

Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова



Оцінка реабілітаційного потенціалу інвалідів з цереброваскулярною патологією

Методичні рекомендації

Вінниця 2009

УДК 616.36-002-071-08:575.191:577

Установа-розробник: Інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Автори: к.м.н. Г. В. Безсмертна,
Л. В. Присяжнюк

Рецензент: д.м.н., проф. І. С. Зозуля

Голова експертної комісії: к.м.н. Н. М. Беляєва

В методичних рекомендаціях представлені методики оцінки реабілітаційного потенціалу у хворих з наслідками цереброваскулярних захворювань. Рекомендації призначені для лікарів-експертів та реабілітологів МСЕК, лікарів ЛКК, неврологів, наукових співробітників в області реабілітації інвалідів, а також можуть бути використані в якості методичного посібника в процесі навчання студентів медичних вузів.

ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень, позначок, символів і термінів.....	4
I. Оцінка реабілітаційного потенціалу хворих з цереброваскулярною патологією.....	5
II. Рекомендації по діагностиці і кількісній оцінці обмежень життєдіяльності при цереброваскулярних захворюваннях. Додаток А.	20
III. Чинники, які визначають реабілітаційний потенціал хворих з цереброваскулярними захворюваннями. Додаток Б.....	33

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ПОЗНАЧОК, СИМВОЛІВ І ТЕРМІНІВ

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

ВКФ – вищі кіркові функції

ДЕ – дисциркуляторна енцефалопатія

ІХС – ішемічна хвороба серця

ІПР – індивідуальна програма реабілітації

КРГ – клініко-реабілітаційні групи

МІ – мозковий інсульт

МР – медична реабілітація

ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу

Р – реабілітація

РП – реабілітаційний потенціал

РПр – реабілітаційний прогноз

ТІА – транзиторні ішемічні атаки

ФК – функціональний клас

ЦВЗ – цереброваскулярні захворювання

ЦНС – центральна нервова система

I. ОЦІНКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

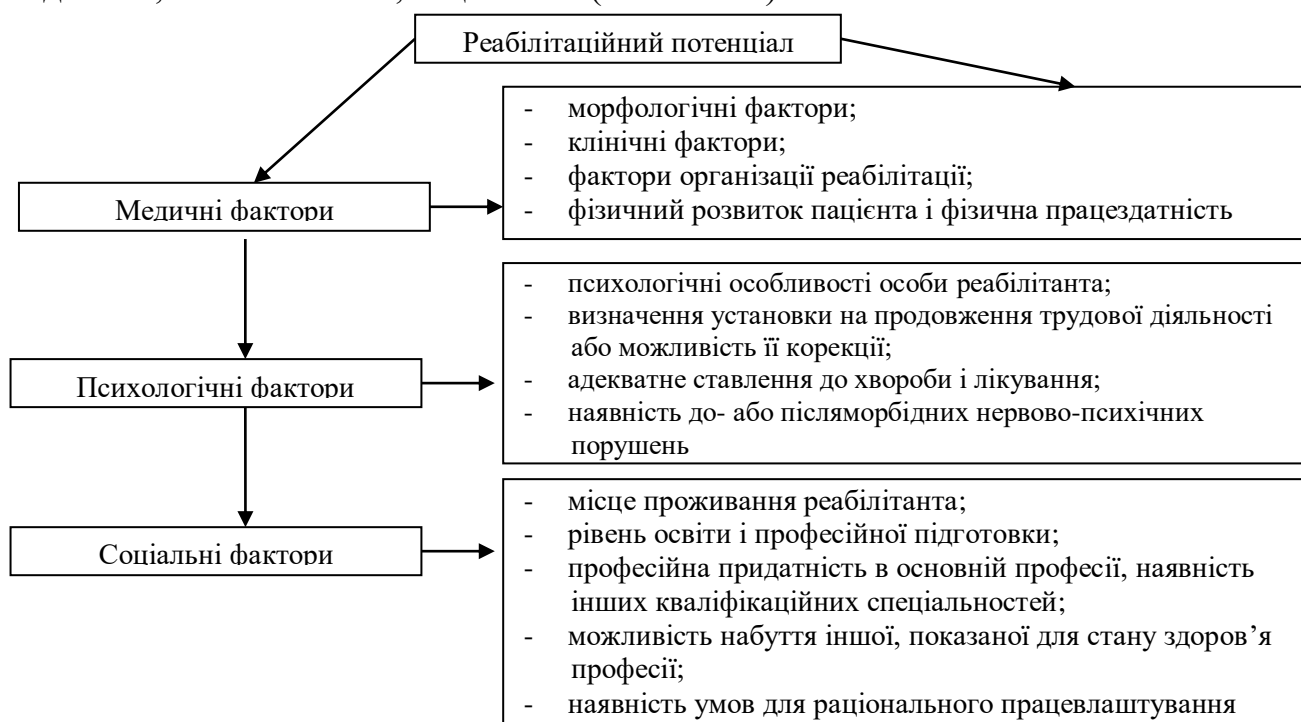
Проблема цереброваскулярної патології набуває все більшої актуальності, що зумовлюється високим рівнем смертності та інвалідності. За останні роки досягнуто певних успіхів у вивченні питань їх патогенезу та лікування. Разом з тим, залишаються недостатньо розробленими питаннями практичного використання сучасних реабілітаційно-відновних технологій для реабілітації конкретних контингентів хворих із цереброваскулярною патологією.

Неабияке значення в процесі реабілітації має вірна оцінка потенціалу відновлення хворих.

Реабілітаційний потенціал це комплекс фізіологічних, біологічних і психологічних характеристик людини, а також соціально – середовищних чинників, що дозволяють в тому або іншому ступені реалізовувати його потенційні здібності і що визначають принципову можливість відновлення порушених функцій і обмежень життєдіяльності в результаті перенесених захворювань і травм.

Реабілітаційний потенціал (РП) хворого з цереброваскулярною патологією – показник, що оцінює на основі комплексу медичних, психологічних і соціальних чинників реальні можливості відновлення порушених функцій і можливостей організму, зокрема участі в трудовій діяльності. Оцінка РП повинна враховувати можливості зворотності і (або) компенсованості функціональних порушень, психологічну готовність хворого або інваліда до реабілітації, наявність і ступінь вираженості супутніх захворювань, можливості компенсації патології за допомогою технічних засобів, а також можливість збереження наявного рівня патології при прогресуючому перебігу процесу.

Визначення реабілітаційного потенціалу хворих з цереброваскулярною патологією повинне базуватися на комплексній етапній оцінці 3-х груп чинників: медичних, психологічних, соціальних (малюнок 1).



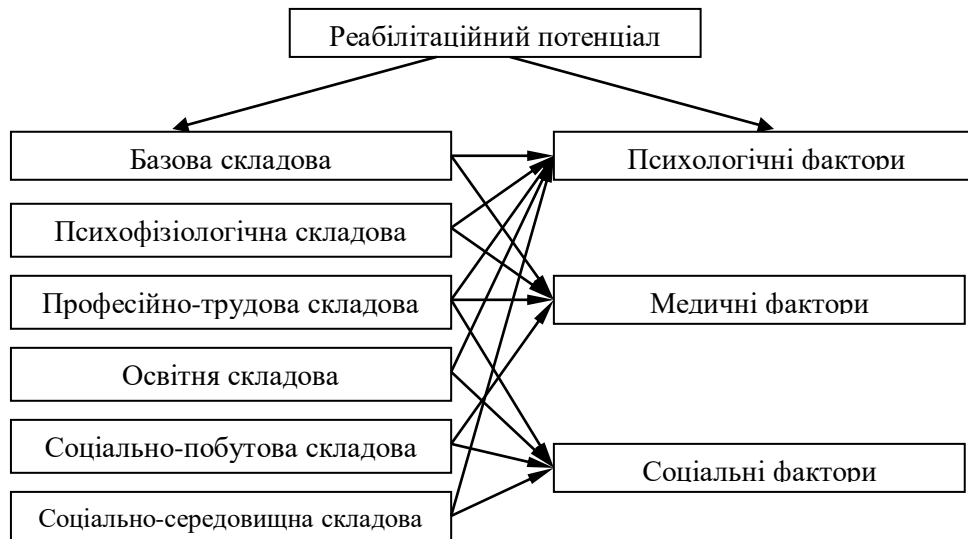
Мал. 1. Схема етапної оцінки реабілітаційного потенціалу хворих з цереброваскулярною патологією

Медичні чинники: клінічний перебіг захворювання (характер захворювання, ступінь вираженості наслідків основного і супутніх захворювань, частота загострень, наявність синдрому взаємного обтяження, ефективність лікування і потреба в курсовому, підтримуючому лікуванні для стабілізації патологічного процесу, можливості зворотного розвитку захворювання); наявність функціональних резервів організму, визначення здатності організму до розвитку компенсаторних можливостей людини (визначення показників працездатності в умовах фізичних і психоемоційних навантажень і «ціни» адаптації до них); клініко-трудова прогност з визначенням можливості продовження трудової діяльності за своєю спеціальністю або визначенням доступної тяжкості і напруженості трудового процесу.

Психологічні чинники: психологічні особливості особи реабілітанта; визначення установки на продовження трудової діяльності або можливість її корекції; адекватне відношення до хвороби і лікування; наявність до- або післяморбідних нервовопсихічних порушень.

Соціальні чинники: місце проживання реабілітанта; рівень і різнобічність освіти і професійної підготовки; професійна придатність в основній професії, наявність інших кваліфікованих спеціальностей; можливість придбання іншої, показаної за станом здоров'я професії (при професійній непридатності в основній професії; наявність умов для раціонального працевлаштування; економічний стан реабілітанта і його сім'ї.

Оцінка реабілітаційного потенціалу припускає всебічний аналіз взаємопов'язаних складових (малюнок 2).



Мал. 2. Схема взаємозв'язку складових і факторів потенціалу хворих з цереброваскулярною патологією, потерпілих від аварії на ЧАЕС

1. *Базова складова* представляє характеристику рівнів фізичного розвитку і витривалості, визначуваних на підставі прийнятих стандартів і/або індексів для груп осіб, певної статі, віку, етнічного і професійного складу.

2. *Психофізіологічна складова* представляє сукупність збереження функцій і особистісних особливостей інваліда, які необхідно підтримувати і розвивати в процесі проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення певних категорій життєдіяльності. Можливість усунення або зменшення ступеня

патологічних змін і функціональних порушень, що виникли, є базисом для інших складових.

3. *Професійно-трудова складова* – можливість виконання професійної діяльності за наявності обмежень зменшена, проте вона залишається за умови надання особливої допомоги або ж вона буде реалізована шляхом відновлення знань і здібностей, які необхідні для повторного включення в трудовий процес. Професійно-трудова складова є основою економічної незалежності, впливає на життя в сім'ї і визначає місце інваліда в суспільстві.

4. *Освітня складова* – можливість відповідно до обмеження досягти завдяки спеціальній дієвій допомозі в навчанні загальної мети виховання – направити власні зусилля на особисте справжнє і майбутнє життя і інтеграцію в суспільство. Освітня складова тісно пов'язана з психофізіологічною.

5. *Соціально-побутова складова* – можливість досягнення самообслуговування і самотійного мешкання.

6. *Соціально-середовищна складова* – можливість досягнення самотійної суспільної і сімейної діяльності.

Найбільш реальними являється використання поняття реабілітаційного потенціалу, визначаючи реабілітаційні можливості щодо основних категорій життєдіяльності: здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності, спілкування, орієнтації і контролювання своєї поведінки. При такому підході створюється можливість диференційовано оцінити ступінь вираженості обмеження основних видів життєдіяльності і визначити реабілітаційні можливості організму по реальному відновленню конкретних видів життєдіяльності.

Інтегральна оцінка реабілітаційного потенціалу відносно відновлення конкретних видів життєдіяльності повинна відображати їх рівень на підставі чітких кількісних градацій показників, отриманих в результаті комплексних досліджень.

