) не вызывает у пациента затруднений и существенно ниже пикового уровня потребления кислорода (< 40 % V02)
Очень-очень слабая, очень-очень легкая	7	0,5			
Очень слабая, очень легкая	9	1			
Довольно слабая, легкая	11	2	b455.1	Легкая степень	Предлагаемая физическая нагрузка оптимальна для пациента и соответствует оптимальному уровню потребления кислорода (40–60 % V02 пик)
Немного сильнее, умеренная	13	3			
Выраженная, достаточно тяжелая	15	4	b455.2	Умеренная степень	Предлагаемая физическая нагрузка избыточна для пациента и соответствует уровню потребления кислорода (> 60 % V02 пик). Признаки нарушения толерантности нагрузки
Очень сильная, тяжелая	17	5			
Очень-очень сильная, очень тяжелая	19	7	b455.3	Тяжелое нарушение	Оценка невозможна
Очень-очень тяжелая (почти максимальная)	20	9	b455.4	Крайне-тяжелое	
Максимальная		10			
	Исследование не проведено		b455.8	Не определено	

<sup>1</sup> Borg G. A. Psychophysical bases of perceived exertion // Med Sci Sports Exerc. 1982. Vol. 14 (5). P. 377–381.

## Критерии функциональной оценки тяжести респираторной полимионейропатии

Функция дыхания		МКФ b440	Нарушение функции дыхания	Интерпретация в истории болезни
По данным спирометрии (ЖЕЛ в % от должного)	81–100	b440.0	Нет	Признаков нарушения функции дыхания нет
	60–80	b440.1	Незначительная степень	Признаки незначительного нарушения функции дыхания
	50–59	b440.2	Умеренная степень	Признаки умеренного нарушения функции дыхания
	40–49	b440.3	Выраженная степень	Признаки выраженного нарушения функции дыхания
	< 40	b440.4	Крайне-тяжелая (абсолютная)	Признаки абсолютного нарушения функции дыхания
	Исследование не проведено	b440.8	Не определено	Оценка функции дыхания не проводилась

## Шкала оценки двигательного дефицита<sup>1</sup> MRC (Medical Research Council)

Объем движений	Балл	МКФ	Интерпретация в истории болезни
Отсутствие всех движений	0	b730.4	Отсутствие движений
Сокращение части мышц без двигательного эффекта в соответствующем суставе	1	b730.3	Тяжелая степень двигательного дефицита
Сокращение мышц с двигательным эффектом в суставе без возможности подъема конечности	2	b730.2	Умеренная степень двигательного дефицита
Сокращение мышц с подъемом конечности без возможности преодоления дополнительной нагрузки, прикладываемой рукой исследующего	3		
Активное движение конечности с возможностью преодоления дополнительной нагрузки, прикладываемой рукой исследующего	4	b730.1	Легкая степень двигательного дефицита
Нормальная сила. Исследуемый не может преодолеть сопротивление исследуемого при разгибании руки	5	b730.0	Нет двигательного дефицита

<sup>1</sup> У пациентов с уровнем силы в руке выше 3 целесообразно применять аппаратную динамометрию для уточнения силы в руке (уровень В 2+).

## Опция для расширенной оценки MRC

Мышца	Тест	Балл
Дельтовидная	Отведение плеча	5
Сгибатели локтя	Сгибание в локте	5
Разгибатели кисти	Разгибание кисти	5
Подвздошно-поясничная	Сгибание бедра	5
Квадрицепс	Разгибание в колене	5
Сгибатели колена	Сгибание в колене	5
Разгибатели стопы	Тыльное сгибание стопы	5

## Регламент тестирования по шкале MRC

	Шкала MRC	Шкала MRS-R		Балл
	Балл	Мышца	Тест	
Правая рука	0–5	Дельтовидная	Отведение плеча	0–5
		Сгибатели локтя	Сгибание в локте	
		Разгибатели кисти	Разгибание кисти	
Левая рука	0–5	Дельтовидная	Отведение плеча	0–5
		Сгибатели локтя	Сгибание в локте	
		Разгибатели кисти	Разгибание кисти	
Правая нога	0–5	Подвздошно-поясничная	Сгибание бедра	0–5
		Квадрицепс	Разгибание в колене	
		Разгибатели стопы	Тыльное сгибание стопы	
Левая нога	0–5	Подвздошно-поясничная	Сгибание бедра	0–5
		Квадрицепс	Разгибание в колене	
		Разгибатели стопы	Тыльное сгибание стопы	

## Модифицированная шкала Ashworth<sup>1</sup>

Оригинальное название: Modified Ashworth Scale, mAS (для клинической оценки мышечного тонуса).

### Градации оценки повышения мышечного тонуса по шкале mAS

Описание	Балл	МКФ	Интерпретация в истории болезни
Нет повышения мышечного тонуса	0	b735.0	Нет изменения мышечного тонуса
Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения и быстрого расслабления мышцы или минимального сопротивления в конце пассивного сгибания или разгибания	1	b735.1	Незначительное повышение мышечного тонуса
Легкое повышение тонуса в виде кратковременного напряжения мышцы с минимальным сопротивлением при продолжении пассивного движения (менее половины амплитуды)	1+		Повышение мышечного тонуса легкой степени
Более выраженное повышение мышечного тонуса, ощущаемое в течение почти всего пассивного движения, но при этом пораженный сегмент (пораженные сегменты) конечности легко поддается движению	2	b735.2	Повышение мышечного тонуса умеренной степени
Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены	3	b735.3	Повышение мышечного тонуса тяжелой степени
Пораженный сегмент (пораженные сегменты) неподвижен в положении сгибания или разгибания	4	b735.4	Спастическая контрактура

### Классификация исследования мышечного тонуса по шкале mAS

	Группы мышц	Тест-движение	Балл
Рука (справа/слева) 0–24 балла	Аддукторы и внутренние ротаторы плеча (m. pectoralis major; m. subscapularis; m. latissimus dorsi)	Отведение и наружная ротация плеча	0–4
	Абдукторы плеча (отводящие порции m. deltoideus)	Приведение плеча	0–4
	Сгибатели в локтевом суставе (m. biceps brachii; m. brachialis; m. brachioradialis)	Разгибание в локтевом суставе	0–4
	Разгибатели в локтевом суставе (m. triceps brachii)	Сгибание в локтевом суставе	0–4
	Сгибатели запястья (m. flexor carpi radialis; m. flexor carpi ulnaris) и пронаторы предплечья (m. pronator teres)	Разгибание запястья и супинация предплечья	0–4
	Сгибатели пальцев: m. flexor digitorum superficialis; m. flexor digitorum profundus; m. flexor pollicis longus; m. adductor pollicis	Разгибание пальцев и отведение большого пальца	0–4

<sup>1</sup> Bohannon R. W., Smith M. B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity // Physical Therapy. 1987. Vol. 67(2). P. 206–7. DOI: 10.1093/ptj/67.2.206; Валидация Модифицированной шкалы Эшворта (Modified Ashworth Scale) в России / Н. А. Супонева [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2020. 14 (1). С. 89–96. DOI: 10.25692/ACEN.2020.1.10.

	Группы мышц	Тест-движение	Балл
Нога (справа/слева) 0–24 балла	Сгибатели в тазобедренном суставе (m. iliopsoas)	Разгибание бедра	0–4
	Аддукторы бедра (m. adductor longus; m. adductor brevis; m. adductor magnus; m. gracilis)	Отведение бедра	0–4
	Разгибатели в коленном суставе (порции m. quadriceps femoris)	Сгибание в колене	0–4
	Сгибатели в коленном суставе (m. biceps femoris; m. semitendinosus; m. semimembranosus)	Разгибание в колене	0–4
	Сгибатели стопы (m. gastrocnemius; m. soleus; m. tibialis posterior)	Разгибание стопы	0–4
	Разгибатели стопы (m. tibialis anterior)	Подожвенное сгибание стопы	0–4
			Сумма

## Гониометрия<sup>1,2</sup>

Измерение движений в суставах конечностей и позвоночника выполняют по международному методу SFTR [нейтральный — 0°, S — движения в сагиттальной плоскости, F — во фронтальной, T — движения в трансверсальной (горизонтальной) плоскости, R — ротационные движения].

Нулевое (нейтральное) положение:

- для верхних конечностей — положение опущенной руки;
- для нижних конечностей — расположение ног параллельно друг другу, ось конечности образует с биспинальной линией угол 90°.

Для каждой плоскости движения перечислены в следующем порядке:

Сагиттальная плоскость	Сгибание/Стартовая позиция/Разгибание
	Подшвенное сгибание/Стартовая позиция/Тыльное сгибание
Фронтальная плоскость	Отведение/Стартовая позиция/Приведение
	Наружное сгибание влево/Стартовая позиция/Наружное сгибание вправо
Горизонтальная плоскость	Горизонтальное отведение/Стартовая позиция/Горизонтальное приведение
Ротационные движения	Наружная ротация/Стартовая позиция/Внутренняя ротация
	Пронация/Стартовая позиция/Супинация
	Эверсия/Стартовая позиция/Инверсия
	Ротация влево/Стартовая позиция/Ротация вправо

Карта гониометрии (приведены нормативные значения):

Тестируемый сустав	Объем движений слева, град. угол			Объем движений справа, град. угол		
	Движение 1	Нейтральная позиция	Движение 2	Движение 1	Нейтральная позиция	Движение 2
	Плечевой сустав					
Сгибание-разгибание	160–190°	0°	60–70°	160–190°	0°	60–70°
Отведение-приведение	165–190°	0°	0–5°	165–190°	0°	0–5°
Наружная — внутренняя ротации	70–110°	0°	70–100°	70–110°	0°	70–100°
	Локтевой сустав					
Сгибание-разгибание	140–150°	0°	0–5°	140–150°	0°	0–5°
Пронация-супинация	70–80°	0°	80–100°	70–80°	0°	80–100°
Лучезапястный сустав						
Сгибание-разгибание	70–95°	0°	60–85°	70–95°	0°	60–85°

<sup>1</sup> Гониометрия — определение объема движений в суставах с использованием углометра-гониометра.

<sup>2</sup> Ортопедия: национальное руководство / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 944 с. URL: <https://www.elsevier.com/books/joint-range-of-motion-and-muscle-length-testing/reese/978-1-4557-5882-1> (дата обращения: 31.05.2023).

Тестируемый сустав	Объем движений слева, град. угол			Объем движений справа, град. угол		
	Движение 1	Нейтральная позиция	Движение 2	Движение 1	Нейтральная позиция	Движение 2
	Тазобедренный сустав					
Сгибание-разгибание	120–135°	0°	10–20°	120–135°	0°	10–20°
Отведение-приведение	40–50°	0°	20–30°	40–50°	0°	20–30°
Наружная — внутренняя ротации	30–50°	0°	30–50°	30–50°	0°	30–50°
	Коленный сустав					
Сгибание-разгибание	135–150°	0°	0–5°	135–150°	0°	0–5°
	Голеностопный сустав					
Подошвенное-тыльное сгибание	40–65°	0°	10–25°	40–65°	0°	10–25°

## Индекс мобильности Ривермид (IMR)<sup>1</sup>

Оригинальное название: Rivermead mobility index.

Не валидизирован в РФ.

Назначение: индекс мобильности Ривермид относится к простым, легко осуществимым тестам, измеряющим не только ходьбу, но и подвижность больного.

Балл	Раздел	Вопрос
1	Повороты в кровати	«Можете повернуться со спины на бок без посторонней помощи?»
2	Переход из положения лежа в положение сидя	«Можете из положения лежа в постели самостоятельно сесть на край постели?»
3	Удерживание равновесия в положении сидя	«Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 сек.?»
4	Переход из положения сидя в положение стоя	«Можете встать (с любого стула) менее чем за 15 сек. и удерживаться в положении стоя около стула 15 сек. (помощью рук или, если требуется, с помощью вспомогательных средств)?»
5	Стояние без поддержки	«Можете стоять без поддержки в течение 10 сек.?»
6	Перемещение	«Можете переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?»
7 <sup>1</sup>	Ходьба по комнате	«Можете пройти 10 м, используя при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?»
8	Подъем по лестнице	«Можете подняться по лестнице на один пролет без помощи постороннего лица?»
9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	«Можете ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?»
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств	«Можете пройти 10 м в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?»
11	Поднятие предметов с пола	«Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 м, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?»
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	«Можете без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т. п.)?»
13	Прием ванны	«Можете войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?»
14	Подъем и спуск на 4 ступени	«Можете подняться на четыре ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но при необходимости используя вспомогательные средства?»
15	Бег	«Можете пробежать 10 м, не прихрамывая, за 4 сек. (допускается быстрая ходьба)?»

**Ключ:** значение индекса может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 м).

**Пояснения:** значение индекса соответствует баллу, присвоенному вопросом, на который врач может дать положительный ответ в отношении пациента.

Оценка по шкале Ривермид: \_\_\_\_\_ баллов.

<sup>1</sup> The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment / F. M. Collen [et al.] // International Disability Studies. Apr-Jun 1991. Vol. 13 (2). P. 50–54. DOI: 10.3109/03790799109166684.

<sup>1</sup> Оценка 7 соответствует нормативу для оценки уровня мобильности пациента при выписке из ОРИТ.

## Тест контроля торса (Trunk Control Test)

	Действие
1	Перекачивание на слабую сторону
2	Перекачивание на сильную сторону
3	Принять положение сидя из положения лежа
4	Равновесие в положении сидя (30 сек.)
	Итого: максимум 100 баллов

### Ключ:

- 0 — невозможно выполнить самостоятельно;  
 12 — выполнение только при мышечной помощи (использование руки для удержания равновесия в положении сидя, использование поручня);  
 25 — норма.

## Индекс ходьбы Хаузера

0	Ходьба без ограничений	
1	Ходьба в полном объеме. Отмечается утомляемость при спортивных или иных физических нагрузках	
2	Нарушения походки или эпизодические нарушения равновесия	10 сек. и быстрее
3	Ходьба без посторонней помощи и вспомогательных средств	20 сек. и быстрее
4	Ходьба с односторонней поддержкой	25 сек. и быстрее
5	Ходьба с двусторонней поддержкой. Ходьба с односторонней поддержкой	25 сек. и быстрее. Более 25 сек.
6	Ходьба с двусторонней поддержкой, пользование инвалидной коляской	Более 25 сек.
7	Несколько шагов с двусторонней поддержкой, пользование инвалидной коляской	Не может
8	Перемещение только в инвалидной коляске, пользуется ею самостоятельно	
9	Перемещение только в инвалидной коляске с внешней помощью	

## Функциональные категории ходьбы<sup>1</sup>

Балл	Категории	Потребность во внешней помощи
0	Не способен ходить	Пациент не может ходить, либо требуется помощь двух и более человек
1	Зависим, уровень 2	При ходьбе требуется постоянная поддержка одного сопровождающего, который помогает в переносе веса тела и удержании равновесия

<sup>1</sup> Классификация не учитывает применения вспомогательных средств.

Балл	Категории	Потребность во внешней помощи
2	Зависим, уровень 1	При ходьбе требуется постоянная или периодическая помощь одного сопровождающего в удержании равновесия или в координации
3	Зависим, нуждается в присмотре	При ходьбе требуется присмотр (страховка) сопровождающего лица, физически не касающегося пациента
4	Независим при ходьбе по ровной поверхности	Пациент может ходить самостоятельно по ровной поверхности. Помощь требуется при ходьбе по наклонной плоскости или неровной поверхности, подъеме по ступенькам
5	Независим	Пациент может ходить самостоятельно без ограничений

## Тест на время Timed Up&Go (TUG-Test)

Up&Go измеряет время, необходимое для того, чтобы встать со стула с подлокотниками (высота стула — 46 см), обойти вокруг опоры, которая находится в 3 м от стула, и вернуться в первоначальное положение (первоначальное положение: спина пациента полностью опирается на спинку стула). Только после этого измерение времени заканчивается. Если нужен помощник, то он разрешается. Считается, что пациенты в состоянии жить независимо, если они могут выполнить упражнение не более чем за 10 сек.

### Ключ:

- 10 сек. — норма;
- 20 сек. — хорошая подвижность, может выйти один, мобильный без помощи;
- 30 сек. — проблемы, не может выйти на улицу один, требует помощи при ходьбе;
- > 14 сек. — высокий риск падений.

## 10-метровый тест (скорость походки)

С помощью этого теста мы хотели проверить скорость ходьбы пациентов.

Чтобы исключить воздействие ускорения и замедления во время проведения теста, рекомендуется проведение теста на 14-метровой дорожке. Испытуемый должен пройти 3 м, чтобы добраться до начала, где начинались измерения. Чтобы избежать замедления перед 10-метровой отметкой, пациента просим пойти на 1 м больше после финишной прямой.

Измерение выполняется два раза: в первый раз нужно идти с нормальной, подходящей для пациента скоростью ходьбы, а во второй раз требуется, чтобы пациент шел с максимальной пешеходной скоростью. Средняя оценка обоих измерений выражается как скорость походки в м/с. Время измеряется секундомером. Разрешается помощь ассистента при необходимости.

### Ключ:

- 1,2 м/с — скорость безопасного перехода через улицу со светофором;
- 0,7 м/с — скорость, при которой пациент может свободно участвовать в повседневной жизни при использовании коляски.

## Тест 6-минутной ходьбы<sup>1</sup>

Оценивает: кардиолог, кинезиотерапевт (врач ЛФК), инструктор ЛФК.

Время на проведение теста: около 30 мин.

Оборудование: часы с секундной стрелкой, сантиметр/рулетка, пульсоксиметр.

При проведении 6-минутной шаговой пробы больному ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 мин. (по измеренному [30 м] и размеченному через 1 м коридору в своем собственном темпе), после чего пройденное расстояние регистрируется.

Показания:

- Оценка баланса по Бергу — более 38 баллов.
- Пациент ходит с ассистентным оборудованием без поддержки и контроля второго лица.

*Противопоказания:*

Абсолютные:

- нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда в течение пяти дней;
- заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению пробы;
- грубые когнитивные и речевые нарушения, препятствующие пониманию правил тестирования.

Относительные:

- исходная ЧСС — менее 50 в мин. или более 120 в мин.;
- систолическое АД — более 180 мм рт. ст.;
- диастолическое АД — более 120 мм рт. ст.

*Методика проведения теста.* Тест 6-минутной ходьбы (6 МХ) следует проводить в утренние часы. Пациент должен легко позавтракать за 3–4 ч до проведения теста, не принимать кардиологических препаратов, не курить по меньшей мере 2 ч до теста. Для проведения теста 6 МХ в коридоре длиной 30 м делаются незаметные для пациента разметки через каждые 3 м дистанции. В течение 10 мин. до проведения теста 6 МХ пациент должен спокойно посидеть. В это время необходимо зачитать ему следующий текст: «За 6 мин. вам необходимо пройти как можно большее расстояние, при этом нельзя бежать или перемещаться перебежками. Вы будете ходить по коридору туда и обратно. Если появится одышка или слабость, вы можете замедлить темп ходьбы, остановиться и отдохнуть. Во время отдыха можно прислониться к стене, затем необходимо продолжить ходьбу. Помните, ваша цель: пройти максимальное расстояние за 6 мин.» Во время проведения теста можно идти за пациентом, не форсируя темп его ходьбы. Нельзя информировать пациента о пройденной дистанции и оставшемся времени. Если пациент замедляет ходьбу, можно напомнить о том, что он может остановиться, отдохнуть, прислониться к стене, а затем, как только почувствует, что может идти, продолжить ходьбу. По истечении 6 мин. следует попросить пациента остановиться и не двигаться, пока не будет измерено пройденное расстояние. Необходимо измерить расстояние с точностью до 1 м, затем предложить пациенту присесть и наблюдать за ним как минимум 10 мин.

Перед началом и в конце теста оценивают переносимость нагрузки по шкале Борга, пульс, артериальное давление, сатурацию кислородом крови (при наличии пульсоксиметра).

В целях безопасности в ближайшей доступности от места проведения пробы должен находиться источник кислорода и дефибриллятор. В каждом конце коридора рекомендуют установить кресло для отдыха.

<sup>1</sup> ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test / American Thoracic Society // Am J Respir Crit Care Med. 2002. Vol. 166. P. 111–117. DOI: 10.1164/rccm.

*Критерии немедленного прекращения пробы:* • боль в грудной клетке; • невыносимая одышка; • судороги в ногах; • нарушение устойчивости; • головокружение; • резкая бледность; • снижение насыщения крови кислородом до 86 %.

**Ключ:**

Дистанцию, пройденную в течение 6 мин. (6MWD), измеряют в метрах и сравнивают с должным показателем 6MWD (i).

6MWD (i) вычисляют по ниже приведенным формулам, которые учитывают возраст в годах, массу тела в килограммах, рост в сантиметрах, индекс массы тела (ИМТ).

Значение 6MWD (i) для мужчин:  $6\text{ MWD (i)} = 7,57 \times \text{рост} - 5,02 \times \text{возраст} - 1,76 \times \text{масса} - 309$ ; или  $6\text{VIWD (i)} = 1140 - 5,61 \times \text{ИМТ} - 6,94 \times \text{возраст}$ .

Значение 6MWD для женщин:  $6\text{ MWD (i)} = 2,11 \times \text{рост} - 2,29 \times \text{масса} - 5,78 \times \text{возраст} + 667$  или  $6\text{VIWD (i)} = 1017 - 6,24 \times \text{ИМТ} - 5,83 \times \text{возраст}$ .

При оценке эффективности лечения минимальное достоверное улучшение — увеличение дистанции на 70 м по сравнению с исходным результатом.

Регистрационная карта к тесту 6-минутной ходьбы:

Ф. И. О. пациента		Возраст	
Рост		Вес	
Расчетный должный показатель 6MWD (i)			
	До проведения теста	После проведения теста	
АД			
ЧСС			
ЧД			
pO2			
Пройденное расстояние (м)			
Оценка переносимости нагрузки по шкале Борга (баллы)			

## Тест баланса Берга

### Общие указания:

Продемонстрируйте каждое задание и/или дайте четкие инструкции, указанные ниже. Проставляя баллы, записывайте самый низкий результат, полученный при перечисленных действиях.

- В большинстве действий исследуемого просят поддерживать определенное положение тела в течение установленного времени.
- Очки вычитаются за неполное время или дистанцию, при необходимости подсказок и/или наблюдения за пациентом, а также если пациент касается предметов для поддержки.
- Испытуемый должен понимать, что ему нужно поддерживать равновесие в течение тестирования. Выбор ноги, на которой он будет стоять, или как далеко он будет тянуться — предоставляется самому испытуемому. Неправильный выбор неизбежно приведет к худшему результату тестирования.
- Оборудование, необходимое для проведения теста: секундомер или часы с секундной стрелкой, измерительная лента или линейка. Стулья, используемые при тестировании, должны быть стандартной высоты. Для действия № 12 используется ступенька или скамейка (примерно высоты ступеньки).

