



ІНСУЛЬТ

ЧМТ

ДЕМЕНЦІЯ

Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта

Основні шкали клінічної оцінки —
від гострого інсульту до нейрореабілітації

Церебролізін®

Возз'єднує нейрони.
Надихає на життя.

Церебролізин® включений до рекомендацій з реабілітації після інсульту найкращих референтних країн



АВСТРІЯ



КАНАДА



НІМЕЧЧИНА



- Різні комітети з розробки рекомендацій
- Різні моменти часу
- Абсолютно по-різному складені

Усі дійшли одного висновку:

Церебролізин® – найкращий лікарський засіб для реабілітації після інсульту!

Австрія



Церебролізин® – лікарський засіб з найкращою оцінкою

- Перші Австрійські рекомендації з реабілітації після інсульту, що ґрунтуються на доказовій базі
- **Церебролізин® – єдиний офіційно згаданий препарат**

Канада



Церебролізин® – єдиний препарат, який рекомендований на 100 %*

- Єдиний позитивний **1A рівень** стосовно відновлення рухової функції
- Самий високий ступінь рекомендацій щодо покращення активності в повсякденному житті

Німеччина



Церебролізин® отримав найвищу оцінку серед лікарських засобів

- Концепція лікування під час **дослідження CARS** підтвердилася!
- Відновлення функції верхніх кінцівок має вагомий вплив на якість життя та активність у повсякденному житті

Ця брошура є коротким посібником, що містить всі важливі оціночні тести стосовно клінічної оцінки інсульту, лікування інсульту та результатів реабілітації після інсульту.

Акцентування уваги на такому клінічному стані, як інсульт, є важливим у відношенні фізичних, психологічних/поведінкових і фінансових труднощів, що спричиняє інсульт для пацієнтів та їхніх опікунів, для медичних працівників і для суспільства в цілому.

Правильна оцінка всіх показників інсульту під час гострої стадії, реабілітації, а також під час подальшого спостереження може зменшити ці труднощі і покращити прогноз віддалених результатів, оскільки багато з цих тестів здатні виявити ускладнення після інсульту і надають змогу лікарям призначити відповідне лікування.

Ця брошура містить міжнародні тести, що найбільш широко використовуються, до яких були додані такі додаткові важливі факти, як час проведення та переваги кожного тесту.

Ми сподіваємося, що ця брошура буде постійним супутником для Вас і Ваших колег і допоможе об'єктивно обстежувати пацієнтів у всіх важливих проявах захворювання і можливих ускладненнях після інсульту.

Звичайно, існують різні джерела для забезпечення медичних фахівців оціночними шкалами, що пов'язані з інсультом, але ця брошура надає зайнятому лікареві швидкі посилання, коли негайно необхідна важлива інформація.

Нарешті, я хотів би всім серцем подякувати «ЕВЕР Фарма Австрія» за її діяльність. Ця брошура ще раз чітко демонструє, що «ЕВЕР» є сильним і надійним партнером у боротьбі проти такої глобальної проблеми, як інсульт.

Щиро ваш,

Натан Борнштейн

*Кафедра неврології, медичний центр ім. Сураскі, м. Тель-Авів,
Медична школа Саклера, Університет Тель-Авіва, Ізраїль*

Інсульт є однією з провідних причин довгострокової інвалідизації дорослих, який щороку уражає багато мільйонів людей в усьому світі. Саме слово «інсульт» (англ. stroke — удар; прим. пер.) вказує на те, що ніхто ніколи не готовий до цієї раптової загрозової події. Раннє відновлення та реабілітація можуть поліпшити функціонування і з часом значне відновлення функцій у тих, хто переніс інсульт. Ми досі все ще так багато не знаємо про те, як мозок компенсує пошкодження від інсульту. В деяких випадках клітини мозку можуть бути пошкоджені лише тимчасово і з часом можуть відновити своє функціонування. В інших випадках мозок може реорганізувати своє функціонування. Іноді певна ділянка мозку «бере на себе» функції зони, пошкодженої в результаті інсульту.

Реабілітація насправді повинна починатися в лікарні, якомога швидше після інсульту. У стабільних пацієнтів реабілітацію можна почати вже через 24 години після настання інсульту і в міру необхідності слід продовжувати після виписки з лікарні. Віддалена ціль реабілітації — поліпшити функціонування настільки, щоб людина, яка перенесла інсульт, стала якомога більш незалежною. Це повинно бути зроблено таким чином, щоб зберегти гідність пацієнта і мотивувати його переучувати основні навички, які можуть бути порушені в результаті інсульту (купання, харчування, одягання, ходьба та ін.).

Ця брошура містить необхідні вправи і оціночні тести, які важливі для пацієнтів, терапевтів та лікуючих лікарів для оцінки покращень, що настають в пацієнтів у період їхньої реабілітації, а також вони сприяють встановленню раціональної основи для довгострокового прогнозу стану пацієнтів після інсульту.

Більшість із цих обстежень можуть бути зроблені навіть за відсутності спеціалізованих реабілітаційних центрів, які, як і раніше, є великою проблемою для країн з низьким і середнім рівнем доходу. Як лікар-невролог, що приділяє велику увагу нейровідновленню та нейрореабілітації, я дуже радий, що компанія «ЕВЕР Фарма» розробила цю практичну брошуру, яка може також служити стимулом для багатьох лікарів по всьому світу для знаходження можливостей, щоб їхні пацієнти після інсульту проходили програми реабілітації.

Щиро ваш,

Дафін Ф. Мурешану

Президент Румунського товариства неврології

Професор кафедри неврології, голова департаменту нейронаук

Університет медицини і фармації ім. Юліу Хаціггану, Клуж-Напока, Румунія

Президент Товариства з вивчення нейропротекції та нейропластичності (SSNN)

А. Оцінка інсульту

1. Шкала інсульту Національного Інституту Здоров'я (NIHSS).....	4
2. Модифікована шкала Ренкіна (mRS).....	8
3. Канадська неврологічна шкала (CNS).....	9
4. Шкала для оцінки внутрішньомозкових крововиливів (ICH).....	12
5. Шкала оцінки ризику інсульту при фібриляції передсердь (CHADS2).....	13
6. Шкала оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень у хворих з фібриляцією/мерехтінням передсердь (CHA ₂ DS ₂ -VASc).....	15
7. Шкала оцінки ризику кровотеч (HASBLED).....	17
8. Шкала ком Глазго (GCS).....	19
9. Шкала об'єктивної оцінки дефіциту свідомості (FOUR).....	21
10. Інтегральна оцінка когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана.....	26

Б. Інсульт та його ускладнення

1. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MOCA).....	27
2. Індекс Бартелея (BI).....	37
3. Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE).....	42
4. Визначення функціональної незалежності (FIM).....	45
5. Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про ступінь важкості на основі інтерв'ю (CIBIS).....	47
6. Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про зміни та вклад опікунів на основі інтерв'ю (CIBIC+).....	55
7. Шкала оцінки тяжкості хвороби Альцгеймера — оцінка когнітивних розладів (ADAS-Cog).....	62
8. Геріатрична шкала депресії (GDS).....	81
9. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).....	83
10. Тест викреслювання ліній.....	85
11. Огляд опитувальників SF-12 та SF-36.....	87
11. Короткий опитувальник якості життя (SF-36).....	92
12. Короткий опитувальник якості життя (SF-12).....	97

В. Інсульт та реабілітація

1. Оціночний тест Фугл-Мейера (FMA).....	100
2. Тест оцінки діяльності рук (ARAT).....	117
3. Тест із дев'ятьма лунками та кілочками (тест для діагностики PC) (NHPT).....	121
4. Швидкість ходьби (GV).....	122
5. Тест Берга на рівновагу (BBS).....	124

Перелік шкал та тестів в алфавітному порядку.....	130
Коротка інструкція до препарату Церебралізін®.....	132

Шкала інсульту Національного Інституту Здоров'я (NIHSS)

Переваги: коротка, високонадійна та достовірна.

NIHSS — це 11-елементна шкала, призначена для оцінки неврологічних результатів і ступеня відновлення для пацієнтів, що перенесли інсульт. Шкала оцінює рівень свідомості, рухи очних яблук, поля зору, функції лицьових м'язів, силу кінцівок, сенсорні функції, координацію (атаксія), мову (афазія), мовлення (дизартрія) та одностороннє просторове ігнорування (нехтування).