При комплексній оцінці реабілітаційного потенціалу хворих з найбільш частими формами цереброваскулярної патології (з мозковим інсультом, скороминущими порушеннями мозкового кровообігу, дисциркуляторною енцефалопатією) необхідно враховувати вплив наступних медичних чинників.

Медичні чинники, що визначають реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз хворих з цереброваскулярною патологією оцінюються в наступних чотирьох групах:

- морфологічні чинники;
- клінічні чинники;
- чинники організації реабілітації;
- фізичний розвиток пацієнта і фізична працездатність.

Таблиця 1

Рівні значення медичних факторів, що визначають реабілітаційний потенціал хворих з цереброваскулярною патологією

Минулі порушення мозкового кровообігу	Інсульти	Дисциркуляторна енцефалопатія
Медичні фактори високого (великого) значення		
Вираженість основного судинного захворювання, неординарні порушення	Вид інсульту, локалізація і розмір вогнища ураження, тяжкість стану в гострому	Наявність виражених гідроцефально-атрофічних змін при МРТ дослідженні,

мозкового кровообігу, наявність і вираженість супутніх захворювань, необхідність проведення превентивної і підтримуючої терапії, частота загострень (частота кризів артеріальної гіпертензії), темп регресу симптоматики	періоді (вираженість загально-мозкових симптомів і неврологічного дефіциту), оборотність осередкових симптомів у ранньому відновлювальному періоді, характер і ступінь неврологічного дефіциту (геміпарез, афазія та ін.), моно- або полісиндромність дефекту, час початку реабілітації, її тривалість і безперервність, наявність синдрому взаємної обтяжливості	неврозоподібна симптоматика, наявність психоорганічного синдрому
Медичні фактори середньої значимості		
Час початку реабілітації, тривалість, безперервність, комплексність і адекватність реабілітаційних заходів	Фізична працездатність	Фізична працездатність, наявність синдрому взаємної обтяжливості
Медичні фактори низької значимості		
	Зміни біохімічного профілю (гіперліпідемія, гіперхолестеринемія та ін.) при дослідженні сироватки крові	Ступінь стенозування каротидних і брахіоцефальних артерій, час початку реабілітації, тривалість, безперервність, комплексність і адекватність реабілітаційних заходів, місце проведення реабілітації і кваліфікація персоналу

До найбільш значущих чинників, які у великій мірі впливають на реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз відносяться: вид інсульту, локалізація і розмір ділянки ураження, тяжкість стану в гострому періоді (вираженість загально-мозкових симптомів і неврологічного дефіциту) і зворотність осередкових симптомів в ранньому відновному періоді, які визначають важкість патології, характер і ступінь неврологічного дефіциту (геміпарез, афазія і ін.), моно- або полісиндромність дефекту, вираженість основного судинного захворювання, попередні порушення мозкового кровообігу, наявність і вираженість супутніх захворювань, час початку реабілітації, її тривалість і безперервність, місце проведення (етап організації) реабілітації, кваліфікація персоналу, частота загострень, наявність синдрому взаємного обтяження, ефективність лікування і потреба в курсовому, підтримуючому лікуванні для стабілізації патологічного процесу, можливості зворотного розвитку захворювання (при транзиторних ішемічних атаках), а також фізичний розвиток і фізична працездатність пацієнта (наявність функціональних резервів організму, здатність організму до розвитку компенсаторних можливостей (визначення показників працездатності в умовах фізичних і психоемоційних навантажень і ступеня адаптації до них).

До комбінованих медично-соціальних чинників, які доцільно враховувати

при оцінці реабілітаційного потенціалу слід віднести визначення категорій обмежень життєдіяльності, яке здійснюється за допомогою тестових методик (приведено в додатку А).

Морфологічні чинники, що характеризують реабілітаційний потенціал (РП), включають вид інсульту, локалізацію і розмір осередку.

Вид інсульту – геморагічний або ішемічний – відіграє важливу роль в прогнозуванні виживання хворого і лікувальній тактиці під час гострого періоду захворювання. У реабілітації роль цього чинника менш значуща, за винятком часу початку реабілітації. При інфаркті мозку, якщо дозволяє стан хворого активна реабілітація може починатися з 3 дня, а при крововиливах в мозок з урахуванням супутніх патофізіологічних процесів – на 2-3 дні пізніше. Думка про краще відновлення функцій при крововиливах, очевидно, пов'язана з тим, що у хворих які вижили після крововиливу зазвичай бувають поверхневі і невеликого об'єму осередки, при яких РП достатньо високий.

Найважливішими морфологічними чинниками, що впливають на РП, є локалізація осередку і його розміри.

Локалізація осередку впливає на РП залежно від його розташування по відношенню до функціонально значущої зони, переважно в коркових – підкоркових структурах або глибинних відділах мозку, із залученням внутрішньої капсули або без такого. РП вище, якщо осередок розташовується в корі і найближчій підкорковій зоні і гірше при глибинній локалізації осередка. Ця закономірність однаково виявляється і при інфарктах, і при крововиливах. При медіальних крововиливах (у підкоркові вузли і внутрішню капсулу) можливості відновлення погані, при латеральних (у підкоркову білу речовину) - значно кращі, не дивлячись на більший об'єм. Невеликі інфаркти, навіть лакунарні, якщо вони розташовуються в області провідних шляхів, особливо в місцях їх тісного розташування, викликають грубі і незворотні функціональні дефекти. Так, лакунарні інфаркти в області піраміди довгастого мозку або в передніх відділах заднього стегна внутрішньої капсули викликають стійку геміплегію ("чиста" пірамідна геміплегія по Fisher). Викладене ілюструє не завжди чіткий зв'язок тяжкості і зворотності дефекту з розмірами осередку. Проте невідповідність стосується тільки невеликих осередків, переважно інфарктів, які можуть викликати грубі і мало-зворотні розлади. Для великих осередків існує прямий зв'язок їх розміру з тяжкістю дефекту і низьким потенціалом відновлення функцій.

Інфаркти, що займають увесь басейн однієї з мозкових артерій, особливо середньої мозкової, пов'язані з високим ризиком фатального результату, а у тих хворих, що вижили – з розвитком стійкого полісиндромного дефекту – геміплегії, геміанестезії, геміанопсії, тотальної афазії (при лівобічних осередках) або анозогнозії, аутогнозії (при осередку з правого боку). РП таких хворих у край низький або відсутній, незалежно від стану інших компонентів РП.

Не дивлячись на всю важливість розміру і локалізації осередку в оцінці РП, на практиці їх визначення проводиться не постійно і орієнтовно. Це пов'язано з тим, що точне прижиттєве визначення розміру і локалізації осередка, а у ряді випадків і характеру інсульту можливе тільки за допомогою комп'ютерного томографічного дослідження мозку.

Клінічні чинники

Тяжкість інсульту слугує найважливішим клінічним чинником для оцінки РП. Вона прямо залежить від розміру і локалізації осередку ураження і є клінічним еквівалентом морфологічних критеріїв РП. Тяжкість інсульту є синтетичним поняттям, оскільки відображає і тяжкість клінічних проявів в гострій фазі інсульту, і ступінь зворотності симптомів в ранньому відновному періоді, і вираженість осередкових симптомів (дефектів) до початку реабілітації - ознаки, що мають першорядне значення в оцінці РП і реабілітаційного прогнозу (Рпр).

Для характеристики тяжкості інсульту визначають наявність і вираженість загально-мозкових і осередкових симптомів і їх зворотність.

Важкий інсульт проявляється вираженим мозковим і/або грубими і мало-зворотними осередковими симптомами. До важких інсультів відносяться не тільки обширні інфаркти і крововиливи, що проявляються грубими загально-мозковими і осередковими симптомами, але і невеликі осередки у функціонально значущих зонах, що призводять до прояву важких і мало-зворотних осередкових симптомів при повній відсутності загально-мозкових проявів.

Інсульт середньої тяжкості характеризується відсутністю або помірним проявом загально-мозкових розладів і вираженими або помірними, неповністю, зворотними осередковими симптомами.

Легкий інсульт – загально-мозкові симптоми відсутні (може бути короткочасна втрата свідомості), осередкові симптоми – легкі або середньої вираженості, значно або повністю зворотні.

Малий інсульт (інфаркт мозку) або інсульт з зворотним (тривалістю від 2 днів до 3 тижнів) неврологічним дефіцитом.

Існує прямопропорційна залежність між тяжкістю інсульту, РП і Рпр: легкий і малий інсульт є одним з провідних критеріїв високого РП і сприятливого Рпр, тоді як важкий інсульт, незалежно від інших компонентів РП характеризує край низький РП і абсолютно несприятливий Рпр.

Моно- або полісиндромність неврологічного дефіциту істотно впливає на потенціал відновлення функцій і життєдіяльності. При моносиндромних порушеннях РП вище, ніж при полісиндромних. Особливо несприятливим є поєднання таких дефектів, які в нормі беруть участь в реалізації одного виду діяльності або беруть участь в компенсації дефектів.

Так, можливості реабілітації при геміпарезі погіршуються при залученні аферентних систем, особливо м'язово-суглобової чутливості. Її порушення істотно знижує відновлення рухових навичок, хоча об'єм і сила рухів можуть бути значними. Негативно позначається на відновленні пірамідного геміпарезу ураження екстрапірамідної системи, що зменшує можливості розвитку компенсаторних реакцій. При поєднанні моторної і сенсорної афазії потенціал відновлення мови край низький, тоді як ізольована моторна або сенсорна афазія, також значно виражена, відновлюється цілком задовільно. На РП в значній мірі впливає стан психічних функцій, порушення яких знижує можливості реабілітації всіх дефектів. Негативно позначаються на процесі відновлення функцій право-півкулеві розлади - порушення гнозису, конструктивно-просторова апраксія і ін.

Патологічні стани в паретичних кінцівках – раннє різке підвищення

м'язового тонусу або стійка гіпотонія, "больове плече", артропатія, виражена "спастичністю", трофічні набряки і ін. призводять до зниження РП.

Вираженість основного судинного захворювання, що призвело до розвитку інсульту, і попередні порушення мозкового кровообігу - найважливіший компонент РП. Основні причини інсульту – атеросклероз, гіпертонічна хвороба і їх поєднання, рідше артеріїти (артеріопатії) і інші васкуліти (васкулопатії). В результаті ураження судин при цих ураженнях настає осередкове і дифузне ураження мозку (атрофічна водянка – внутрішня, зовнішня або змішана, зміни білої речовини в перівентрикулярних відділах мозку, лакунарні, дрібно – і крупно-осередкові інфаркти). Вони певний час протікають латентно, але рано чи пізно проявляються транзиторними ішемічними атаками, малими інсультами, іноді інсультами із стійким неврологічним дефіцитом, картиною дисциркуляторної енцефалопатії. Потенційні резерви реабілітації у таких хворих з тривалим анамнезом судинного захворювання і попередніми порушеннями мозкового кровообігу значно знижені. Ілюстрацією цього є маніфестація латентно протікаючої мозкової судинної недостатності, вираженими розладами при розвитку тільки дрібно-осередкового порушення мозкового кровообігу. Тут кількість (попередні зміни мозку) переходить в якість.

Супутні захворювання в більшості випадків знижують РП, оскільки зменшують функціональні резерви організму і обмежують використання активних методів реабілітації. Будь-яке супутнє захворювання, якщо воно супроводжується вираженою недостатністю органів і систем (серцевою, легеневою, печінковою, нирковою, суглобовою і ін.), створює протипоказання до активної реабілітації.

Несприятливо відбивається на РП патологія серця, також при малій і помірній вираженості її наслідків (стенокардія напруги – ФК II, ревматичні пороки з НІ-НА, виражена гіпертрофія серця при артеріальній гіпертонії і ін.), оскільки вона, по-перше, зменшує перфузію мозку і можливості компенсації церебральної гемодинаміки, по-друге, знижує фізичну працездатність. У подібних випадках, як і при інших супутніх захворюваннях з невеликою або помірною вираженістю наслідків, РП може бути достатнім для проведення реабілітації, але при цьому фізичні навантаження повинні бути знижені, а темп їх наростання і тривалість курсу реабілітації збільшені.