Задание и вариант выполнения	Балл
<b>1. Встать из положения сидя</b>	
Способен стоять без использования рук, стабилизируется самостоятельно	4
Может стоять самостоятельно	3
Может стоять с использованием рук после нескольких попыток	2
Требуется минимальная помощь для стояния или стабилизации	1
Требуется умеренная или максимальная помощь для стояния	0
<b>2. Стояние без поддержки</b>	
Способен стоять безопасно 2 мин.	4
Способен стоять 2 мин., но требует наблюдения	3
Способен стоять 30 сек. без поддержки	2
Нуждается в нескольких попытках для 30-секундного стояния	1
Не способен простоять 30 сек. без помощи	0
<b>3. Сидение без поддержки спины, стопы на опоре</b>	
Способен сидеть безопасно 2 мин.	4
Способен сидеть 2 мин., но требует наблюдения	3
Способен сидеть 30 сек.	2
Способен сидеть 10 сек.	1
Не способен сидеть без поддержки 10 сек.	0
<b>4. Сесть из положения стоя</b>	
Садится безопасно с минимальным использованием рук	4

Задание и вариант выполнения	Балл
Контролирует опускание, используя руки	3
Сидит самостоятельно, но опускание неконтролируемое	2
Использует заднюю поверхность ног для контроля опускания	1
Нуждается в помощи при переходе в положение сидя	0
<b>5. Пересаживание (с кровати в кресло)</b>	
Способен пересесть безопасно с минимальным использованием рук	4
Способен пересесть безопасно, определенно нуждается в использовании руками	3
Способен пересесть без словесных инструкций и/или наблюдения	2
Нуждается в помощи одного человека	1
Для безопасности нуждается в помощи или наблюдении двух людей	0
<b>6. Стояние с закрытыми глазами</b>	
Способен безопасно стоять 10 сек.	4
Способен стоять 10 сек., но требует наблюдения	3
Способен стоять 3 сек.	2
Не способен держать глаза закрытыми 3 сек., но стоит устойчиво	1
Требуется помощь для предотвращения падения	0
<b>7. Стояние со сведенными вместе стопами</b>	
Способен поставить стопы вместе, стоять в течение 1 мин. безопасно и самостоятельно	4
Способен поставить стопы вместе и стоять в течение 1 мин., но требует наблюдения	3
Способен поставить самостоятельно стопы вместе, но не может удерживать их в таком положении 30 сек.	2
Требуется помощь для установки стоп, но способен стоять в этой позе 15 сек.	1
Требуется помощь для установки стоп, и не способен удерживать позу 15 сек.	0
<b>8. Дотянуться вперед вытянутой рукой в положении стоя</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, поднимите руку на 90 градусов. Вытяните пальцы и потянитесь вперед, насколько можете». (Исследователь располагает линейку в конце пальцев, когда рука поднята до горизонтальной линии. Пальцы не должны касаться линейки в момент дотягивания вперед. Результатом будет максимальное продвижение пальцев исследуемого вперед. Если возможно, попросите исследуемого использовать обе руки при дотягивании, для того чтобы избежать ротации туловища)</i>	
Может уверенно потянуться вперед более чем на 25 см	4
Может потянуться вперед более чем на 12 см безопасно	3
Может потянуться вперед более чем на 5 см безопасно	2
Может потянуться вперед, но нуждается в наблюдении	1
Теряет равновесие в момент попытки/требуется внешней поддержки	0
<b>9. Поднимание предмета с пола из положения стоя</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, поднимите ботинок/тапок, который стоит перед вашей стопой»</i>	
Способен поднять тапок легко и безопасно	4
Способен поднять тапок, но требует наблюдения	3
Не способен поднять тапок, но не дотягивается до тапка 2–2,5 см и сохраняет равновесие самостоятельно	2
Не способен поднять предмет и нуждается в наблюдении при попытке	1
Не способен сделать попытку / требуется помощь для предотвращения потери равновесия или падения	0

Задание и вариант выполнения	Балл
<b>10. Оглянуться назад через левое и правое плечо в положении стоя</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, повернитесь через левое плечо и посмотрите прямо назад. Повторите то же через правое плечо»</i>	
Может оглянуться назад через оба плеча, хорошо переносит вес	4
Оглядывается через одно плечо, хуже переносит все	3
Поворачивается только в сторону, но поддерживает равновесие	2
Нуждается в наблюдении во время поворота	1
Нуждается в помощи для предотвращения потери равновесия или падения	0
<b>11. Развернуться, переступая на месте, на 360°</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, сделайте полный поворот. Пауза. Теперь развернитесь в обратную сторону»</i>	
Способен развернуться на 360° безопасно за 4 сек. или менее	4
Способен развернуться на 360° безопасно только в одну сторону за 4 сек. или менее	3
Способен развернуться на 360° безопасно, но медленно	2
Нуждается в очень тщательном наблюдении или в словесном инструктаже	1
Нуждается в помощи в момент поворота	0
<b>12. Стояние с одной ногой, поставленной на ступеньку (скамеечку)</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, поставьте по очереди каждую ногу на ступеньку или скамеечку. Продолжайте, пока каждая нога не будет поставлена на ступеньку четыре раза»</i>	
Способен стоять самостоятельно и безопасно и выполнить полных восемь шагов за 20 сек.	4
Способен стоять самостоятельно и выполнить восемь шагов за 20 сек.	3
Способен выполнить четыре шага без помощи, но нуждается в наблюдении	2
Способен выполнить более двух шагов, но нуждается в минимальной помощи	1
Нуждается в помощи для предотвращения падения/не способен сделать попытку	0
<b>13. Стояние со стопами на одной линии</b> <i>Инструкция: «Поставьте одну ногу прямо впереди другой. Если вы чувствуете, что не можете поставить ногу прямо впереди, постарайтесь шагнуть достаточно широко вперед так, чтобы пятка передней ноги была впереди носка другой» (на 3 балла длина шага должна соответствовать длине стопы, а ширина шага не должна превосходить обычную)</i>	
Способен расположить ноги одну за другой и самостоятельно сохранять позу 30 сек.	4
Способен установить ноги в положении шага самостоятельно и удерживать позу 30 сек.	3
Способен сделать маленький шаг самостоятельно и удерживать позу 30 сек.	2
Требуется помощь, чтобы сделать шаг, но может устоять 15 сек.	1
Теряет равновесие в момент шагания или стояния	0
<b>14. Стояние на одной ноге</b> <i>Инструкция: «Пожалуйста, стойте на одной ноге столько, сколько сможете, ни за что не держась»</i>	
Способен поднять ногу самостоятельно и стоять более 10 сек.	4
Способен поднять ногу самостоятельно и стоять 5–10 сек.	3
Способен поднять ногу самостоятельно и стоять не более 3 сек.	2
Пытается поднять ногу на 3 сек. и продолжает стоять самостоятельно	1
Неспособен сделать попытку и/или нуждается в помощи для предотвращения падения	0

Результат: максимум 56 баллов.

Контроль произвольных двигательных реакций	b760	Нарушения контроля произвольных двигательных реакций	
51–56 баллов	b760.0	Нет	Способен передвигаться без ограничений
46–50	b760.1	Легкая степень	Способен свободно передвигаться, но есть риск падения
40–45 баллов	b760.2	Умеренная степень	Способен самостоятельно передвигаться, но риск падения высокий
30–39 баллов	b760.3	Тяжелая степень	Способен передвигаться только с посторонней помощью
20–29 баллов	b760.4	Крайне тяжелая степень	Способен только сохранять баланс стоя
< 20 баллов	b760.4	Полное (абсолютное) нарушение	Только пребывание в инвалидной коляске
Исследование не проведено	b760.8	Не определено	

# Оценка глотания, речи, голоса

---

## Шкала оценки дисфагии «КИМ»

---

№ п/п	ПРИЗНАКИ	БАЛЛ	
1	<b>Положение мягкого неба</b>		
	Подвижно	0	
	Провисает, но при фонации активно поднимается	1	
	Провисает, но при фонации слабо поднимается	2	
	Значительно провисает, при фонации неподвижно	3	
2	<b>Глоточный рефлекс</b>		
	Высокий	0	
	Снижен, но при надавливании на корень языка вызывается	1	
	Резко снижен, не вызывается	2	
3	<b>Состояние органов артикуляции</b>		
	Тонус губ:	нормотонус	0
		изменение тонуса	1
	Тонус языка:	нормотонус	0
		изменение тонуса	1
	Тонус жевательной мускулатуры:	нормотонус	0
		тонус изменен (повышен/понижен)	1
		Тризм	2
4		<b>Кашлевой рефлекс</b>	
	Адекватный	0	
	Ослаблен	1	
	Отсутствует	2	
5	<b>Тест «трех глотков»</b>		
	Пенетрация отсутствует	0	
	Пенетрация на 90 мл жидкости	1	
	Пенетрация на 60 мл жидкости	2	
	Пенетрация на 30 мл жидкости	3	
	Пенетрация на 10 мл жидкости	4	

№ п/п	ПРИЗНАКИ	БАЛЛ
6	<b>Оральная и орально-трансферная фазы</b>	
	Без патологии	0
	Незначительные затруднения, задержка > 5 сек.	1
	Затруднения при формировании болюса, остатки пищи на языке/небе, периодическое вытекание изо рта, задержка > 10 сек.	2
	Нет произвольного открывания рта, жевательные движения отсутствуют, болюс не формируется	3
7	<b>Произвольный кашель</b>	
	Без патологии	0
	Умеренные затруднения	1
	Выраженные затруднения	2
	Отсутствует/не оценить	3
8	<b>Голос</b>	
	Без патологии	0
	Легкая охриплость; дисфония	1
	Хриплый, булькающий	2
	Афония/не оценить	3
9	<b>Трахеостома</b>	
	Отсутствует	0
	Сдутая манжета ТСТ, голосовой клапан	1
	Периодическое сдувание манжеты	2
	Постоянно раздутая манжета	3
10	<b>Фарингеальная фаза</b>	
	Без патологии	0
	Отложенное глотание, добавочные глотки	1
	Частые поперхивания, влажный голос	2
	Глотания нет, не оценить	3
11	<b>После завершения акта глотания</b>	
	Без патологии	0
	Редкие поперхивания	1
	Частые поперхивания, влажный голос, дыхательные проблемы (учащение дыхания), регургитация жидкости через нос, рефлюкс	2
	Аспирация, не оценить	3

Оценка результатов:

Балл	Степень тяжести	Рекомендации
0–1	Дисфагии нет	Диета без ограничений
2–6	Легкая	Диета с правильным позиционированием при питье
7–13	Средне-легкая	Диета с ограничением («мягкая», кисель для основного питья)
14–19	Средняя	Диета с ограничением («протертая», кисель для основного питья)
20–25	Средне-тяжелая	Зондовое питание, тренировочное кормление пудингом, густым йогуртом во время реабилитационных мероприятий. Рекомендуется фиброларингоскопическое исследование
26–33	Тяжелая	Зондовое питание, гастростома. Рекомендуется фиброларингоскопическое исследование

## Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания

Если на любом этапе тестирования нет попыток проглотить, или вода выливается изо рта, возникший кашель, «влажный» хриплый голос, появление одышки, или вы чувствуете что-то неладное, то пациент — НЧР (ничего через рот), необходима консультация специалиста по глотанию.

Этапы тестирования	Нормально
Дайте первую чайную ложку воды	
Дайте вторую чайную ложку воды	
Дайте третью чайную ложку воды	
Дайте стакан, заполненный на 1/2 водой	

Если все нормально — выписывайте соответствующий стол (диету). Убедитесь, что пациент посажен для приема пищи, и наблюдайте, как он/она справляется. При любых сомнениях — обратитесь к специалисту по глотанию.

Повторите оценку при ухудшении состояния.

Дата	Время	Медсестра	Подпись

## Шкала оценки пенетрации-аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS)<sup>1</sup>

Градация	Описание состояния дыхательных путей, гортани и трахеи
1	Пища не попадает в дыхательные пути
2	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок и откашливается из дыхательных путей
3	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок, но не выводится из дыхательных путей
4	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками и выбрасывается из дыхательных путей
5	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками, но не выводится из дыхательных путей
6	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок и не выбрасывается из гортани или из дыхательных путей
7	Пища поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, но не выходит из трахеи, несмотря на усилия
8	Пища поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, а усилий у больного, чтобы откашлять, нет

<sup>1</sup> A penetration–aspiration scale / J. Rosenbek [et al.] // Dysphagia. 1996. Vol. 11 (2). P. 93–98. URL: <https://doi.org/10.1007/BF00417897> (access date: 31.05.2023).

## Федеральная эндоскопическая шкала по оценке тяжести дисфагии (FEDSS)

	<b>Основные выводы</b>	<b>Оценка</b>	<b>Возможные клинические последствия</b>
Слюна	Пенетрация/аспирация	6	Отсутствие перорального питания, только зондовое питание
Пудинг	Пенетрация/аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	5	Зондовое питание
Пудинг	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация/аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным рефлексом	3	Пероральное питание «пюреобразной» пищей
Твердая пища	Пенетрация/аспирация с остатками пищи в грушевидных синусах	2	Пероральное питание пудингом или жидкостью
Твердая пища	Нет пенетрации/аспирации, небольшой объем остатка пищи в синусах	1	Пероральное питание полутвердой пищей или жидкостями

### Суммарная оценка тяжести дисфагии

Оценка в целом	<b>0 — нет дисфагии</b>	<b>1 — легкая дисфагия</b>	<b>2 — умеренная дисфагия</b>	<b>3 — тяжелая дисфагия</b>	<b>4 — очень тяжелая дисфагия</b>
Шкала пенетрации-аспирации (PAS)	1	2	3–4	5–6	7–8
Эндоскопическая оценка тяжести дисфагии (FEDSS)	1	2	3	4–5	6

## Шкала нарушений глотания слюны у больных с трахеостомой

Градация степени нарушений		Описание состояния
1	Нет нарушений	Нет трахеотомической канюли. Глотание слюны в полном объеме, без затруднений
2	Легкое нарушение	Нет трахеотомической канюли. При глотании слюны возникает «влажный» голос или отхождение мокроты (с интервалом больше 1 ч.)
3	Умеренное нарушение	Нет трахеотомической канюли. При глотании слюны возникают частые поперхивания и влажный хриплый голос (с интервалом < 1 ч.). Самостоятельное откашливание
4	Средне-легкое нарушение	Наличие трахеотомической канюли для самостоятельного откашливания слюны
5	Среднее нарушение	Трахеотомическая канюля окклюзируется в течение длительного времени (от 12 до 24 ч.)
6	Средне-тяжелое нарушение	Трахеотомическая канюля окклюзируется в течение длительного времени (от 1 до 12 ч.)
7	Тяжелое нарушение	Трахеотомическая канюля окклюзируется на короткий период ( $\leq 1$ ч.)
8	Очень тяжелое нарушение	Трахеотомическая канюля постоянно окклюзируется

## Шкала оценки функции речи

	Кол-во выполненных заданий	Баллы
<b>1. Понимание</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
«Покажите ваш язык» или «Закройте глаз».	<b>1</b>	<b>4</b>
«Укажите на дверь».	<b>2</b>	<b>2</b>
«Коснитесь левой (правой) рукой правого (левого) уха, а затем правого или левого колена»	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>2. Называние предметов</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Назвать показываемые предметы:	<b>1</b>	<b>4</b>
часы и стол;	<b>2</b>	<b>2</b>
ремешок часов и ручку двери;	<b>3</b>	<b>0</b>
указательный палец		
<b>3. Повторение</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Повторить слова: капуста и лук.	<b>1</b>	<b>2</b>
Словосочетание: хорошее настроение.	<b>2</b>	<b>1</b>
Предложение: никаких если, и или но	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>4. Письмо</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Написать свое имя, слово «мама».	<b>1</b>	<b>2</b>
Написать буквы АОМТ, слова «дом», «стол», «яблоко» под диктовку.	<b>2</b>	<b>1</b>
Написать предложение «Сегодня хорошая погода» под диктовку	<b>3</b>	<b>0</b>

	Кол-во выпол- ненных заданий	Баллы
<b>5. Чтение</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Подложить подписи под картинки (стол, чашка, капуста).	1	2
Прочитать предложение: «У хозяйки в погребе мыши съели сало».	2	1
Прочитать текст рассказа «Лев и мышь» (Толстой), ответить на вопросы	3	0
<b>6. Слухо-речевая память</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Повторить слова: стол, дом, яблоко.	1	2
Повторить эти же слова через 1 мин.	2	1
Пересказать рассказ «Лев и мышь» (Толстой)	3	0
<b>7. Понимание логико-грамматических конструкций</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Объяснить выражение «золотые руки».	1	2
Нарисовать круг под квадратом, слева треугольник, справа прямоугольник.	2	1
Что сделано раньше в предложении: «Я пошел в кино после того, как сходил в магазин»	3	0

**Ключ:**

25 баллов — восстановление отсутствует;

16–24 балла — минимальная степень восстановления;

9–16 баллов — удовлетворительная степень восстановления;

1–9 баллов — достаточная степень восстановления;

0 баллов — полная степень восстановления.

## Шкала оценки дизартрии

Признак	Балл
<b>1. Мимика</b>	
Выразительная симметричная. Наблюдается полный контроль за мимикой, управляемость ею	1
Маловыразительная. Незначительная асимметрия лица. Недостаточный контроль за положением губ	2
Стойкая гипомимия, тяжелые случаи — амимия лица, асимметрия. Произвольные мимические движения затруднены, наблюдаются синкинезии	3
<b>2. Дыхание</b>	
Тип дыхания смешанный: грудобрюшной. Обе половины работают равномерно	1
Дыхание поверхностное, ключичное, возможна аритмия	2
Дыхание слабое, поверхностное, аритмичное. Выдох ослаблен, затруднено задувание спички	3
<b>3. Голособразование</b>	
Голосоподача мягкая. Голосодыхательная струя в полном объеме, длительная	1
Голосоподача жесткая, голос затухающий. Голосовые связки полностью не смыкаются (парез)	2
Голос слабый, прерывистый, затухающий, до полного исчезновения. Возможна афония. Смыкание голосовых связок неравномерно, что отражается на голосе — от тихого до резких выкриков	3
<b>4. Рефлекторные движения языка</b>	
В полном объеме, достаточном темпе (жевание, облизывание губ)	1
Объем и темп несколько ограничены, отмечается истощаемость речевых функций	2
Стойкие ограничения движений, объема, темпа	3
<b>5. Формоположение языка</b>	
По средней линии. Кончик ярко выражен	1
Широкий, кончик не сформирован; либо напряженный, девиация языка	2
Стойкая асимметрия, колообразный или паретичный с односторонней атрофией	3
<b>6. Удержание артикуляционной позы</b>	
По средней линии. Кончик ярко выражен	1
Удерживается до 10, но наблюдается тремор, цианотичность, саливация	2
Удерживается до 5 с трудом. При спастической и гиперкинетической формах дизартрии — ярко выражен тремор, возбуждение. При паретичной — язык выходит за пределы рта	3
<b>7. Произвольные движения языка</b>	
Все движения — в полном объеме и темпе, незначительные нарушения дифференцированных артикуляционных движений	1
Легкая асимметрия. Темп замедлен. Затруднена смена артикуляционных движений. Отмечается истощаемость речевых функций	2
Стойкая асимметрия языка. Переход от одного артикуляционного уклада к другому затруднен настолько, что речь становится малопонятной, говорит «будто каша во рту»	3
<b>8. Мягкое небо</b>	
Расположено по средней линии. При кашле, на твердой атаке активно сокращается	1
Асимметрично, паретично. В результате возможна легкая назальность	2

Признак	Балл
Мягкое небо паретично настолько, что небоглоточный затвор не образуется, отмечается утечка воздуха, в результате сильная назальность	3
<b>9. Произвольные движения губ: трубочка, вибрация, улыбка</b>	
Симметричны, осуществляются в полном объеме и темпе	1
Асимметричны в здоровую сторону, движения выполняются в замедленном темпе	2
Асимметрия. Темп значительно замедлен. Объем резко ограничен	3
<b>10. Гиперкинезы</b>	
Отсутствуют	1
Непостоянны	2
Постоянные, гиперкинезы затрудняют речь	3
<b>11. Оральные синкинезии</b>	
Отсутствуют	1
Непостоянны, слабо выражены	2
Постоянны, при попытке к речи усиливаются, затрудняют общение	3
<b>12. Произношение</b>	
Изолированно все звуки в норме, но в спонтанной речи отмечается смазанность во всех фонетических группах	1
Возможно правильное, но отмечается неразборчивость, страдают определенные группы звуков	2
Чаше наблюдаются искажения (межзубный, боковой сигматизмы), голос приобретает назальный оттенок, страдает просодика: тембр, интонация, темп, выразительность	3

**Ключ:**

**12–18** — дизартрия легкой степени выраженности;

**18–24** — дизартрия средне-легкой степени выраженности;

**24–30** — дизартрия средней степени выраженности;

**30–36** — дизартрия средне-тяжелой степени выраженности;

**36** — дизартрия тяжелой степени выраженности.

## Классификация прозопареза (Я. С. Балабан)

Клиническое описание	Балл
Больной может зажмурить глаз, нахмурить и поднять бровь, наморщить лоб, но с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при оскаливании видны 4–5 зубов, рот едва заметно перетягивается на здоровую сторону; больной надувает щеку, но с меньшей силой, чем с противоположной стороны	4
Больной может зажмурить глаз, однако ресницы выступают больше, чем на здоровой стороне (симптом ресниц); может сдвинуть к центру и поднять бровь, наморщить лоб, но в меньшей степени и с меньшей силой, чем на здоровой стороне; при этом он не может преодолеть сопротивление исследующего. При оскаливании видны 3–4 зуба; больной плохо складывает губы для свиста и с трудом может свистнуть; надувает щеку, но не преодолевает сопротивление исследующего	3
При оскаливании видны 2–3 зуба; надувание щеки слабое; свистеть больной не может; закрывает глаз не полностью — видна полоска склеры 1–2 мм (симптом Белла); слегка морщит лоб; не значительные движения при попытке нахмурить брови	2
Больной глаз не закрывает — видна полоса склеры 3–5 мм (симптом Белла); не может нахмурить и поднять бровь, надуть щеки, свистеть; при оскаливании на пораженной стороне видны 1–2 зуба	1
<b>Прозоплегия:</b> полный паралич мимической мускулатуры — больной не закрывает глаз (полоса склеры более 5 мм); не может нахмурить и поднять бровь, не может оскалить зубы; движения угла рта на пораженной стороне нет; не может сложить губы для свиста; рот резко перекошен на здоровую сторону	0

Норма — 5 баллов.

### Ключ:

**3–4 бала** — заболевания легкой степени тяжести;

**2 балла** — заболевания средней степени тяжести;

**0 баллов** — заболевания тяжелой степени.

# Эмоционально-когнитивная сфера

---

## Экспресс-тест контакта (для ОРИТ)

---

- А.** Откройте и закройте глаза.
- В.** Посмотри на меня.
- С.** Откройте рот и высуньте язык.
- Д.** Кивните головой.
- Е.** Поднимите брови, когда я посчитаю до пяти.

## Экспресс-тест умственных способностей Ходкинсона (ТУСХ)<sup>1</sup>

---

<b>Задание</b>	<b>Балл</b>
Возраст больного	1
Год и дата рождения	1
Время суток (приблизительно)	1
Текущая дата (число, месяц, год)	1
Место пребывания (больница, отделение)	1
Текущее время года	1
Имя жены (мужа, детей)	1
Имя президента	1
Повторить имя врача (сначала надо представиться)	1
Счет обратный от 10 (принимаются поправки, если делаются самостоятельно)	1

Сумма — 10 (1 балл за каждый пункт) — норма.

---

<sup>1</sup> Кутлубаев М. А. Выявление когнитивного дефицита в практике терапевта: обзор скрининговых шкал // Терапевтический архив. 2014. 86 (11). С. 135–138.

Тест «Мини-Ког»<sup>1</sup>

Оригинальное название: Mini-Cog.

	Инструкция	Комментарии
Шаг 1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову три слова, а вам нужно будет повторить их за мной и запомнить. Позже я у вас их спрошу». Четко произнесите три слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех трех слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех трех слов после трех попыток, перейдите к шагу 2	Баллы не начисляются
Шаг 2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента изобразить стрелки так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут	Правильно нарисованные часы = 2 балла. (Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; числа 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается.) Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
Шаг 3	Попросите пациента вспомнить три слова из шага 1	За каждое воспроизведенное слово в шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни одного слова — 0 баллов

**Ключ:** Общее количество баллов за тест — от 0 до 5. В случае если пациент набрал 4 или 5 баллов — вероятность наличия тяжелых когнитивных нарушений низкая. Если пациент набрал 0, 1, 2 или 3 балла — вероятность наличия тяжелых когнитивных нарушений высокая.

<sup>1</sup> Peters R. Ageing and the brain // Postgrad Med J. 2006. Vol. 82. P. 84–8. DOI: 10.1136/pgmj.2005.03666515.

# Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)

## Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ: \_\_\_\_\_  
 Образование: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_  
 Дата рождения: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

<b>Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки</b>		Скопируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)		БАЛЛЫ		
						[ ] /5		
<b>НАЗЫВАНИЕ</b>								
						[ ] [ ] [ ] /3		
<b>ПАМЯТЬ</b>								
Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов	
Попытка 1								
Попытка 2								
<b>ВНИМАНИЕ</b>								
Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке.		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке.		[ ] 2 1 8 5 4		нет баллов		
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке.		[ ] 7 4 2		нет баллов		
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		[ ] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б					нет баллов	
Серийное вычитание по 7 из 100.		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	нет баллов	
4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.							нет баллов	
<b>РЕЧЬ</b>								
Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь.		[ ]					нет баллов	
Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате.		[ ]					нет баллов	
Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л		[ ] _____ (N ≥ 11 слов)					нет баллов	
<b>АБСТРАКЦИЯ</b>								
Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты		[ ] поезд - велосипед		[ ] часы - линейка			нет баллов	
<b>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</b>								
Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов	
Подсказка категории							Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	
Множественный выбор								
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</b>								
ОРИЕНТАЦИЯ								
[ ] Дата		[ ] Месяц		[ ] Год		[ ] День недели [ ] Место [ ] Город		нет баллов
[ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город							нет баллов	

## Инструкция по применению и оценке

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) была разработана как средство быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения MoCA составляет примерно 10 мин. Максимально возможное количество баллов — 30; 26 баллов и более считается нормальным.

### 1. Создание альтернирующего пути.

Применение: исследователь инструктирует испытуемого: «*Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]*».

Оценка: присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

### 2. Зрительно-конструктивные навыки (куб).

Применение: исследователь дает следующие инструкции, указывая на **куб**: «*Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком*».

Оценка: один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- рисунок должен быть трехмерным;
- все линии нарисованы;
- нет лишних линий;
- линии относительно параллельны и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается).

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

### 3. Зрительно-конструктивные навыки (часы).

Применение: укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: «*Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время: 10 минут 12-го*».

Оценка: один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов:

- контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т. е. легкое несовершенство при замыкании круга);
- цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;
- стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

### 4. Называние.

Применение: начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: «*Назовите это животное*».

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.

### **5. Память.**

Применение: исследователь читает список из пяти слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: *«Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые вы запомнили. Неважно, в каком порядке вы их назовете»*. Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова) или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: *«Я прочту те же самые слова во второй раз. Попытайтесь запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз»*. Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке. В конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его (ее) попросят повторить данные слова: *«Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста»*.

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

### **6. Внимание.**

Прямой цифровой ряд.

Применение: дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал»*. Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд.

Применение: дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке»*. Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (NB: точный ответ для обратного счета 2–4–7).

Бдительность.

Применение: исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду после следующих инструкций: *«Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно»*.

Оценка: один балл присваивается, если нет ни одной ошибки либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

### **Серийное вычитание по 7.**

Применение: исследователь дает следующие инструкции: *«Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп»*. При необходимости повторите инструкцию.

Оценка: данный пункт оценивается на 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92–85–78–71–64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

### **7. Повторение фразы.**

Применение: исследователь дает следующие инструкции: *«Я прочту вам предложение. Повторите его в точности, как я скажу (пауза): Я знаю только одно, что Иван — это тот, кто может сегодня помочь»*. Вслед за ответом скажите: *«Теперь я прочту вам другое предложение. Повторите его в точности, как я скажу (пауза): Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате»*.

Оценка: присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропуска слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т. д.).

### 8. Беглость речи.

Применение: исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза.) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву Л. (Время — 60 сек). Стоп».*

Оценка: присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек.

Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

### 9. Абстракция.

Применение: исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: *«Скажите, что общего имеется между апельсином и бананом».* Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: *«Назовите, чем еще они похожи».* Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, *«Да, а еще они оба фрукты».* Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки скажите: *«А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом».* После ответа дайте второе задание, спросив: *«Теперь скажите, что общего между линейкой и часами».* Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ. Правильными считаются следующие ответы: поезд — велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить; линейка — часы = измерительные инструменты, используются для измерения. Следующие ответы **не** считаются правильными: поезд — велосипед = у них есть колеса; линейка — часы = на них есть числа.

### 10. Отсроченное воспроизведение.

Применение: исследователь дает следующие инструкции: *«Я вам ранее читал ряд слов и просил вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить».* Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: **присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.**

#### По желанию:

После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки дайте испытуемому подсказку в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: *«Какое из слов, по вашему мнению, было названо: НОС, ЛИЦО или РУКА?»*

Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

ЛИЦО — категориальная подсказка: часть тела; множественный выбор: нос, лицо, рука;

БАРХАТ — категориальная подсказка: тип ткани; множественный выбор: джинс, хлопок, бархат;

ЦЕРКОВЬ — категориальная подсказка: тип здания; множественный выбор: церковь, школа, больница;

ФИАЛКА — категориальная подсказка: тип цветка; множественный выбор: роза, тюльпан, фиалка;

*КРАСНЫЙ* — категориальная подсказка: цвет; множественный выбор: красный, синий, зеленый.

*Оценка: за воспроизведение слов подсказкой баллы не даются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.*

### **11. Ориентация.**

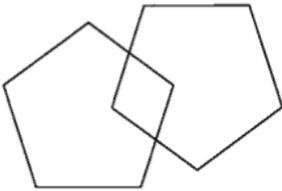
*Применение: исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: «Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)». Затем скажите: «А теперь назовите мне данное место и город, в котором оно находится».*

*Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.*

***Общий балл:** суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов. Окончательный общий балл 26 и более считается нормальным.*

## Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

Проба	Оценка
1. Ориентировка во времени: «Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)»	0–5
2. Ориентировка в месте: «Где мы находимся?» (страна, область, город, клиника, этаж)	0–5
3. Восприятие: «Повторите три слова: карандаш, дом, копейка»	0–3
4. Концентрация внимания и счет: серийный счет («От 100 отнять 7») — пять раз либо: «Произнесите слово «земля» наоборот»	0–5
5. Память: «Припомните три слова (см. пункт 3)»	0–3
6. Речь: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?» Просим повторить предложение: «Никаких «если», «и» или «но»	0–3
Выполнение 3-этапной команды: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0–3
Чтение: «Прочтите и выполните»: 1. «Закройте глаза» 2. «Напишите предложение»	0–2
3. «Срисуйте рисунок» (см. ниже*)	0–1
Общий балл:	0–30



### Инструкции

**1. Ориентировка во времени.** Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число, спрашивают: «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?» Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

**2. Ориентировка в месте.** Задается вопрос: «Где мы находимся?» Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

**3. Восприятие.** Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

**4. Концентрация внимания.** Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так, как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата 65). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез», ставится 4 балла; если «ямлзе» — 3 балла и т. д.

**5. Память.** Попросят больного вспомнить слова, которые заучивались в п. 3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

**6. Речь.** Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично — часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

- Попросят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.
- Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.
- Даются три письменные команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

## Батарея лобных тестов — FAB

### 1. Сходство (концептуализация).

«Что общего между этими предметами?»

**Банан и апельсин** — при полной неспособности назвать общее («Нет ничего общего») или частичной неспособности («Оба покрыты кожурой») можно предоставить подсказку: «И банан, и апельсин — это...»; но при этом выполнение теста оценивается на 0 баллов; не помогайте пациенту отвечать на два следующих вопроса.

**Стол и кресло.**

**Роза и ромашка.**

**Оценка** (только название категорий [фрукты, мебель, цветы] оценивается как правильное).

Три правильных ответа: 3.

Два правильных ответа: 2.

Один правильный ответ: 1.

Ни одного правильного ответа: 0.

### 2. Речевая активность (психическая гибкость).

«Назовите как можно больше слов, начинающихся на букву С, за исключением имен или собственных названий». Если пациент не дает ответа в течение первых 5 сек., следует сказать: «Например, солнце». Если пациент молчит 10 сек., следует простимулировать его, повторив: «Любое слово, начинающееся на букву С».

**Время выполнения теста — 60 сек.**

**Оценка** (повторяемые слова или их вариации [солнце, солнечный], названия или имена не учитываются).

Более 9 слов: 3.

От 7 до 9 слов: 2.

От 4 до 6 слов: 1.

Менее 4 слов: 0.

### 3. Серийные движения (программирование).

«Внимательно наблюдайте за тем, что я делаю». Исследуемый, сидя перед пациентом, выполняет три раза своей левой рукой лурьевскую серию движений «кулак — ребро — ладонь». «Теперь своей правой рукой повторите эту же серию движений, вначале со мной, потом самостоятельно». Исследуемый выполняет серию три раза вместе с пациентом, затем говорит ему: «А теперь сделайте это самостоятельно».

**Оценка**

Пациент самостоятельно выполняет три последовательные серии движений: 3.

Пациент выполняет две правильные последовательные серии движений: 2.

Пациент выполняет одну правильную серию движений: 1.

Пациент не в состоянии выполнить три правильные последовательные серии: 0.

### 4. Конфликтующие инструкции (чувствительность к интерференции).

«Ударьте по столу пальцем дважды, когда я ударю один раз». — Убедившись, что пациент понял инструкцию: «Ударьте один раз, когда я ударю дважды».

Чтобы удостовериться, что пациент понял инструкции, проделайте серию из трех попыток: 2-1-2.

Исследователь выполняет следующие серии: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

**Оценка**

Нет ошибок: 3.

Одна или две ошибки: 2.

Более двух ошибок: 1.

Пациент выстукивает как исследующий четыре и более раза: 0.

**5. Реакция выбора (тормозной контроль).**

«Ударьте два раза, когда я ударю один раз».

«Ничего не делайте, если я ударю два раза подряд». — Чтобы удостовериться в том, что пациент понял инструкцию, проводится серия из трех попыток: 2–1–2. Затем исследующий последовательно выстукивает следующую серию: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

**Оценка**

Нет ошибок: 3 балла.

Одна-две ошибки: 2 балла.

Более двух ошибок: 1 балл.

Пациент выстукивает как исследующий четыре раза и более: 0 баллов.

**6. Полевое поведение.**

Исследующий сидит перед пациентом. Положите кисти пациента на его колени ладонями вверх. Ничего не говоря и не смотря на пациента, исследующий подносит свои кисти к кистям пациента и касается его ладоней сразу с двух сторон, чтобы увидеть, не будет ли пациент их спонтанно хватать. Если пациент хватается руки исследующего, тест следует повторить, предупредив пациента: «А теперь не обхватывайте мои руки».

**Оценка**

Пациент не схватывает руки исследующего: 3 балла.

Пациент сдерживается и спрашивает, что он должен делать: 2.

Пациент импульсивно схватывает руки: 1.

Пациент схватывает руки исследователя даже после того, как получил инструкцию не делать этого: 0.

Методика была предложена для скрининга деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной. Результат теста может варьировать от 0 до 18; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям. В диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей имеет значение сопоставление результата FAB и MMSE: о лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (**менее 11 баллов**) при относительно высоком результате MMSE (**24 и более балла**). При деменции альцгеймеровского типа легкой выраженности, напротив, снижается прежде всего показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). Наконец, при умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижается как показатель MMSE, так и показатель FAB.

## Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

---

### **Часть I (Тревога)**

#### **1. Я испытываю напряжение, мне не по себе**

- 3 — все время
- 2 — часто
- 1 — время от времени, иногда
- 0 — совсем не испытываю

#### **2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться**

- 3 — определенно это так, и страх очень велик
- 2 — да, это так, но страх не очень велик
- 1 — иногда, но это меня не беспокоит
- 0 — совсем не испытываю

#### **3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове**

- 3 — постоянно
- 2 — большую часть времени
- 1 — время от времени и не так часто
- 0 — только иногда

#### **4. Я легко могу сесть и расслабиться**

- 0 — определенно это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь изредка это так
- 3 — совсем не могу

#### **5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь**

- 0 — совсем не испытываю
- 1 — иногда
- 2 — часто
- 3 — очень часто

#### **6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться**

- 3 — определенно это так
- 2 — наверное, это так
- 1 — лишь в некоторой степени это так
- 0 — совсем не испытываю

#### **7. У меня бывает внезапное чувство паники**

- 3 — очень часто
- 2 — довольно часто
- 1 — не так уж часто
- 0 — совсем не бывает

## **Часть II (Депрессия)**

### **1. То, что приносило мне удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство**

- 0 — определенно это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь в очень малой степени это так
- 3 — это совсем не так

### **2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное**

- 0 — определенно это так
- 1 — наверное, это так
- 2 — лишь в очень малой степени это так
- 3 — совсем не способен

### **3. Я испытываю бодрость**

- 3 — совсем не испытываю
- 2 — очень редко
- 1 — иногда
- 0 — практически все время

### **4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно**

- 3 — практически все время
- 2 — часто
- 1 — иногда
- 0 — совсем нет

### **5. Я не слежу за своей внешностью**

- 3 — определенно это так
- 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 — может быть, я стал (а) меньше уделять этому времени
- 0 — я слежу за собой так же, как и раньше

### **6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения**

- 0 — точно так же, как и обычно
- 1 — да, но не в той степени, как раньше
- 2 — значительно меньше, чем обычно
- 3 — совсем так не считаю

### **7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы**

- 0 — часто
- 1 — иногда
- 2 — редко
- 3 — очень редко

**Итого: Т \_\_\_\_\_**

**Д \_\_\_\_\_**

Результаты:

**0–7 баллов** — норма;

**8–11 баллов** — субклинически выраженная тревога/депрессия;

**11 и больше** — клинически выраженная тревога/депрессия.

**Например:** по шкале тревоги получилось 11 баллов, по шкале депрессии — 3 балла.

Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы.

**Или:** по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии — 9 баллов.

Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия.

**Или:** по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии — 1 балл.

Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы.

## Шкала неглекта

---

### 1. Положение пациента во время обследования:

**0** — сидит ровно (туловище и голова повернуты в сторону специалиста, наличие зрительного контакта со специалистом);

**1** — взгляд отводит в сторону, туловище расположено ровно либо слегка повернуто;

**2** — выраженный поворот головы и туловища в правую/левую сторону, зрительный контакт доступен только по просьбе;

**3** — выраженный поворот головы и туловища в правую/левую сторону, отсутствие зрительного контакта даже по просьбе специалиста.

### 2. Зрительное игнорирование правой/левой стороны при выполнении графических заданий:

**0** — отсутствие игнорирования;

**1** — отступ с одной из сторон (правая/левая) — 25 % и меньше;

**2** — отступ с одной из сторон (правая/левая) — от 25 до 50 %;

**3** — отступ с одной из сторон (правая/левая) — от 50 до 75 %;

**4** — отступ с одной из сторон (правая/левая) — 75 % и более.

### 3. Чтение предложения из четырех слов: СЕГОДНЯ ПРОИЗОШЛО РАДОСТНОЕ СОБЫТИЕ:

**0** — верное прочтение;

**1** — увеличение времени прочтения (поиск начала фразы либо наличие «угадывающего прочтения» с заменами слов на созвучные);

**2** — верно прочитал три слова;

**3** — верно прочитал два слова;

**4** — верно прочитал одно слово.

### 4. Выполнение графического задания «Поиск точек»:

**0** — обнаружил все точки;

**1** — обнаружил 75 % точек и более;

**2** — обнаружил 50–75 % точек;

**3** — обнаружил 25–50 % точек;

**4** — обнаружил 25 % и менее.

### 5. Выполнение графического задания «Деление линий пополам»: три линии:

**0** — деление выполнено верно;

**1** — погрешность — 25 % и менее;

**2** — погрешность — 50–25 %;

**3** — погрешность — 75–50 %;

**4** — погрешность — 75 % и более.

### 6. Количество и эффективность подсказок:

**0** — подсказки при выполнении заданий не требуются;

**1** — единичные подсказки (не больше двух);

- 2** — значительное число подсказок (больше двух), все подсказки эффективны;
  - 3** — значительное число подсказок (больше двух), частичная эффективность, требуется активное побуждение со стороны специалиста;
  - 4** — неэффективность подсказок, пациент не смотрит в левую/правую сторону.
- Всего баллов: 0–23.

**Ключ:**

Норма — нет неглекта: 0.

Легкая степень неглекта: 1–4.

Умеренная степень неглекта: 5–11.

Выраженная степень неглекта: 12 и больше.

## Шкала перцепции

Максимум — 40.

Стимул – реакция	Дата	Баллы						
<b>Бодрствование</b>								
• Внимание		3						
• Открывает глаза без стимуляции		2						
• Открывает глаза в ответ на стимуляцию		1						
• Не бодрствует		0						
<b>Слуховая стимуляция</b>								
• Выполняет команды		5						
• Замирание, прислушивание		4						
• Вздрагивания		3						
• Локализация звука		2						
• Дрожание век в ответ на резкий звук, хлопок		1						
• Нет ответа		0						
<b>Болевая стимуляция / Двигательный ответ</b>								
• Использование объекта по назначению		7						
• Произвольные движения рукой/ногой		6						
• Двигательный автоматизм		5						
• Манипуляция предметом		4						
• Локализация болевого стимула		3						
• Сгибательное отстранение		2						
• Патологическая поза		1						
• Отсутствие		0						
<b>Зрительная стимуляция</b>								
• Распознавание объекта		5						
• Обнаружение объекта		4						
• Зрительный поиск объекта		3						
• Зрительная фиксация		2						
• Защитное моргание		1						
• Нет ответа		0						
<b>Обонятельная стимуляция</b>								
• Попытки отстранения от источника запаха		5						
• Прислушивание к запаху		4						
• Гримасничанье		3						
• Жевание, оральный автоматизм		2						
• Увеличение частоты дыхания/пульса		1						
• Нет ответа		0						
<b>Выполнение команд</b>								
• Точное выполнение		2						
• Неточное/неустойчивое выполнение		1						
• Не выполняет		0						
<b>Вербализация</b>								
• Четкая вербализация (речь)		5						
• Вокализация		4						
• Стон		3						
• Оральный праксис		2						
• Оральный автоматизм		1						
• Нет ответа		0						
<b>Эмоциональные реакции</b>								
• Адекватность мимических реакций		8						
• Улыбка		7						
• Мимические проявления чувств к близким		6						
• Плач		5						
• Крик		4						
• Гримасничанье		3						
• Оживление перед дефекацией		2						
• Чувство дискомфорта при дефекации		1						
• Отсутствие		0						
<b>Максимум 40 баллов</b>								

## Тест ARAT

Оригинальное название: Тест двигательной активности руки (модифицированный).

Тест двигательной активности представляет собой один из тестов физических функций, который оценивает моторную функцию верхней конечности. Он состоит из 19 оцениваемых пунктов, которые подразделяются на четыре субтеста, находящихся между собой в иерархической зависимости: захват, удержание, пинцетообразный захват, крупная моторика.

Инструкции по выполнению теста и выставлению баллов:

1. Тест проводится сидя за столом, спина на спинке стула. Начинать надо с оценки паретичной руки.
2. 4-балльная шкала (0–3) для каждого субтеста:
  - 0 — не может выполнить никакую часть задания субтеста;
  - 1 — не может выполнить полностью задание субтеста (например, кубик взять может, а удерживать и донести до платформы не может);
  - 2 — выполняет задание субтеста слишком медленно (дольше 4 сек. на задание) или с большими трудностями;
  - 3 — выполняет задание субтеста нормально.
3. Дополнения:
  - если пациент проходит первое задание субтеста, потребность проводить другие задания субтеста отпадает, а пациент получает максимальную оценку по данному субтесту;
  - если пациент не проходит первое задание субтеста и не проходит второе задание субтеста, он получает ноль баллов и потребность проводить другие задания субтеста отпадает;
  - в противном случае ему необходимо пройти все задания этого субтеста.

Выполнение теста оценки функции руки невозможно для пациентов, прикованных к постели, которые не могут сидеть прямо. В таких случаях, по инструкции, им присваивался нулевой балл. Это ведет к присвоению минимального балла «0» при довольно разнородных клинических состояниях. Например, балл ARAT = 0 только на паретической руке означает, что из-за двигательного дефицита пациент не может выполнить даже самые простые задания из теста, но он в состоянии сидеть за столом, чтобы выполнять тест оценки функции на непаретической руке. Балл ARAT = 0 на обеих руках при контрольной проверке и на начальном уровне означает, что исследователи пытались провести тест, но из-за тяжести перенесенного инсульта пациент не может принять положение сидя для того, чтобы выполнить тест в соответствии с оценочными инструкциями (Yozbatiran et al., 2008).

### А. Субтест «Захват пятью пальцами»

Задание	Левая рука	Правая рука
1. Кубик 10 см (если балл = 3, общая сумма = 18, перейти к В «Захват цилиндрического тела»)		
2. Кубик 2,5 см (если балл = 0, общая сумма = 0, перейти к В «Захват цилиндрического тела»)		
3. Кубик 5 см		

Задание	Левая рука	Правая рука
4. Кубик 7,5 см		
5. Шар 7,5 см		
6. Каменный прямоугольник 10 x 2,5 x 1 см		
Сумма		

**В. Субтест «Удержание цилиндрического тела»**

Задание	Левая рука	Правая рука
1. Переливание воды из стакана в стакан (если балл = 3, общая сумма = 12, перейти к С «Пинцетообразный захват»)		
2. Трубка 2,25 см (если сумма баллов = 0, общая сумма = 0, перейти к С «Пинцетообразный захват»)		
3. Трубка 1 x 16 см		
4. Кольцо 3,5 см		
Сумма		

**С. Субтест «Пинцетообразный захват»**

Задание	Левая рука	Правая рука
1. Захват/удержание шарика, 6 мм (большой — безымянный пальцы) (если балл = 3, общая сумма = 18, перейти к D «Крупная моторика»)		
2. Захват/удержание шарика, 1,5 см (большой — указательный палец) (если балл = 0, общая сумма баллов = 0, перейти к D «Крупная моторика»)		
3. Захват/удержание шарика, 1,5 см (большой — средний палец)		
4. Захват/удержание шарика, 1,5 см (большой — безымянный палец)		
5. Захват/удержание шарика, 6 мм (большой — указательный палец)		
6. Захват/удержание шарика, 6 мм (большой — средний палец)		
Сумма		

**D. Субтест «Крупная моторика»**

Задание	Левая рука	Правая рука
1. Руку занести за голову (если балл = 3, общая сумма баллов = 9, завершить тест)		
2. Руку приложить ко рту (если балл = 0, общая сумма = 0, завершить тест)		
3. Руку положить на макушку головы		
Сумма		

Общая сумма баллов теста — левая рука: \_\_\_\_\_.

Общая сумма баллов теста — правая рука: \_\_\_\_\_.

**Ключ:**

1. Данный тест чувствительнее теста Френчай. 5 баллов по Френчай могут быть присуждены при легких нарушениях, а также при умеренных. Во Френчай важно выполнение задания вне зависимости от времени, которое было потрачено на выполнение и трудностей, с которыми пациент столкнулся при выполнении. 0 баллов не всегда значит, что мелкая моторика недоступна. Могут быть сильно раскоординированы руки, либо грубые нарушения моторики, либо выраженная апраксия. Таким образом, использование данного теста будет целесообразно при 5 баллах по шкале Френчай для уточнения более конкретной сферы работы с мелкой моторикой, а также чтобы показать пациенту неточности работы руки (что бывает очень редко, это подходит для не критичных пациентов, но и здесь это может быть неэффективно), либо при 0 баллов, чтобы оценить нарушения и в дальнейшем отследить динамику.

2. В ARAT в первом субтесте при выполнении задания на 3 балла дальнейшие задания, по инструкции, не проводятся. Первое задание заключается в том, что необходимо переставить большой куб пятью пальцами. В нашей практике встречалось несколько раз, что пациент выполняет первое задание, а второе (куб со стороной 2,5 см взять пятью пальцами и переставить) по правилам не проводят, а этот кубик бывает сложно взять (это было редко, но все-таки было). Это можно отнести к недостатку данного теста. Но в других субтестах таких недочетов не было.