Інструкція:

- Розмістіть елементи шкали в зазначеному порядку.
- Фіксуйте показники після проходження кожної категорії.
- Не повертайтеся назад і не змінюйте оцінки.
- Дотримуйтеся вказівок для техніки проведення кожного тесту.
- Оцінка повинна відображати те, що пацієнт робить, а не те, що, на думку клініциста, пацієнт може зробити.
- Лікар повинен записувати відповіді під час проведення тесту і працювати швидко.
- За винятком вказаних випадків, пацієнт не повинен тренуватись (тобто неодноразові прохання до пацієнта докласти спеціальних зусиль).

<p>Рівень свідомості 0 = притомний, реагує швидко. 1 = сонливий, але можна опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує. 2 = реагує лише рефлекторними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує.</p>	Оцінка
<p>Рівень свідомості: запитання Запитайте хворого, який зараз місяць та скільки йому років. 0 = правильно відповів на обидва запитання або є мовний бар'єр. 1 = правильно відповів на одне запитання. 2 = не дав жодної правильної відповіді або не може відповісти.</p>	Оцінка
<p>Рівень свідомості: команди Попросіть хворого заплющити очі та стиснути руку в кулак 0 = правильно виконав обидві команди. 1 = правильно виконав одну команду. 2 = не виконав жодної з команд.</p>	Оцінка

<p>Рухи очей 0 = повний діапазон рухів очей. 1 = частковий параліч погляду або ізольований парез нерва. 2 = тонічне відведення очей або повний параліч погляду, які зберігаються під час перевірки окулоцефального рефлексу.</p>	Оцінка
<p>Поля зору Оцінюйте всі поля зору за допомогою одночасних рухів пальцями 0 = поля зору збережені або застаріла сліпота. 1 = асиметрична або часткова геміанопсія. 2 = повна геміанопсія. 3 = двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту) або кома.</p>	Оцінка
<p>Слабкість м'язів обличчя 0 = нормальна міміка або седація. 1 = легкий парез (лише згладженість носо-губної складки). 2 = частковий парез (повний чи майже повний параліч нижніх мімічних м'язів). 3 = повний парез (відсутність міміки у верхній та нижній ділянках обличчя) або кома.</p>	Оцінка
<p>Оцінка моторної функції лівої руки Пацієнт утримує руку під кутом 90° до тіла (долонею донизу) 0 = рука утримується у початковому положенні протягом 10 сек, суглобовий випіт чи ампутація. 1 = рука утримується у початковому положенні (90°), але починає рухатися донизу протягом перших 10 сек. 2 = хворий не може утримувати руку в початковому положенні (90°) протягом 10 сек, але є певні зусилля проти сили тяжіння. 3 = рука одразу падає, немає спроб подолати силу тяжіння. 4 = відсутні будь-які рухи.</p>	Оцінка
<p>Оцінка моторної функції правої руки Пацієнт утримує руку під кутом 90° до тіла (долонею донизу) 0 = рука утримується у початковому положенні протягом 10 сек, суглобовий випіт чи ампутація. 1 = рука утримується у початковому положенні (90°), але починає рухатися донизу протягом перших 10 сек. 2 = хворий не може утримувати руку в початковому положенні (90°) протягом 10 сек, але є певні зусилля проти сили тяжіння. 3 = рука одразу падає, немає спроб подолати силу тяжіння. 4 = відсутні будь-які рухи.</p>	Оцінка

<p>Оцінка моторної функції лівої ноги Пацієнт утримує ногу під кутом 30° протягом 5 сек 0 = нога утримується під кутом 30° протягом 5 сек, суглобовий випіт чи ампутація 1 = нога опускається до проміжного положення впродовж перших 5 сек. 2 = нога падає на ліжко протягом перших 5 сек, певні зусилля проти сили тяжіння. 3 = нога одразу падає на ліжко, немає спроб подолати силу тяжіння. 4 = відсутні будь-які рухи.</p>	Оцінка
<p>Оцінка моторної функції правої ноги Пацієнт утримує ногу під кутом 30° протягом 5 сек 0 = нога утримується під кутом 30° протягом 5 сек, суглобовий випіт чи ампутація 1 = нога опускається до проміжного положення впродовж перших 5 сек. 2 = нога падає на ліжко протягом перших 5 сек, певні зусилля проти сили тяжіння. 3 = нога одразу падає на ліжко, немає спроб подолати силу тяжіння. 4 = відсутні будь-які рухи.</p>	Оцінка
<p>Мова: Називання звичайних речей 0 = норма. 1 = легка чи помірна афазія, помилки при називанні предметів, або парафазія. Порушення мовлення та/чи розуміння мови. 2 = тяжка афазія. Повна афазія експресивна (Брока) чи рецептивна (Верніка). 3 = німота, повна афазія або кома.</p>	Оцінка
<p>Дизартрія 0 = норма. 1 = легка чи помірна дизартрія; хворий «змазує» деякі слова, й іноді буває складно його зрозуміти. 2 = тяжка дизартрія; вимова настільки спотворена, що пацієнта неможливо зрозуміти.</p>	Оцінка
<p>Атаксія в кінцівках 0 = немає (відсутні рухи кінцівок), неможливо оцінити. 1 = атаксія є в одній кінцівці. 2 = атаксія є у двох кінцівках.</p>	Оцінка

<p>Чутливість: уколи одноразовою голкою. При порушеній свідомості давайте бали, тільки якщо є гримаса або асиметричні прояви. 0 = норма; стан седації або ампутація. 1 = легка чи помірна втрата чутливості; пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; але відчуває, коли до нього доторкаються. 2 = тяжка чи повна втрата чутливості; хворий не відчуває дотиків.</p>	Оцінка
<p>Неглект (брак уваги) 0 = порушень немає. 1 = брак уваги до зорових, дотикових, слухових подразників з одного боку. 2 = тяжкий брак уваги або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більш ніж однієї модальності</p>	Оцінка
<p>ВСЬОГО:</p>	

Інтерпретація результатів:

Кількість балів	Тяжкість інсульту
0	Відсутні симптоми інсульту
1–4	Легкий інсульт
5–15	Інсульт середнього ступеня тяжкості
16–20	Інсульт від середнього до важкого ступеня тяжкості
21–42	Тяжкий інсульт

Приблизний час проведення тесту: 2 хвилини.

Посилання:

Національний Інститут Здоров'я, Національний Інститут Неврологічних розладів та Інсульту. Шкала оцінки інсульту.
 Шкала оцінки інсульту Національного Інституту Здоров'я, частина 2. Основні інструкції. Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, Національний Інститут Неврологічних розладів та Інсульту. Національний Інститут Неврологічних розладів та Інсульту (NINDS), версія 2.0
 Lyden P et al. Stroke 1999; 30: 2347–2354.
 Lyden PD et al. Stroke 2001; 32 (6): 1310–7.
 Muir KW et al. Stroke 1996; 27: 1817–1820.
 Mishra NK et al. (2010). Stroke 41 (6): 2612–2617.

Модифікована шкала Ренкіна (mRS)

Переваги: загалом використовується для оцінки функціональних результатів захворювання.

Модифікована шкала Ренкіна (mRS) оцінює недієздатність або залежність в повсякденній діяльності у жертв інсульту. mRS є окремим елементом, шкалою оцінки глобальних результатів у пацієнтів, які перенесли інсульт. Вона використовується для класифікації рівнів функціональної незалежності.

Інструкції:

Рекомендується спочатку ознайомитись з відповідними методами проведення інтерв'ю у відповідності з модифікованою шкалою Ренкіна, щоб стандартизувати оцінку mRS. Різні приклади можна знайти як в Інтернеті, так і в літературі.

Інтерпретація результатів:

0 = Відсутність симптомів.

1 = Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності.

2 = Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги.

3 = Помірне порушення функціональної спроможності: необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги.

4 = Помірно-тяжке порушення функціональної спроможності; нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби.

5 = Важка функціональна неспроможність; «прикутість» до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі.

6 = Смерть.

Приблизний час проведення тесту: 5–10 хвилин.

Посилання:

Rankin J. Scott Med J 1957;2:200-15.

Bonita R et al. Stroke 1988 Dec;19(12):1497-1500.

Van Swieten JC et al. Stroke 1988;19(5):604-7.

Канадська неврологічна шкала (CNS)

Переваги: коротка, надійна та достовірна.

Канадська неврологічна шкала була розроблена як простий метод, що використовується при оцінці та моніторингу неврологічного статусу хворих з інсультом у гострій фазі.