Чинники реабілітації

До важливих, але менш значущих в порівнянні з медичними, критеріями, що визначають можливості відновлення порушених функцій, відносяться, так звані, чинники реабілітації: час початку реабілітації, тривалість, безперервність, комплексність і адекватність реабілітаційних заходів, а також місце проведення реабілітації і кваліфікація персоналу.

Час початку реабілітації. Ранній початок реабілітації хворих інсультом сприяє більш ранньому і повному відновленню функціональних дефектів, скорочує терміни перебування хворих в стаціонарі і загальну тривалість лікування і реабілітації шляхом оптимізації відновних процесів і попередження ускладнень.

Відновлення функцій в ранньому періоді інсульту відбувається за рахунок реституції – відновлення діяльності зворотно уражених структур. Цей механізм включається в перші дні і тижні від початку інсульту, забезпечуючи найбільш фізіологічний механізм відновлення функцій. Ранній початок реабілітації сприяє

розгальмовуванню і активній стимуляції нервових центрів, що прискорює і оптимізує процес реституції, створює передумови для більш повної його реалізації. Пізніше спрацьовує менш фізіологічний механізм - компенсація порушених функцій за рахунок функціональної реорганізації, можливої внаслідок пластичності нейронів головного мозку. Спочатку перебудовуються елементи ураженої структури (через 1-3 міс.), що збереглися, пізніше – суміжні з осередком і потім віддалені області мозку.

Для прояву реорганізації функцій потрібні тривалі і наполегливі тренування, спонукаючі анатомічні структури до функціональної перебудови. Чим раніше починається цей процес, тим більш вагомий ефект реабілітації, хоча повного і навіть значного відновлення функції цим шляхом досягти не вдається.

Ще один аргумент на користь раннього початку реабілітації – попередження патологічних станів. При рухових порушеннях – це боротьба із спастикою (м'язовою гіпертонією), патологічними позами, синкинезіями, автоматизмами, артропатіями. Ранній початок реабілітації сприяє їх попередженню або пом'якшенню.

Велике значення в реабілітації має збереження складних автоматизованих рухових навичок, таких як повороти в ліжку, сидіння, стояння і ін. Здатність до їх здійснення забезпечується наявністю в мозку програми реалізації рухових навичок. Розпад цієї програми відбувається вже через 10-14 днів, якщо її не підтримувати повторенням відповідних рухів, які використовуються в ранньому періоді реабілітації.

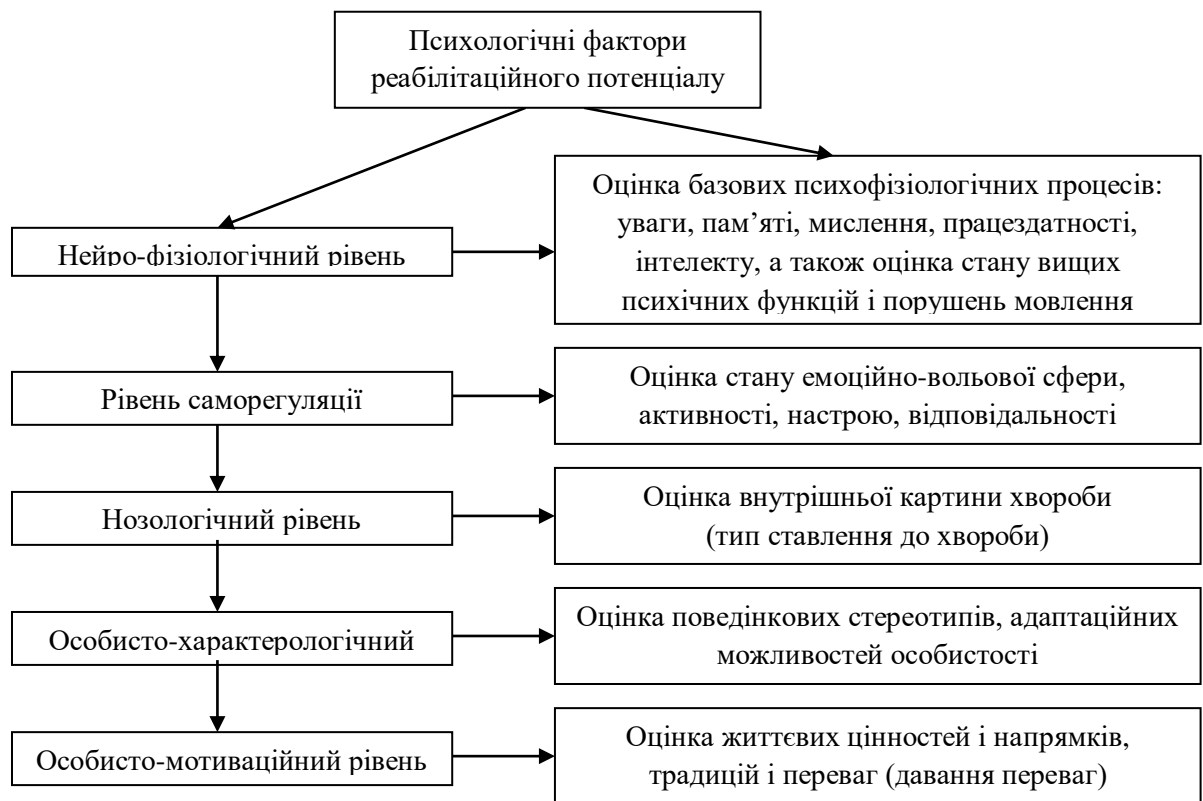
Нарешті, рання реабілітація сприяє попередженню соматичних ускладнень гострого періоду інсульту, викликаних гіподинамією і гіпокінезією, - пневмонії, тромбоемболії, пролежнів і ін., що підвищує можливості реабілітації.

Тривалість, інтенсивність і етапність реабілітації. Для повної реалізації РП необхідна достатньо тривала або безперервна реабілітація. Рекомендовані в літературі терміни реабілітації хворих інсультами варіюють від 3-х місяців до 1-2-х років.

Психологічні чинники, що визначають реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз хворих з цереброваскулярною патологією можуть бути розділені на наступні основні групи: психологічні особливості особи реабілітанта; визначення установки на продовження трудової діяльності або можливість її корекції; адекватне відношення до хвороби і лікування; наявність до- або післяморбідних нервово-психічних порушень.

При оцінці реабілітаційного потенціалу особи найбільш значущим є отримання психодіагностичних показників і проведення аналізу психологічного статусу хворих і інвалідів по запропонованій багаторівневій схемі:

- нейро-психофізіологічний рівень включає оцінку базових психофізіологічних процесів: уваги, пам'яті, мислення, працездатності і інтелекту, а також оцінку стану вищих психічних функцій і мовних порушень;
- рівень саморегуляції включає оцінку стану емоційно-вольової сфери, активності, настрою, відповідальності;
- нозогнозичний рівень включає оцінку внутрішньої картини хвороби як за допомогою виявлення типу відношення до хвороби, так і в плані визначення моделі прогнозу захворювання і моделі очікуваних результатів лікування;



Мал. 3. Схема оцінки психологічних факторів реабілітаційного потенціалу хворих з цереброваскулярною патологією

- особистісно-характерологічний рівень включає оцінку поведінкових стереотипів, адаптаційних можливостей особи;
- мотиваційно-особистісний рівень включає оцінку життєвих цінностей і прагнень, традицій і преференцій.

Порушення на будь-якому з цих рівнів можуть значно дезадаптувати хворого і різко понизити ефективність реабілітаційних заходів, що проводяться.

Нейро-психофізіологічний рівень включає оцінку базових психофізіологічних процесів: уваги, пам'яті, мислення, працездатності і інтелекту, а також оцінку стану вищих психічних функцій і мовних порушень. Оцінка проводиться при клінічному обстеженні, клініко-психологічному обстеженні, а також з використанням традиційних психодіагностичних методів (коректурні проби, 10 слів, тестування інтелекту і т.п.) і методів нейропсихологічної діагностики.

Рівень саморегуляції включає оцінку стану емоційно-вольової сфери, активності, настрою, відповідальності. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-психопатологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання психодіагностичних, тестів типу САН, ШРЛТ, тест на кольори М. Люшера, УСК і ін.

Нозогнозичний рівень включає оцінку внутрішньої картини хвороби як за допомогою виявлення типу відношення до хвороби, так і в плані визначення моделі прогнозу захворювання і моделі очікуваних результатів лікування.

Виділяється 12 типів відношення до хвороби, як адаптивних, так і дезадаптивних, психологічну діагностику яку легко можна провести за

допомогою методики ТОБОЛ ("Психологічної діагностики типів відношення до хвороби").

Модель прогнозу захворювання – одна з складових внутрішньої картини хвороби. Вона носить явно адаптаційний характер і формується хворим на основі тих медичних знань, які хоче, може і уміє використовувати хвора людина. Модель прогнозу захворювання може включати орієнтацію як на одужання, так і на смерть або на інвалідність.

Модель очікуваних результатів лікування – створюється самим хворим, проте в ній велике значення має дія лікаря або оточуючих які впливають на людину. Ця модель багато в чому визначає відношення хворого до лікаря – ступінь довіри, рівень відвертості і т.п. Під час лікування у хворих формуються психологічні моделі отриманих результатів лікування. Це той емоційний зміст оцінки результатів лікування, який пов'язаний із звіренням моделі очікуваних результатів і моделі отриманих результатів. Подібні емоції можуть бути причиною згортання або руйнування моделі очікуваних результатів лікування, що призведе до відмови від лікування даним методом або від лікування і реабілітації взагалі, може стати причиною депресії.

Уявлення про тип відношення до хвороби, моделі прогнозу захворювання і моделі очікуваних результатів лікар може отримати при направленому розпитуванні хворого.

Особистісно-характерологічний рівень включає оцінку поведінкових стереотипів, адаптаційних можливостей особи. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-психопатологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання особистих опитувальників (типу 16 PF, MMPI, RPI, BVNK-300, МЛО і т.п.).

Мотиваційно-особистісний рівень включає оцінку життєвих цінностей і напрямків, традицій і преференцій. Оцінка проводиться при клінічному, клініко-психопатологічному або психодіагностичному обстеженні. Можливе використання опитувальників типу ОТЦ, Рокіча, Хеккаузена, wrpe і ін.

Соціальна незалежність хворих з цереброваскулярною патологією (в сім'ї, помешканні, на робочому місці, в колективі, транспорті, установах, в отриманні необхідної інформації, участі в суспільному житті і ін.), досягається не тільки збереженням можливостей, що забезпечують життєдіяльність, але в значній мірі залежить від реабілітаційного потенціалу соціального середовища, тобто готовності і здатності суспільства надати інвалідові максимально рівні, в порівнянні із здоровими людьми, можливості у всіх соціальних сферах: суспільній, професійній, побутовій.

Рівень соціальної незалежності людини з обмеженими можливостями життєдіяльності є показником його інтеграції в суспільство. Чинники, що складають реабілітаційний потенціал для соціальної реабілітації можуть бути поділені на дві групи: соціально-середовищні і соціально-трудова.

Соціально-середовищні чинники

У свою чергу соціально-середовищні чинники умовно можна поділити на дві групи: соціально-побутові і безпосередньо соціально-середовищні.

Соціально-побутові чинники – умови і засоби, що сприяють виконанню побутової діяльності, самостійному мешканню і незалежному економічному

існуванню. До них відносяться наявність житлових умов і сім'ї, що дозволяють подолати проблеми в самообслуговуванні, фізичній залежності, матеріальній забезпеченості, а також можливість отримання і використання допоміжних технічних засобів і ін.

Соціально-середовищні чинники – сприяють можливості самостійної суспільної і сімейної діяльності. До них відносяться: доступність використання громадського транспорту; організація доступу до будівель громадського призначення: можливість надання особистого транспорту, допоміжних технічних засобів, сприяючих отриманню інформації, виконанню суспільної діяльності, заняттям фізкультурою і спортом, організація дозвілля. Чинники соціального середовища сприяють інтеграції в суспільство, максимально можливій соціальній незалежності хворого.