3. Так как нет стандартизированных критериев для определения выраженности нарушений функций двигательной активности руки, мы предлагаем свои:

- 3.1. Грубые нарушения мелкой моторики руки — 0–20 баллов.
- 3.2. Умеренные нарушения мелкой моторики руки — 21–40 баллов.
- 3.3. Легкие нарушения мелкой моторики руки — 41–50 баллов.
- 3.4. Незначительные нарушения мелкой моторики руки — 51–56 баллов.
- 3.5. Нет нарушений — 57 баллов

4. Есть стандартное время проведения данного теста — 10 мин. Есть большая вероятность не уложиться в данный временной промежуток. Это связано как с когнитивными нарушениями (донести до пациента, что мы от него хотим и зачем, а также побудить его к действию), так и с двигательными (при выраженной атаксии, апраксии большие риски, что весь инвентарь разлетится по всему кабинету, а пациент в конечном итоге оказывается весь в воде).

5. Как говорилось выше, ARAT интересен для отслеживания динамики при грубых и легких нарушениях мелкой моторики, но ввиду некоторых причин (которые были озвучены ранее) в рамках наших занятий его интереснее и полезнее для пациента проводить как упражнение для развития мелкой моторики.

## Тест Френчай

Жестикуляционно-коммуникативная функция верхней конечности (функция невербального общения). Наличие естественной жестикуляции свидетельствует о сохранности наиболее уязвимых высших корковых уровней построения движения.

Первый уровень компенсации — верхняя конечность не принимает участия в жестикуляции при разговоре и общении. Жестикуляция головой и мимическими мышцами сохранена.

Второй уровень компенсации — в жестикуляции принимают участие наиболее сохраненные сегменты верхней конечности (дистальные или проксимальные).

Третий уровень компенсации — в жестикуляции принимают участие паретичные отделы верхней конечности.

### Задания

№	Описание статуса	Балл
1	Удерживать линейку и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно	1
2	Взять в руку цилиндр диаметром 1,2 и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15–30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом	1
3	Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15–30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расплескав при этом воду	1
4	Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном кольшке длиной 15 и диаметром 1 см. Кольшек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны — 10 см), расположенной на расстоянии 15–30 см от края стола. Пациент не должен уронить прищепку или кольшек	1
5	Причесать волосы (или имитировать причесывание). Пациент должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой стороны	1
	ИТОГО	

Для исследования манипулятивного уровня кисти и возможности выполнять определенные захваты используется тест для руки Френчай<sup>1</sup>.

Пациент сидит за столом, руки лежат на коленях. Это положение является исходным для заданий, которые должны выполняться пораженной рукой.

За каждое успешно выполненное задание больной получает 1 балл, за невыполненное — 0 баллов.

<sup>1</sup> Frenchay Arm Test (D. Wade., 1992; K. Berlung, A. Fugl-Meyer, 1986; L. DeSouza [et al.], 1980).

# Риски и барьеры реабилитации

---

## Классификация барьеров и методы их контроля

---

№	Название	Метрика	Диапазон
1	Болевой синдром	Шкала BPS или ВАШ	>0
2	ПИТ-синдром	ПИТС-индекс	>3
3	Дефицит коммуникации (тотальная афазия, языковой барьер; деменция)	ТУСХ	<9
4	Тяжелый двигательный дефицит	Шкала MRC	<40
5	Спастичность	Шкала Ashworth>	>3
6	Контрактуры	Гониометрия	>20 %
7	Неглект	Шкала Неглект	>12
8	Тревога депрессия	Шкала HADS	>10

## Классификация рисков и методы их контроля

---

Название	Оценка по шкалам/комментарии	Диапазон
1. Риск инфекционных осложнений	Трахеальная канюля, мочевого, сосудистый катетер и пр.	+/-
2. Судорожный синдром	ЭЭГ, клиническое событие	
3. Кровотечение	Шкала оценки риска крупных кровотечений у нехирургических больных	>6
4. Тромбоэмболический синдром	Шкала оценки риска ВТЭО у нехирургических больных	>4
5. Риск инсульта	Шкала риска инсульта/дефект черепа	>2
6. Риск смерти от ОКС	Шкала GRACE	>108
7. Риск нутритивного дефицита	NRS 2002	>2
8. Риск аспирации	Тест «трех глотков»	-
9. Риск развития пролежней	Ватерлоу	>9
10. Риск падений	Баланс Берга, шкала Морзе	

## Шкала риска нутритивного дефицита NRS 2002

<i>Блок 1. Первичная оценка</i>			
1 балл	Индекс массы тела (ИМТ) менее 20,5	Да	Нет
2 балла	Больной потерял массу тела за последние 3 мес.	Да	Нет
3 балла	Имеется недостаточное питание за последнюю неделю	Да	Нет
4 балла	Состояние больного тяжелое (или он находится в отделении реанимации и интенсивной терапии)	Да	Нет
Если при первичной оценке все ответы «Нет», то повторный скрининг проводят через неделю. Если при первичной оценке хотя бы на один вопрос есть ответ «Да», то следует перейти к блоку 2			
<i>Блок 2. Финальная оценка</i>			
Питательный статус			
1 балл	Потеря массы тела более 5 % за последние 3 мес. или потребление пищи в объеме 50–75 % нормальной потребности в предшествующую неделю		
2 балла	Потеря массы тела более 5 % за последние 2 мес. или ИМТ 18,5–20,5 плюс плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 25–60 % нормальной потребности в предшествующую неделю		
3 балла	Потеря массы тела более 5 % за последний месяц (более 15 % за 3 мес.) или ИМТ менее 18,5 плюс плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 0–25 % нормальной потребности в предшествующую неделю		
<i>Блок 3. Скрининг питательного статуса</i>			
Тяжесть заболевания — повышенные потребности в нутриентах			
1 балл	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический гемодиализ, сахарный диабет		
2 балла	Радикальная абдоминальная хирургическая операция, инсульт, тяжелая пневмония, гемобластоз		
3 балла	Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (APACHE II > 10)		
Если возраст больного — 70 лет и более, то необходимо добавить еще 1 балл к общей сумме. Полученные баллы суммируются			

Если оценка по шкале NRS 2002–3 балла и более, то проводят оценку критериев питательной недостаточности с использованием результатов следующих исследований: концентрация общего белка, альбумина и уровень лимфоцитов в крови. Питательную недостаточность диагностируют при наличии одного и более критериев, представленных ниже.

### Оценка выраженности питательной недостаточности у больных с острой церебральной недостаточностью

Показатель	Степень питательной недостаточности		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин, г/л	35–30	30–25	< 25
Общий белок, г/л	60–55	55–50	< 50
Лимфоциты, клеток в 1 мл <sup>3</sup>	1800–1500	1500–800	< 800
Дефицит массы, % идеальной массы тела (рост — 100)	11–10	21–30	> 30
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	19–17,5	17,5–15,5	< 15,5

При суммарном балле по шкале NRS 2002 менее 3 следует оценить наличие и выраженность дисфагии.

## Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение: масса тела относительно роста	Балл	Тип кожи	Балл	Пол Возраст, лет	Балл	Особые факторы риска	Балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например терминальная кахексия Сердечная недостаточность Болезни периферических сосудов Анемия Курение	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2		5
Ожирение	2	Сухая	1	14–49	1		5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50–64	2		2
		Липкая (повышенная температура)	1	65–74	3		3
		Изменение цвета	2	75–81	4	2	
		Трещины, пятна	3	Более 81	5	1	
Недержание	Балл	Подвижность	Балл	Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл
Полный контроль/ через катетер Периодическое через катетер/ недержание кала и мочи	0	Полная	0	Средний	0	Например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, паралич	4–6
		Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
	1	Апатичный	2	Питательный зонд/ только жидкости	2		
	2	Ограниченная подвижность	3	Не через рот/анорексия	3		
	3	Инертный	4				
		Прикованный к креслу	5				
Обширное оперативное вмешательство/травма				Ортопедическое — ниже пояса, позвоночник;			5
				Более 2 ч на столе			5
Лекарственная терапия				Цитостатические препараты			4
				Высокие дозы стероидов			4
				Противовоспалительные			4

### Ключ:

**1–9 баллов** — нет риска;

**10–14 баллов** — есть риск;

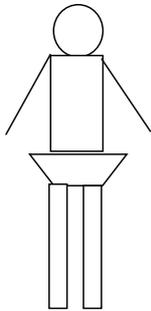
**15–19 баллов** — высокая степень риска;

**> 19 баллов** — очень высокая степень риска.

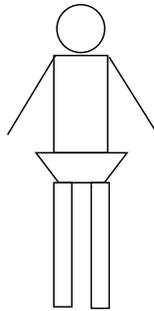
У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1–9 баллов.

## Оценка глубины и распространенности пролежней

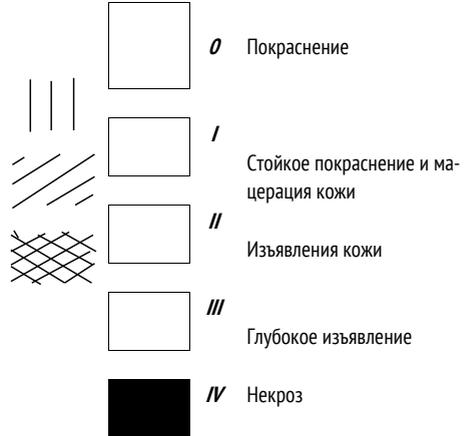
Стадия:



сзади



спереди



– развитие пролежней

Нет

Да

– размер:

Уменьшился

Увеличился

– степень пролежней  
(I, II, III, IV, V)

При поступлении

При выписке

### Шкала глубины пролежней

Степень	
0	Краснота, бледнеющая при легком надавливании пальцем
I	Возникновение пузырей и мацерации поверхностных слоев кожи
II	Полное плотное изъязвление до низлежащих тканей
III	Рана проникает в подкожную жировую клетчатку с латеральным распространением
IV	Рана проникает сквозь глубокую фасцию с деструкцией мышечной ткани, может быть вовлечена кость

## Оценка риска развития тромбоэмболических осложнений

Критерии	Баллы
Предполагаемый ТГВ	3,0
Альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	3,0
Тахикардия > 100 ударов в минуту	1,5
Иммобилизация или операция в течение ближайших 4 недель	1,5
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	1,5
Кровохарканье	1,0
Злокачественная опухоль (химиотерапия в течение ближайших 6 месяцев или паллиативное лечение)	1,0

Диапазон	Средняя вероятность ТЭЛА, %	% с данными баллами	Интерпретация риска
< 2 баллов	3,6	40	Низкий
2–6 баллов	20,5	53	Умеренный
> 6 баллов	66,7	7	Высокий

## Шкала оценки риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у нехирургических больных

Фактор риска	Баллы
Активное злокачественное новообразование (метастазы и/или химиотерапия/радиотерапия < 6 месяцев назад)	3
ВТЭО в анамнезе (за исключением тромбоза поверхностных вен)	3
Ограниченная подвижность (постельный режим с выходом в туалет 3 сут. и более)	3
Известная тромбофилия (дефекты антитромбина, протеина С или S, фактор V Лейна, G20210A мутация протромбина, антифосфолипидный синдром)	3
Травма и/или операция ≤ 1 мес. назад	2
Возраст — 70 лет и более	1
Сердечная и/или дыхательная недостаточность	1
Инфаркт миокарда или ишемический инсульт	1
Острая инфекция и/или ревматологическое заболевание	1
Ожирение (ИМТ > 30 кг м <sup>2</sup> )	1
Продолжение использования гормональной заместительной терапии или пероральных контрацептивов	1

Оценка 4 балла и более — высокий риск ВТЭО.

## Шкала оценки риска ТЭЛА у хирургических пациентов (по CAPRINI)

1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 41–60 лет.</li> <li>• Малая операция ИМТ &gt; 25 кг/м<sup>2</sup>.</li> <li>• Отек нижних конечностей.</li> <li>• Варикозное расширение вен.</li> <li>• Беременность или послеродовый период.</li> <li>• Невынашивание беременности в анамнезе.</li> <li>• Прием эстрогенов/гестагенов.</li> <li>• Сепсис (&lt; 1 мес.).</li> <li>• Тяжелое заболевание легких, в том числе пневмония (&lt; 1 мес.).</li> <li>• Нарушение функции дыхания.</li> <li>• Острый инфаркт миокарда.</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность (&lt; 1 мес.).</li> <li>• Анамнез воспалительного заболевания кишечника.</li> <li>• Терапевтический пациент на постельном режиме</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 61–74 года.</li> <li>• Артроскопическая операция.</li> <li>• Большая открытая операция (&gt; 5 мин.).</li> <li>• Лапароскопическая операция (&gt; 45 мин.).</li> <li>• Онкология.</li> <li>• Постельный режим (&gt; 3 сут.).</li> <li>• Гипсовая повязка.</li> <li>• Катетер в центральной вене</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 74 лет.</li> <li>• Анамнез ВТЭО.</li> <li>• Семейный анамнез ВТЭО.</li> <li>• Лейденская мутация.</li> <li>• Мутация в гене протромбина.</li> <li>• Волчаночный антикоагулянт.</li> <li>• Антитела к кардиолипину.</li> <li>• Повышение уровня гомоцистеина в плазме.</li> <li>• Гепарининдуцированная тромбоцитопения.</li> <li>• Другие тромбофилии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инсульт (менее 1 мес. назад).</li> <li>• Замена крупного сустава.</li> <li>• Перелом бедра, костей таза, голени.</li> <li>• Травма спинного мозга (&lt; 1 мес. назад)</li> </ul>

### Интерпретация шкалы степени риска ТЭЛА в зависимости от вида оперативного лечения

Риск	Общая хирургия, в том числе ЖКТ, урология, сосудистая, торакальная, эндокринная (щитовидная железа)	Пластическая и реконструктивная хирургия	Операция
Очень низкий	0	0–2	Большинство пациентов «хирургии одного дня»
Низкий	1–2	3–4	Операции на позвоночном столбе (не онкология)
Умеренный	3–4	5–6	Гинекологические операции (не онкология), кардиохирургия, торакальная хирургия (большинство вмешательств), операции на позвоночном столбе (онкология)
Высокий	5 и >	7–8	Бариатрическая хирургия, гинекологические операции (онкология), пневмонэктомия, краниотомия, травма головного мозга, операции на спинном мозге, тяжелая травма

Шкала оценки риска крупных кровотечений  
и клинически значимых кровотечений  
в стационаре у нехирургических больных

Фактор риска	Баллы
Скорость клубочковой фильтрации 30–59 мл/мин	1
Мужской пол	1
Возраст 40–84 года	1,5
Активный рак	2
Ревматоидное заболевание	2
Катетер в центральной вене	2
Госпитализация в отделение интенсивной терапии	2,5
Скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин	2,5
Печеночная недостаточность (МНО > 1,5)	2,5
Возраст 85 лет и более	3,5
Тромбоциты в крови менее 50 г	4
Кровотечения за 3 мес. до госпитализации	4
Активная язва желудка или двенадцатиперстной кишки	4,5

Оценка 7 баллов и более — высокий риск кровотечения.

# Шкалы для больных с ОНМК

---

## Шкала риска пневмонии при инсульте

---

Параметр	Балл
Возраст 75 лет и старше	1
Фибрилляция предсердий	1
Дисфагия	2
Мужской пол	1
NIHSS 0–4	0
NIHSS 5–15	3
NIHSS 16 и более	5

Если сумма баллов больше или равна 4, то больной в группе риска по пневмонии. Такому больному с целью ранней диагностики профилактики пневмонии необходимы:

- оценка глотания (трехглотковая проба) ежедневно;
- общий анализ крови 1–2 раза в неделю;
- рентгенография грудной клетки 1–2 раза в неделю;
- ингаляции с беродуалом 4–8 раз/сутки;
- перкуссионный массаж 4–8 раз/сутки;
- дыхательная гимнастика 2–4 раза/сутки.

## Шкала риска инсульта

---

Оригинальное название: Essen Stroke Risk Score (ESRS).

Фактор	Балл
Возраст 65–75 лет	1
Возраст старше 75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Инфаркта миокарда в анамнезе	1

<b>Фактор</b>	<b>Балл</b>
Другие сердечно-сосудистые заболевания (кроме инфаркта миокарда и фибрилляции предсердий)	1
Болезнь периферических артерий	1
Курение	1
ТИА или инсульт в анамнезе	1

Ключ:

<b>Балл</b>	<b>Риск</b>
7–9	Очень высокий
3–6	Высокий ( $\geq 4\%$ /год)
0–2	Низкий ( $< 4\%$ /год)

## Шкала HAS-BLED

Показатель	Балл
Артериальная гипертония (АД >160 мм рт. ст.)	1
Нарушение функции почек (креатинин сыворотки более 200 мкмоль/л)	1
Нарушение функции печени (повышение АЛТ/АСТ/щелочной фосфатазы более чем в 3 раза от верхней границы нормы)	1
Инсульт в анамнезе	1
Кровотечения (со снижением Hb > 2 г/л)	1
Неустойчивое МНО (< 60 % времени в терапевтическом диапазоне)	1
Пожилой возраст (> 65 лет)	1
Лекарственные препараты (совместный прием лекарств, усиливающих кровоточивость: антиагреганты, НПВП)	1
Алкоголь (> 8 стаканов в неделю)	1

### Ключ:

Сумма баллов  $\geq 3$  указывает на высокий риск кровотечения, и применение любого антитромботического препарата требует особой осторожности.

### Пояснения к факторам риска

- Артериальная гипертония: систолическое АД выше 160 мм рт. ст.
  - Нарушение функции почек: постоянный гемодиализ, трансплантация почки или креатинин сыворотки выше 200 мкмоль/л.
  - Нарушение функции печени: хроническое заболевание печени (например, цирроз печени) или биохимические показатели значительного поражения печени (билирубин в два раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ, АЛТ и ЩФ в 3 раза выше верхней границы нормы).
  - Инсульт: подтвержденный инсульт в анамнезе.
  - Кровотечение: кровотечение в анамнезе, геморрагический диатез или анемия.
  - Неустойчивое МНО: нестабильное или высокое МНО или выход за пределы терапевтического интервала более 40 % времени.
  - Препараты: прием препаратов, повышающих риск кровотечения, таких как антиагреганты и НПВС.
- Алкоголь: употребление более 8 порций алкогольных напитков в неделю.

## Шкала инсульта Национального института здоровья

Оригинальное название: National Institutes of Health Stroke Scale — NIH Stroke Scale.

Используется для объективизации состояния пациента с ишемическим инсультом при поступлении, в динамике процесса и исхода инсульта к 21 сут. нахождения в стационаре. Отсутствие изменений в неврологическом статусе предусматривается как 0 баллов, смерть больного — 31 балл.

	Признак	Градации значения	Балл
1a	Уровень сознания (в т. ч. правильность ответов и выполнения инструкций)	Ясное	0
		Оглушение (сонливость)	1
		Сопор	2
		Кома	3
1b	Задайте два вопроса (какой текущий месяц и сколько больному лет)	Оба ответа верные	0
		Один ответ неверный	1
		Оба ответа неверные	2
1c	Попросите закрыть-открыть глаза и пожать-расслабить руку	Обе просьбы выполнены правильно	0
		Одна просьба выполнена неправильно	1
		Обе просьбы выполнены неправильно	2
2	Глазодвигательные расстройства (предложите больному проследить за пальцем)	Нет	0
		Легкий парез	1
		Грубый парез	2
3	Зрительные расстройства (оценка полей зрения)	Нет	0
		Частичная гемианопсия	1
		Полная гемианопсия	2
		Двухсторонняя гемианопсия	3
4	Парез лицевого нерва (попросите больного оскалить зубы, вскинуть брови, а затем, сопротивляясь насильственному подъему бровей, зажмурить глаза)	Нет	0
		Еле заметный	1
		Частичный	2
		Паралич	3
5	Движения в левой руке (попросите поднять руку до угла в 90° и удерживать 10 сек.)	Рука не опускается	0
		Рука медленно опускается	1
		Больной не может удерживать руку	2
		Больной не пытается поднять руку	3
		Движения в руке отсутствуют	4
6	Движения в правой руке (попросите поднять руку до угла в 90° и удерживать 10 сек.)	Рука не опускается	0
		Рука медленно опускается	1
		Больной не может удерживать руку	2
		Больной не пытается поднять руку	3
		Движения в руке отсутствуют	4
7	Движения в левой ноге (попросите поднять ногу до угла в 30° и удерживать 5 сек.)	Нога не опускается	0
		Нога медленно опускается	1
		Больной не может удерживать ногу	2
		Больной не пытается поднять ногу	3
		Движения в ноге отсутствуют	4
8	Движения в правой ноге (попросите поднять ногу до угла в 30° и удерживать 5 сек.)	Нога не опускается	0
		Нога медленно опускается	1
		Больной не может удерживать ногу	2
		Больной не пытается поднять ногу	3
		Движения в ноге отсутствуют	4
9	Атаксия в конечностях (проведите пальце-носовую и колени-пяточную пробы)	Нет	0
		Атаксия в одной конечности	1
		Атаксия в двух конечностях	2

	Признак	Градации значения	Балл
10	Чувствительность (проверяется затупленной иглой на лице, руках, ногах)	Неизменная	0
		Частичные выпадения	1
		Грубые выпадения	2
11	Аутопоаноногнозия/прочие агнозии (проверяется одно-временно на обеих сторонах)	Нет агнозии	0
		Частичная агнозия	1
		Полная агнозия	2
12	Дизартрия (попросите повторить контрольные слова)	Нормальная артикуляция	0
		Умеренная или средняя дизартрия	1
		Речь неразборчивая или совсем непонятная	2
13	Афазия (способность называть предметы и описывать картинку)	Нет афазии	0
		Умеренная или средняя афазия	1
		Грубая афазия	2
		Мутизм	3
	Общая оценка	—	

## Классификация причин инсульта SSS-TOAST<sup>1</sup>

Причина инсульта	Степень уверенности	Критерии
Атеросклероз крупных артерий	Очевидный	1. Окклюзирующие или стенозирующие (сужение просвета $\geq 50\%$ или сужение просвета с изъязвлением бляшки или тромбом $< 50\%$ ) поражение сосуда вследствие атеросклероза в клинически значимой экстракраниальной или интракраниальной артерии. 2. Отсутствие острых инфарктов вне бассейна стенозированной или окклюзированной артерии
	Вероятный	1. За последний месяц $\geq 1$ переходящей монокулярной слепоты (ПМС), ТИА или инсульта в бассейне указанной артерии с атеросклеротическим поражением. 2. Критический стеноз или острая полная окклюзия вследствие атеросклероза в клинически значимой экстракраниальной или интракраниальной артерии. 3. Наличие ипсилатеральных и унилатеральных инфарктов на границах внутренних водоразделов или множественные инфаркты разной давности исключительно в бассейне пораженной артерии
	Возможный	1. Наличие атеросклеротической бляшки, выступающей в просвет и приводящей к стенозу $< 50\%$ , в отсутствие любого заметного изъязвления или тромба в клинически значимой экстракраниальной или интракраниальной артерии и в анамнезе $\geq 2$ ПМС, ТИА или инсульта в бассейне указанной артерии с атеросклеротическим поражением, по крайней мере один эпизод за последний месяц. 2. Доказательство очевидного атеросклероза в отсутствие завершеного обследования других причин инсульта
Кардио-аортальная эмболия	Очевидный	1. Наличие кардиального источника с высоким риском церебральной эмболии
	Вероятный	1. Свидетельство системной эмболии. 2. Наличие множественных острых инфарктов, которые возникли близко по времени как справа, так и слева в каротидных бассейнах или как в каротидном, так и вертебро-базиллярном бассейне в отсутствие окклюзии или критического стеноза всех соответствующих артерий. Отсутствуют другие причины мультифокального ишемического поражения мозга, такие как васкулиты, васкулопатии, нарушения гемостаза или гемодинамики
	Возможный	1. Наличие кардиального источника с низким или неизвестным риском церебральной эмболии. 2. Доказательство очевидной кардио-аортальной эмболии в отсутствие завершеного обследования других причин инсульта

<sup>1</sup> A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke: the Causative Classification of Stroke System / H. Ay [et al.] // Stroke. 2007. Vol. 38 (11). P. 2979–2984 (перевод Алашеева А. М.).