Інструкції:

- Розумова оцінка: оцінка стану свідомості, орієнтації та мови.
- Оцінка моторної функції розділена на розділи A1 і A2. Варіант A1 проводять, якщо пацієнт знаходиться в стані зрозуміти і слідувати інструкціям. Варіант A2 проводять в разі дефіциту розуміння. Кожен елемент моторики розділений за тяжкістю, і кожен рівень оцінюється «відповідно до відносної важливості конкретного неврологічного дефіциту».
- Слід зазначити, що при оцінюванні з використанням шкали CNS більше уваги приділяється слабкості кінцівок у порівнянні з іншими можливими неврологічними порушеннями.
- Шкала CNS оцінює лише моторну силу найслабшої кінцівки. У пацієнтів із недостатністю сприйняття оцінюється асиметрія в силі кінцівок. Таким чином, на додаток до використання шкали CNS, лікарі, можливо, захочуть оцінити і задокументувати силу верхніх і нижніх кінцівок і силу у хворих із недостатністю сприйняття.
- Результати кожного розділу підсумовуються, щоб отримати загальний бал із можливих 11,5. Більш низькі оцінки є репрезентативними для погіршення стану пацієнта.

Підрахунок балів:

- Бали за розділ розумової оцінки — розділ A для всіх пацієнтів
- Бали за розділ A1 (немає дефіциту розуміння) або розділ A2 (дефіцит сприйняття)
- Не рахуйте розділи A1 та A2 разом
- Додайте бали розділів A + A1 або A + A2
- Максимальний бал = 11,5

Розділ А. Розумові функції

Стан свідомості	Ясна свідомість	3,0
	Сонний	1,5
Орієнтація	Орієнтований	1,0
	Дезорієнтований/не-можливо визначити	0,0
Мова	Норма	1,0
	Дефіцит вираження	0,5
	Дефіцит сприйняття	0,0
ВСЬОГО:		

Розділ А1. Відсутність дефіциту розуміння

Моторні функції	Слабкість	Оцінка
Обличчя	Немає	0,5
	Є	0,0
Рука: проксимальний відділ	Немає	1,5
	Легка	1,0
	Значна	0,5
	Повна	0
Рука: дистальний відділ	Немає	1,5
	Легка	1,0
	Значна	0,5
	Повна	0
Нога: проксимальний відділ	Немає	1,5
	Легка	1,0
	Значна	0,5
	Повна	0

Нога: дистальний відділ	Немає	1,5
	Легка	1,0
	Значна	0,5
	Повна	0
ВСЬОГО:		

Розділ A2. Є дефіцит розуміння

Моторні функції	Слабкість	Оцінка
Обличчя	Симетрична	0,5
	Асиметрична	0,0
Руки	Однакова	1,5
	Різна	0,0
Ноги	Однакова	1,5
	Різна	0,0
ВСЬОГО:		

Інтерпретація результатів:

Зниження більш ніж на 1 пункт у порівнянні із попередніми результатами CNS свідчить про зміну стану пацієнта і вимагає консультації лікаря. Зміни основних показників стану організму і розміру зиніці та реакції також є підставою для зміни статусу пацієнта і вимагають негайно повідомити лікаря.

Приблизний час проведення тесту: 5–10 хвилин.

Посилання:

Bushnell C et al. Stroke 2001; 32(3): 656.

Cote R et al. Neurology 1989; 39(5): 638.

Cote R et al. Stroke 1986; 17(4): 731.

Cuspineda E et al. Clinical EEG electroencephalography 2003; 34(1): 1–4.

Шкала для оцінки внутрішньомозкових крововиливів (ІСН)

Переваги: проста клінічна шкала класифікації, яка дозволяє стратифікувати ризики. Покращує стандартизацію клінічних протоколів лікування.

Оцінювання складається з 5 характеристик, включаючи вік пацієнта > 80 років, шкалу ком Глазго, субтенторіальну локалізацію гематоми і наявність внутрішньошлуночкових крововиливів, що є незалежними прогностичними факторами несприятливого прогнозу для пацієнта.

Інструкції:

Шкала ком Глазго	3–4:	2 бали
	5–12:	1 бал
	13–15:	0 балів
Вік пацієнта	≥ 80 років:	1 бал
	< 80 років:	0 балів
Об'єм внутрішньомозкового крововиливу	≥ 30 см ³ :	1 бал
	< 30 см ³ :	0 балів
Внутрішньошлуночковий крововилив	Так:	1 бал
	Ні:	0 балів
Субтенторіальна локалізація гематоми	Так:	1 бал
	Ні:	0 балів

Інтерпретація результатів:

При збільшенні кількості балів після проведення ІСН збільшується 30-денна летальність пацієнтів.

- Оцінка ІСН 0: Відсутність летальності
- Оцінка ІСН 1: 13%
- Оцінка ІСН 2: 26%
- Оцінка ІСН 3: 72%
- Оцінка ІСН 4: 97%
- Оцінка ІСН 5: 100%
- Оцінка ІСН 6: 100%

Приблизний час проведення тесту: дуже короткий, використовуються дані пацієнта та комбінація тестів, які є частиною звичайної клінічної діагностики.

Посилання:

Hemphill JC et al. Stroke. 2001 Apr;32(4):891–7.

Шкала оцінки ризику інсульту при фібриляції передсердь (CHADS2)

Переваги: швидка діагностика ризику інсульту у пацієнтів із ФП, краще, ніж традиційні категорії високого, середнього і низького ризику.

Шкала CHADS2 є клінічним прогнозуванням для оцінки ризику інсульту у пацієнтів з неревматичною фібриляцією передсердь (ФП), загальною і серйозною аритмією серця, що пов'язана з розвитком тромбоемболічного інсульту.

Ця шкала використовується для того щоб визначити, чи необхідно при лікуванні застосовувати антикоагулянтну терапію або антитромбоцитарну терапію, оскільки ФП може викликати застій крові у верхніх камерах серця, що призводить до утворення пристінкового тромбу, який може потрапляти у кровотік, досягати мозку, відрізати подачу крові до мозку і таким чином викликати інсульт.

Висока оцінка CHADS2 свідчить про більший ризик інсульту, тимчасом як низький бал CHADS2 свідчить про більш низький ризик розвитку інсульту.

Інструкції:

		Бали
C	Застійна серцева недостатність	1
H	Гіпертензія	1
A	Вік \geq 75 років	1
D	Цукровий діабет	1
S2	Інсульт або транзиторна ішемічна атака	2
ВСЬОГО:		

CHADS2	Ризик розвитку інсульту (95% CI)*
0	1,9 (1,2–3,0)
1	2,8 (2,0–3,8)
2	4,0 (3,1–5,1)
3	5,9 (4,6–7,3)
4	8,5 (6,3–11,1)
5	12,5 (8,2–17,5)
6	18,2 (10,5–27,4)

Інтерпретація результатів:

Європейське товариство кардіологів (ESC) рекомендує за наявності у пацієнта за шкалою CHADS2 2 балів і більше призначати пероральні антикоагулянти, такі як варфарин (цільове МНО 2–3) або один із нових антикоагулянтних препаратів (наприклад, дабігатран).

Якщо результат CHADS2 0–1, слід зважати на інші фактори ризику розвитку інсульту:

- Якщо є 2 або більше факторів ризику (по суті, 2 бали або більше за шкалою CHA2DS2-Vasc), рекомендується призначення пероральних антикоагулянтів; і
- Якщо є один фактор ризику (по суті, 1 бал за шкалою CHA2DS2-Vasc), рекомендується призначення антитромботичної терапії з пероральними антикоагулянтами або аспірин (краще пероральні антикоагулянти), а також слід враховувати цінності і переваги для пацієнта.

Приблизний час проведення тесту: дуже короткий.

Посилання:

Gage BF et al. *Circulation* 2004; 110 (16): 2287–92.

Gage BF et al. *JAMA* 2001; 285 (22): 2864–70.

Karthikeyan G, Eikelboom JW. *Thromb Haemost.* 2010 Jul 5;104(1):45–8.

Lip, GY; Lane, DA. *JAMA* 2015; 313 (19): 1950–62.

Eckman MH et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2011 Jan 1;4(1):14–21.

Шкала оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень у хворих із фібриляцією/ мерехтінням передсердь (CHA₂DS₂-VASc)

Переваги: більш точна, ніж CHADS₂.

Шкала CHA₂DS₂-Vasc є вдосконаленою шкалою CHADS₂ і розширена за рахунок включення додаткових факторів ризику розвитку інсульту, як описано нижче. Максимальний бал за шкалою CHADS₂ становить 6, тоді як максимальний бал за шкалою CHA₂DS₂-Vasc — 9.

Європейське товариство кардіологів (ESC) та Національний інститут охорони здоров'я та догляду (NICE) включили цю шкалу до своїх рекомендаційних матеріалів.