При низькому реабілітаційному потенціалі по інших чинниках, зокрема, збереженні грубого стійкого дефекту, сприятливі соціально-середовищні чинники сприяють забезпеченню належного догляду – оптимально можливого для хворого з дефектом якості життя. При середньому і високому реабілітаційному потенціалі вони сприяють більш повній реабілітації хворого і його соціальної інтеграції.

Вищою формою соціальної інтеграції хворого є відновлення його професійної працездатності до повернення до професійної праці. Потенціал відновлення професійної працездатності в рівній мірі залежить як від стану здоров'я і ступеня вираженості неврологічного дефекту після інсульту, так і від соціально-трудова чинників: освітнього рівня, професії, вимогам, які вона пред'являє до стану здоров'я, збереження або втрати профпридатності. Найбільш частими наслідками інсульту, є парези різного ступеня вираженості і мовні порушення, що призводить до обмеження пересування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, зниженню здатності виконувати професійну працю.

Реабілітаційний потенціал для визначення можливостей професійно-трудова реабілітації повинен оцінюватися за 2-ма групами чинників:

1. Оцінка стану професійно значущих функцій і здібностей, їх відповідність вимогам професії і виробничого середовища здійснюється після проведення медичної реабілітації. Важливою умовою для відновлення здібності до професійної праці є психологічні чинники: наявність позитивної установки і мотивації до професійної праці.

2. Оцінка можливостей профорієнтації для усунення обмежень до виконання професійно-трудова діяльності. Найбільш значущим чинником, що дозволяє прогнозувати відновлення здатності до професійної діяльності є збереження профпридатності.

Усунення обмежень до праці можливе за рахунок маніпуляції з виробничими чинниками середовища і об'ємом професійних дій:

- підбір робіт із загального переліку професійних дій, що вимагають мінімальної участі обмежених здібностей;
- підбір оптимального режиму робіт;
- оснащення робочого місця спеціальними пристосуваннями, допоміжними технічними засобами;
- можливість переводу на ін. роботу, показану за станом здоров'я;

- можливість скорочення об'єму робіт, що призводить до зниження кваліфікації.

Для оцінки реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу, використовуються заходи профорієнтації.

У разі можливості повернення до своєї професії за рахунок відновлення порушених можливостей, а також підбору і закріплення за реабілітантом робіт в рамках професії без зниження кваліфікації і об'єму діяльності або підбору рівної по кваліфікації професії без перепідготовки реабілітаційний потенціал оцінюється як високий. Середній рівень реабілітаційного потенціалу визначається у випадках, коли можна прогнозувати тільки часткове відновлення профпрацездатності або тривалість періоду її відновлення може бути більше року. У таких випадках повернення до професійної праці можливе за рахунок підбору професій нижчої кваліфікації або зниження загального об'єму робіт, а також освоєння нової показаної професії після перенавчання.

У разі неможливості відновлення порушених професійно значущих здібностей і повернення до професійної діяльності можливе тільки при створенні спеціально організованих умов, рівень реабілітаційного потенціалу визначається як низький. Професійна діяльність в спеціально створених умовах передбачає використання допоміжних технічних засобів, ненормовану працю і ін.

Оцінка реабілітаційного потенціалу проводиться для реабілітаційного прогнозування і призначення реабілітаційних заходів на найближчий рік. Від точності оцінки інтегрального показника реабілітаційного потенціалу і його професійно-трудової складової залежить правильність підбору реабілітаційних призначень і їх реалізація.

Узагальнена характеристика всіх, чинників, що визначають реабілітаційний потенціал хворих з цереброваскулярною патологією представлена в Додатку Б.

З урахуванням медичних, психологічних і соціальних чинників необхідно визначати наступні категорії (градації) реабілітаційного потенціалу: високий, середній або низький.

Високий реабілітаційний потенціал дозволяє розраховувати на повну зворотність або компенсацію функціональних порушень або можливості компенсації (зокрема технічними засобами) патології на рівні ФК-1, (незначні або легкі порушення функцій до 25%) без явного обмеження життєдіяльності, зокрема повне відновлення працездатності або незначне її обмеження.

До реабілітантів з високим реабілітаційним потенціалом відносяться особи: з незначними або помірними порушеннями функцій внаслідок основного цереброваскулярного захворювання; при сприятливому перебігу, з нечастими, неважкими загостреннями, на тлі переважної немедикаментозної підтримуючої терапії.

Середній реабілітаційний потенціал дозволяє розраховувати на часткову зворотність функціональних порушень (до ФК1-2). Він також визначається за наявності супутньої патології або низької мотивації до праці. Ці порушення призводять до значного обмеження працездатності, інші критерії порушуються в легкому ступені (ФК1).

До реабілітантів з середнім реабілітаційним потенціалом відносяться особи: з помірними, але стійкими порушеннями функцій внаслідок основного

цереброваскулярного і супутніх захворювань, з помірно вираженим синдромом взаємного обтяження; при середній частоті загострень хронічних цереброваскулярних захворювань на тлі підтримуючого лікування; при помірному зниженні фізичної працездатності (у осіб фізичної праці) і здатності до психоемоційних навантажень, яка може бути надалі збережена або підвищена в результаті медичної реабілітації; з адекватною внутрішньою картиною хвороби (за наявності анозогнозичного і ергопатичного типів відношення до хвороби і лікування); із сприятливим клінічним прогнозом за наслідками клініко-ергометричного спостереження; ті що мають позитивну трудову установку або з можливістю її корекції при реалізації деяких умов; профпридатні до виконання роботи в своїй професії, але із зниженням об'єму або ті, що мають можливості для перенавчання в новій показаній професії меншого об'єму.

До реабілітантів з *низьким реабілітаційним потенціалом* відносяться особи: із значними порушеннями функцій внаслідок основного захворювання або з важким синдромом взаємного обтяження при поєднанні 2-х і більше захворювань з вираженими порушеннями функцій (найчастіше поєднання рухових і афатичних порушень); при загостреннях (кризових станах, скороминущих порушеннях мозкового кровообігу) середньої частоти або часті, не зважаючи на постійне комплексне курсове і підтримуюче лікування; при низькій фізичній працездатності з незначною її динамікою або без динаміки протягом 1-2 і більше років (не зважаючи на проведення реабілітаційних заходів); при незначному ефекті медичної реабілітації; при неадекватній внутрішній картині хвороби з переважанням егоцентричного типу відношення до хвороби і лікування; профпридатні до праці із значними обмеженнями в своїй професії або іншій, підібраній з урахуванням раніше надбаних професійних навичок; при можливості раціонального працевлаштування в спеціально (індивідуально) створених умовах.

Основні завдання програми реабілітації залежно від реабілітаційного потенціалу хворих і інвалідів з ЦВЗ наступні.

При високому реабілітаційному потенціалі основними завданнями реабілітації є: підвищити до вимог основної професії фізичну або розумову працездатність, понижену в результаті виниклого захворювання; сформувати адекватне відношення до хвороби і лікування; повернути до основної професії (без обмежень в праці) або навчити новій показаній професії (у разі обмеження працездатності) з подальшим раціональним працевлаштуванням.

При середньому реабілітаційному потенціалі основними завданнями реабілітації є: зменшити ступінь функціональних і патоморфологічних змін, зумовлених цереброваскулярною патологією; стабілізувати клінічний перебіг хронічних цереброваскулярних захворювань і зменшити тяжкість порушень функцій; підвищити фізичну або розумову працездатність; сформувати адекватне відношення до хвороби і лікування; оптимізувати методику лікування з проведенням постійно підтримуючого лікування у разі нестабільного перебігу (із загостреннями середньої частоти або частими); забезпечити можливість роботи в своїй професії або забезпечити її продовження із зменшенням об'єму; повернути до роботи після перенавчання в новій показаній професії; при необхідності провести ефективну корекцію трудової установки.

При низькому реабілітаційному потенціалі у осіб з позитивною трудовою

установкою: отримати помірний або навіть незначний клінічний ефект із стабілізацією перебігу хронічних цереброваскулярних захворювань; підвищити, хоч би трохи, працездатність; виробити більш адекватне відношення до хвороби і лікування, яке повинне бути при хронічній патології постійно підтримуючим і комплексним, з проведенням повторних курсів; забезпечити продовження трудової діяльності в спеціально створених умовах і з використанням професійних навичок і знань.

Низький реабілітаційний потенціал дозволяє розраховувати на збереження наявних порушень до рівня ФК-3 або компенсацію патології доступними для цього засобами. Цей реабілітаційний потенціал мають особи із значними стійкими обмеженнями життєдіяльності (від 50 до 75% і вище).

Оскільки, реабілітаційний прогноз є передбачуваною вірогідністю реалізації реабілітаційного потенціалу при виконанні індивідуальної програми реабілітації хворого і є конкретним виразом міри реально досяжної мети реабілітації в процесі здійснення реабілітаційних заходів на різних етапах з урахуванням комплексної дії коригованих і не коригованих медичних, професійних, соціально-середовищних і інших чинників, доцільно оцінювати реабілітаційний прогноз при первинному складанні індивідуальної програми реабілітації.

Реабілітаційний прогноз необхідно визначати щодо конкретних видів (категорій) обмежень життєдіяльності в ранньому і пізньому реабілітаційних періодах, що дозволяє грамотно скласти індивідуальну програму реабілітації (ІПР) інваліда. Реабілітаційний прогноз повинен формуватись виходячи з нозологічної форми і характеру перебігу захворювання, віку, ступеня вираженості функціональних порушень і обмежень життєдіяльності, реабілітаційного потенціалу і передбачуваного впливу середовищних чинників.

Реабілітаційний прогноз доцільно оцінювати з урахуванням вірогідності реалізації цілей реабілітації щодо окремих складових реабілітаційного потенціалу (залежно від тяжкості проявів наслідків ЦВЗ): так для хворих з високою тяжкістю обмежень життєдіяльності (ФК3-ФК4) прогнозування повинно здійснюватись з урахуванням передбачуваного відновлення повсякденної діяльності (відповідно реалізації соціально-побутової активності), у хворих з категоріями обмежень життєдіяльності в рамках ФК2 прогнозування повинне виходити з передбачуваного відновлення здатності до праці (відповідно реалізації трудового прогнозу).

Сприятливий реабілітаційний прогноз може визначатися при високій вірогідності повного відновлення порушених категорій життєдіяльності за наявності об'єктивних можливостей (реабілітаційних засобів і умов) для реалізації реабілітаційного потенціалу в повному обсязі з урахуванням повного відновлення повсякденної діяльності і здатності до праці.

Реабілітаційний прогноз визначається як сумнівний при вірогідній нагоді часткової реалізації реабілітаційного потенціалу у випадках недостатньої ефективності заходів щодо здійснення індивідуальної програми реабілітації при прогнозуванні часткового відновлення порушених категорій життєдіяльності із зменшенням ступеня їх обмежень.

Несприятливий реабілітаційний прогноз виникає, коли є нездійсненність часткового відновлення порушених категорій життєдіяльності і зменшення

ступеня їх обмежень, неможливість реалізації реабілітаційного потенціалу.

З урахуванням визначення реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу визначається перелік свідчень для проведення конкретних реабілітаційних заходів і формується індивідуальна програма реабілітації хворого.

Рекомендації по діагностиці і кількісній оцінці обмежень життєдіяльності при цереброваскулярних захворюваннях

Для діагностики і кількісної оцінки обмежень життєдіяльності при цереброваскулярних захворюваннях під час моніторингу обстежуваних контингентів доцільно використовувати ряд тестових методик:

- Індекс Мотрісайті (Motricity Index);
- Тест контролю Рухів Тулуба (Trunk Control Test);
- Шкала «Оцінка Клубу моторики» (Motor Club Assessment);
- Тест Оцінка Моторики Рівермід (Rivermead Motor Assessment)

У хворих з ураженням центральної нервової системи рухові порушення (у разі їх виникнення) зазвичай зачіпають не один м'яз, а носять характер гемі-, пара- або терапарезу або паралічу. У таких випадках є сенс оцінювати порушення рухової функції всієї кінцівки (або кінцівок, або тулуба і кінцівок).