Причина инсульта	Степень уверенности	Критерии
Окклюзия мелкой артерии	Очевидный	1. Томографическое свидетельство одиночного и клинически значимого острого инфаркта < 20 мм по наибольшему диаметру в бассейне базальных или стволовых пенетрирующих артерий в отсутствие любой другой патологии несущей артерии в месте отхождения пенетрирующей (фокальная атерома, диссекция несущей артерии, васкулита, вазоспазма и т. п.)
	Вероятный	1. Наличие стереотипных лакунарных ТИА в течение прошедшей недели. 2. Наличие классического лакунарного синдрома
	Возможный	1. Наличие классического лакунарного синдрома в отсутствие томографии, достаточно чувствительной, чтобы обнаружить мелкие инфаркты. 2. Доказательство очевидной окклюзии мелкой артерии в отсутствие завершения обследования других причин инсульта
Другие причины	Очевидный	1. Наличие специфического заболевания, вовлекающего клинически значимые мозговые артерии
	Вероятный	1. Специфическая патология, которая возникла близко по времени или месту к началу инфаркта, такая как артериальная диссекция, кардио- или ангиохирургия, внутрисосудистые вмешательства
	Возможный	1. Доказательство очевидной специфической причины в отсутствие завершения обследования других причин инсульта
Неопределенная причина	Неизвестна	
	Криптогенная эмболия	1. Ангиографическое свидетельство внезапной стойкой окклюзии на фоне в остальном нормальных интракраниальных артерий. 2. Томографическое свидетельство полной реканализации ранее окклюзированной артерии. 3. Наличие множественных острых инфарктов, которые возникли близко по времени, без обнаруживаемой патологии в соответствующих артериях
	Другие криптогенные	Все, которые не соответствуют критериям криптогенной эмболии
	Неполное обследование	Отсутствие диагностических тестов, которые, по мнению лечащего врача, необходимы для обнаружения причины
	Неклассифицируемые	Наличие > 1 очевидной причины, которая имеет вероятность быть причиной инсульта

#### Источники высокого риска церебральной эмболии:

- тромб в левом предсердии;
- тромб в левом желудочке;
- фибрилляция предсердий;
- пароксизмальная фибрилляция предсердий;
- синдром слабости синусового узла;
- трепетание предсердий;
- недавний инфаркт миокарда;
- ревматическое поражение митрального или аортального клапана;
- биопротез или механический протез клапана;
- постинфарктный кардиосклероз в сочетании с низкой фракцией выброса < 28 %;
- застойная сердечная недостаточность с клиническими проявлениями и фракцией выброса < 30 %;
- неишемическая дилатационная кардиомиопатия;
- небактериальный тромботический эндокардит;

- инфекционный эндокардит;
- папиллярная фиброэластома;
- миксома левого предсердия.

Источники низкого или неизвестного риска церебральной эмболии:

- кальцификация митрального кольца;
- открытое овальное отверстие;
- аневризма предсердной перегородки;
- аневризма левого желудочка без тромба;
- феномен спонтанного контрастирования;
- сложная атерома восходящей дуги аорты или проксимальной части дуги;
- другие (атриовентрикулярная блокада третьей степени, синдром преждевременное возбуждение сердца и т. п.).

## Шкала ABCD2

---

Оригинальное название: Age, Blood pressure, Clinical symptoms, Duration of symptoms, Diabetes<sup>1</sup>.

Показания: всем с ТИА. При выписке обязательно указывать!

Симптом	Балл
Возраст от 60 лет и старше	1
Артериальное давление систолическое свыше 140 мм р. ст. или диастолическое свыше 90	1
Односторонняя слабость или речевые нарушения без слабости	2
Длительность симптомов — час и более	2
Длительность симптомов — от 10 до 59 мин.	1
Диабет, требующий медикаментозного лечения	1

### Ключ:

ABCD2 более 2 баллов указывает на пятикратное увеличение риска инсульта в течение 90 дней от ТИА<sup>2</sup>.  
Пример формулировки диагноза: G45.1 ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой СМА от 12.06.10. Далее клинический симптомокомплекс. ABCD2 7 баллов. Пациента с ABCD2 от 4 баллов госпитализировать только в БИТ!

---

<sup>1</sup> Validation and Refinement of the ABCD2 Score: a population-based analysis//Stroke. 2009 Aug. Vol. 40 (8). P. 2669–2673.

<sup>2</sup> Multicenter external validation of the ABCD2 score in triaging TIA patients / G. Tsvigoulis [et al.] // Neurology. 2010 Apr. Vol. 27, 74 (17). P. 1351–1357.

# Травматология и ортопедия

---

## Шкала международного стандарта неврологической и функциональной классификации повреждений спинного мозга (шкала ASIA)<sup>1</sup>

---

Оригинальное название: American Spine Injury Association and International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury.

Бланк оценки приведен на рис. 2.

### Ключ:

Степень	Описание	Встречаемость, %	Исход
A	Полное повреждение: ни двигательные, ни чувствительные функции ниже уровня поражения не выявляются. В сегментах S4-S5 отсутствуют все виды чувствительности	25	10–15 % — переходит на степень B-D, 3 % — на степень D
B	Неполное повреждение: двигательные функции отсутствуют ниже уровня повреждения, но сохранены элементы чувствительности в сегментах S4-S5	15	54 % — переходит на степень C-D
C	Неполное повреждение: двигательные функции сохранены ниже уровня повреждения и в большинстве контрольных групп сила менее 3 баллов	10	У 86 % пациентов со степенью C-D возможно восстановление на амбулаторном лечении
D	Неполное повреждение: двигательные функции сохранены ниже уровня повреждения и в большинстве контрольных групп сила равна 3 баллам и более	30	
E	Норма: двигательные и чувствительные функции не нарушены		

<sup>1</sup> Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries // Neurosurgery. 2002. Vol. 50, № 3. Suppl. S1-S199.



### Пояснения

В качестве критериев состояния спинного мозга использованы мышечная сила, тактильная и болевая чувствительность, рефлекторная активность в аногенитальной зоне. Двигательные функции оценивают проверкой силы контрольных групп мышц, соотнесенных с сегментами спинного мозга. Выбрано пять сегментов для верхних (C5–T1) и пять сегментов для нижних (L2–S1) конечностей. Мышечную силу оценивают следующим образом: 0 — парез, 1 — пальпируемые или видимые сокращения отдельных мышечных групп, 2 — активные движения в облегченном положении, 3 — активные движения в обычном положении (преодоление гравитационной тяги), 4 — активные движения с преодолением некоторого сопротивления, 5 — активные движения против полного сопротивления. Силу мышц оценивают с двух сторон и баллы, набранные в каждом сегменте, суммируют. Результаты вносят в карту осмотра. Если силу мышц по каким-то причинам проверить не удастся (например, конечность в гипсе), то ставят значок НТ — не тестирована. Максимальная сумма баллов для 10 сегментов каждой стороны равна 50. В карте осмотра отмечают наличие или отсутствие произвольного сокращения наружного анального сфинктера, которое проверяют пальцевым исследованием прямой кишки. Даже при отсутствии активных движений в конечностях, но при наличии произвольного сокращения сфинктера поражение спинного мозга считается неполным. Чувствительность проверяют в 28 сегментах с двух сторон. Для определения чувствительности во всем сегменте достаточно проверить ее в одной контрольной точке, привязанной к четкому анатомическому ориентиру. С2 — затылочный бугор, С3 — надключичная ямка, С4 — вершина акромиально-ключичного сустава, С5 — латеральная сторона локтевой ямки, С6 — большой палец, С7 — средний палец, С8 — мизинец, Т1 — медиальная сторона локтевой ямки, Т2 — вершина подмышечной впадины, Т3 — третий межреберный промежуток, Т4 — уровень сосков, Т6–Т9 — соответствующие межреберные промежутки, Т10 — уровень пупка, Т11 — одиннадцатый межреберный промежуток, Т12 — паховая складка, L1 — половина расстояния между Т12 и L2, L2 — середина передней поверхности бедра, L3 — медиальный мыщелок бедра, L4 — медиальная лодыжка, L5 — тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава, S1 — латеральная поверхность пятки, S2 — подколенная ямка по средней линии, S3 — седалищный бугор, S4–5 — перианальная зона. Чувствительность оценивают по следующей шкале: 0 — отсутствие чувствительности, 1 — нарушенная чувствительность, 2 — нормальная чувствительность. Если чувствительность не проверялась, то в соответствующей ячейке карты осмотра проставляют НТ. Невозможность отличить острый укол иглой от тупого прикосновения оценивают как отсутствие болевой чувствительности. Тактильную чувствительность определяют касанием ваткой или волосками Фрея. Результаты исследования вносят в карту. При проверке чувствительности в 28 сегментах с двух сторон максимальное число баллов — 56. Дополнительно определяют анальную чувствительность для определения степени повреждения — полное или нет. При оценке чувствительности предполагается определение положения конечностей и ощущения глубокого давления, которые оценивают как отсутствующие, нарушенные и нормальные. Для оценки мышечно-суставного чувства предлагают тестировать пассивные движения в указательных пальцах кистей и больших пальцах стоп. Эти данные не вносят в карту, но они дают дополнительную информацию о степени повреждения.

## Шкала Лекена (для больных с эндопротезированием тазобедренных суставов)

Параметр	Определение	Баллы
1. Боль или дискомфорт во время ночного отдыха	Нет	0
	Только при движении или в определенных положениях	1
	Без движения	2
2. Продолжительность утренней скованности или боли после вставания	Нет	0
	Менее 15 мин.	1
	Больше или равно 15 мин.	2
3. Продолжительное стояние в течение 30 мин. усиливает боль	Нет	0
	Да	1
4. Боль при ходьбе	Нет	0
	Только через какое-то время	1
	«Стартовая» боль	2
5. Боль или дискомфорт в положении сидя в течение 2 ч	Нет	0
	Да	1
Всего		

### Максимальная дистанция передвижения

Параметр	Определение	Баллы
1. Максимальная дистанция передвижения	Не ограничена	0
	Более 1 км, но ограничена	1
	Около 1 км (15 мин.)	2
	Около 500–900 м (8–15 мин.)	3
	От 300 до 500 м	4
	От 100 до 300 м	5
	Менее 100 м	6
2. Дополнительные средства опоры	Нет	0
	Одна клюшка или костыль	1
	Две клюшки или костыля	2
Всего		

### Повседневная активность

Параметр	Определение	Баллы
1. «Можете ли вы надеть носки, наклонившись вперед?»	Легко	0
	С небольшим трудом	0,5
	С трудом	1,0
	С большим трудом	1,5
	Невозможно	2,0
2. «Можете ли вы поднять предмет с пола?»	Легко	0
	С небольшим трудом	0,5
	С трудом	1,0
	С большим трудом	1,5
	Невозможно	2,0
3. «Можете ли вы преодолеть вверх или вниз обычный пролет лестницы?»	Легко	0
	С небольшим трудом	0,5
	С трудом	1,0
	С большим трудом	1,5
	Невозможно	2,0
4. «Можете ли вы сесть в автомобиль или выйти из автомобиля?»	Легко	0
	С небольшим трудом	0,5
	С трудом	1,0
	С большим трудом	1,5
	Невозможно	2,0
Всего:		

Общий балл: \_\_\_\_\_

Максимальный суммарный индекс — 24 балла

### Степень ограничения жизнедеятельности

Ограничение жизнедеятельности	Суммарный индекс
Нет	0
Легкое	1–4
Умеренное	5–7
Выраженное	8–10
Резко выраженное	11–13
Крайне выраженное	≥ 14

## Система оценки тазобедренного сустава

Параметры		Характеристики	Баллы
БОЛЬ	Боль	Отсутствует	44
		Слабая	40
		Умеренная (временами)	30
		Умеренная	20
		Сильная	10
		Невыносимая	0
ФУНКЦИЯ	Хромота	Отсутствует	11
		Слабая	8
		Умеренная	5
		Сильная	0
	Дополнительная опора	Отсутствует	11
		Трость на длительное расстояние	7
		Трость	5
		Один костыль	3
		Две трости	2
		Два костыля	0
	Ходьба на расстояние	Без ограничения	11
		Шесть кварталов	8
		Три квартала	5
		Внутри квартиры	2
Неспособен ходить		0	
Одевание обуви и носков	Легко надевает	4	
	С трудом	2	
	Невозможно	0	
Способность сидеть	В любом кресле 1 ч	4	
	В высоком кресле	2	
	Невозможно сидеть	0	
Общественный транспорт	Может пользоваться	2	
	Не может пользоваться	0	
Поднятие по лестнице	Шаг за шагом без поручней	4	
	Шаг за шагом, держась за поручни	2	
	С трудом поднимая одну ногу и ставя рядом другую	1	
	Невозможно	0	
ДЕФОРМАЦИЯ	Фиксированное приведение	Меньше 10°	1
		Больше 10°	0
	Фиксированная внутрь ротация при полном разгибании	Меньше 10°	1
		Больше 10°	0
Сгибательная контрактура	Меньше 15°	1	
	Больше 15°	0	
Изменение длины конечности	Меньше 3 см	1	
	Больше 3 см	0	

Параметры		Характеристики	Баллы
<b>АМПЛИТУДА ДВИЖЕНИЙ</b>	Сгибание	Больше 90° Меньше 90°	1 0
	Отведение	Больше 15° Меньше 15°	1 0
	Приведение	Больше 15° Меньше 15°	1 0
	Наружная ротация	Больше 30° Меньше 30°	1 0
	Внутренняя ротация	Больше 15° Меньше 15°	1 0
Всего баллов по шкале			
<b>РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНКИ</b>		Отличный Хороший Удовлетворительный Неудовлетворительный	90–100 80–89 70–79 <70

## Соматика (кардиология)

---

### Оценка риска смерти по шкале GRACE

---

<b>Показатель</b>	<b>Баллы</b>
<b>Возраст</b>	
Менее 40	0
41–49	18
50–59	36
60–69	55
70–79	73
Более 80	91
<b>Креатинин, мн/дл</b>	<b>Баллы</b>
0–0,39	2
0,4–0,79	5
0,8–1,19	8
1,2–1,59	11
1,6–1,99	14
2,0–3,99	23
Более 4	31
<b>ЧСС, уд/мин</b>	<b>Баллы</b>
Менее 70	0
70–89	7
90–109	13
110–149	23
150–199	36
Более 200	46
<b>Класс сердечной недостаточности по Killip T.</b>	<b>Баллы</b>
I	0
II	21
III	43
IV	64

<b>САД, мм рт. ст.</b>	<b>Баллы</b>
Менее 80	63
80–99	58
100–119	47
120–139	37
140–159	26
160–199	11
Более 200	0
<b>Повышение маркеров некроза</b>	15
<b>Девиация ST</b>	30
<b>Остановка сердца</b>	4

**Риск госпитальной смерти**

Степень риска	Баллы по шкале GRACE	Вероятность госпитальной смерти, %
Низкая	1–108	Менее 1
Средняя	109–140	1–3
Высокая	141–372	Более 3

**Риск смерти за 6 месяцев**

Степень риска	Баллы по шкале GRACE	Вероятность госпитальной смерти, %
Низкая	1–88	Менее 3
Средняя	89–118	3–8
Высокая	119–263	Более 8

## **Индекс частого и поверхностного дыхания (индекс Тобина) — респираторная полимионейропатия<sup>1</sup>**

---

Индекс Тобина — индекс частого и поверхностного дыхания (rapid shallow breathing index — RSBI). Показатель RSBI вычисляют по формуле  $RSBI = f/Vt$ , где  $f$  — частота дыхания (дыханий в минуту);  $Vt$  — дыхательный объем (литр).  $= f$  (дых./мин.)/ $Vt$  (дыхательный объем) (л). При определении RSBI пациент дышит без посторонней помощи или при вентиляции с минимальным давлением (до 5 см H<sub>2</sub>O), в то время как врач измеряет дыхательный объем и частоту дыхания пациента. Это определение производится без получения пациентом какой-либо механической помощи от аппарата искусственной вентиляции легких или другого устройства.

Норматив индекса Тобина — меньше 105 дых./мин/л; если величина RSBI составляет менее 100, пациент может быть экстубирован, при этом вероятность перевода на самостоятельное дыхание без осложнений составляет 80–95 %. При величине RSBI > 120 пациенту понадобится продолжение респираторной поддержки и диагноз респираторной полимионейропатии можно считать установленным.

---

<sup>1</sup> A prospective study of indexes predicting the outcome of trials of weaning from mechanical ventilation / K. L. Yang, M. J. Tobin // N Engl J Med. 1991. Vol. 324 (21). P. 1445–1450.

# Рецептура физиотерапевтических методов модуляции реабилитационного процесса

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>ФТ-10</b>			
ФТ-10.1	Постинсультный гемипарез (подострая и хроническая стадии острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК))	Низкочастотная ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) первичной моторной области М1 непораженной гемисферы головного мозга двоянным койлом — Figure 8 coil (F8c) с визуальным контролем сокращения мышц-мишени: непрерывно, с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % порога моторного ответа (ПМО); 900–1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + ЛФК
ФТ-10.2		Высокочастотная рТМС области М1 пораженной гемисферы головного мозга двоянным койлом (F8c) с визуальным контролем сокращения мышц-мишени: тренирами по 4–5 сек. (40–50 импульсов в тренине), межтрениновый интервал 10–20 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1000–1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + ЛФК
ФТ-10.3		Билатеральная рТМС областей М1 двоянным койлом (F8c) с визуальным контролем сокращения мышц-мишени последовательно за одну процедуру: 1. Низкочастотная рТМС области М1 непораженной гемисферы: непрерывно частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 900–1200 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. Интермиттирующая стимуляция тета-вспышками (iTBS) области М1 пораженной гемисферы: сериями импульсов по 2 сек. (10 трениров частотой 5 Гц по 3 импульса в тренине частотой 50 Гц) и паузой 8 сек. между сериями; магнитная индукция 90–100 % ПМО; по 600–900 импульсов за процедуру; ежедневно	10 (20) + ЛФК
ФТ-10.4	Постинсультная афазия (подострая и хроническая стадии ОНМК)	Низкочастотная рТМС гомолога зоны Брока IFG непораженной правой гемисферы головного мозга (ориентир F6b-F8 по системе 10–20 ЭЭГ) двоянным койлом (F8c): непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + реабилитационный тренинг
ФТ-10.5		Высокочастотная рТМС зоны Брока IFG пораженной левой гемисферы (F5-F7) двоянным койлом (F8c): тренирами по 3–4 сек. (30–40 импульсов в тренине), межтрениновый интервал 12–20 сек., с частотой импульсов 20 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1000–1400 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + реабилитационный тренинг

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-10.6	Дисфагия (подострая и хроническая ОНМК)	Низкочастотная rTMS области M1 (нижние отделы прецентральной извилины — m. m. tibiohyoideus) непораженного полушария двоенным койлом (F8c): частота импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 900–1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10+ НМЭС
ФТ-10.7		Билатеральная rTMS областей M1 (нижние отделы прецентральных извилин — m. m. tibiohyoideus) двоенным койлом (F8c) последовательно за одну процедуру: 1. Низкочастотная rTMS области M1 непораженного полушария: частота импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 900–1200 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. Высокочастотная rTMS области M1 пораженного полушария: трейнами по 4–5 сек. (40–50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–20 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1000 импульсов за процедуру; ежедневно	10+ НМЭС
ФТ-10.8	Дизартрия (подострая стадия ОНМК)	Низкочастотная rTMS области M1 (нижние отделы прецентральной извилины) непораженной гемисферы головного мозга двоенным койлом (F8c) с визуальным контролем сокращения мышцы-мишени (m. orbicularis oris): непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 1500 импульсов за процедуру; ежедневно	10+ Занятия с логопедом
ФТ-10.9	Неглект-синдром	Низкочастотная rTMS в проекции задней теменной коры левой гемисферы головного мозга (P3-P5) двоенным койлом (F8c); непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 110 % ПМО; 1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.10		Продолженная стимуляция тета-вспышками (cTBS) в проекции задней теменной коры левой гемисферы головного мозга (P3-P5) двоенным койлом (F8c); непрерывная генерация серий трейнов частотой 1 Гц, по 3 импульса в трейне частотой 10 Гц; магнитная индукция 80 % ПМО; 3000 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.11		Высокочастотная rTMS в проекции задней теменной коры правой гемисферы головного мозга (P4-P6) двоенным койлом (F8c); трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.12	Синдром малого сознания/безответное бодрствование (UWS, MCS)	Высокочастотная rTMS левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) левой гемисферы головного мозга (ориентир F3 по системе 10–20 ЭИГ) двоенным койлом (F8c); трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–20 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1500–2000 импульсов за процедуру; ежедневно	20
ФТ-10.13		iTBS левой ДЛПФК левой гемисферы головного мозга (F3) двоенным койлом (F8c); сериями импульсов по 2 сек. (10 трейнов частотой 5 Гц по 3 импульса в трейне частотой 50 Гц) и паузой 8 сек. между сериями; магнитная индукция 90–100 % ПМО; по 1200–1500 импульсов за процедуру; ежедневно	15
ФТ-10.14	Спинальная спастичность (рассеянный склероз)	iTBS областей M1 мышц нижних конечностей (vertex) двоенным койлом (F8c); сериями импульсов по 2 сек. (10 трейнов частотой 5 Гц, по 3 импульса в трейне частотой 50 Гц) и паузой 8 сек. между сериями; магнитная индукция 90 % ПМО; по 1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-10.15	Спинальные проводниковые нарушения (тетрапарез)	Высокочастотная рТМС областей М1 мышц верхних конечностей — кольцевым койлом (O-ring figure): трейнами по 10 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10 сек., с частотой импульсов 5 Гц; магнитная индукция 100–120 % ПМО (или 70–75 % от максимальной мощности стимулятора); 1500–2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10–20
ФТ-10.16	Спинальные проводниковые нарушения (нижний парапарез, тетрапарез)	Высокочастотная рТМС областей М1 мышц нижних конечностей (vertex) двоянным койлом (F8c): трейнами по 10 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10 сек., с частотой импульсов 5 Гц; магнитная индукция 100–120 % ПМО (или 70–75 % от максимальной мощности стимулятора); 1500–2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10–20
ФТ-10.17	Мышечная дистония (болезнь Паркинсона)	Мультисайттовая рТМС правой ДЛПФК и области проекции мозжечка по срединной линии двоянным койлом (F8c): 1. Продолженная стимуляция тета-вспышками (STBS) правой ДЛПФК; непрерывная генерация серий трейнов частотой 1 Гц, по 3 импульса в трейне частотой 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; по 1200–1800 импульсов на зону, ежедневно. 2. Низкочастотная рТМС проекции мозжечка (по срединной линии): непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 900 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.18	Двигательные нарушения (болезнь Паркинсона)	Высокочастотная рТМС левой и правой областей М1 обеих гемисфер головного мозга кольцевым койлом (O-ring figure): трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.19		Билатеральная высокочастотная рТМС последовательно областей М1 обеих гемисфер головного мозга двоянным койлом (F8c): трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек.) с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; по 1000–1500 импульсов на каждую (больше на акцентуруемую) сторону; ежедневно	10
ФТ-10.20	Двигательные нарушения в сочетании с депрессивным синдромом (болезнь Паркинсона)	Мультисайттовая рТМС областей М1 и левой ДЛПФК гемисфер двоянным койлом (F8c) последовательно за одну процедуру: 1. Билатеральная высокочастотная рТМС последовательно областей М1 обеих гемисфер головного мозга: трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек.) с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; по 1000 импульсов на каждую сторону; ежедневно. 2. Высокочастотная рТМС левой ДЛПФК головного мозга (F2): трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 100 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-10.21	• Депрессивный синдром (сомато-генные депрессии, большое депрессивное расстройство). • Расстройство адаптации. • Астения	Высокочастотная рТМС левой ДППФК головного мозга (F3) двоянным койлом (F8c): трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно	15
ФТ-10.22	• Билатеральная рТМС ДППФК правой и левой гемисфер головного мозга (F3, F4) двоянным койлом (F8c) последовательно в течение одной процедуры: 1. Стимуляция области ДППФК правой гемисферы F4: трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. Стимуляция ДППФК левой гемисферы F3: трейнами (посылка 4–5 сек., пауза 10–20 сек.) с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 %; 1500 импульсов за процедуру; ежедневно	Билатеральная рТМС ДППФК правой и левой гемисфер головного мозга (F3, F4) двоянным койлом (F8c) последовательно в течение одной процедуры: 1. Стимуляция области ДППФК правой гемисферы F4: трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. Стимуляция ДППФК левой гемисферы F3: трейнами (посылка 4–5 сек., пауза 10–20 сек.) с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 %; 1500 импульсов за процедуру; ежедневно	15
ФТ-10.23		Стимуляция тета-вспышками области ДППФК левой и правой гемисфер головного мозга (F3, F4) двоянным койлом (F8c) последовательно в течение одной процедуры: 1. ТБС области ДППФК левой гемисферы F3: сериями импульсов по 2 сек. (10 трейнов частотой 5 Гц, по 3 импульса в трейне частотой 50 Гц) и паузой 8 сек. между сериями; магнитная индукция 100 % ПМО; по 1200 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. СТБС области ДППФК правой гемисферы F4: непрерывная генерация серий трейнов частотой 1 Гц, по 3 импульса в трейне частотой 10 Гц; магнитная индукция 80 % ПМО; 1200 импульсов за процедуру; ежедневно	15–20
ФТ-10.24	Нейропатический болевой синдром	Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области М1 двоянным койлом (F8c): трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 80 % ПМО; по 3000 импульсов; ежедневно	10
ФТ-10.25		Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области М1 двоянным койлом (F8c): трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 20 Гц; магнитная индукция 80 % ПМО; по 2000 импульсов; ежедневно	10
ФТ-10.26	Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС). Фантомная боль	Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области М1 двоянным койлом (F8c): трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 90 % ПМО; по 2000 импульсов; ежедневно	10
ФТ-10.27	Фибромиалгия	Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области М1 левой гемисферы головного мозга двоянным койлом (F8c): трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 10 Гц; магнитная индукция 80 % ПМО; по 2000 импульсов; ежедневно	10
ФТ-10.28		Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области ДППФК левой гемисферы головного мозга двоянным койлом (F8c): трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; по 3000 импульсов; ежедневно	10