Інструкції:

	Фактори ризику	Бал
C	Застійна серцева недостатність (або систолічна лівошлуночкова недостатність)	1
H	Гіпертонічна хвороба: артеріальний тиск постійно вище 140/90 (або лікована гіпертонічна хвороба)	1
A2	Вік \geq 75 років	2
D	Цукровий діабет	1
S2	Інсульт, або транзиторна ішемічна атака, або тромбоемболія в анамнезі	2
V	Судинні захворювання (наприклад, захворювання периферичних артерій, інфаркт міокарда, наявність аортальних бляшок)	1
A	Вік 65–74 роки	1
Sc	Стать	1
	Максимальна кількість балів	9

Примітка: Максимальна кількість балів 9, оскільки залежно від віку може бути 0, 1 або 2 бали за цей показник.

Інтерпретація результатів:

Ризик розвитку інсульту згідно зі шкалою CHA ₂ DS ₂ -VASc	Ризик розвитку інсульту (% на рік)
0	0
1	1,3
2	2,2
3	3,2
4	4,0
5	6,7
6	9,8
7	9,6
8	12,5
9	15,2
	15,2

Рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо призначення антикоагулянтної терапії:

Кількість балів = 0 — не потрібно призначати терапію або аспірин
(краще без терапії)

Кількість балів = 1 — слід призначити аспірин чи пероральні антикоагулянти
(краще пероральні антикоагулянти)

Кількість балів \geq 2 — пероральні антикоагулянти

Приблизний час проведення тесту: швидкий, дуже короткий, може бути частиною звичайного огляду пацієнта.

Посилання:

National Clinical Guideline Centre (UK). Atrial Fibrillation: The Management of Atrial Fibrillation. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Jun. Lip, GY; Lane, DA. JAMA 2015; 313 (19): 1950-62.
Karthikeyan G, Eikelboom JW. Thromb Haemost. 2010; Jul 5;104(1):45-8.

Шкала оцінки ризику кровотеч (HASBLED)

Переваги: шкала HASBLED показує вищі фактичні результати в порівнянні з іншими тестами оцінки ризику кровотеч.

Ця шкала оцінює ризик виникнення великих кровотеч у пацієнтів із фібриляцією передсердь, що приймають антикоагулянти.

Інструкції:

Шкала HASBLED — це система бальної оцінки, що розроблена для оцінювання 1-річного ризику виникнення сильної кровотечі у пацієнтів із миготливою аритмією. На основі цієї шкали визначається наявність ризику розвитку внутрішньочерепної кровотечі, або необхідність госпіталізації, або зниження гемоглобіну > 2 г/дл і/чи переливання крові.

	Ознака	Бал
H	Гіпертонічна хвороба (неконтрольована, систолічний тиск >160 мм рт. ст.)	1
A	Порушення функції печінки та нирок: діаліз, трансплантація, рівень креатиніну > 2,6 мг/дл або > 200 мкмоль/л Наявність цирозу або рівень білірубину в 2 рази більше нормального або відношення АСТ/АЛТ/АТ в 3 рази більше нормального	1
S	Інсульт в анамнезі	1
B	Кровотеча: наявність кровотечі в анамнезі або схильність до розвитку кровотеч	1
L	Лабільне МНО (нестабільне, високе МНО), час в терапевтичному діапазоні < 60%	1
E	Вік > 65 років	1
D	Алкоголізм чи наркоманія в анамнезі. Прийом лікарських засобів, що мають схильність до розвитку кровотеч: антитромбоцитарні засоби, нестероїдні протизапальні засоби.	1
		9

Інтерпретація результатів:

- 0 балів: ризик розвитку масивної кровотечі 1% на рік
- 1 бал: ризик розвитку масивної кровотечі 3,4% на рік
- 2 бали: ризик розвитку масивної кровотечі 4,1% на рік
- 3 бали: ризик розвитку масивної кровотечі 5,8% на рік
- 4 бали: ризик розвитку масивної кровотечі 8,9% на рік
- 5 балів: ризик розвитку масивної кровотечі 9,1% на рік
- > 5 балів: ризик розвитку масивної кровотечі 12–15% на рік

Відповідно до нових рекомендацій Європейської асоціації кардіологів (ESC) з фібриляції передсердь, слід оцінювати ризик виникнення кровотеч у пацієнтів із ФП з використанням шкали HASBLED як простий, легкий розрахунок, згідно з яким оцінка > 3 балів означає «високий ризик», і слід виявити деяку обережність і проводити регулярний огляд пацієнта.

Ризик розраховується при виникненні внутрішньочерепної кровотечі, кровотечі, що вимагає госпіталізації пацієнта або зниження гемоглобіну > 2 г / л, або потреби в переливанні крові.

Приблизний час проведення тесту: дуже короткий, якщо відомі всі медичні характеристики, менш ніж за 3 хвилини.

Посилання:

- Pisters R et al. CHEST Journal 2010, 138 (5): 1093–100.
- Lip GY, The American Journal of Medicine 2011, 124 (2): 111–4.
- Lip GY et al. Journal of the American College of Cardiology 2011, 57 (2): 173–80.
- Camm AJ et al. (2012). European Heart Journal 33 (21): 2719–47.
- Shoeb M, Fang MC, Journal of Thrombosis and Thrombolysis 2013, 35 (3): 312–9.
- Elliott M et al. American Journal of Kidney Diseases 2007, 50 (3): 433–40.

Шкала ком Глазго (GCS)

Переваги: простий, ефективний і короткий тест, що проводиться біля ліжка хворого. Найбільш широко використовується для оцінки рівня свідомості.

Мета полягає в тому, щоб зафіксувати стан свідомості людини для початкового, а також для подальшого обстеження.

Шкала GCS спочатку використовувалася для оцінки рівня свідомості після травм голови, а в даний час використовується лікарями першої медичної допомоги, лікарями невідкладної медичної допомоги, медсестрами і лікарями, що ведуть всіх гострих терапевтичних і травматологічних хворих. У лікарнях ця шкала також використовується в моніторингу хронічних хворих у відділенні інтенсивної терапії.

Інструкції:

Відкривання очей (E) Існує 4 ступені, починаючи з найбільш тяжкого	
1	Відсутнє відкривання очей
2	Відкривання очей у відповідь на больовий подразник(периферичний больовий подразник, такий як натискання на нігтьову лунку пацієнта, є більш ефективним, ніж центральний подразник, такий як стискання трапецієвидного м'яза, завдяки ефекту гіперкінезії)
3	Відкривання очей у відповідь на мову (не слід плутати з пробудженням сплячої людини, такі пацієнти отримують 4 бали, а не 3)
4	Спонтанне відкривання очей

Мовна відповідь (V) Існує 5 ступенів, починаючи з найбільш тяжкого	
1	Відсутність будь-якої вербалізації
2	Нерозбірлива мова (стогін, але не слова)
3	Недоречна відповідь (непослідовна або шумна змістовна мова, але не двостороння мова. Пацієнт говорить окремі слова, але не зв'язні речення)
4	Сплутаність мови (пацієнт зв'язно відповідає на запитання, але є певна дезорієнтація, сплутаність)
5	Орієнтована відповідь (пацієнт зв'язно і правильно відповідає на такі запитання, як його ім'я і вік, де він знаходиться і чому, який зараз рік, місяць тощо)

Рухова відповідь (М) Існує 6 ступенів:	
1	Рухова відповідь відсутня
2	Децеребраційна поза посилена болем (розгинальна відповідь: приведення плеча, внутрішня ротація плеча, пронація передпліччя і розгинання в ліктьовому суглобі, згинання зап'ястя і пальців, розгинання ноги, згинання стопи)
3	Декортикаційна поза посилена болем (згинальна відповідь: внутрішня ротація плеча, згинання передпліччя і зап'ястя з формуванням кулака, розгинання ноги, згинання стопи)
4	Відсмикування як спроба уникнути больового подразника (відсутність аномальних поз, не під силу підняти руку повз підборіддя при супраорбітальному больовому подразненні, але може відсмикнути руку при прищемленні нігтьового ложа)
5	Локалізація болю (цілеспрямовані рухи у відношенні больових подразників, наприклад, переносить руку за підборіддя при натисненні в надочноямковій ділянці)
6	Виконання команд (пацієнт на прохання виконує прості команди)

Інтерпретація результатів:

Окремі елементи, так само, як і сума балів, мають важливе значення. Таким чином, оцінка розраховується за формулою «GCS 9 = E2 V4 M3 о 07:35».

Як правило, черепно-мозкова травма класифікується як:

- Сильна, з балами за GCS < 8 або 9
- Помірна, GCS 8 або 9–12
- Незначна, GCS ≥ 13.