Індекс Мотрісайті (Motricity Index) був розроблений для оцінки ступеня парезу у хворих з ураженням верхнього мотонейрону [Parker V.M. і соавт., 1986; Collin Z., Wade D., 1990; Wade D., 1992]. Цей тест припускає підсумовування балів для кожної кінцівки на здоровій і ураженій стороні, причому балам додані ваги.

Максимальні бали для руки, для ноги і для всієї сторони тіла дорівнюють 100. Чим нижче бал, тим сильніше виражені рухові порушення. Валідність і надійність шкали доведена при її апробації у післяінсультних хворих [Wade D., 1992].

ІНДЕКС МОТРИСАЙТІ MOTRICITY INDEX

(по Parker V.M. і соавт., 1986; Collin Z., WADED., 1990; Wade D., 1992)

Інструкція

Хворий сидить на стільці або на краю ліжка, при необхідності тестування може бути проведене в положенні лежачи.

ЗАВДАННЯ (положення сидячи)

Рука

1. Щипкове захоплення кубика з гранню 2,5 см між великим і вказівним пальцями. Кубик знаходиться на гладкій поверхні (наприклад, на поверхні книги), хворий повинен взяти його двома пальцями і підняти. Лікар спостерігає за скороченням м'язів передпліччя і кисті.

2. Згинання в ліктьовому суглобі. Рука зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90°, передпліччя знаходиться в горизонтальному положенні, плече – у вертикальному положенні. Хворого просять зігнути руку так, щоб пальці кисті торкнулися плеча, в цей час лікар чинить опір цьому руху, чинячи тиск на область зап'ястка пацієнта. Лікар спостерігає за скороченням двоголового м'яза плеча.

3. Відведення плеча. Рука повністю зігнута в ліктьовому суглобі і притиснута до грудної клітки. Хворого просять відвести руку, спостерігаючи за скороченням двоголового м'яза плеча. Відведення руки за рахунок руху плечового

поясу не зараховується – завдання вважається виконаним, якщо рука відводиться за рахунок руху плечової кістки по відношенню до лопатки.

Нога

4. Дорсофлексія в гомілковостопному суглобі. Стопа розслаблена і знаходиться в положенні підшовного згинання. Хворого просять виконати тильне згинання стопи в гомілковостопному суглобі («неначе Ви стоїте на п'ятах»). Лікар спостерігає за скороченням переднього великогомілкового м'яза (*m. tibialis anterior*).

5. Розгинання в колінному суглобі. Спочатку нога зігнута в колінному суглобі під кутом 90° , стопа вільно звисає. Хворого просять розігнути ногу в колінному суглобі (випрямлена нога паралельна підлозі). Лікар спостерігає за скороченням чотирьохголового м'яза стегна.

6. Згинання ноги в тазостегновому суглобі. Хворий сидить, нога зігнута в тазостегновому суглобі під кутом 90° . Пацієнта просять підняти коліно у напрямку до підборіддя. Стежать, щоб при цьому хворий не нахилився, для цього спину просять тримати прямою, руки за спиною. Спостерігають за скороченням крижово-клубового м'яза (*m. iliopsoas*).

Оцінка в балах

Завдання 1 (щипкове захоплення)

0 Немає рухів

11 Спроба виконання завдання, будь-який рух великого або вказівного пальців

19 Захоплює кубик, але не може подолати силу тяжіння, упускає піднятий кубик

22 Захоплює кубик, утримує його в повітрі, але при цьому кубик легко випадає з пальців при найменшому поштовху

26 Утримує кубик при поштовху, але слабкіше ніж на здоровому боці

33 Нормальне щипкове захоплення

Завдання 2-6

0 Немає рухів

9 Пальпується скорочення м'яза, але руху немає

14 Рух є, але не в повному об'ємі/не проти дії сили тяжіння

Для завдання 2 – руху може не бути, але здатний утримувати передпліччя у горизонтальному положенні

Для завдання 5 – менш ніж 50% повного розгинання (тобто приблизно 45°)

19 Повний об'єм руху, рух здійснюється з подоланням сили тяжіння, але не може подолати опір, що чинить лікар

Для завдання 3 – відводить плече більш ніж на 90° , вище за горизонтальний рівень

Для завдання 5 – повністю розгинає ногу в колінному суглобі, але при найменшому поштовху утримати ногу в цьому положенні не може

Для завдання 6 – повністю згинає ногу в тазостегновому суглобі, але при найменшому поштовху утримати ногу в цьому положенні не може

25 Рух з подоланням опору, але слабкіше, ніж на здоровій стороні

33 Нормальна м'язова сила

Сумарний бал для руки дорівнює сумі балів по першому, другому і третьому завданням, плюс одиниця (для отримання 100 балів при нормальній м'язовій силі)

Сумарний бал для руки = бали (1) + (2) + (3) + 1

Сумарний бал для ноги дорівнює сумі балів за четвертим, п'ятим і шостим завданнями, плюс одиниця (для отримання 100 балів при нормальній м'язовій силі)

Сумарний бал для ноги = бали (4) + (5) + (6) + 1

Сумарний бал для сторони тіла дорівнює сумі балів для руки і ноги, що ділиться на два

Сумарний бал для сторони тіла = (рука + нога)/2

Тест контролю Рухів Тулуба (Trunk Control Test) розроблений як продовження Motricity Index і призначений для оцінки ступеня порушення рухів, в яких беруть участь не тільки м'язи плечового і тазового поясу, спини, живота. Досліджується можливість самостійного виконання чотирьох дій [Collin Z., Wade D., 1990; Wade D., 1992]. Апробований на хворих, що перенесли мозковий інсульт.

ТЕСТ КОНТРОЛЮ РУХІВ ТУЛУБА TRUNK CONTROL TEST

(по Parker V.M. і соавт., 1986; Collin Z., Wade D., 1990; Wade D., 1992)

ЗАВДАННЯ (виконуються в ліжку)

1. *Перекотитися з положення лежачи на спині на хвору сторону (у положення лежачи на хворому боці).* Можна допомагати собі за допомогою здорової руки (вхопитися за край ліжка або відштовхуватися від ліжка).

2. *Перекотитися з положення лежачи на спині на здорову сторону (у положення лежачи на здоровому боці).* Необхідно також перемістити паралізовані кінцівки.

3. *Сісти з положення лежачи на спині.* Можна допомагати собі за допомогою руки або рук (вхопитися за край постели або відштовхуватися від ліжка).

4. *Утримувати рівновагу в положенні сидячи на краю ліжка протягом 30 секунд.* Ступні ніг не повинні спиратися об підлогу.

Оцінка в балах

0 Не може виконати завдання самостійно (для завдання 4 - не може утримувати рівновагу протягом 30 секунд, навіть спираючись на руки)

12 Може виконати завдання, але тільки за допомогою допоміжних прийомів або засобів - наприклад, вчепившись за постільну білизну, або за трос, жердину, або використовуючи упор руками для підтримки рівноваги при сидінні

25 Нормальне повне виконання завдання

Сумарний бал для тулуба дорівнює сумі балів за першим, другим, третім і

четвертим завданнями

Сумарний бал для тулуба = бали (1) + (2) + (3) + (4)

Шкала «Оцінка Клубу моторики» (Motor Club Assessment) була спочатку розроблена для хворих, що перенесли мозковий інсульт [Ashburn A., 1982]. Тест передбачає підрахунок балів при виконанні заданих рухів верхньою і нижньою кінцівкою з різних початкових положень. Можливий підрахунок балів окремо для руки, для ноги і для сторони тіла в цілому. Очевидна лицьова валідність тесту, хоча даних про формальне дослідження валідності і надійності даного інструменту в літературі немає. Дану шкалу часто застосовують в комбінації з шкалою Motor Club Assessment: functional movement activities, призначеною оцінювати порушення життєдіяльності, що обумовлені руховими порушеннями.

Оцінка клубу моторики Motor Club Assessment

Бали

0 – відсутність рухів

1 – обмежена амплітуда рухів (додайте «-» або «+» для деталізації)

2 – повна амплітуда рухів (в порівнянні з протилежною стороною), координація може бути порушена

Положення

A = лежачи на здоровій стороні

B = лежачи

V = сидячи

Г = стоячи

Рухи – верхня кінцівка (назва руху і його опис)	Положення/бал
Зниження плечима Підняття плечового поясу	A _____ B _____ V _____
Випростування руки вперед Розгинання руки в ліктьовому суглобі із зігнутого положення	A _____ B _____ V _____ Г _____
Піднімання руки Піднімання руки догори і її розгинання у ліктьовому суглобі	A _____ B _____ V _____ Г _____
Супінація передпліччя Супінація передпліччя з положення про нації (рука зігнута в ліктьовому суглобі під прямим кутом і знаходиться до переду від тулуба)	B _____
Розгинання в кистьовому суглобі, передпліччя підтримується Розгинання кисті із середньо фізіологічного положення	B _____
Розгинання в кистьовому суглобі, рука розігнута в ліктьовому суглобі і піднята Розгинання кисті із середньо-фізіологічного положення. Випрямлена рука піднята і знаходиться до переду від тулуба	B _____

<i>Щипкове хапання, передпліччя підтримується</i> Захопити кульку діаметром 1 см між великим і вказівним пальцями (2 бали за виконання завдання, 0 балів за невиконання)	В _____
<i>Щипкове хапання, коли рука розігнута в ліктьовому суглобі і піднята перед тулубом</i> Захопити кульку діаметром 1 см між великим і вказівним пальцями (2 бали за виконання завдання, 0 балів за невиконання)	В _____
Рухи – нижня кінцівка (назва руху і його опис)	Положення/бал
<i>Згинання в тазостегновому і колінному суглобах</i> Зігнути ногу в тазостегновому і колінному суглобах з випрямленого положення ноги (комбінований рух)	А _____ Б _____ Г _____
<i>Згинання в колінному суглобі</i> Ізольоване згинання в колінному суглобі, стегно іммобілізоване	А _____ Б _____ Г _____
<i>Дорсофлексія в гомілковостопному суглобі, нога випрямлена</i> Дорсофлексія із середньо-фізіологічного положення суглобу	Б _____ Г _____
<i>Дорсофлексія в гомілковостопному суглобі, нога зігнута в тазостегновому і колінному суглобі</i> Дорсофлексія із середньо-фізіологічного положення суглобу	В _____

Тест **Оцінка Моторики Рівермід (Rivermead Motor Assessment)** - тест, що широко застосовується в європейських реабілітаційних клініках, суміщає оцінку елементарних рухових функцій і порушень життєдіяльності. Більшою мірою, в тесті відображена можливість виконання певних рухів, а не конкретних повсякденних побутових дій, тому дана шкала розглядається в розділі, присвяченому вимірюванням на рівні «пошкодження». Тест містить розділи «загальні функції» (13 завдань), «нога і тулуб» (10 завдань), «рука» (15 завдань). У кожному розділі завдання розташовані в порядку зростання складності їх виконання. Тест надійний, валідний, проте здається декілька довгим. Можливість виконання деяких завдань з першого розділу може бути оцінена шляхом розпитування хворого, що скорочує час обстеження.

ОЦІНКА МОТОРИКИ РІВЕРМІД (RIVERMEAD MOTOR ASSESSMENT)

(по N. Lincoln, D. Leadbitter, 1979; F. Collen і соавт., 1990; D. Wade, 1992)

Інструкція

Послідовно слідуєте за пунктами, які розташовані в порядку зростання складності завдання. Бал «1» дається за кожне завдання, якщо хворий його виконав, бал «0» - якщо не зміг виконати. Якщо хворий не зміг виконати три завдання підряд, тестування по даному розділу припиняють і переходять до наступного розділу завдань.