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-10.29	Атаксия (рассеянный склероз, ОНМК в вертебробазилярном бассейне)	Низкочастотная рТМС проекции мозжечка (по срединной линии) двоянным койлом (F8c); непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 100–110 % ПМО; 900–1200 импульсов за процедуру; ежедневно	10–15
ФТ-10.30	Когнитивная дисфункция (болезнь Альцгеймера)	Высокочастотная рТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) левой гемисферы головного мозга (F3) двоянным койлом (F8c); трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; 3000 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + занятия с нейтропсихологом
ФТ-10.31		Высокочастотная рТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) левой гемисферы головного мозга (F3) двоянным койлом (F8c); трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 20 Гц; магнитная индукция 110 % ПМО; 2000 импульсов за процедуру; ежедневно	10 + занятия с нейтропсихологом
ФТ-10.32		Мультисайтговая рТМС левой и правой ДЛПФК (F3, F4), зон Брока и Вернике (F3-F5, F4-F6), теменных областей (F3, F4) двоянным койлом (F8c); трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 30 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 120 % ПМО; 400 импульсов на каждую зону ежедневно с чередованием по две смежные зоны в день	20 + занятия с нейтропсихологом
ФТ-10.33	Тиннитус (шум в ушах)	Низкочастотная рТМС области верхней височной извилины STG (1,5 см кзади от T3-C3) двоянным койлом (F8c); непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1200–1800 импульсов за процедуру; ежедневно	10 (20)
ФТ-10.34		Мультисайтговая рТМС области височно-теменной коры (T3-TP7) и ДЛПФК (F3) левой гемисферы двоянным койлом (F8c) последовательно в течение одной процедуры: 1. Низкочастотная рТМС области левой височно-теменной коры (T3-TP7); непрерывно с частотой импульсов 1 Гц; магнитная индукция 90–100 % ПМО; 1200 импульсов за процедуру; ежедневно. 2. Стимуляция ДЛПФК левой гемисферы F3; трейнами по 4 сек. (40 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 20 Гц; магнитная индукция 100 % ПМО; 1000 импульсов за процедуру; ежедневно	10
ФТ-10.35	Зрительные нарушения (нисходящая атрофия зрительного нерва, ОНМК в области зрительной коры)	Высокочастотная рТМС контралатеральной боли области M1 левой гемисферы головного мозга кольцевым койлом (O-ring figure); трейнами по 5 сек. (50 импульсов в трейне), межтрейновый интервал 10–15 сек., с частотой импульсов 10 Гц; магнитная индукция 110 % ПМО; по 2000 импульсов; ежедневно	10
<b>ФТ-26</b>	<b>A17.23.004 Электростимуляция головного мозга</b>		
ФТ-26.1	Двигательные нарушения при тяжелом инсульте	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Лоток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 18 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 (выбрать на стороне пораженного полушария), электрод-катод (–) через прокладку площадью 18 см <sup>2</sup> в области Fp1 или Fp2 (выбрать) контралатерально аноду; сила тока 1 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	10

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-26.2	Двигательные нарушения при инсульте	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 ( <b>выбрать на стороне пораженно полушария</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области Fr1 или Fr2 ( <b>выбрать</b> ) контрлатерально аноду; сила тока 1 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	10
ФТ-26.3	Двигательные нарушения при инсульте: <ul style="list-style-type: none"> <li>• выравнивание межполушарного дисбаланса БЭА мозга;</li> <li>• при реабилитации центральных парезов верхней конечности;</li> <li>• реабилитация в позднем восстановительном и резидуальном периодах инсульта</li> </ul>	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 ( <b>выбрать на стороне пораженно полушария</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 ( <b>выбрать</b> ) контрлатерально аноду; сила тока 1,5 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	10
ФТ-26.4	Болевой синдром: <ul style="list-style-type: none"> <li>• центральная постинсультная боль;</li> <li>• хроническая нейропатическая боль</li> </ul>	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 (выбрать контрлатерально стороне боли), электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области Fr1 или Fr2 (выбрать) контрлатерально аноду; сила тока 2 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	10 (20)
ФТ-26.5	Двигательный дефицит (болезнь Паркинсона)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> на 2 см переди от С <sub>6</sub> , электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области Fr1 или Fr2 ( <b>выбрать</b> ) контрлатерально наиболее пораженной стороне; сила тока 2 мА; время процедуры 13 мин.; ежедневно ( <b>3 раза в неделю</b> )	6
ФТ-26.6	Когнитивный дефицит (постинсультный)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области Т3, электрод-катод (-) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области Т4; сила тока 2 мА; время процедуры 30 мин.; ежедневно	15
ФТ-26.7	Когнитивный дефицит (черепно-мозговая травма)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области F3 (левой дорсолатеральной префронтальной коры), электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области F4 (правой дорсолатеральной префронтальной коры); сила тока 2 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно ( <b>1 или 2 раза в день</b> )	10 (20)
ФТ-26.8	Когнитивный дефицит (болезнь Паркинсона)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области F3 или F4 ( <b>выбрать контрлатерально наиболее пораженной стороне</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области Fr1 или Fr2 ( <b>выбрать</b> ) контрлатерально аноду; сила тока 2 мА; время процедуры 25 мин.; ежедневно	10

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-26.9	Когнитивный дефицит (рассеянный склероз)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области F3 или F4 ( <b>выбрать контроллерно на наиболее пораженной стороне</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> на плечевой сустав контроллерно аноду; сила тока 2 мА; время процедуры 25 мин.; ежедневно	10
ФТ-26.10	Депрессия (постинсультная)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области T3, электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области T4; сила тока 2 мА; время процедуры 30 мин.; еж. (5 раз в неделю); № 10 (20)	10 (20)
ФТ-26.11	Спастический синдром верхних конечностей	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 ( <b>выбрать на стороне пораженного полушария</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области С3 или С4 ( <b>выбрать</b> ) контроллерно аноду; сила тока 1,5 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	10
ФТ-26.12	Афазия (постинсультная)	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области F5 (поле Брока) или С <sub>р</sub> 5, электрод-катод (-) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области Fp2 контроллерно аноду; сила тока 1–2 мА; время процедуры 20 мин.; ежедневно	более 5
ФТ-26.13		Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 35 см <sup>2</sup> в области С3, электрод-катод (-) через прокладку площадью 100 см <sup>2</sup> в области Fp2 контроллерно аноду; сила тока 1 мА; время процедуры 20 мин.; 2 раза в день, 4 дня в неделю	16
ФТ-26.14	Неглект-синдром	Транскраниальная электростимуляция постоянным током от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области P3 или P4 ( <b>выбрать на стороне пораженного полушария</b> ), электрод-катод (-) через прокладку площадью 25 см <sup>2</sup> в области С <sub>р</sub> ; сила тока 2,0 мА; время процедуры 30 мин.; ежедневно	15
ФТ-26.15	Болевой синдром	Транскраниальная электростимуляция от аппарата «МАГНОН-ДКС» (двухканальная): лобно-сосцевидное расположение электродов; форма импульса прямоугольная биполярная; длительность импульса 3,5 мс; частота заполнения 1/0,29 кГц; частота 77±2 Гц; сила тока до 1 мА; время процедуры 15–20 мин.; ежедневно. Активизация выработки эндогенных эндорфинов и энкефалинов	5 (10)
<b>ФТ-25</b>	<b>А17.30.030 Электростимуляция лицевого и/или тройничного нервов, мимических и/или жевательных мышц</b>		
ФТ-25.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мигрень.</li> <li>• Головная боль напряжения</li> </ul>	Терапевтическая электростимуляция супраорбитальной ветви тройничного нерва от аппарата «Цефали» с расположением электрода на нижней части лба: программа 1 (2 или 3); время процедуры 20 мин.; ежедневно (один или несколько раз в день — <b>указать</b> ). ПРОГРАММА 1 разработана для лечения мигрени и головных болей напряжения. ПРОГРАММА 2 разработана для профилактики головных болей напряжения и мигрени, она используется в безболе-вые периоды. ПРОГРАММА 3 мягче, чем две предыдущие (может использоваться вместо программ 1 и 2 для постепенного при-выкания к терапии на аппарате)	10 (30)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>А17.26.005 Гальванизация</b>			
ФТ-28.1	Повышенный тонус ЦНС	Эндоназальная гальванизация от аппарата «Поток-1»: полостной раздвоенный электрод-анод (+) в носовые ходы, индифферентный электрод-катод (-) через прокладку площадью 100 см <sup>2</sup> — на шейно-затылочную область; сила тока до 2 мА; время процедуры 15 мин.; ежедневно. Бормозная, успокаивающая методика	5 (10)
ФТ-28.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пониженный тонус ЦНС.</li> <li>Астения</li> </ul>	Эндоназальная гальванизация от аппарата «Поток-1»: полостной раздвоенный электрод-катод (-) в носовые ходы, индифферентный электрод-анод (+) через прокладку площадью 100 см <sup>2</sup> — на шейно-затылочную область; сила тока до 2 мА; время процедуры 10 мин.; ежедневно. Активизирующая, тонизирующая методика	5 (10)
ФТ-28.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повышенный тонус ЦНС.</li> <li>Тревожность, повышенная возбудимость.</li> <li>Артериальная гипертензия</li> </ul>	Общая гальванизация по Вермелю от аппарата «Поток-1»: площадь электрода-анода (+) в межлопаточной области — см <sup>2</sup> ( <b>указать в зависимости от площади и зоны воздействия</b> — от 100 до 400 см <sup>2</sup> ); площадь раздвоенного электрода-анода (-) в проекции икроножных мышц по ___ см <sup>2</sup> X2 (каждый из которых имеет в два раза меньшую площадь — 50–200 см <sup>2</sup> ); сила тока до ___ мА ( <b>указать из расчета плотности тока 0,02–0,04 мА/см<sup>2</sup></b> ); продолжительность 15–20 мин, ежедневно. Успокаивающая (седативная), гипотензивная методика	10 (15)
ФТ-28.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пониженный тонус ЦНС.</li> <li>Затороженность, апатия, повышенная утомляемость.</li> <li>Артериальная гипотензия</li> </ul>	Общая гальванизация по Вермелю от аппарата «Поток-1»: площадь электрода-анода (-) в межлопаточной области — см <sup>2</sup> ( <b>указать в зависимости от площади и зоны воздействия</b> — от 100 до 400 см <sup>2</sup> ); площадь раздвоенного электрода-анода (+) в проекции икроножных мышц по ___ см <sup>2</sup> X2 (каждый из которых имеет в два раза меньшую площадь — 50–200 см <sup>2</sup> ); сила тока до ___ мА ( <b>указать из расчета плотности тока 0,02–0,04 мА/см<sup>2</sup></b> ); продолжительность 15–20 мин, ежедневно. Активизирующая, тонизирующая, повышающая АД методика	10 (15)
ФТ-28.5	Нарушение микроциркуляции, трофических процессов и местной регуляции функций органов малого таза	Гальванизация трусиковой зоны (сегментарно-рефлекторная методика) от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) на пояснично-крестцовую область S ___ см <sup>2</sup> ( <b>указать в зависимости от площади и зоны воздействия</b> — 300–400 см <sup>2</sup> ); площадь раздвоенного электрода-анода (-), расположенного на передних поверхностях бедер, по ___ см <sup>2</sup> X2 (каждый из которых имеет в два раза меньшую площадь — 150–200 см <sup>2</sup> ); продолжительность процедуры 6 мин., сила тока 6 мА (+ 2 мин., 2 мА при каждой очередной процедуре — до 16 мин, 16 мА), ежедневно	10 (15)
ФТ-28.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вертеброгенный болевой синдром.</li> <li>Сегментарная дизрегуляция</li> </ul>	Гальванизация позвоночника от аппарата «Поток-1» по продольной методике: электрод-анод (+) S ___ см <sup>2</sup> на уровне сегментов ( <b>указать</b> ) отдела позвоночника ( <b>указать</b> ) и электрод-катод (-) S ___ см <sup>2</sup> на уровне сегментов ( <b>указать</b> ) отдела позвоночника ( <b>указать</b> ); сила тока до ___ мА ( <b>указать из расчета плотности тока 0,05 мА/см<sup>2</sup></b> ); продолжительность 15–20 мин; ежедневно	10 (15)
ФТ-28.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Суставной болевой синдром.</li> <li>Трофические нарушения.</li> </ul>	Гальванизация сустава ( <b>указать</b> ) от аппарата «Поток-1» по поперечной методике: электрод-анод (+) S ___ см <sup>2</sup> ( <b>указать площадь электрода и область наложения</b> ), электрод-катод (-) S ___ см <sup>2</sup> ( <b>указать площадь электрода и область наложения</b> ); сила тока до ___ мА ( <b>указать из расчета плотности тока</b> — 0,05–0,1 мА/см <sup>2</sup> ); продолжительность 15–20 мин.; ежедневно	10 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-28.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Периферический болевой синдром.</li> <li>Трофические нарушения.</li> <li>Местная и сегментарная дисрегуляция.</li> </ul>	<p>Гальванизация местная (<b>указать, например:</b> ягодичной области, бедра или задней поверхности голени) от аппарата «Поток-1» по продольной или поперечной (<b>указать</b>) методике: электрод-анод (+) <math>5 \text{ см}^2</math> (<b>указать площадь электрода и область наложения</b>), электрод-катод (-) <math>5 \text{ см}^2</math> (<b>указать площадь электрода и область наложения</b>); сила тока до <math>0,05-0,1 \text{ мА/см}^2</math>; продолжительность 15–20 мин.; ежедневно</p>	10 (15)
ФТ-28.9	Дисфункция внутреннего органа	<p>Гальванизация в проекции внутреннего органа (<b>указать, например:</b> в проекции желчного пузыря или на нижние отделы грудной клетки) от аппарата «Поток-1»: электрод-анод (+) или -катод (-) <math>5 \text{ см}^2</math> (<b>указать полярность, площадь электрода и область наложения, например:</b> в проекции мочевого пузыря), электрод-катод (-) или анод (-) <math>5 \text{ см}^2</math> (<b>указать полярность, площадь электрода и область наложения в проекции зоны сегментарной иннервации органа, например:</b> на уровне нижнегрудных или крестцовых сегментов позвоночника); сила тока до <math>0,05-0,1 \text{ мА/см}^2</math>; продолжительность 15–20 мин.; ежедневно</p>	10 (15)
<b>ФТ-29</b>		<b>А17.08.001.001 Электрофорез лекарственных препаратов эндокалывный</b>	
ФТ-29.1	Показания определяются форетиреуемым лекарственным препаратом	<p>Препарат (<b>пример:</b> витамин В<sub>1</sub>), (2%) -электрофорез (эндокалывно) от аппарата «Поток-1»; полостной раздвоенный электрод-анод (+) в носовые ходы, индифферентный электрод-катод (-) через прокладку площадью <math>100 \text{ см}^2</math> — на шейно-затылочную область; сила тока до 2 мА; время процедуры 10 мин.; ежедневно (полярность введения определяется форетиреуемым лекарственным веществом)</p>	10 (15)
<b>ФТ-30</b>		<b>А17.25.001 Внутрушней электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа слуха</b>	
ФТ-30.1	Показания определяются форетиреуемым лекарственным препаратом	<p>Препарат-электрофорез (эндоаурально) от аппарата «Поток-1»; полостной электрод-анод (+) в правый или левый (<b>указать</b>, полярность введения определяется форетиреуемым лекарственным веществом) наружный слуховой проход, индифферентный электрод-катод (-) в левый или правый (<b>указать</b>) через прокладку площадью <math>100 \text{ см}^2</math> — на шейный отдел позвоночника; сила тока 1 мА; время процедуры 12 мин.; ежедневно. <b>Пример:</b> лидаза-электрофорез (эндоаурально) — рассасывающее, дефибрирующее действие при отите</p>	10 (15)
<b>ФТ-31</b>		<b>А17.24.011 Электростимуляция двигательных нервов</b>	
ФТ-31.1	Брахиоплексопатия	<p>СМТ-электростимуляция в проекции плечевого сплетения от аппарата «КОМБИ 200» с расположением электродов в надключичной области и наружной поверхности плечевого сустава: ПРОГРАММА № 120 (частота заполнения 4 кГц; чередование частот модуляции 5 и 100 Гц каждые 6 сек.); сила тока до отчетливой безболезненной вибрации с легкими безболезненными сокращениями мышц на низкой частоте; время процедуры до 20 мин.; ежедневно</p>	10 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>A17.02.001 Электростимуляция мышц</b>			
ФТ-5.1	<p>Мышечная спастичность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкая.</li> <li>• Умеренная.</li> <li>• Выраженная</li> </ul>	<p>Электромиостимуляция (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>(указать стимулируемые мышцы с разделением по каналам):</b> ПРОГРАММА № 181 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 150 мкс (или 300, 400, 500 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота импульсов в пачке 80 Гц, частота пачек импульсов 2 Гц); сила тока до легких-умеренных безболезненных мышечных сокращений; время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Воздействовать на антагонисты спастичным мышцам или на функционально ослабленные, денервированные мышцы. Методика, наименее утомительная для стимулируемых мышц</p>	10 (15)
ФТ-5.2	<p>Мышечная спастичность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Легкая.</li> <li>– Умеренная.</li> </ul> <p>Мышечная денервация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкая.</li> <li>• Функциональное ослабление (снижение силы и/или выносливости) мышц (без денервации).</li> <li>• Мышечная гипотрофия</li> </ul>	<p>СМТ-электромиостимуляция (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>(указать стимулируемые мышцы с разделением по каналам):</b> ПРОГРАММА № 15 (частота заполнения 2 кГц; частота импульсов 50 Гц; посылка 2 сек. (или 4, 6 сек.), пауза (отсутствие подачи тока) 8 сек. (или 16, 24 сек. соответственно)); сила тока до умеренных безболезненных сокращений мышц; время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Методика выбора для тренировки, укрепления неденервированных или слабоденервированных мышц; электростимуляция антагонистов легко-умеренно-спастичным мышцам; требует контроля утомления стимулируемой мышцы</p>	10 (15)
ФТ-5.3	<p>Мышечная спастичность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Легкая.</li> <li>– Умеренная.</li> <li>– Мышечная денервация:</li> <li>– Умеренная.</li> <li>– Выраженная.</li> <li>• Функциональное ослабление (снижение силы и/или выносливости) мышц (без денервации).</li> <li>• Мышечная гипотрофия</li> </ul>	<p>Электромиостимуляция двухфазным волновым током (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>(указать стимулируемые мышцы с разделением по каналам):</b> ПРОГРАММА № 13 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 300 мкс (или 400, 500 и 650 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 40 Гц, время стимуляции (посылки) 2 сек. (или 4, 6 сек.), время покоя (паузы) 8 сек. (или 16, 24 сек. соответственно)); сила тока до умеренных безболезненных мышечных сокращений; время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Воздействовать на антагонисты спастичным мышцам или на функционально ослабленные, денервированные мышцы</p>	10 (15)
ФТ-5.4	<p>Мышечная денервация:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Умеренная.</li> <li>– Выраженная.</li> <li>• Мышечная гипотрофия</li> </ul>	<p>Электромиостимуляция прямоугольным монофазным волновым током (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>(указать стимулируемые мышцы с разделением по каналам):</b> ПРОГРАММА № 11 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 300 мкс (или 400, 500, 1000 и 5000 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 40 Гц, время стимуляции (посылки) 2 сек. (или 4, 6 сек.), время покоя (паузы) 8 сек. (или 16, 24 сек. соответственно)); сила тока до умеренных безболезненных мышечных сокращений; время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Воздействовать на антагонисты спастичным мышцам или на функционально ослабленные, денервированные мышцы</p>	10 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-5.5	Снижение мышечной силы	Электроимпульсная двухфазная волновым током (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>указывать стимулируемые мышцы с разделением по каналам</b> : ПРОГРАММА № 13 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 400 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 30–35 Гц, время стимуляции (посылки) 4 сек. (или 6, 10 сек.), время покоя (паузы) 8 сек. (или 12, 20 сек. соответственно); сила тока до легких безболезненных мышечных сокращений; время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Не допускать утомления мышц (при повышенной мышечной утомляемости увеличиваем паузу)	10 (15)
ФТ-5.6	Снижение мышечной выносливости	Электроимпульсная двухфазная волновым током (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>указывать стимулируемые мышцы с разделением по каналам</b> : ПРОГРАММА № 13 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 400 мкс (или 500, 650 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 20 Гц, время стимуляции (посылки) 2 сек., время покоя (паузы) 2 сек. (или 4, 8 сек.); сила тока до минимальных безболезненных мышечных сокращений; время процедуры от 20 мин. до 1 ч; ежедневно. Не допускать утомления мышц (при повышенной мышечной утомляемости увеличиваем паузу)	10 (15)
ФТ-5.7	Выраженная мышечная слабость и гипотрофия	Электроимпульсная двухфазная волновым током (одноканальная или двухканальная) от аппарата «КОМБИ 200» — <b>указывать стимулируемые мышцы с разделением по каналам</b> : ПРОГРАММА № 13 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 400 мкс (или 500, 650 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 10 Гц, время стимуляции (посылки) 2 сек., время покоя (паузы) 2 сек. (или 4, 8 сек.); сила тока до минимальных безболезненных мышечных сокращений; время процедуры от 20 мин. до 1 ч; ежедневно. Не допускать утомления мышц (при повышенной мышечной утомляемости увеличиваем паузу)	10 (15)
<b>ФТ-6</b>		<b>A17.02.001 Электростимуляция мышц</b>	
ФТ-6.1	Полиневромиопатия критических состояний. Двигательная полиневропатия или множественная невропатия другого уточненного генеза	Электроимпульсная двухфазная волновым током (четырёх- или восьмиканальная) мышц верхних конечностей (трехглавая и двуглавая мышцы плеча, сгибатели и разгибатели кисти с двух сторон); форма импульса тока прямоугольная биполярная; длительность 400 мкс (или 500, 650 мкс при отсутствии мышечных сокращений); частота имп. 100 Гц (или 80–40 Гц при отсутствии сокращений), время стимуляции (посылки) 5 сек., время покоя (паузы) 25 сек.; сила тока до выраженных безболезненных мышечных сокращений (до 50 циклов сокращения каждой мышцей); время процедуры до 1 ч; ежедневно. Не допускать утомления мышц (при повышенной мышечной утомляемости увеличиваем межстимуляционную паузу)	10 (15)
<b>ФТ-18</b>		<b>A17.28.003 Электростимуляция мочевого пузыря</b>	
ФТ-18.1	Гипофункция детрузера мочевого пузыря	СМТ-электростимуляция мочевого пузыря от аппарата «КОМБИ 200» с расположением прямоугольных пластинчатых электродов над областью лобка и крестцом (поперечно); ПРОГРАММА № 15 (частота заполнения 2 кГц; частота импульсов 50 Гц; посылка 2 сек., пауза (покоя) 2 сек.); сила тока до легких-умеренных безболезненных сокращений мышц передней брюшной стенки; время процедуры 10–12 мин.; ежедневно	10 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>А17.02.001 Электростимуляция мышц</b>			
<b>ФТ-19</b>			10 (15)
ФТ-19.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Функциональная слабость диафрагмы (на фоне протезирования).</li> <li>• Невропатия диафрагмального нерва</li> </ul>	<p>Электростимуляция дыхательных мышц (диафрагмы) от аппарата «КОМБИ 200» с расположением прямоугольных пластинчатых электродов с двух сторон на область VII ребра в подмышечной области (одноканальная методика) или расположение электродов спереди и сзади с двух сторон на уровне VII ребра (двухканальная методика); ПРОГРАММА № 15 (частота заполнения 2,0 кГц; частота импульсов 50 Гц; посылка 2 сек.; пауза (покоя) 2 сек.); сила тока до легких умеренных безболезненных сокращений межреберных мышц; время процедуры 10–12 мин; ежедневно</p>	
<b>А17.30.006 Чрескожная короткоимпульсная электростимуляция</b>			
<b>ФТ-32</b>			10 (30)
ФТ-32.1	Дисфагия	Терапевтическая электростимуляция затылочного нерва от аппарата «Цефали» с расположением электрода на нижней части лба: программа 1 (2 или 3); время процедуры 20 мин.; ежедневно (один или несколько раз в день — <b>указать</b> )	
ФТ-32.2	Острый болевой синдром	ЧЭНС (чрескожная электростимуляция) от аппарата «КОМБИ 200». <b>Примеры:</b> на правой плечевой сустав (поперечно), на ягодичную область и заднюю поверхность голени справа (продольно); на нижнешейный отдел позвоночника и переднюю поверхность правого плечевого сустава (поперечно-диагонально); ПРОГРАММА № 180 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 40 мкс; минимальная частота 80 Гц, максимальная частота 150 Гц; режим модуляции чередования частот 6 сек.); сила тока до легкой-умеренной безболезненной вибрации или покалывания; время процедуры 20 мин.; ежедневно (1 или 2 раза в день)	10 (30)
ФТ-32.3	Подострый болевой синдром	ЧЭНС от аппарата «КОМБИ 200» ( <b>указать области наложения электродов для каждого канала</b> ): ПРОГРАММА № 181 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 150 мкс; частота имп. 80 Гц); частота пачек имп. 2 Гц; сила тока до легкой-умеренной безболезненной вибрации или покалывания; время процедуры 20 мин.; ежедневно (1 или 2 раза в день)	10 (30)
ФТ-32.4	Подострый или хронический болевой синдром	ЧЭНС от аппарата «КОМБИ 200», область наложения электродов (1 или 2 канала); ПРОГРАММА № 181 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 150 мкс; частота имп. 80 Гц; частота пачек имп. 2 Гц); сила тока до легкой-умеренной безболезненной вибрации или покалывания; время процедуры 20 мин.; ежедневно (1 или 2 раза в день)	10 (30)
ФТ-32.5	Хронический болевой синдром	ЧЭНС от аппарата «КОМБИ 200», область наложения электродов (1 или 2 канала); ПРОГРАММА № 182 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 300 мкс; минимальная частота 2 Гц, максимальная частота 4 Гц; режим модуляции чередования частот 6 сек.); сила тока до легкой-умеренной безболезненной вибрации или покалывания; время процедуры 20 мин.; ежедневно (1 или 2 раза в день)	10 (30)
ФТ-32.6	Повышение тонуса мышц (центрального генеза), спастичность	ЧЭНС от аппарата «КОМБИ 200» в проекции гипертоничных (спастичных) мышц ( <b>указать мышцы 1 или 2 канала</b> ); ПРОГРАММА № 180 (форма импульса прямоугольная биполярная; длительность 40 мкс; минимальная частота 120 Гц, максимальная частота 150 Гц; режим модуляции чередования частот 6 сек.); сила тока до легкой безболезненной вибрации; время процедуры 20 мин.; ежедневно (1 или 2 раза в день)	10 (30)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>A17.30.004 Воздействие синусоидальными модулированными токами</b>			
<b>ФТ-33</b>			10 (15)
ФТ-33.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ноцицептивный болевой синдром.</li> <li>Нарушение трофики тканей</li> </ul>	СМТ от аппарата «КОМБИ 200» на область воздействия: ПРОГРАММА № 120 с изменениями (несущая частота 5 кГц; минимальная частота 100 Гц, максимальная частота 150 Гц; режим модуляции чередования частот 6 сек.); сила тока до легкой-умеренной безболезненной вибрации; время процедуры 20 мин.; ежедневно	
<b>A17.30.005 Воздействие интерференционными токами</b>			
<b>ФТ-34</b>			10 (15)
ФТ-34.1	Болевой синдром и (или) нарушение трофики в суставах и позвоночнике	Интерференционные токи от аппарата «КОМБИ 200» на правой или левой (указать) плечевой сустав по 4-полюсной методике (1-й канал — область надплечья — передняя поверхность плечевого сустава; 2-й канал — подключичная область — задняя поверхность плечевого сустава); ПРОГРАММА № 84 (частота заполнения 4 кГц, мин./макс. частоты 50 Гц (больше трофическое, миостимулирующее действие) или мин. частота 100 Гц, макс. частота 150 Гц (больше обезболивающее действие); время вращения вектора интерференции 6 сек.); время процедуры 20 мин.; ежедневно	
<b>A17.24.010 Многофункциональная электростимуляция мышц</b>			
<b>ФТ-35</b>			10 (15)
ФТ-35.1	С целью стимуляции автоматизмов ходьбы	ФЭС (функциональная электростимуляция) мышц нижних конечностей (четырёхглавая, передняя большеберцовая, задняя группа мышц бедра — «хамстринги», икроножная — выбрать мышцы) с двух сторон от робота-вертикализатора ERIGO-PRO: схема движения ноги синусоидальная; длительность импульса 50–500 мкс; частота импульсов 10–50 Гц; наклон кривой нарастания амплитуды электротока 1–10 импульсов; время процедуры 20–30 мин.; ежедневно	
<b>A17.30.014 Трансцеребральное воздействие магнитными полями</b>			
<b>ФТ-21</b>			10 (20)
ФТ-21.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения (инсульта), транзиторной ишемической атаки, хронической ишемии головного мозга (на всех этапах лечения и реабилитации).</li> <li>Мигрень.</li> <li>Нарушение сна.</li> <li>Тревожно-депрессивные нарушения.</li> <li>Черепно-мозговая травма</li> </ul>	<p>BeMP (бегущее магнитное поле) от аппарата «ДИАМАГ» на голову (с центрацией оголовья индукторов на затылочную и лобную области); ПРОГРАММА № 1 (режим непрерывный); способ воздействия пачками импульсов; частота импульсов в пачке 7 Гц; частота пачек импульсов 1–5 Гц; магнитная индукция 10 мТл; направление перемещения поля от индуктора № 1 (затылочная область); время процедуры до 20 мин.; ежедневно.</p> <p>Длительность 20 мин — при хорошей переносимости; минимальное время процедуры 5 мин. (обычно время процедуры от 12 до 20 мин.). Это более модулированный вариант магнитотерапии, имеющий больше терапевтических точек приложения при инертности ответа ЦНС, с этой программы начинать лечение</p>	
ФТ-21.2		BeMP (бегущее магнитное поле) от аппарата «ДИАМАГ» на голову (с центрацией оголовья индукторов на затылочную и лобную области); ПРОГРАММА № 2 (режим непрерывный); способ воздействия одиночными импульсами; частота импульсов 7 Гц; магнитная индукция 10 мТл; направление перемещения поля от индуктора № 1 (затылочная область); время процедуры до 20 мин.; ежедневно. Менее модулированная программа магнитотерапии, терапевтические эффекты которой реализуются (в условиях достаточной лабильности корко-подкорковой нейродинамики) отчасти через общее навязывание ритма. Этой программой продолжаем лечение или назначаем ее при повторной госпитализации	