Приблизний час проведення тесту: 2 хвилини.

Посилання:

Teasdale G, Jennett B. Lancet 1974; 13 (2): 81–4.

Gill et al. Ann Emerg Med. 2005; 45 (1): 37–42.

Green S. M., Annals of Emergency Medicine 2011; 58 (5): 427–430.

Шкала об'єктивної оцінки дефіциту свідомості (FOUR)

Переваги: широко ратифікована, може бути використана у пацієнтів із або без інтубації трахеї.

Підставою для розробки шкали FOUR було створення клінічної класифікації для оцінки пацієнтів із порушенням рівня свідомості, яка може бути використана у пацієнтів із або без інтубації трахеї.

Інструкції:

Відкривання очей (E)

Оцінюйте найкращу можливу реакцію після щонайменше 3 спроб з метою визначення найкращого рівня активності.

Категорії	Пояснення	Бали
Повіки відкриті або пацієнт відкриває очі та слідкує чи моргає по команді	Зазначте щонайменше 3 вільних рухи. Якщо очі закриті, перевіряючий повинен відкрити їх і вивчити слідкування за пальцем або предметом. Слідкування з відкриттям однієї повіки буде достатньо в разі набряку повіки або травми обличчя. Якщо відсутнє слідкування по горизонталі, дослідіть слідкування по вертикалі. В якості альтернативи повинно бути зафіксовано 2 моргання по команді. Це свідчить про синдром «закритої людини» (пацієнт повністю у свідомості)	4
Повіки відкриті, але пацієнт не слідкує очима	Вкажіть відсутність добровільного стеження при відкритих очах	3
Повіки закриті, але відкриваються на гучний голос	Вкажіть, що повіки відкриваються при гучному голосі	2
Повіки закриті, але відкриваються на больовий подразник	Вкажіть, що повіки відкриваються при больовому подразнику	1
Повіки залишаються закритими навіть при больовому подразненні	Вкажіть, що повіки не відкриваються на больовий подразник	0

Рухова відповідь (М)

Оцінюйте найкращі можливі рухи рук

Категорії	Пояснення	Бали
Пацієнт піднімає великі пальці догори, формує кулак або знак миру по команді	Зазначте, що пацієнт демонструє щонайменше 1 із 3 положень рук (великі пальці вгору, кулак або знак миру) будь-якою рукою	4
Локалізація до болю	Зазначте, що пацієнт торкнувся рукою перевіряючого після болювого подразника у вигляді стискання скронево-нижньощелепного суглоба або місця виходу надочноймкового нерва (локалізація)	3
Згинання у відповідь на біль	Зазначте будь-які згинальні рухи верхніх кінцівок	2
Розгинальна поза	Зазначте розгинальну позу	1
Немає відповіді на больовий подразник або загальний міоклонус, епілептичний статус	Зазначте відсутність рухової відповіді або міоклонус, епілептичний статус	0

Рефлекси стовбура головного мозку (В)

Оцінюйте найкращу можливу відповідь. Дослідіть звуження зіниці та рефлекси рогівки. Переважно рефлекси рогівки досліджуються шляхом закапування 2–3 крапель стерильного фізіологічного розчину на рогівку на відстані 4–6 дюймів (це зводить до мінімуму травматизацію рогівки при повторних обстеженнях). Також можуть бути використані ватні тампони.

Категорії	Пояснення	Бали
Виявлені рефлекси зіниці і рогівки	Зазначте, що рефлекси зіниці і рогівки присутні	4
Одна зіниця розширена і фіксована	Зазначте, що одна зіниця розширена і фіксована	3
Рефлекси зіниці і рогівки відсутні	Зазначте, що рефлекси або зіниць, або рогівки відсутні	2
Рефлекси зіниці і рогівки відсутні	Зазначте, що рефлекси зіниць та рогівки відсутні	1
Відсутні рефлекси зіниці, рогівки і кашльовий рефлекс	Зазначте, що рефлекси зіниць, рогівки і кашльовий рефлекс (використовуючи трахеальне відсмоктування) відсутні	0

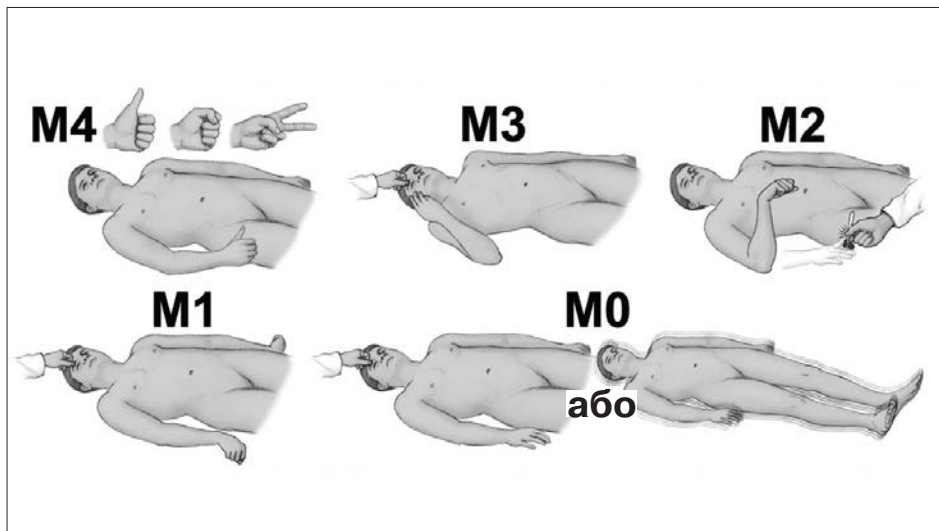
Дихання (R)

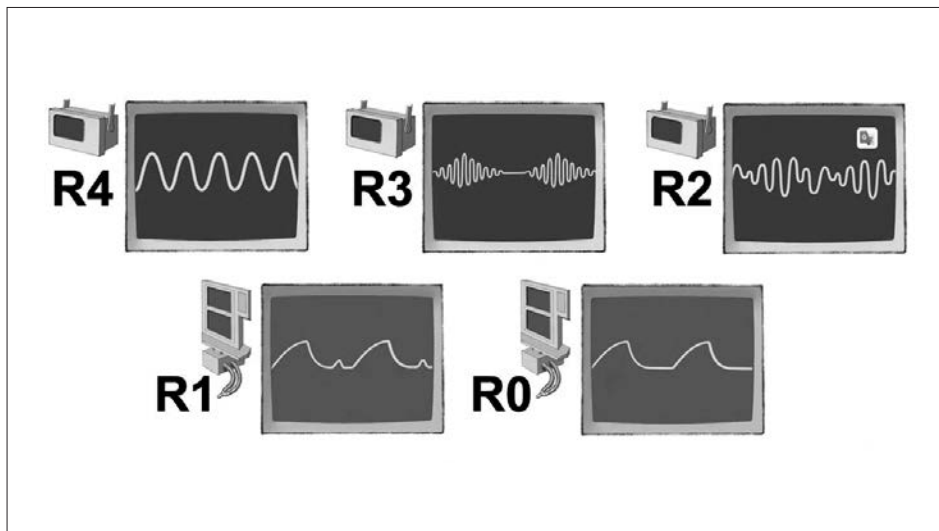
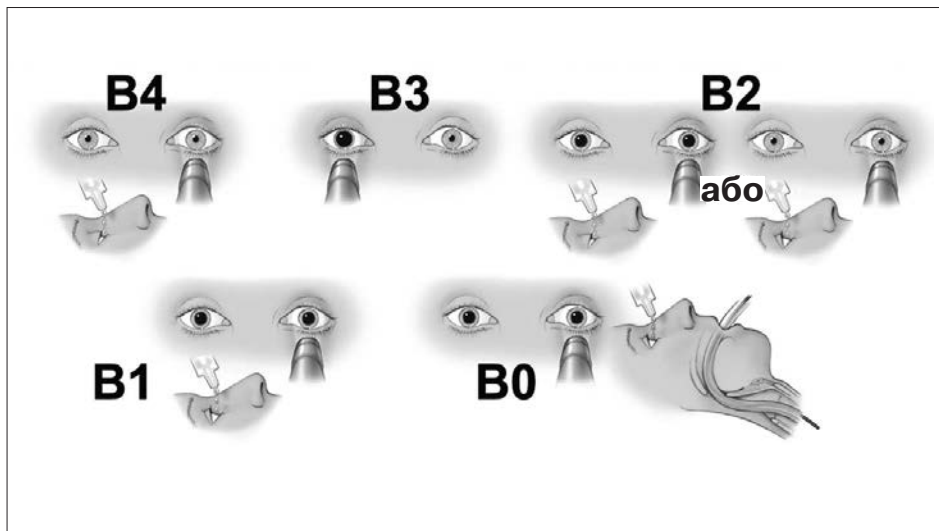
Категорії	Пояснення	Бали
Відсутня інтубація трахеї, регулярне дихання	Визначте спонтанне дихання у неінтубованого пацієнта і класифікуйте як регулярне R4, нерегулярне R2 або дихання Чейн-Стокса R3.	4
Відсутня інтубація трахеї, дихання Чейн-Стокса		3
Відсутня інтубація трахеї, нерегулярне дихання		2
Пацієнт дихає вище рівня апарата штучної вентиляції легень	У пацієнтів, що знаходяться на штучній вентиляції легень, оцініть форму хвилі спонтанного дихання або пацієнт слідує за апаратом штучної вентиляції легень R1.	1
Пацієнт дихає на рівні апарата штучної вентиляції легень або апное	Відображення дихання на моніторі апарата для штучної вентиляції легень використовується для визначення дихальних рухів пацієнта при підключенні до апарата штучної вентиляції легень. Ніякі коригування не проводяться, поки триває оцінка стану пацієнта, але оцінювання проводиться переважно при PaCO_2 у межах норми. Стандартне дослідження апное (дифузія кисню) може знадобитися тоді, коли пацієнт дихає при швидкості апарата R0.	0