На виконання кожного завдання дається три спроби. Інструктор може повторити пояснення завдання і продемонструвати його виконання, якщо це необхідно. Указувати хворому на «правильність» або «неправильність» виконання завдання не треба. Всі завдання повинні виконуватися пацієнтом самостійно, за винятком випадків, коли є додаткові інструкції. Всі завдання по розділу «рука»

виконуються ураженою рукою, за винятком випадків, коли є додаткові інструкції.

№	Завдання	Бал
<i>Загальні функції</i>		
1	Сидіння без підтримки (на краю ліжка, стопи не спираються об підлогу)	
2	Перехід з положення лежачи в положення сидячи на краю ліжка (використовуючи будь-які способи переміщення)	
3	Перехід з положення сидячи в положення стоячи (можна допомагати собі руками – відштовхуватися, підтягатися; необхідно встати за 15 секунд, користуючись, якщо це необхідно, допоміжними засобами)	
4	Переміщення з інвалідної каталки на звичайний стілець через здорову сторону (можна допомагати собі руками)	
5	Переміщення з інвалідної каталки на звичайний стілець через уражену сторону (можна допомагати собі руками)	
6	Ходьба на відстань 10 метрів за межами палати з використанням допоміжних засобів (допускається використання будь-яких допоміжних засобів, але не допомога іншої особи)	
7	Самостійний підйом по сходах (необхідно пройти повний проліт сходів, можна користуватися поручнями і будь-якими допоміжними засобами)	
8	Ходьба на відстань 10 метрів за межами палати без використання допоміжних засобів (не допускається використання тростини, милиць і т.д., без допомоги іншої особи)	
9	Пройти 10 метрів, підняти з підлоги м'ячик, обернутися і повернутися назад (при ходьбі можна використовувати допоміжні засоби, якщо це необхідно, але не допомога іншої особи; нахилитися можна будь-яким способом, брати м'ячик можна будь-якою рукою)	
10	Ходьба за межами квартири на відстань 40 метрів (допускається використання будь-яких допоміжних засобів, але не допомога іншої особи)	
11	Підйом і спуск по чотирьох ступенях сходів (можна користуватися будь-якими допоміжними засобами, якщо зазвичай хворий використовує їх, але не триматися за поручні)	
12	Біг на відстань 10 метрів (по прямій)	
13	Стрибки на одній (ураженою) нозі на місці, 5 разів (не зупинятися для утримання рівноваги, не користуватися допомогою рук)	
<i>Сумарний бал по розділу «Загальні функції»</i>		
<i>Нога и тулуб</i>		
1	Переворот з положення лежачи на спині в положення лежачи на хворій стороні	
2	Переворот з положення лежачи на спині в положення лежачи на	

	здоровій стороні	
3	Напівмісток. Початкове положення – лежачи на спині з напівзігнутими в колінах ногами; ступні ніг спираються об ліжко; з цього положення підвести таз (кінезотерапевт може допомогти у виконанні цього завдання, додаючи хворій нозі правильне положення, але потім позу напівмістка хворий повинен утримувати самостійно)	
4	Перехід з положення сидючи в положення стоячи (ступні ніг знаходяться на підлозі, розподіляти вагу тіла рівномірно на обидві ноги, не користуватися допомогою рук)	
5	З початкового положення лежачи на спині з напівзігнутими в колінах ногами підняти уражену ногу і перемістити її або на опору (стілець, ящик), що знаходиться поряд з ліжком, або на підлогу так, щоб стегно знаходилося в нейтральному положенні, а кут згинання в колінному суглобі був рівний 90°, ступня торкалася опори або підлоги. Повернути ногу в початкове положення (стежити, щоб в процесі руху нога залишалася зігнутою в колінному суглобі і не відбувалася зовнішня ротація в тазостегновому суглобі)	
6	З початкового положення стоячи з опорою на обидві ступні підняти здорову ногу, поставити її на сходинку (невисоку підставку, ящик) і потім повернути в початкове положення (спираючись при виконанні цієї дії на уражену ногу). Стежити, щоб в хворій нозі не відбувалося перерозгинання в колінному суглобі, щоб не було перекосу тазу	
7	У положенні стоячи постукати п'ять разів шкарпеткою здорової ноги об підлогу. Вага тіла при цьому падає на хвору ногу. Стежити, щоб в хворій нозі не відбувалося перерозгинання в колінному суглобі, щоб не було перекосу тазу. Цей тест по суті подібний до завдання №6, але складніший	
8	Хворий лежить на спині, уражена нога зігнута в колінному суглобі під кутом 90°. Виконати тильне згинання стопи в гомілковостопному суглобі (кінезотерапевт може допомагати утримувати ногу в положенні згинання в колінному суглобі). Завдання вважається виконаним, якщо об'єм руху в гомілковостопному суглобі ураженої ноги складає не меншого половини об'єму того ж руху на здоровій стороні	
9	Хворий лежить на спині, уражена нога випрямлена в колінному суглобі. Виконати тильне згинання стопи в гомілковостопному суглобі (кінезотерапевт може допомагати утримувати ногу в положенні згинання в колінному суглобі). Завдання вважається виконаним, якщо об'єм руху в гомілковостопному суглобі ураженої ноги складає не меншого половини об'єму того ж руху на здоровій стороні	
10	Початкове положення – стоячи, стегно ураженої ноги знаходиться в нейтральному положенні. Зігнути хвору ногу в	

	колінному суглобі під кутом 45°, не згину її в тазостегновому (кінезотерапевт не повинен допомагати фіксувати стегно). Цей тест хворому з геміпарезом виконати зазвичай дуже важко, дане завдання призначене виявляти мінімальні рухові дисфункції	
	<i>Сумарний бал по розділу «Нога і тулуб»</i>	
<i>Рука</i>		
1	Початкове положення – лежачи на спині. Кінезотерапевт піднімає випрямлену руку хворого вертикально вгору і утримує її в цьому положенні. Хворий повинен підвести плечовий пояс, відірвавши від ліжка («потягнутися» вслід за рукою)	
2	Початкове положення – лежачи на спині. Кінезотерапевт піднімає випрямлену руку хворого вертикально вгору. Хворий повинен самостійно утримати підняту вертикально вгору випрямлену руку по край мірі протягом 2 секунд (рука декілька ротована назвни, відхилення від позиції повного розгинання в ліктьовому суглобі допускається в межах 30°, не допускати пронації руки)	
3	Початкове положення - лежачи на спині, рука випрямлена в ліктьовому суглобі (відхилення від позиції повного розгинання допускається в межах 20°) і піднята вертикально вгору. Згинання і розгинання в ліктьовому суглобі (під час руху не допускати ротації передпліччя)	
4	Початкове положення – сидючи, лікоть руки відведений убік і знаходиться «на вазі» , пронація і супінація передпліччя (завдання вважається виконаним, якщо хворий виконує три чверті нормального об'єму руху)	
5	Початкове положення – сидючи за столом, перед хворим на відстані витягнутих рук на столі знаходиться великий м'яч. Обхвативши м'яч долонями витягнутих рук, підвести м'яч над столом і опустити назад на стіл (пальці розігнуті, долоні щільно стикаються з поверхнею м'яча, кистьові суглоби в нейтральному положенні або положенні розгинання)	
6	Початкове положення - сидючи за столом, перед хворим на відстані витягнутих рук на столі знаходиться тенісний м'ячик. Протягнути руку вперед, узяти м'ячик, опустити його на середину стегна ураженої ноги, знов повернути її на стіл, і так повторити п'ять разів (кистьові суглоби в нейтральному положенні або положенні розгинання, в ліктьових суглобах руки розігнуті)	
7	Те ж завдання, що і №6, але замість м'ячика хворий переміщує олівець, який повинен тримати першим і другим пальцями, застосовуючи щипкове захоплення	
8	Початкове положення – сидючи за столом. Взяти із столу аркуш паперу і знову опустити на стіл, повторити п'ять разів. Хворий повинен взяти папір всіма п'ятьма пальцями («жменею»), прагнучи не зім'яти і не підтягаючи його до краю столу.	

	Положення рук - таке ж, як в завданні №6	
9	Розрізати за допомогою ножа і виделки коржик з пластиліну, що лежить на тарілці (тарілка стоїть на нековзній поверхні і покласти розрізані шматки в ємності, які розташовані по обох сторонах від тарілки	
10	Стоячи на місці і підтримуючи вертикальне положення тіла, п'ять разів підряд постукати об підлогу великим м'ячем (по м'ячу бити долонею)	
11	Стулити перший палець кисті послідовно з рештою всіх пальців, не меншого 14 рази за 10 секунд (рухи виконувати в постійній послідовності, великий палець не повинен ковзати від одного пальця до інших)	
12	Супінація - пронація ураженої руки, 20 рази за 10 секунд. Рука відведена від тулуба, послідовно торкатися долонею і тилом грона долоні здорової руки, кожне торкання зараховується за один раз. Це завдання схоже на завдання №4, але оцінює швидкість рухів	
13	Стоячи боком до стіни, упертися долонею ураженої витягнутої руки об стіну (відведення в плечовому суглобі 90°). Утримуючи руку в цьому положенні, не відриваючи стоп від підлоги, обернутися обличчям до стіни і якомога ближче до руки (ротація тулуба зверху 90°). Не згинати руку в ліктьовому суглобі, долоня щільно прилягає до стіни	
14	Обвести навколо голови шнур і зав'язати його на потилиці «бантиком». Не згинати шию. Уражена рука повинна не тільки підтримувати шнур, але і брати активну участь в його зав'язуванні. Це завдання дозволяє оцінити функцію кисті у відсутності зорового контролю	
15	Гра в «ладоньки», сім разів за 15 секунд. На стіні на рівні плечей малюються дві відмітки. Цикл рухів: (хлопнути в долоні – обома долонями торкнутися відміток на стіні – хлопнути в долоні – однією долонею торкнутися протилежної відмітки); цей цикл рухів зараховується за один раз. Рухи повинні виконуватися в заданій послідовності, долоні повинні торкатися стіни. Для виконання завдання дається три спроби. Це найбільш складне завдання, що оцінює координацію, швидкість, пам'ять, рухову функцію рук	
	<i>Сумарний бал по розділу «Рука»</i>	

Оцінку можливостей самообслуговування доцільно проводити з використанням наступних тестових методик:

- індекс Barthel, шкала Ренкін, «Шкала активного повсякденного життя Рівермід».

Індекс Barthel (таблиця 1), який включає 10 пунктів, що відносяться до самообслуговування і пересування. Залежно від виконання завдань (самостійно або із сторонньою допомогою) ставиться оцінка 0-5-10-15, максимальна сума балів – 100,

що відповідає 100. Мінімальна 20 балів – повна залежність хворого. Сума балів від 21 до 60 – виражена залежність, від 61 до 90 помірна і від 91 до 99 – легка залежність.

Показник Barthel

№ п/п	Функція	Число балів за виконання функції	
		Зі сторонньою допомогою	Самостійно
1.	Їжа (у тому числі якщо страва повинна бути розрізана на шматочки)	5	10
2.	Переміщення із крісла на колесах на ліжку і назад (включаючи сидіння на ліжку)	5-10	15
3.	Особистий туалет (вмивання, причісування, гоління, чищення зубів)	0	5
4.	Відвідування туалету (маніпуляції з одягом, контроль функції)	5	10
5.	Миття у ванні	0	5
6.	Ходьба по рівній поверхні або керування кріслом на колесах	10	15
7.	Підйом і спуск по сходам	5	10
8.	Одягання (включаючи зав'язування шнурків на черевиках, застібання одягу)	5	10
9.	Контроль за роботою кишечника	5	10
10.	Контроль за роботою сечового міхура	5	10

З метою оцінки як ступеня порушень функцій, так і виражених порушень життєдіяльності може використовуватися шкала Ренкіна.

Шкала Ренкіна

0	Відсутність симптомів
1	Відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів хвороби; здатний виконувати всі звичайні повсякденні обов'язки.
2	Легке порушення життєдіяльності; нездатний виконувати деякі колишні обов'язки, але справляється із власними справами без сторонньої допомоги.
3	Помірне порушення життєдіяльності, потреба в деякій допомозі, але ходить без сторонньої допомоги.
4	Виражене порушення життєдіяльності; нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися зі своїми тілесними (фізичними) потребами без сторонньої допомоги.
5	Грубе порушення життєдіяльності; прикутий до ліжка, нетримання калу і сечі, потреба в постійній допомозі медичного персоналу.