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-21.3	Паркинсонизм	ИМПМП (импульсное магнитное поле) от аппарата «ДИАМАГ» на голову (с центральной оголовья индукторов на затылочную и лобную область); ПРОГРАММА № 4 (режим непрерывный; способ воздействия пачками импульсов; частота импульсов в пачке 7 Гц; частота пачек импульсов 1–5 Гц); магнитная индукция 8 мТл; время процедуры до 20 мин. (от 7 до 20 мин.); ежедневно. Программа характеризуется большим коэффициентом воздействия магнитного поля в единицу времени, что способствует интенсификации клеточного метаболизма (но меньше влияет на реологию крови и гемодинамику)	10 (20)
ФТ-21.4	Цервикокраниалгия (на фоне остеохондроза ШОП), краниалгии, артериальная гипертензия	БЕМП (бегущее магнитное поле) от аппарата «ДИАМАГ» на затылочную область и шейно-грудной отдел позвоночника (паравертебрально); ПРОГРАММА № 1 (режим непрерывный; способ воздействия пачками импульсов; частота импульсов в пачке 7 Гц; частота пачек импульсов 1–5 Гц); магнитная индукция 10 мТл; направление перемещения поля от индуктора № 1 (затылочная область); время процедуры до 20 мин.; ежедневно	10 (20)
ФТ-21.5	Артериальная гипотензия, астеня	БЕМП (бегущее магнитное поле) от аппарата «ДИАМАГ» на затылочную область и шейно-грудной отдел позвоночника (паравертебрально); ПРОГРАММА № 1 (режим непрерывный; способ воздействия пачками импульсов; частота импульсов в пачке 7 Гц; частота пачек импульсов 1–5 Гц); магнитная индукция 10 мТл; направление перемещения поля от индуктора № 1 (уровень грудного отдела позвоночника); время процедуры 12 мин.; ежедневно	10 (20)
<b>ФТ-22</b>	<b>АТ7.30.031 Воздействие магнитными полями</b>		
ФТ-22.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>С целью улучшения венозного оттока из полости черепа (субокципитальная методика).</li> <li>С целью оказания местного противоточного, противовоспалительного, трофического и противоволевого действия</li> </ul>	ПуМП (пульсирующее магнитное поле) от аппарата «Полюс-2 Д» на субокципитальные зоны (улучшает венозный отток из полости черепа); на плечевой и др. суставах; шейный (грудной, поясничный) отдел позвоночника; проекцию мочевого пузыря; промежность и т.д.; частота 12,5 Гц; магнитная индукция 40 мТл; время процедуры 12–15 мин. (противоотечное и противовоспалительное действие), 20–30 мин. (трофическое и противоволевоое действие); ежедневно	10 (20)
	Ультразвуковая терапия		
<b>ФТ-39</b>	<b>А22.23.003 Воздействие ультразвуком при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга</b>		
ФТ-39.1	Миофиброз индуцированный мышечной спастичностью (с локальным болевым синдромом)	<p>Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200» на __ мышцу (-ы) в 2, 3, 4 поля (<b>указываем, если больше одного поля</b>): 1 МГц; импульсный режим, длительность импульса от 3 мс (заполнение 30 %); интенсивность 0,1–0,2–0,4 Вт/см<sup>2</sup> (<b>увеличиваем плотность мощности по мере уменьшения интенсивности боли</b>); общее время процедуры __ мин. ( __ минуты на одно поле); ежедневно.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 МГц только для поверхностных плоских мышц и кожи.</li> <li>Импульсный режим — более мягкой режим, нет теплового эффекта, назначать в начале лечения, в острой фазе заболевания и при боли.</li> <li>Чем больше длительность импульса, тем интенсивнее процедура; при болевом синдроме или в острой фазе можем начать от 1 мс и каждый день (при хорошей переносимости) увеличиваем + 1 мс (до 5 мс, и далее остаться на этой длительности), а можно работать на 3 мс в течение всего курса.</li> <li>Общее время процедуры до 15 мин. (от 3 до 7 мин. на одно поле)</li> </ul>	5 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-39.2	Профилактика и лечение миофиброза индуцированного мышечной спастичностью (без болевого синдрома).	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: на мышцу (-ы) в 2, 3, 4 поля ( <b>указываем, если больше одного поля</b> ): 1,1 МГц; непрерывный режим (заполнение 100%); интенсивность 0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; общее время процедуры ... мин. (... мин. на одно поле); ежедневно. <ul style="list-style-type: none"> <li>Непрерывный режим — умеренный локальный тепловой эффект, более выражено дефибрирующее действие.</li> <li>Интенсивность уменьшить до 0,2–0,4 Вт/см<sup>2</sup> (если мало мягких тканей, паравертбрально или в проекции нерва)</li> </ul>	5 (15)
<b>ФТ-38</b>		<b>A22.24.002 Воздействие ультразвуковое при заболеваниях периферической нервной системы</b>	
ФТ-38.1	Периферическая невропатия	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: в проекции ___ нерва (нервов) в 2, 3, 4 поля ( <b>указываем, если больше одного поля</b> ): 1,1 МГц; импульсный режим, длительность импульса 2–3 мс (заполнение 20–30%); интенсивность 0,2–0,4 Вт/см <sup>2</sup> ; общее время процедуры ___ мин. (... мин. на одно поле); ежедневно. <ul style="list-style-type: none"> <li>3 МГц только при поверхностном расположении невралгических образований.</li> <li>Общее время процедуры до 12 мин. (3–4 мин. на одно поле)</li> </ul>	5 (15)
ФТ-38.2	Локальные трофические нарушения или воспалительный процесс (инфильтрат) поверхностных мягких тканей	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: в ___ области ( <b>указать</b> ): 3,0 МГц; импульсный (или непрерывный) режим, длительность импульса 3–10 мс (заполнение 30–100%); интенсивность 0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; время процедуры 4–6 минут; ежедневно	5 (15)
ФТ-38.3	Локальные трофические нарушения или воспалительный процесс (инфильтрат) глубоких мягких тканей	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: в ___ области ( <b>указать</b> ): 1,1 МГц; импульсный (или непрерывный) режим, длительность импульса 3–10 мс (заполнение 30–100%); интенсивность 0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; интенсивность 0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; время процедуры 4–6 мин.; ежедневно	5 (15)
<b>ФТ-37</b>		<b>A22.04.002 Воздействие ультразвуком при заболеваниях суставов</b>	
ФТ-37.1	Профилактика и лечение контрактуры сустава	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: ___ сустава ( <b>указать</b> ): 1,1 или 3,0 МГц (при целесообразности воздействия на поверхностные ткани); непрерывный режим (заполнение 100%); интенсивность 0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; время процедуры 7 мин.; ежедневно	5 (15)
ФТ-37.2	Подострый тендиоз, повреждение связок	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: в проекции ___ сухожилия или связки ( <b>указать</b> ): 1,1 или 3,0 МГц (при целесообразности более поверхностного воздействия); импульсный режим, длительность импульса 3 мс (заполнение 30%); интенсивность 0,2–0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; время процедуры 3–7 мин.; ежедневно	5 (15)
ФТ-37.3	Хронический тендиоз, повреждение связок	Ультразвуковая терапия от аппарата «КОМБИ 200»: в проекции ___ сухожилия или связки ( <b>указать</b> ): 1,1 или 3,0 МГц (при целесообразности более поверхностного воздействия); непрерывный режим (заполнение 100%); интенсивность 0,4–0,6 Вт/см <sup>2</sup> ; время процедуры 3–7 мин.; ежедневно	5 (15)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>A17.30.034 Ультрафонофорез лекарственных</b>			
<b>ФТ-16</b>			
ФТ-16.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тугоподвижность суставов. Кон-трактуры мышц.</li> <li>• Нарушение трофики тканей.</li> <li>• Заболевания и травмы перифе-рических нервов.</li> <li>• Хронический бронхит и бронхи-альная астма</li> </ul>	<p>Препарат-УФФ (ультрафонофорез) от аппарата «КОМБИ 200» на ___ сустав (-вы) в 2, 3, 4 поля (<b>лишем, если боль-ше одного поля</b>: 1,1 МГц (3 МГц только для кожи); импульсный ре-жим (более мягкий режим, нет теплового эф-фекта, назначать в начале лечения, в острой фазе, при боли) или непрерывный режим (есть умеренный локальный тепловой эффект, более выражено дефибрирующее действие); длительность импульса от 3 мс (чем больше дли-тельность импульса, тем интенсивнее процедура; при болевом синдроме или в острой фазе можем начать от 1 мс и каждый день (при хорошей переносимости) увеличиваем + 1 мс (до 5 мс, и далее остаться на этой длительно-сти); а можно работать на 3 мс в течение всего курса); интенсивность 0,2–0,4 Вт/см<sup>2</sup> (если мало мягких тканей, па-равертбрально или в проекции нерва), 0,4–0,6 Вт/см<sup>2</sup> (если хорошая жировая прослойка, мышцы; по мере умень-шения болевого синдрома; 0,6 Вт/см<sup>2</sup> лучше использовать только в импульсном режиме); общее время процедуры до 15 мин. (от 3 до 7 мин. на одно поле); ежедневно</p>	5 (15)
<b>A20.23.002 Воздействию парафином (озокеритом) при заболеваниях центральной нервной системы</b>			
<b>ФТ-1</b>			
ФТ-1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение мышечного тонуса (центрального генеза), мышеч-ная спастичность.</li> <li>• Контрактуры и нарушение тро-фики суставов.</li> <li>• Статодинамическая дисфункция позвоночника</li> </ul>	<p>Парафино-грязевые аппликации на область воздействия: температура парафранто-смеси 40–43 °С; время процеду-ры 20–30 мин.; ежедневно.</p> <p><b>Примеры:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Парафино-грязевые аппликации на область плечевого сустава.</li> <li>◊ Парафино-грязевые аппликации на мышцы-флексо-ры локтевого и лучезапястного суставов справа.</li> <li>◊ Парафино-грязевые аппликации на аддукторы бедра и тазобедренный сустав справа.</li> <li>◊ Парафино-грязевые аппликации лентой на позвоночник</li> </ul>	10 (15)
<b>A24.01.005.003 Криотерапия локальная</b>			
<b>ФТ-36</b>			
ФТ-36.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышенный тонус мышц.</li> <li>• Болевой синдром.</li> </ul>	<p>Локальная криотерапия на правой плечевой сустав (или группу (-ы) мышц) в два поля (передняя и задняя поверх-ности сустава): охлаждающими пакетами (-4...0 °С) контактно через тканевую салфетку по стабильной методи-ке; время воздействия на 1 поле 3–5 мин. (не понижать температуру тканей ниже уровня +8...10 °С); ежедневно (если 2 или 4 раза в день — <b>указать</b>)</p>	10 (20)
ФТ-7	Экстрапульмональная высокочастотная осцилляция грудной клетки (технология VEST (жилет))		

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-7.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заболевания и состояния бронхолегочной системы, сопровождающиеся изменениями легочной вентиляции, механики дыхания, гиперпродукции мокроты.</li> <li>• Различные респираторные нарушения, в т. ч. одышка.</li> <li>• Сегментарные и долевые ателектазы на фоне респираторных инфекций нижних дыхательных путей.</li> <li>• Пневмония с нарушением дренажной функции бронхов.</li> <li>• Парез дыхательных и вспомогательных мышц.</li> <li>• Мотонейрональные заболевания.</li> <li>• Мышечные дистрофии и миопатии.</li> <li>• Зависимость от ИВЛ</li> </ul>	<p>Экстрапульмональная высокочастотная осцилляция грудной клетки от пневмовибрационной системы Vest Airway Clearance System: частота компрессии/разрежения 1–20 Гц; давление 1–12 Бар; время процедуры до 30 мин.; ежедневно (1 или 2, 3, 4 раза в день)</p>	10 (40)
<b>ФТ-3</b>	<b>A22.30.002.001 Воздействие излучением видимого диапазона через зрительный анализатор (цветоимпульсная терапия)</b>		
ФТ-3.1	Нарушение циркадных (околосуточных) ритмов	Светотерапия (хромотерапия в синем диапазоне видимого спектра) от аппарата PHILIPS goLITE M2: интенсивность 50–100 % ( <i>указать диапазон</i> ); время 15, 30 или 45 мин. ( <i>указать</i> ); ежедневно	3 (10)
ФТ-11	Роликовый массаж стоп		
ФТ-11.1	Недостаточность проприоцептивной афферентации (плантарный вход)	Плантарная механическая сенсорная стимуляция роликовым массажером от аппарата Yamaguchi HYBRID: продолжительность 15 мин.; ежедневно	3 (10)
ФТ-12	Механическая плантарная компрессия		
ФТ-12.1	Недостаточность проприоцептивной афферентации (плантарный вход)	Плантарная механическая сенсорная стимуляция массажной панелью (ковриком); продолжительность 1–12 ч. ( <i>указать</i> ); ежедневно	3 (10)
ФТ-13	A17.30.009 Баровоздействие — прессоотерапия конечностей, пневмокомпрессия		