Інтерпретація результатів:

Шкала FOUR — це 17-бальна шкала (з потенційним діапазоном балів від 0 до 16). Зменшення оцінювання за шкалою FOUR пов'язане з погіршенням рівня свідомості.

Приблизний час проведення тесту: 2–5 хвилин.





Посилання:

Wijdicks EF et al. *Annals of Neurology* 2005, 58: 585–93.
Wolf CA et al. *Mayo Clinic Proceedings* 2007, 82 (4): 435–438.
Iyer VN et al. *Mayo Clinic Proceedings* 2009, 84 (8): 694–701.
Stead LG et al. *Neurocritical Care* 2009, 10 (1): 50–54.
Fischer M et al. *Critical Care* 2010, 14 (2): R64.

Інтегральна оцінка когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана

Переваги: дуже швидкий тест для ефективної оцінки проблем комунікації.

Мета полягає в оцінці афазії та якості життя, для того щоб спланувати реабілітаційне лікування. Інтегральна оцінка когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана є швидким шестибальним тестом, що спрямований на оцінку порушень комунікації. При цьому не оцінюються афазичні синдроми. Значення знаходяться в межах від 0 до 5 балів.

Інструкції:

0	Відсутнє зрозуміле мовлення і немає розуміння мови
1	Комунікація лише у фрагментарних виразах: слухач повинен докопуватись до інформації, детальніше запитувати або здогадуватися про значення того, що сказано. Кількість інформації, яка може бути передана, обмежена, і співрозмовник несе основне комунікативне навантаження.
2	Розмова на знайому тему можлива за допомогою співрозмовника. Часто буває неможливо висловити думку. Пацієнт і співрозмовник, як і раніше, приблизно однаково сприяють розмові.
3	Пацієнт може розмовляти практично на будь-яку повсякденну тему, потребуючи при цьому незначної або взагалі не потребуючи підтримки, хоча мова і порушення розуміння впливає на розмову на певні теми або може навіть зробити їх неможливими.
4	Плинність мови помітно знижується або розуміння мови чітко обмежене. Проте немає ніяких суттєвих порушень, що впливають на змістовність мови.
5	Труднощі мови практично непомітні. Пацієнт може відчувати суб'єктивні труднощі, про які співрозмовник не знає.

Приблизний час проведення тесту: 2–3 хвилини.

Посилання:

Posteraro L et al: Eura Medicophys 2006;42:227-30.

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА)

Переваги: тест, що найбільш широко використовується для виявлення когнітивних проблем після інсульту.

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА) була розроблена як швидкий тест для визначення помірної когнітивної дисфункції. Цей тест оцінює різні когнітивні аспекти: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання тесту МОСА приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат — 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма.

Інструкції:

Ви можете знайти деякі приклади тесту МОСА на сторінці 32.

1. АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК:

Екзаменатор інструктує обстежуваного: *«Будь ласка, намалюйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [вказати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [вказати на букву «Д»]».*

Підрахунок: зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний шлях: 1–А–2–Б–3–В–4–Г–5–Д без перетину ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно самостійно виправлена.

2. ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ НАВИЧКИ (КУБ):

Екзаменатор дає наступні інструкції, вказуючи на куб: *«Нижче у вільному місці скопіюйте цей малюнок так точно, як можете».*

Підрахунок: зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

- Малюнок повинен бути тривимірно-просторовий;
- Усі лінії повинні бути скопійовані;
- Не повинно бути зайвих ліній;
- Лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

3. ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ НАВИЧКИ (ГОДИННИК):

Вкажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступні інструкції:

«Намалюйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри й вкажіть час 10 хвилин на дванадцяті».

Підрахунок: зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв:

- **Контур (1 бал):** циферблата повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);
- **Цифри (1 бал):** повинні бути присутні усі цифри циферблата, не повинно бути додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблата.
- **Стрілки (1 бал):** повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, ніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблата і їхнє з'єднання повинне бути близько до центра годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованих вище критеріїв не дотримано.

4. НАЗВИ:

Починаючи зліва, вказуючи на кожний малюнок слід запитати: *«Назвіть цю тварину»*.

Підрахунок: Один бал присуджується за кожну правильну відповідь: (1) лев, (2) носоріг, (3) верблюд або дромедар (одногорбий верблюд).

5. ПАМ'ЯТЬ:

Екзаменатор читає список із 5 слів з частотою одне слово за секунду, даючи наступні інструкції: *«Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете»*.

Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова при першій спробі. Коли обстежуваний скаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова) або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: *«Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз»*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби.

Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви просите його (її) повторити ці слова знову: *«Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову»*.

Підрахунок: У цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

6. УВАГА:

Тест на пряму послідовність цифр: дайте наступні інструкції: *«Я збираюся назвати декілька цифр. Після того як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку»*. Прочитайте п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Тест на повторення цифр у зворотному порядку:

Дайте наступні інструкції: *«Тепер я збираюся назвати ще декілька цифр, але Ви повинні повторити їх у зворотному порядку».*

Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок: Додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2–4–7).

Пильність: Екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після наступних інструкцій: *«Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру «А», вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею».*

Підрахунок: Додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери «А»).

Послідовне лічіння:

Екзаменатор дає наступну інструкцію: *«Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню».* За необхідності прочитайте цю інструкцію двічі.

Підрахунок: За це завдання може бути максимально дано три бали. Бали не присуджуються, якщо не було дано жодної правильної відповіді. Один бал присуджується за одну правильну відповідь, два бали — за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо пацієнт дав чотири або п'ять правильних відповідей. Рахуйте кожне правильне віднімання 7, починаючи від 100. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо пацієнт відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти «92 – 85 – 78 – 71 – 64», де «92» неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

7. ПОВТОРЕННЯ РЕЧЕНЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]: Я упевнений, що тільки Джон може сьогодні допомогти».*

Після відповіді скажіть: *«Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю, як я скажу [пауза]: Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті».*

Підрахунок: Дайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинне бути абсолютно точним. Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів «тільки», «завжди») і заміни/додавання (наприклад: «Джон — це той, хто допоможе сьогодні», заміни «ховається» замість «ховався», вживання множини та ін.).

8. ВЕРБАЛЬНА ШВИДКІСТЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Боб або Бостон), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Я скажу, коли Вам зупинитись, через 1 хвилину. Ви готові? [Пауза] Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери «Ф» [60 секунд]. Стоп, хвилина закінчилась».*

Підрахунок: Додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

9. АБСТРАКЦІЯ:

Екзаменатор просить обстежуваного пояснити, що спільного є між двома словами, починаючи з прикладу: *«Скажіть, що спільного між апельсином і бананом?»* Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще один раз: *«Скажіть, що ще спільного між ними?»*. Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: *«Так, ще вони обидва — фрукти»*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень. Після цього прикладу, скажіть: *«Тепер назвіть, що спільного між поїздом і велосипедом»*. Після відповіді дайте наступне завдання: *«Тепер скажіть, що спільного між лінійкою й годинником»*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Підрахунок: Оцінюються лише два останні порівняння. Дається 1 бал за кожну правильну відповідь.