Використання тесту «Шкала активного повсякденного життя Рівермід» (таблиця 5) дозволяла проводити більш диференційовану оцінку здатності до самообслуговування на трьох взаємоускладнюючі рівнях: безпосереднє тілесне самообслуговування, здатність до повсякденного ведення домашнього господарства, можливість розширення повсякденної побутової активності.

Пункт	Бал 3 - незалежний (може використовувати допоміжні пристосування) 2 - потрібен догляд (вербальна допомога) 1 - залежимо від сторонньої допомоги (тобто самостійне виконання дії неможливо, або небезпечно, або вимагає нерозумних витрат часу)	Допоміжні пристосування (використовувані, рекомендовані)
Самообслуговування		
Пиття (повна чашка гарячої рідини, пролити не більше 1/8 частини вмісту чашки)		
Чищення зубів (видавлювання зубної пасти, нанесення її на щітку, включення водопровідного крана)		
Причісування (досягнення доглянутого виду)		
Миття обличчя/рук (відкривання крана, користування милом, витирання)		
Гоління/макіяж (гоління здійснюється тим способом, до якого звик хворий)		
Прийом їжі (уміння користуватися ножем, вилкою та ін.)		
Роздягання (зняття плаття, піжами, шкарпеток і черевиків)		
Пересування по квартирі (переміщення з однієї кімнати в іншу з подоланням відстані не менш 10 м, повороти)		
Переміщення з ліжка на стілець (з положення лежачи, будучи вкритим ковдрою, переміститися на крісло, яке знаходиться поблизу)		
Відвідування туалету (дійти до туалету, впоратися з одягом, виконати необхідні гігієнічні процедури, привести до ладу одяг)		
Переміщення за межами квартири (подолання відстані 50 м, включаючи похилі поверхні, переміщення через дверні пройми)		
Вдягання (не мають на увазі святкові вбрання; одяг повинен знаходитись поблизу, складена в стос, але не в певному порядку; уміння заціпати гудзики, кнопки, зав'язувати шнурки)		
Миття у ванні (уміння вимити все тіло;		

користуватися краном, затичкою у ванні)		
Входження у ванну й виходження з ванни (ванна не наповнена водою)		
Миття всього тіла не у ванні, а користуючись тазом з водою (у тому числі дістатися з положення сидячи стопи й помити їх, вимити здорову руку)		
Переміщення з підлоги на стілець (з положення лежачи сісти на звичайний стілець без підлокітників з висотою сидіння 45 см.)		
Домашнє господарство I		
Готування гарячого напою (заповнення водою електричного чайника, готування чаю)		
Приготування легкої закуски (готування бутерброда із сиром за умови, що все необхідне перебуває поблизу, миття посуду, витирання стола)		
Уміння робити грошові розрахунки (підрахунок грошей, необхідних для сплати, наприклад, за батон хліба та ін., отримання здачі)		
Приготування їжі (обікрати одну картоплину, підсмажити шматок ковбаси, розморозити заморожені в морозильнику овочі, відкрити банку консервів)		
Доставка покупок з магазину додому (принести 250 г масла, банку вагою 500 г, здачу)		
Відвідування крамниці (дійти до крамниці й назад, подолавши відстань 1 км)		
Користування громадським транспортом (поїздка на автобусі на відстань не менш 2 км і не менш трьох автобусних зупинок)		
Посадка в легковий автомобіль і висадка з машини (переднє сидіння машини будь-якої марки, за винятком спортивної моделі)		
Домашнє господарство II		
Прання (ручне прання спідньої білизни в тазу)		
Прасування білизни (праскою без пари, з приготуванням місця для прасування на столі або гладильній дошці)		
Легке прибирання (протирання поверхонь, що знаходяться на висоті 30-90 см.)		
Вивішування випраної білизни (на перекладині або мотузці, розташованої в межах квартири, не використовувати гачки)		
Застелення ліжка висотою близько 50 см. простирадлом і ковдрою, розправлення		

складок		
Більше ретельне прибирання (збирання кімнати площею 3 кв.м з використанням пирососа, підмітання із застосуванням щітки і совка для сміття, з пересуванням тільки стільців)		

Найбільш ефективною в оцінці повсякденної побутової активності, що дозволяє відстежувати динаміку порушень життєдіяльності в процесі хвороби і реабілітації є шкала FIM.

Шкала FIM складається з 16 пунктів, що відображають стан рухових функцій (пункти 1-14: самообслуговування, контроль сфінктерів, мобільність, здатність до пересування) і інтелектуальних функцій (пункти 14-18: спілкування і соціальні функції). Оцінка кожного пункту проводилася нами за 5-бальною шкалою обслуговуючим хворого медперсоналом, надалі підраховується сума балів за всіма пунктами опитувальника. При цьому використовуються наступні параметри:

1 бал - повна залежність; 2 бали – значна залежність; 3 бали – помірна залежність; 4 бали – мінімальна залежність; 5 балів – повна залежність.

Шкала функціональної незалежності (FIM, модифікована)

Критерії незалежності хворого	Оцінка критеріїв в балах	
	До реабілітації	Після реабілітації
1. Самообслуговування		
1.1. Пиття з чашки		
1.2. Прийом їжі		
1.3. Вдягання		
1.4. Догляд за собою		
1.5. Вмивання або купання в ванні		
2. Контроль сфінктерів		
2.1. Контроль функції сечового міхура		
2.2. Контроль функції кишечника		
3. Мобільність		
3.1. Активність в ліжку		
3.2. Здатність влаштуватися в кріслі і вставати з нього		
3.3. Здатність заходити до туалету і виходити з нього		
3.4. Здатність взодити у ванну і виходити з неї		
4. Здатність до пересування		
4.1. Здатність пройти 50 метрів по рівній поверхні		
4.2. Здатність пересуватися сходами (спускатися і підніматися)		
4.3. Здатність пересуватися в кріслі-колясці		
5. Спілкування і соціальні функції		
5.1. Сенсорні порушення		
5.2. Збереження інтелектуального і емоційного реагування (взаємодія, вирішення проблем, пам'ять)		
Сума балів		

**Чинники, що визначають реабілітаційний потенціал
хворих з цереброваскулярними захворюваннями**

Таблиця П Б

Чинники, що визначають реабілітаційний потенціал хворих з цереброваскулярними
захворюваннями

Чинники реабілітаційного потенціалу	Реабілітаційний потенціал			
	Високий	Середній	Низький	Реабілітаційний потенціал відсутній
1	2	3	4	5
Наявність і ступінь вираженості рухових порушень.	Рухові порушення відсутні (ФК-0) або є легкий парез (ФК-1): об'єм рухів повний, незначне зниження м'язової сили (до 4 балів), долає сили гравітації, опір силі, що діє ззовні, трохи утруднений. Анізорефлексія (D>S, S>D). Непереконливий симптом Бабинського.	Помірний парез (ФК-2) - Об'єм рухів повний або трохи обмежений, зазвичай в дистальному відділі, долає сили гравітації, понижена м'язова сила (до 3 балів), опір силі, що діє ззовні, утруднений. Анізорефлексія, стійкі патологічні рефлекси.	Значно виражений парез (ФК-3). Рухи у вертикальній площині відсутні, можливі тільки в горизонтальній (не долає сили гравітації). М'язова сила понижена до 2 балів, опір силі, що діє ззовні, різко утруднений. Анізорефлексія, патологічні рефлекси чітко виражені.	Плегія або різко виражений парез (ФК-4). Активні рухи кінцівок відсутні або можливі рухи окремих м'язових груп. М'язова сила понижена до 0 або 1 балу. М'язовий тонус може бути різко підвищений або схильність до гіпотонії. Різка анізорефлексія, патологічні рефлекси.
Здатність до самообслуговування	Відсутність або легке порушення життєдіяльності, не дивлячись на наявність деяких симптомів хвороби, здатний виконувати всі звичайні повсякденні обов'язки без сторонньої допомоги.	Помірне порушення життєдіяльності: потреба в деякій допомозі в складних видах догляду за собою (гоління, макіяж, але ходить без сторонньої допомоги).	Виражене порушення життєдіяльності: нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися із своїми повсякденними потребами без сторонньої допомоги, контроль за тазовими органами збережений.	Грубе порушення життєдіяльності: прикутий або активний в межах ліжка, нетримання сечі і калу, потреба в сторонній допомозі медичного персоналу в прийомі їжі, питті, одяганні, умиванні.
Характер зміни м'язового тону	Немає підвищення або легке підвищення тону, що відчувається при згинанні або розгинанні	Незначне підвищення тону у вигляді опору, що виникає після виконання не менше половини об'єму	Помірне підвищення тону, що виявляється протягом всього руху, але не ускладнює	Значне підвищення тону, що утрудняє виконання пасивних рухів. Уражений сегмент

	сегменту кінцівки у вигляді незначного скорочення в кінці руху	руху	виконання пасивного руху	кінцівки фіксований в положенні згинання або розгинання
Динаміка симптомів в першу добу	Поліпшення	Поліпшення	Без змін	Наростання симптомів більше 24 годин
Час надання медичної допомоги	Протягом 1 години	Протягом 1-3 годин	Протягом 3-6 годин	Більше 9 годин
Збереження функції кисті	Функція кисті не порушена (ФК 0) або є незначне порушення (ФК 1). При зіставленні великого пальця основна фаланга великого пальця досягає основи решти всіх пальців, спостерігається повне згинання пальців в кулак, функція кисті - схоплювання і утримання предметів не порушена.	Помірне порушення функції (ФК 2). Дистальна фаланга великого пальця досягає основи четвертого пальця, дистальні фаланги відстають від долоні на відстані $1,5 \pm 0,5$ див. Доступне утримання предметів, утруднено схоплювання дрібних предметів.	Значне порушення функції кисті (ФК-3): дистальна фаланга великого пальця досягає основи третього пальця, дистальні фаланги відстають від долоні на відстані $4,0+0,5$ см, при цьому можливе схоплювання крупних предметів без тривалого і міцного їх утримання.	Різде порушення функції кисті (ФК-4): дистальна фаланга великого пальця досягає основи другого пальця, дистальні фаланги відстають від долоні на відстані 5-8 см, неможливе хапання і утримання як крупних, так і дрібних предметів. Пре плегії - рухи в руці відсутні.
Характер зміни ходи	Хода не змінена або при ходьбі трохи накульгує на паретичну ногу.	Хода геміпаретична	Поза Вернике-Манна, хода "циркумдуцируюча" або геміпаретична	Хода різко "циркумдуцируюча" (або хворий самостійно не пересувається)
Наявність і ступінь вираженості мовних порушень	Мовні порушення відсутні або незначна (ФК-1) <i>моторна афазія</i> : зниження здатності швидко і легко добирати слова (наявний в розпорядженні словарний запас не ушкоджений). Зменшено число різних використовуваних слів. Рідкісніші назви згадуються насилу і сповільнено,	<i>Моторна афазія</i> (ФК-2). Мова хворого зрозуміла для тих, оточуючих, проте вона уповільнена, позбавлена виразності, неправильна граматична побудова мови. <i>Сенсорна афазія</i> (ФК-1). Виявляється неправильне виконання серійних завдань, в той час, як	<i>Моторна афазія</i> (ФК-3). Власна мова практично відсутня, на питання відповідає одним і тим же словом або спотвореними літеральними парафазіями. <i>Сенсорна афазія</i> (ФК-2). Хворий виконує інструкцію середнього ступеня складності і деякі складні завдання.	<i>Моторна афазія</i> (ФК-4). Мова хворого неможлива або зводиться до єдиного «слова» або групи слів, що складають цілу фразу, які стереотипно повторюються («мовний ембол»). Використання стереотипних «та» або «ні», або «так і ні». <i>Сенсорна афазія</i> (ФК 4). Хворий не