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
ФТ-13.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточность проприоцептивной афферентации.</li> <li>• Лимфостаз</li> </ul>	Пневмокомпрессионная стимуляция стоп от аппарата Yamaichi HYBRID: время процедуры 15 мин., ежедневно	5 (20)
<b>ФТ-14</b>		<b>A15.12.002.001 Прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей</b>	
ФТ-14.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактика тромбообразования в период иммобилизации.</li> <li>• Нарушение венозного оттока.</li> <li>• Лимфостаз</li> </ul>	Пневмокомпрессия стопы от аппарата SCD EXPRESS: рабочее давление манжеты для стопы 130 мм рт. ст.; режим компрессии 5 сек.; время процедуры 20 мин.; ежедневно (через день или 2 раза в неделю)	5 (10)
ФТ-14.2	Деофферентация	Пневмокомпрессия голени (бедро) от аппарата SCD EXPRESS: режим компрессии последовательный; цикл компрессии (бедро и голень по 11 сек.); рабочее давление манжеты для манжеты для бедра и голени — 45 мм рт. ст.; время процедуры 20 мин.; ежедневно (через день или 2 раза в неделю)	5 (10)
<b>ФТ-41</b>		<b>A22.30.015 Ударно-волновая терапия</b>	
ФТ-41.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подошвенный фасцит.</li> <li>• Эпикондилез надмыщелков плечевой кости.</li> <li>• Миофасциальный болевой синдром.</li> <li>• Тендиноз.</li> <li>• Плечелопаточная перiarтропатия.</li> <li>• Трохантеропериостоз.</li> <li>• Синдром подвздошно-большеберцового тракта.</li> <li>• Синдром собственной связки надколенника</li> </ul>	Радиальная экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ) на <u>    </u> ( <b>указать зону (-ы) воздействия</b> ) от аппарата STORZ MEDICAL ( <b>указать количество полей, если более одного</b> ); диаметр насадки 1,5 см <sup>2</sup> ; интенсивность (давление) 1–3 Бар; частота 5–15 Гц; 2000–3000 импульсов на одну зону; ежедневно (или через день; 1 раз в 3 дня; 1 раз в 5 дней; 1 раз в неделю)	3 (10)
<b>К-31</b>		<b>A17.02.001 Электростимуляция мышц</b>	
К-31.1	Активация процессов нейропластичности, улучшение функций равновесия и координации, через механизмы нейромодуляции структур головного мозга посредством электростимуляции рецепторов языка	Транслингвальная электростимуляция от аппарата «НЕЙРОПОРТ» в сочетании с кинезиотерапией: время процедуры 20–25 мин.; ежедневно 1, 2, 3 раза в день ( <b>указать</b> )	5 (42)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
<b>Л-21</b>	<b>А17.02.001 Электростимуляция мышц</b>		
Л-21.1	Тренировка, восстановление, поддержание, активация процессов нейропластичности и улучшения функций фонации, артикуляции и глотания через механизмы нейромодуляции структур головного мозга посредством электростимуляции рецепторов языка	Транспингвальная электронейростимуляция от аппарата «НЕЙРОПОРТ» в сочетании с логопедическими упражнениями: время процедуры 20–25 мин.; ежедневно 1, 2, 3 раза в день ( <i>указать</i> )	5 (42)
Л-18, Л-19	Селективная речевая модуляция		
Л-18.1 Л-19.1	<p>Используется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при тренировках произношения и выразительности речи на родном или иностранном языке;</li> <li>• коррекции и компенсации расстройств речи (дизартрия, заикание, дислексия);</li> <li>• несформированности фонематического слуха, сложностях синтеза и анализа звуков речи;</li> <li>• трудностях в обучении письму и чтению вслух;</li> <li>• плохом понимании прочитанного материала;</li> <li>• усовершенствовании процессов восприятия информации;</li> <li>• улучшении памяти, концентрации внимания;</li> <li>• улучшении координации движений, чувства ритма</li> </ul>	<p>Селективная чрескостная речевая модуляция от системы Forbrain: продолжительность 20 мин.; ежедневно 1, 2, 3 раза в день (<i>указать</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Детям 3–5 лет по 10 мин. в день.</li> <li>◊ Детям 5–15 лет по 15 мин. в день.</li> <li>◊ Подросткам и взрослым 20 мин. в день.</li> <li>◊ Пожилым людям 30 мин. в день.</li> <li>◊ Интенсивные занятия 3 раза по 20 мин. в день (2 недели)</li> </ul>	5 (42)
Л-9	Нейромышечная логопедическая стимуляция		

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
Л9.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Парез возвратного нерва.</li> <li>• Парез верхнего гортанного нерва.</li> <li>• Комбинированные парезы гортани.</li> <li>• Анкилоз капсулы черпаловидного хряща.</li> <li>• Мышечный гипотонус.</li> <li>• Мышечный гипертонус.</li> <li>• Невралгии, дизестезии и парастезии</li> </ul>	<p>Нейромышечная электронопедагогическая стимуляция (сочетанная электростимуляция от аппарата VocaStim и физиотерапевтических упражнений):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностический этап — определение аккомодационного коэффициента.</li> <li>2. Подготовительный этап — импульсная гальванизация (IG50) по Янчу с расположением электродов на переднюю (в проекции гортани, ближе к подбородку) и заднюю поверхности шеи по поперечной биполярной (электроды равного размера) методике (на левую или правую ½ лица и заднюю поверхность шеи по поперечно-диагональной биполярной или монополярной (активный электрод на лицо) методике) (<b>выбрать</b>); импульс — монофазный или бифазный (<b>выбрать</b>); форма импульса — треугольная; длительность импульса 1 мс, паузы 20 мс, длительность волны амплитудной модуляции 50 м; длительность паузы амплитудной модуляции 70 мс, частота приобл. 8 Гц; дополнительная постоянная составляющая 5%; сила тока — до ощущения легких безболезненных покалываний (пощипываний), но не более 7 мА (при площади прокладки 70 см<sup>2</sup>, плотность тока до 0,1 мА у взрослых); время процедуры 7 мин.; ежедневно (через день) (<b>выбрать</b>).</li> <li>3. Электрофизиологический этап — импульсная электростимуляция (T/R) с расположением электродов на переднюю (в проекции гортани, ближе к подбородку) и заднюю поверхности шеи по поперечной биполярной (электроды равного размера) методике (на левую или правую ½ лица и заднюю поверхность шеи по поперечно-диагональной биполярной или монополярной (активный электрод на лицо) методике) (<b>выбрать</b>); импульс — монофазный или бифазный со среднечастотным (<math>f = 2,5 \text{ кГц}</math>) заполнением (<b>выбрать</b>); форма импульса — треугольная, или экспоненциальная, или трапециевидная, или прямоугольная (<b>выбрать</b>); длительность импульса 0,1–1000 мс (<b>выбрать</b>), паузы 1, 3, 5 сек. или «ручной запуск» (<b>выбрать</b>); сила тока — до легких — умеренных безболезненных сокращений мышц (сочетая электростимуляцию с физиотерапевтическими упражнениями); время процедуры до 20 мин. (не стимулировать через угломереи!); ежедневно (через день) (<b>выбрать</b>)</li> </ol>	3 (10)
Л9.2	<p>Афазии, дисфазии и дисфатии, вызванные центральным парезом Двизартрии при периферических парезах черепно-мозговых нервов (тройничный, лицевой, языкоглоточный, блуждающий, добавочный, подъязычный).</p>	<p>Нейромышечная электроартикуляционная стимуляция (сочетанная электростимуляция от аппарата VocaStim и артикуляционной гимнастики):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностический этап — определение аккомодационного коэффициента.</li> <li>2. Подготовительный этап — импульсная гальванизация (IG50) по Янчу с расположением электродов на переднюю (в проекции гортани, ближе к подбородку) и заднюю поверхности шеи по поперечной биполярной (электроды равного размера) методике (на левую или правую половину лица и заднюю поверхность шеи по поперечно-диагональной биполярной или монополярной (активный электрод на лицо) методике) (<b>выбрать</b>); импульс монофазный или бифазный (<b>выбрать</b>); форма импульса треугольная; длительность импульса 1 мс, паузы 20 мс; длительность волны амплитудной модуляции 50 м; длительность паузы амплитудной модуляции 70 мс, частота приобл. 8 Гц; дополнительная постоянная составляющая 5%; сила тока — до ощущения легких безболезненных покалываний (пощипываний), но не более 7 мА (при площади прокладки 70 см<sup>2</sup>, плотность тока до 0,1 мА у взрослых); время процедуры 7 мин.; ежедневно (через день) (<b>выбрать</b>).</li> </ol>	3 (10)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
		3. Электроартикуляционный этап — импульсная электростимуляция (T/R) с расположением электродов на переднюю (в проекции гортани, ближе к подбородку) и заднюю поверхности шеи по поперечной биполярной (электроды равного размера) методике (на левую или правую 1/2 лица и заднюю поверхность шеи по поперечно-диагональной биполярной или монополярной (активный электрод на лицо) методике) ( <b>выбрать</b> ); импульс — монофазный или бифазный со среднечастотным (f 2,5 кГц) заполнением ( <b>выбрать</b> ); форма импульса — треугольная или экспоненциальная или трапециевидальная или прямоугольная (выбрать); длительность импульса — 0,1–1000 мс ( <b>выбрать</b> ); паузы 1, 3, 5 сек. или «ручной запуск» ( <b>выбрать</b> ); сила тока — до легких — умеренных безболезненных сокращений мышц (сочетая электростимуляцию с артикуляционной гимнастикой); время процедуры до 20 мин. (не стимулировать через утомление); ежедневно (через день) ( <b>выбрать</b> )	3 (10)
K-22	Гидромассажная ванна		
K-22.1	С целью общего тонизирующего действия	Гидроаромассажная ванна SANTEK: температура воды 30–35 °С с большей подачей воздуха; время процедуры до 20 мин.; ежедневно (2 дня подряд — 1 день перерыв; через день)	3 (10)
K-22.2	С целью общего расслабляющего действия	Гидроаромассажная ванна SANTEK: температура воды 36–37 °С с меньшей подачей воздуха; время процедуры до 20 мин.; ежедневно (2 дня подряд — 1 день перерыв; через день)	3 (10)
K-22.3	С целью общего детонизирующего действия с акцентом на профилактику контрактуорообразования	Гидроаромассажная ванна SANTEK: температура воды 37–39 °С; время процедуры до 20 мин.; ежедневно (2 дня подряд — 1 день перерыв; через день)	3 (10)
<b>K-38</b>		<b>A22.30.006 Вибрационное воздействие</b>	
K-38.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение тонуса мышц.</li> <li>• Нарушение пострурального баланса</li> </ul>	Общая вибрационная терапия Galileo (вибрационная нейромышечная стимуляция) на платформе Galileo: положение ног — позиция № 1 (минимальное расстояние), или позиция № 2 (среднее расстояние), или позиция № 3 (максимальное расстояние) ( <b>выбрать</b> ); режим функции свободной тренировки; частота 6–12 Гц; время процедуры до 10 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)
K-38.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение тонуса мышц.</li> <li>• Нарушение координации движений</li> </ul>	Общая вибрационная терапия Galileo (вибрационная нейромышечная стимуляция) на платформе Galileo: положение ног — позиция № 1 (минимальное расстояние), или позиция № 2 (среднее расстояние), или позиция № 3 (максимальное расстояние) ( <b>выбрать</b> ); режим функции свободной тренировки; частота 13–18 Гц; время процедуры до 10 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)
K-38.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение мышечной силы.</li> <li>• Нарушение пострурального баланса</li> </ul>	Общая вибрационная терапия Galileo (вибрационная нейромышечная стимуляция) на платформе Galileo: положение ног — позиция № 1 (минимальное расстояние), или позиция № 2 (среднее расстояние), или позиция № 3 (максимальное расстояние) ( <b>выбрать</b> ); режим функции свободной тренировки; частота 19–30 Гц; время процедуры до 10 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
K-38.4	Формирование патологической афферентной доминанты в коре головного мозга	Общая вибрационная терапия Galileo (вибрационная нейромышечная стимуляция) на платформе Galileo: режим функции Вобблэй; частота 6–12 Гц, или 13–18 Гц, или 19–30 Гц ( <b>выбрать</b> ); время процедуры до 10 мин.; ежедневно (через день). С целью обнуления патологической афферентной доминанты в коре ГМ (эффект «белого шума»)	3 (10)
K-38.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение тонуса мышц рук.</li> <li>• Нарушение поддержания позу-стуального баланса с опорой на руки.</li> <li>• Нарушение мышечного мета-близма.</li> <li>• Кардиореспираторная детренированность</li> </ul>	Локальная вибрационная терапия на руки от виброплатформы Yatosudochi Vibration: положение рук — позиция № 1 (минимальное расстояние), или позиция № 2 (среднее расстояние), или позиция № 3 (максимальное расстояние); частота 5,96–10,25 Гц (частотные диапазоны: 5,96–8,53 Гц (разминка); 5,96–9,08 Гц (фитнес); 5,96–10,25 Гц (кардио)); продолжительность 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)
K-38.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение тонуса мышц ног.</li> <li>• Нарушение поддержания позу-рального баланса (стоя и сидя).</li> <li>• Нарушение мышечного мета-близма.</li> <li>• Кардиореспираторная детренированность</li> </ul>	Локальная вибрационная терапия на ноги от виброплатформы Yatosudochi Vibration, положение ног — позиция № 1 (минимальное расстояние), или позиция № 2 (среднее расстояние), или позиция № 3 (максимальное расстояние) ( <b>выбрать</b> ); частота 5,96–10,25 Гц (частотные диапазоны: 5,96–8,53 Гц (разминка); 5,96–9,08 Гц (фитнес); 5,96–10,25 Гц (кардио)); продолжительность до 10 мин. (при хорошей переносимости) или 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)
<b>Э-22</b>	<b>A22.30.006 Вибрационное воздействие</b>		
Э-22.1	Патологическая и функциональная деактивация мышц рук	Локальная вибрационная терапия на руки от виброплатформы Yatosudochi Vibration Share Up: положение рук — позиция № 1 (слабая нагрузка) или позиция № 2 (сильная нагрузка) ( <b>выбрать</b> ); режим автоматический; ПРОГРАММА А; продолжительность 5–10 мин. или 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)
Э-22.2	Повышение тонуса и патологическое напряжение мышц рук	Локальная вибрационная терапия на руки от виброплатформы Yatosudochi Vibration Share Up: положение рук — позиция № 1 (слабая нагрузка) или позиция № 2 (сильная нагрузка) ( <b>выбрать</b> ); режим автоматический; ПРОГРАММА С; продолжительность 5–10 мин. или 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)

п/п	Показания	Назначение	№ на курс
Э-22.3	Формирование патологической афферентной доминанты в коре головного мозга	Локальная вибрационная терапия на руки от виброплатформы Yamoduchi Vibration Share Up: положение рук — позиция № 1 (слабая нагрузка) или позиция № 2 (сильная нагрузка) ( <b>выбрать</b> ); режим автоматический; ПРОГРАММА В; продолжительность 5–10 мин. или 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день). С целью обнуления патологической афферентной доминанты в коре ГМ (эффект «белого шума»)	3 (10)
Э-22.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Патологическая и функциональная деактивация мышц рук.</li> <li>• Повышение тонуса и патологическое напряжение мышц рук.</li> <li>• Формирование патологической афферентной доминанты в коре головного мозга</li> </ul>	Локальная вибрационная терапия на руки от виброплатформы Yamoduchi Vibration Share Up: положение рук — позиция № 1 (слабая нагрузка) или позиция № 2 (сильная нагрузка) ( <b>выбрать</b> ); режим ручной; скорость 1–9 ( <b>выбрать</b> ); программа А, или В, или С ( <b>выбрать</b> ); продолжительность 5–10 мин. или 1–2 мин. в 2 (или 3) подхода с интервалом 2–3 мин.; ежедневно (через день)	3 (10)

## Список рекомендуемой литературы

---

- A Physical Function Test for Use in the Intensive Care Unit: Validity, Responsiveness, and Predictive Utility of the Physical Function ICU Test (Scored) / L. Denehy [et al.] // *Physical Therapy*. — 2013. — 93 (12). — P. 1636–1645. — URL: <https://doi.org/10.2522/ptj.20120310> (date of access: 16.05.2023).
- A tool to assess mobility status in critically ill patients: the Perme Intensive Care Unit Mobility Score / C. Perme, R. K. enj. Nawa, C. Winkelman, F. Masud // *Methodist DeBaKey Cardiovascular Journal*. — 2014. — 10 (1). — P. 41–49. — URL: <https://doi.org/10.14797/mdcj-10-1-41> (date of access: 16.05.2023).
- Assessing physical function and activity for survivors of a critical illness: a review of instruments / D. Elliott, L. Denehy, S. Berney, J. a. Alison // *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. — 2011. — 24 (3). — P. 155–166. — URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.05.002> (date of access: 16.05.2023).
- Christakou, A. Functional Assessment Scales in a General Intensive Care Unit. A Review / A. Christakou, E. Papadopoulos, E. Patsaki // *Researchgate.Net*. — 2013. — 8 (4). — P. 164–170. — URL: [http://www.researchgate.net/publication/257637236\\_Functional\\_Assessment\\_Scales\\_in\\_a\\_General\\_Intensive\\_Care\\_Unit.\\_A\\_Review/file/e0b4952b3c2c7c5111.pdf](http://www.researchgate.net/publication/257637236_Functional_Assessment_Scales_in_a_General_Intensive_Care_Unit._A_Review/file/e0b4952b3c2c7c5111.pdf) (date of access: 16.05.2023).
- Clinical Performance Measures for Neurocritical Care: A Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society / S. Livesay [et al.] // *Neurocritical Care*. — 2020. — Vol. 32. — URL: <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00846-w> (date of access: 16.05.2023).
- Early Rehabilitation Index: translation and cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese; and Early Rehabilitation Barthel Index: validation for use in the intensive care unit / N. F. dos Reis [et al.] // *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. — 2021. — 33 (3). — P. 353–361. — URL: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210051> (date of access: 16.05.2023).
- Evaluating physical functioning in survivors of critical illness: Development of a new continuum measure for acute care / Parry S. M. [et al.] // *Critical Care Medicine*. — 2020. — P. 1427–1435. — URL: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004499>.
- Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale / C. Hodgson [et al.] // *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. — 2014. — 43 (1). — P. 19–24. — URL: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003> (date of access: 16.05.2023).
- Hankemeier, A. The Early Functional Abilities (EFA) scale to assess neurological and neurosurgical early rehabilitation patients / A. Hankemeier, J. D. Rollnik // *BMC Neurology*. — 2015. — 15 (1). — P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0469-z> (date of access: 16.05.2023).
- Investigating the construct and concurrent validity of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire with intensive care unit patients and home sleepers / M. Ritmala-Castren [et al.] // *Australian Critical Care*. —

2022. — 35 (2). — P. 130–135. — URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.001> (date of access: 16.05.2023).
- Outcome measures used in trials on gait rehabilitation in multiple sclerosis: A systematic literature review / L. Santisteban [et al.] // PLoS ONE. — 2021. — 16 (9 September). — P. 1–21. — URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257809> (date of access: 16.05.2023).
  - Psychometric assessment and validation of the dysphagia severity rating scale in stroke patients / L. F. Everton [et al.] // Scientific Reports. — 2020. — 10 (1). — P. 1–10. — URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64208-9> (date of access: 16.05.2023).
  - Relationship between potential barriers to early mobilization in adult patients during intensive care stay using the Perme ICU Mobility score / E. Wilches Luna, C. Perme, A. C. Gastaldi // Canadian Journal of Respiratory Therapy. — 2021. — 57 (November). — P. 148–153. — URL: <https://doi.org/10.29390/cjrt-2021-018> (date of access: 16.05.2023).
  - Rollnik, J. D. The Early Rehabilitation Barthel Index (ERBI)/J. D. Rollnik//Rehabilitation. — 2011. — 50 (6). — P. 408–411. — URL: <https://doi.org/10.1055/s-0031-1273728> (date of access: 16.05.2023).
  - Safety and clinical impact of FEES — results of the FEES-registry / R. Dziewas [et al.] // Neurological Research and Practice. — 2019. — 1 (1). — P. 1–8.
  - Schnakers, C. Clinical assessment of patients with disorders of consciousness / C. Schnakers // Archives Italiennes de Biologie. — 2012. — 150 (2–3). — P. 36–43. — URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23165869> (date of access: 16.05.2023).
  - Simplification of the coma recovery scale—revised in disorders of consciousness: A prospective observational study / H. Du, Y. Ding, L. Gao, Y. Dong//Journal of Clinical Neuroscience. — 2022. — P. 4–8. — URL: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2022.09.009> (date of access: 16.05.2023).
  - Standardised measurement of sensorimotor recovery in stroke trials: consensus-based core recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable (SRRR) / G. Kwakkel // International Journal of Stroke. — 2017. — In press (5). — P. 451–461. — URL: <https://doi.org/10.1177/1747493017711813> (date of access: 16.05.2023).
  - Suiter, D. M. Clinical utility of the 3-ounce water swallow test / D. M. Suiter, S. B. Leder // Dysphagia. — 2008. — 23 (3). — P. 244–250. — URL: <https://doi.org/10.1007/s00455-007-9127-y>.
  - The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries / C. Gélinas, K. A. Puntillo, P. Levin, E. Azoulay // Pain. — 2017. — 158 (5). — P. 811–821. — URL: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000834> (date of access: 16.05.2023).
  - The Development and Validation of the SWADOC: A Study Protocol for a Multicenter Prospective Cohort Study The Development and Validation of the SWADOC: A Study Protocol for a Multicenter Prospective Cohort Study. C. Di Perri, C. Besta. — 2021. — April. — URL: <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.662634> (date of access: 16.05.2023).
  - The ICH Score / J. C. Hemphill [et al.] // Stroke. — 2001. — 32 (4). — P. 891–897. — <https://doi.org/10.1161/01.str.32.4.891> (date of access: 16.05.2023).
  - The Nociception Coma Scale: A new tool to assess nociception in disorders of consciousness / C. Schnakers [et al.]//Pain. — 2010. — 148 (2). — P. 215–219. — URL: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.09.028> (date of access: 16.05.2023).
  - The Rehabilitation Complexity Scale — Trauma (RCS E-Trauma). M. Needs. — 2020. — P. 2–4. — URL: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/departments/cicelysaunders/about/>

- rehabilitation/The-Rehabilitation-Complexity-Scale- (Trauma-version-RCS-ET).pdf (date of access: 16.05.2023).
- The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients / C. N. Sessler [et al.] // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. — 2002. — 166 (10). — P. 1338–1344. — URL: <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138> (date of access: 16.05.2023).
  - Words, K. Rough Guide to the Fugl-Meyer Assessment Upper limb section / K. Words, H. Hill, V. M. Pomeroy // *Physiotherapy*. — 2003. — 89 (12). — P. 751–763.
  - Белкин, А. А. Оценка нарушения сознания: шкала FOUR или шкала Glasgow? / А. А. Белкин, П. Ю. Бочкарев, А. Л. Левит // *Вестник интенсивной терапии им. А. И. Салтанова*. — 2019. — № 3. — С. 46–50. — URL: <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2019-3> (date of access: 16.05.2023).
  - Кутлубаев, М. А. Выявление когнитивного дефицита в практике терапевта: обзор скрининговых шкал / М. А. Кутлубаев // *Терапевтический архив*. — 2014. — 86 (11). — P. 135–138.
  - Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации. — Санкт-Петербург: Политехникум, 2020. — 183 с. — DOI: 10.25960/7325-1158-1.
  - Шкала подробной оценки состояния ареактивных пациентов [Full Outline of UnResponsiveness, FOUR]: перевод и лингвокультурная адаптация русскоязычной версии Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) scale / М. А. Пирадов [и др.]. — 2019. — 13 (3). — URL: <https://doi.org/10.25692/ACEN.2019.3.7> (date of access: 16.05.2023).

## Заключение

---

Цели применения шкал:

- Анализ результатов лечения больных в однотипных отделениях.
- Оценка эффективности различных методов интенсивной терапии и реабилитации.
- Оптимизация распределения ресурсов в зависимости от реабилитационного прогноза.
- Оценка эффективности и качества работы отделения.
- Преемственная маршрутизация на этапах оказания помощи.

В пособии приведен базовый, но не исчерпывающий набор клинметрик для слаженной работы мультидисциплинарной реабилитационной команды. По мере приобретения опыта и появления новых данных он должен видоизменяться и пополняться. В этом состоит суть развития и совершенствования молодой специальности «физическая и реабилитационная медицина».

Все предложения и замечания мы с радостью рассмотрим и учтем при подготовке будущих версий данного пособия. Просьба направлять их на адрес [belkin@neuro-clinic.ru](mailto:belkin@neuro-clinic.ru).

*Учебное издание*

**Белкин** Андрей Августович  
**Белкин** Владимир Андреевич  
**Захаров** Яков Юрьевич  
**Пинчук** Елена Анатольевна  
**Рудник** Евгений Николаевич  
**Плаксына** Анна Николаевна  
**Сафонова** Татьяна Юрьевна  
**Борзунова** Юлия Милославовна

Шкалы и клинические метрики  
мультидисциплинарной реабилитационной команды  
КИМ 2.0

Редактор В. О. Корионова  
Верстка Е. В. Ровнушкиной

Подписано в печать 10.10.2023. Формат 70×100 1/16.  
Гарнитура Myriad Pro. Бумага офсетная. Цифровая печать.  
Усл. печ. л. 11,61. Уч.-изд. л. 6,6. Тираж 100 экз.

Уральский государственный медицинский университет  
Редакционно-издательский отдел УГМУ  
620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3  
+7 (343) 214-85-65  
rio@usma.ru

Отпечатано в ООО «Издательство УМЦ УПИ»  
620049, Екатеринбург, ул. Гагарина, 35а, оф. 2  
+7 (343) 362-91-16, +7 (343) 362-91-17  
3629116@mail.ru