	<p>утруднення при знаходженні назв виявляються при перерахуванні представників якого-небудь більш загального класу або при назві загальної ознаки.</p> <p>Збільшується частота використання шаблонних фраз або слів, штампів, мовних стереотипів, що відвіку склалися, улюблених словосполучень, звичних оборотів мови.</p>	<p>окремі завдання виконуються вірно.</p> <p>Подовження часу реакції або сповільненість при виконанні завдань і сприйнятті словесного матеріалу.</p> <p>Матеріал, що словесно пред'являється, в половині випадків погано інтерпретується і неточно повторюється, особливо при обговоренні зв'язаних або послідовних тем, або якщо завдання мають переносний смисл або подвійні за сенсом.</p>	<p>Мова хворого через відсутність слухового контролю малозрозуміла для оточуючих, відзначаються літеральні і вербальні парафазії.</p> <p>Помірно порушені повторна мова, читання і письмо.</p> <p><i>Сенсорна афазія (ФК-3).</i> Хворий виконує інструкції простого і середнього ступеню складності.</p> <p>Можливе прочитання окремих слів.</p> <p>Грубо порушений процес письма.</p>	<p>розуміє інструкцій, не виконує простих дій. По мірі відновлення може виконувати декілька простих інструкцій (закривати і розплющувати очі, відкривати рот, піднімати руку).</p>
<p>Характер і ступінь поєднання мовних порушень</p>	<p>Наявність тільки моторної афазії, що не перевищує ФК-1.</p>	<p>Поєднання моторної афазії, що не перевищує ФК-2, з сенсорною афазією ФК-1.</p>	<p>Поєднання моторної афазії, що не перевищує ФК-2, з сенсорною афазією ФК-2.</p>	<p>Поєднання моторної афазії, що перевищує ФК-2, з сенсорною афазією, що перевищує ФК-2.</p>
<p>Наявність емоційно-вольових і інтелектуально-мнестичних порушень</p>	<p>Порушення відсутні або наявність незначної неврозподібної симптоматики у вигляді підвищеної збудливості, дратівливості, ранимості, внутрішньої напруги, підвищеної гіперстезії.</p> <p>Легке зниження концентрації уваги. Емоційна лабільність,</p>	<p>Виражена емоційна лабільність.</p> <p>Помірне зниження показників уваги і сприйняття.</p> <p>Швидка виснажувальність розумових процесів, підвищена стомлюваність, низька продуктивність діяльності.</p> <p>Усебічність мислення, зниження здатності до</p>	<p>Емоційне притуплення, звуження кола інтересів.</p> <p>Виражене загострення характерологічних рис. Значне звуження кола інтересів, відсутність мотивації до цілеспрямованої діяльності. Значне зниження показників уваги, пам'яті, сприйняття, інтелекту.</p>	<p>Наявність вираженої деструктивно-органічної симптоматики у вигляді різкої виснажувальності психічних процесів, різких інтелектуально-мнестичних порушень, втрати колишніх знань і навичок. Втрата критичних можливостей, афектні розлади (розгальмованість, дезорганізація</p>

	можливо незначне інтелектуально – мнестичне зниження. Повне збереження критики, що дозволяє хворим компенсувати виниклі порушення.	абстрагування. Помірне порушення пам'яті (переважно у відтворенні нещодавніх подій). Збереження критики до свого стану.	Виражена ригідність мислення. Зниження критики до свого стану.	поведінки або падіння рівня активності), нівелювання рис особистості.
Характеристика порушень чутливості	Не порушена.	Порушення поверхневої чутливості.	Порушення поверхневої чутливості, незначне глибокої.	Поєднане порушення поверхневої чутливості з грубим порушенням глибокої чутливості.
Наявність синдромного взаємного обтяження	Наявність ізольованого синдрому (наприклад, рухові порушення).	Наявність двох синдромів (наприклад, рухові і мовні порушення), що призводять до взаємного обтяження обмежень життєдіяльності.	Наявність трьох і більш за синдромів (рухові, мовні, психопатологічні і інші порушення), що призводять до взаємного обтяження на 1ФК.	Наявність трьох і більш за синдромів (рухові, мовні, психопатологічні і інші порушення), що призводять до взаємного обтяження більш, ніж на 1ФК.
Тривалість основного захворювання	Менше 5 років	5-10 років	10-15 років	Більше 15 років
Наявність залежних форм поведінки	Залежні форми поведінки відсутні	Ізольовані залежні форми поведінки (підвищене харчування, куріння, вживання алкоголю).	Наявність поєднаних залежних форм поведінки (підвищене харчування, часте вживання алкоголю, куріння).	Виражені поєднані форми поведінки (поєднання ожиріння, зловживання алкоголем, часте куріння).
Супутня патологія	Наявність ізольованої патології, що зачіпає тільки одну функціональну систему (наприклад, артеріальна гіпертензія (АГ)).	Наявність поєднаної патології, що зачіпає тільки одну функціональну систему (наприклад, поєднання АГ і ІБС).	Наявність поєднаної патології, що зачіпає дві функціональні системи (наприклад, поєднання АГ, ІБС, цукрового діабету).	Наявність поєднаної патології, що зачіпає три і більше функціональні системи, що взаємно обтяжують одна одну.
Порушення мозкового кровообігу в анамнезі	Відсутні	Скороминущі порушення мозкового кровообігу.	Гостре порушення мозкового кровообігу.	Гостре порушення мозкового кровообігу.

Частота і давність перенесених порушень мозкового кровообігу	Відсутні	Рідкісні скороминущі порушення мозкового кровообігу.	Гостре порушення мозкового кровообігу, давністю більше двох років.	Гостре порушення мозкового кровообігу протягом одного року.
Психологічне особисте відношення до хвороби	Гармонійне відношення до хвороби, критична оцінка тяжкості стану, прагнення до активного сприяння успіху лікування.	Сенситивне, іпохондричне, неврастенічне відношення до хвороби: заклопотаність станом, перебільшення своїх симптомів, поєднання бажання лікуватися і невіра в успіх.	Апатичний, паранояльний, дисфоричний тип відношення до хвороби: відособленість, неспокій, негативне сприйняття інформації про здоров'я і лікування.	Критика до хвороби відсутня.
Темп відновлення порушених функцій	Швидкий	Швидкий	Повільний	Повільний
<i>Результати інструментальних досліджень:</i> Локалізація осередку за даними РКТ (МРТ)	Осередки, що не розповсюджуються на основні рухові шляхи.	Поверхнева (коркова) локалізація інфаркту в корі центральної звивини поза білою речовиною і заднім стегном внутрішньої капсули.	Інфаркт в білій речовині центральної звивини поза областю заднього стегна внутрішньої капсули або осередок в стовбурі мозку.	Інфаркт з ураженням заднього стегна внутрішньої капсули або осередки в підкоркових структурах.
Розміри осередку за даними РКТ (МРТ)	Менше 1 5 см ²	15 -25 см ²	25 - 40 см ²	Більш ніж 40 см ²
Результати електронейроміографії	Амплітуда міограми спокою варіює від 20 до 40 мкВ.	Амплітуда міограми спокою варіює від 20 до 60 мкВ.	Амплітуда міограми спокою варіює від 40 до 80 мкВ.	Амплітуда міограми спокою може перевищувати 100 мкВ.
Результати динамометрії кисті	19,0±3,5 дин	10,5±1,5 дин	3,5±2,0 дин	0,5±0,3 дин або 0 дин
Показники біомеханічного дослідження пересування	Темп ходьби - 65-90 кроків, кількість кроків - 140-180, тривалість подвійного кроку - 1,0-1,6 сек.	Темп ходьби - 55-61 кроків, кількість кроків - 159-167, тривалість подвійного кроку - 1,7-2,3 сек.	Темп ходьби - 32-40 кроків, кількість кроків - 200-220, тривалість подвійного кроку - 2,0-3,0 сек.	Пересування відсутнє
Фізична працездатність	У нормі або понижена до 25%	Понижена до 50% в порівнянні з	Понижена до 75% в порівнянні з	Понижена більше 75% в порівнянні з

	в порівнянні з нормою	нормою	нормою	нормою
Ефективність відновлення обмежень життєдіяльності	Відновлення обмежень життєдіяльності на 2ФК.	Відновлення обмежень життєдіяльності на 1 ФК.	Відновлення обмежень життєдіяльності в межах одного ФК.	Стан без динаміки.
Характер професійних переміщень	Професійні переміщення за останні 5 років відсутні або є одноразова зміна з менш сприятливих умов праці на більш сприятливі.	Відзначається одноразове професійне переміщення за останні 5 років з рівнозначними умовами праці.	Відзначаються двократні професійні переміщення за останні 5 років із зміною умов праці із сприятливіших на менш сприятливі.	Поєднання багатократної зміни професії, місця роботи з кратністю більш 2-х разів за останні 5 років з погіршенням умов праці.
Мотиваційна установка на працю	Позитивна	Позитивна	Негативна	Негативна
Ступінь зниження здатності до професійної діяльності	Праця доступна в повному обсязі (ФК-0) або легке зниження здатності до трудової діяльності (ФК-1). Незначне зниження професійно значущих функцій і якостей. Хворі можуть продовжувати працювати в звичайних виробничих умовах з невеликими змінами в умовах праці залежно від особливостей виробництва (звільнення від нічних змін, відряджень, додаткові перерви в роботі без обмеження обсягу робіт).	Помірне зниження здатності до трудової діяльності (ФК-2). Помірне зниження професійно значущих функцій і якостей. Відзначається необхідність значної зміни професійної праці, що виконується в звичайних виробничих умовах (що виявляється в необхідності зниження кваліфікації, обмеження обсягу професійної діяльності).	Значне зниження здатності до трудової діяльності (ФК-3). Відзначається значне зниження професійно значущих функцій і якостей. Хворі можуть виконувати роботу тільки в спеціально створених умовах.	Праця недоступна
Категорії тяжкості виконуваної праці	1-а категорія тяжкості - роботи, що виконуються при оптимальних	1-а категорія тяжкості - роботи, що виконуються при оптимальних значеннях	3-а категорія тяжкості - роботи, що виконуються при гранично допустимих	3-а категорія тяжкості - роботи, що виконуються при гранично допустимих

	значеннях виробничих елементів умов праці.	виробничих елементів умов праці, а також 2-а категорія тяжкості - роботи, що виконуються при помірно виражених значеннях виробничих елементів умов праці.	значеннях елементів умов праці.	значеннях елементів умов праці, а також 4-а категорія тяжкості - роботи, пов'язані з дією небезпечних і шкідливих чинників праці.
Професійний статус	Праця сенсорно - фізична, механізований, у виробничих приміщеннях; робота в торгівлі, побутовому обслуговуванні, а також розумово - сенсорна, мало напружена праця.	Ручна, фізична, не механізована, мало напружена праця; праця сенсорно - фізична, механізована, на відкритому повітрі.	Водійські і операторсько-диспетчерські види праці.	Праця ручна, фізична, не механізована, напружена; Розумово - сенсорна, напружена праця.
Наявність професійних шкідливостей	Відсутні.	Робота, пов'язана з вимушеним положенням тіла, виконанням одноманітних рухів головою, тулубом в сприятливих мікрокліматичних умовах.	Робота, пов'язана з вираженим фізичною і нервово психічною напругою, вимушеним положенням тіла, обумовленим темпом роботи, підвищеною небезпекою травматизму (висота, робота з електро-приладами, на транспортері і т.п.), виконання одноманітних рухів головою, тулубом, несприятливими метеорологічними і мікрокліматичними умовами, контактом з токсичними речовинами, шумом і вібрацією, різними видами випромінювання.	Робота, пов'язана з вираженим фізичним і нервово психічним напругою, вимушеним положенням тіла, обумовленим темпом роботи, підвищеною небезпекою травматизму (висота, робота з електроприладами, на транспортері і т.п.). виконання одноманітних рухів головою, тулубом, несприятливими метеорологічними і мікрокліматичними умовами, контактом з токсичними речовинами, шумом і вібрацією, різними видами випромінювання.