- Наступні відповіді прийнятні:
 - поїзд – велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити.
 - лінійка – годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру.
- Наступні відповіді неприйнятні:
 - поїзд – велосипед = обидва мають колеса;
 - лінійка – годинник = на обох намальовані цифри.

10. ПАМ'ЯТЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Кілька хвилин назад я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали»*. Позначте правильно названі слова у відповідному полі, без будь-яких підказок.

Підрахунок: Дається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (вибірково):

Після спроби згадати слова використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Позначте правильно названі слова у відповідному полі, якщо обстежуваний згадав слово з допомогою категоріальних підказок або підказок множинного вибору. Таким чином підкажіть усі неназвані слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок,

зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: *«Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд, було названо НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?»*

Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинного вибору:

- ОБЛИЧЧЯ:** **категоріальна підказка:** частина тіла
підказка множинного вибору: ніс, обличчя, рука
- ОКСАМИТ:** **категоріальна підказка:** вид тканини
підказка множинного вибору: бавовна, котон, оксамит
- ЦЕРКВА:** **категоріальна підказка:** вид будинку
підказка множинного вибору: церква, школа, лікарня
- МАРГАРИТКА:** **категоріальна підказка:** квітка
підказка множинного вибору: троянда, маргаритка, тюльпан
- ЧЕРВОНИЙ:** **категоріальна підказка:** колір
підказка множинного вибору: червоний, синій, зелений

Підрахунок: За відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути поліпшений за допомогою підказок.

11. ОРІЄНТАЦІЯ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Назвіть мені сьогоднішню дату»*. Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: *«Назвіть рік, місяць, точну дату і день тижня»*. Після чого скажіть: *«Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста»*.

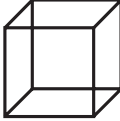
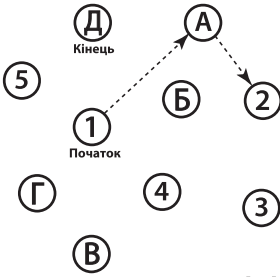

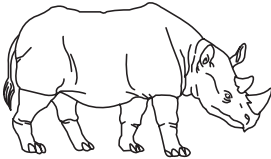
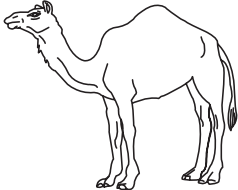
Підрахунок: Дається один бал за кожну правильну відповідь. Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце, де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

Сумарна кількість балів: Сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний має 12 чи менше років формальної освіти. Максимальний результат за цим тестом — 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

Шкала МОСА / Інсулт та його ускладнення

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я: _____
 Освіта: _____ Дата народження: _____
 Стать: _____ ДАТА: _____

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		 Скопіюйте куб []	Намалуйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцять) (3 бали)	БАЛИ:																		
 []	[]	[]	[] Контур [] Цифри [] Стрілки	___/5																		
НАЗВИ																						
 []	 []	 []	___/3																			
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ОБЛИЧЧЯ</td> <td style="text-align: center;">ОКСАМИТ</td> <td style="text-align: center;">ШКОЛА</td> <td style="text-align: center;">РОМАШКА</td> <td style="text-align: center;">ЧЕРВОНИЙ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ	1 спроба						2 спроба						Бали не додаються
	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ																	
1 спроба																						
2 спроба																						
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/сек)	Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4 Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2	___/2																		
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А.		Бали не додаються, якщо є дві або більше помилки.	[] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А Ж А М О Ф А А Б																			
Серійне віднімання 7, починаючи зі 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65	4 або 5 правильних віднімань: 3 бали , 2 або 3 прав. відн.: 2 бали , 1 прав. відн.: 1 бал , 0 прав. відн.: 0 балів																			
МОВА		Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти [] Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті []			___/2																	
Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н		[] _____ (N ≥ 11 слів)			___/1																	
АБСТРАКЦІЯ		Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти [] поїзд і велосипед [] лінійка й годинник []			___/2																	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	ОБЛИЧЧЯ []	ОКСАМИТ []	ШКОЛА []	РОМАШКА []	ЧЕРВОНИЙ []	Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок	___/5													
ОПЦІЙНО		Категоріальна підказка																				
ОРІЄНТАЦІЯ		[] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце [] Місто						___/6														

© Z. Nasreddine MD Версія 7.1
 Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD
 Тестування проводив:

www.mocatest.org Норма ≥ 26 / 30

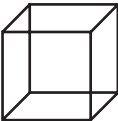
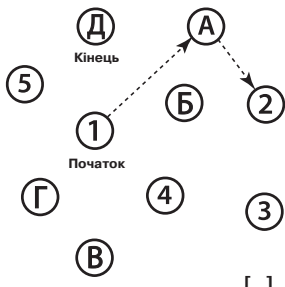
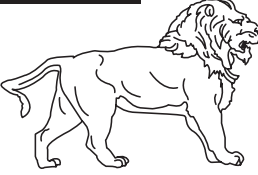
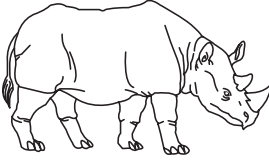
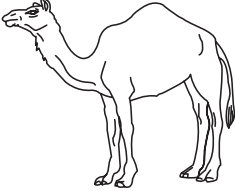
Сума балів:
 Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12

Шкала МОСА / Інсулт та його ускладнення

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.1 Оригінальна версія

ПІБ:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		 Скопіюйте куб Намалуйте годинник (десять хвилин на дванадцятку) (3 бали)		БАЛИ:																		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Контур Цифри Стрілки		___/5																		
НАЗВИ																						
																						
[]		[]		[]																		
ПАМ'ЯТЬ																						
Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>обличчя</td> <td>оксамит</td> <td>церква</td> <td>маргаритка</td> <td>червоний</td> </tr> <tr> <td>1 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний	1 спроба						2 спроба						Бали не додаються
	обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний																	
1 спроба																						
2 спроба																						
УВАГА																						
Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4																				
		Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2		___/2																		
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні літери А. Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки. [] Ф Б А С 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																						
Серійне віднімання 7, починаючи зі 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65																						
4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 1 бал; 0 правильних віднімань — 0 балів																						
___/3																						
МОВА																						
Повторіть: Я упевнений, що тільки Джон може сьогодні допомогти. []		Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті. []																				
___/2																						
Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери Н [] ___ (норма ≥ 11 слів)																						
___/1																						
АБСТРАКЦІЯ																						
Спільне між словами банан-апельсин = фрукти		[] поїзд-велосипед [] лінійка-годинник																				
___/2																						
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ																						
Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний	Бали присуджуються за названі слова без підказок															
Категоріальна підказка		[]	[]	[]	[]	[]																
Список слів для вибору		[]	[]	[]	[]	[]																
___/5																						
ОПЦІЙНО																						
Дата		Місяць	Рік	День тижня	Місце знаходження	Місто																
___/6																						

Z. Nasreddine MD

www.mocatest.org

Норма: ≥ 26/30

Всього ___/30

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років

Лікар, що проводив тестування:

Шкала МОСА / Інсулт та його ускладнення

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.2. Альтернативна версія

ПІБ:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте прямокутник		Намалюйте годинник (п'ять хвилин на п'яту) (3 бали)		БАЛИ:	
						[] [] [] Контур Цифри Стрілки	
[]		[]		[]		___/5	
НАЗВИ							
						[] [] [] ___/3	
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		вантажівка банан скрипка парта зелений		Бали не додаються	
		1 спроба					
		2 спроба					
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 3 2 9 6 5		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.	
				Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 8 5 2		___/2	
				[] ФБАСМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ		___/1	
		Серійне віднімання 7, починаючи з 90.		[] 83 [] 76 [] 69 [] 62 [] 55		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.	
		4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 2 бали; 1 правильних віднімань — 0 балів				___/3	
МОВА		Повторіть: Пташка може вдаритись об вікно, якщо надворі темно та вітряно.		[]		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.	
		Любляча бабуся передала зелень тиждень назад.		[]		___/2	
		Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери В		[] ___ (норма ≥ 11 слів)		___/1	
АБСТРАКЦІЯ		Спільне між словами морква-картопля = овочі		[] діамант-рубін [] пушка-гвинтівка		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.	
						___/2	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		Вантажівка Банан Скрипка Парта Зелений		Бали присуджуються за названі слова без підказок	
		Категоріальна підказка					
		Список слів для вибору					
ОПЦІЙНО							
ОРІЄНТАЦІЯ		[] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце знаходження [] Місто				___/6	

Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, www.mocatest.org

Норма: ≥ 26/30

Всього ___/30

Додайте 1 бал, якщо освіта < 12 років

Лікар, що провів тестування:

Шкала МОСА / Інсулт та його ускладнення

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.3. Альтернативна версія

ПІБ:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте циліндр		Намалюйте годинник (десять хвилин на десятю) (3 бали)		БАЛИ:									
						[] /5									
[]		[]		[] Контур [] Цифри [] Стрілки											
НАЗВИ															
						[] /3									
[]		[]		[]											
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		поїзд	яйце	шапка	стілець	синій	Бали не додаються						
		1 спроба													
		2 спроба													
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 5 4 1 8 7		Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 1 7 4			Бали не додаються						
				[] 7 3 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45											
		4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 2 бали; 1 правильне віднімання — 1 бал; 0 правильних віднімань — 0 балів							[] /3						
МОВА		Повторіть: Вона чула, що він єдиний адвокат, який може допомогти. []		У маленької дівчинки, якій дали багато цукерок, боліли зуби. []					[] /2						
		Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери Б []		(норма ≥ 11 слів)					[] /1						
АБСТРАКЦІЯ		Співне між словами банан-апельсин = фрукти		[] око-вухо [] труба-піаніно					[] /2						
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		Поїзд	Яйце	Шапка	Стілець	Синій	Бали присуджуються за названі слова без підказок						
		Категоріальна підказка		[]	[]	[]	[]	[]							
		Список слів для вибору							[] /5						
ОПЦІЙНО															
ОРІЄНТАЦІЯ		[]	Дата	[]	Місяць	[]	Рік	[]	День тижня	[]	Місце знаходження	[]	Місто	[]	[] /6

Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, www.mocatest.org

Норма: ≥ 26/30

Всього ____ /30

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років

Лікар, що провів тестування:

Інтерпретація результатів:

	Нормальні показники (NC)	Слабкі когнітивні порушення (МСІ)	Хвороба Альцгеймера (AD)
Кількість досліджуваних	90	94	93
Середній результат тесту МОСА	27,4	22,1	16,2
Стандартне відхилення тесту МОСА	2,2	3,1	4,8
Діапазон показників тесту МОСА	25,9–29,6	19,0–25,2	21,0–11,4
Мінімально допустимі показники	> 26	< 26	< 26Y

Хоча середній бал тесту МОСА для групи пацієнтів із хворобою Альцгеймера значно нижчий, ніж у групі пацієнтів з помірними когнітивними порушеннями, між ними є певне перекриття. Запропоновані мінімально допустимі показники тесту МОСА однакові для обох груп пацієнтів. Різниця між групами пацієнтів із хворобою Альцгеймера і пацієнтів з помірними когнітивними порушеннями в основному залежить від наявності пов'язаних функціональних порушень, а не від конкретного результату тесту МОСА.

Приблизний час проведення тесту: 10 хвилин.

Посилання:

Pendlebury S T et al. Stroke Journal of the American Heart Association 2010; 41(6):1290–1293.

Nasreddine ZS et al. Journal of the American Geriatrics Society 2005; 53:695–699.

Індекс Бартеля (BI)

Переваги: широко використовується для діагностики інсульту, відмінна достовірність і надійність, стандартна шкала в клінічних випробуваннях.

Цей індекс вимірює ступінь, коли хтось може функціонувати самостійно і має мобільність своєї повсякденної діяльності (ADL), тобто прийом їжі, прийом ванни, гігієнічні процедури, одягання. Індекс також вказує на необхідність надання допомоги у догляді. Індекс Бартеля (BI) є широко використовуваним показником функціональної недостатності. Індекс був розроблений для використання в реабілітації хворих з інсультом та іншими нервово-м'язовими або скелетно-м'язовими захворюваннями, але також може використовуватись і для онкологічних хворих.

Інструкції:

Початкова 10-елементна форма визначення індексу Бартеля складається з 10 загальних видів повсякденної діяльності, включаючи: прийом їжі, прийом ванни, гігієнічні процедури, одягання, контроль дефекації, контроль сечовипускання, користування туалетом, переміщення, пересування по рівній площині та подолання сходів. Види діяльності класифіковані в залежності від того, чи можуть окремі особи самостійно їх виконувати, з деякою допомогою або повністю залежні від інших осіб (оцінюється як 0, 5, або 10). Види діяльності розподілені відповідно до рівня необхідного сестринського догляду.

- При визначенні індексу необхідно фіксувати, що пацієнт фактично робить, а не те, що пацієнт може зробити.
- Основна мета полягає в тому, щоб встановити ступінь незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, незважаючи на незначні чи будь-які інші причини.
- Необхідність нагляду робить пацієнта несамостійним.
- Виконання пацієнтом певних видів діяльності має бути встановлено з використанням найкращих наявних фактичних даних. Опитування пацієнта, друзів/родичів і медсестер є звичайним джерелом інформації, але пряме спостереження і здоровий глузд також важливі. Проте пряме тестування не є необхідним.
- Зазвичай виконання пацієнтом певних видів діяльності протягом попередніх 24–48 годин є важливим, але іноді й більш тривалі періоди будуть актуальними.
- Середні показники означають, що пацієнт використовує більше 50% своїх зусиль.
- Допускається використання допоміжних засобів, щоб бути самостійним.

1	<p>Прийом їжі</p> <p>10 — незалежний — пацієнт може самостійно їсти з підносу або столу, коли хтось подає їжу в межах його досяжності. Він повинен поставити допоміжні прибори, якщо це необхідно, розрізати їжу, використовувати сіль і перець, намастити масло на хліб тощо. Він повинен зробити це за прийнятний час.</p> <p>5 — потрібна певна допомога (з розрізанням їжі та ін., що зазначено вище).</p> <p>0 — безпомічний — пацієнта необхідно годувати.</p>	Бал
2	<p>Переміщення з ліжка на інвалідний візок і назад</p> <p>15 — пацієнт незалежний на всіх етапах цього виду діяльності. Пацієнт може безпечно під'їхати до ліжка в своєму інвалідному візку, розблокувати систему гальм, підняти підніжку, безпечно переміститися в ліжко, лягти, привести себе в сидяче положення на ліжку, змінити положення інвалідного візка, щоб при необхідності безпечно переміститися в нього і повернутися до інвалідного візка.</p> <p>10 — потрібна певна мінімальна допомога на якомусь етапі цього виду діяльності або пацієнту треба нагадати чи контролювати для забезпечення безпеки одного або декількох етапів цього виду діяльності.</p> <p>5 — пацієнт може привести себе в сидяче положення без допомоги іншої людини, але його необхідно підняти з ліжка або, якщо він переміщується, то зі значною допомогою.</p> <p>0 — залежний — пацієнт не може привести себе в сидяче положення.</p>	Бал
3	<p>Персональна гігієна</p> <p>5 — пацієнт може самостійно вимити обличчя і руки, розчесати волосся, почистити зуби і поголитися. Він може використовувати будь-який вид бритви, але повинен покласти лезо або ввікнути бритву без сторонньої допомоги, а також дістати її з ящика або шафи. Пацієнтки повинні самостійно наносити макіяж, якщо він використовується, але не обов'язково заплітати волосся або робити зачіску.</p> <p>0 — пацієнту потрібна допомога.</p>	Бал

4	<p>Користування туалетом</p> <p>10 — пацієнт може самостійно користуватися туалетом, знімати та вдягати одяг, запобігти забрудненню одягу і використовувати туалетний папір без сторонньої допомоги. Він може використовувати поручні на стіні або інший стійкий об'єкт для підтримки в разі необхідності. Якщо необхідно використовувати підкладне судно замість туалету, він повинен бути в змозі помістити його на стілець, очистити і помити.</p> <p>5 — пацієнт потребує допомоги через порушення рівноваги або при вдяганні та знятті одягу, або при використанні туалетного паперу.</p> <p>0 — пацієнту потрібна допомога.</p>	Бал
5	<p>Прийом ванни</p> <p>5 — пацієнт може самостійно приймати ванну, душ або провести повне обтирання тіла губкою. Він повинен бути в змозі зробити всі необхідні етапи в залежності від того, який метод використовується, без допомоги іншої людини.</p> <p>0 — пацієнту потрібна допомога.</p>	Бал
6	<p>Пересування по рівній площині</p> <p>15 — пацієнт може пройти щонайменше 50 метрів без сторонньої допомоги або нагляду. Він може носити ортопедичний апарат або протези і використовувати милиці, палиці, але не ходунки-опори. Він повинен бути в змозі за необхідності заблокувати і розблокувати ортопедичний апарат, припустимо з положення стоячи, і сісти, привести всі необхідні механізми в належний стан для подальшого використання і звільнитися від них, коли він сидить (одягати і знімати корсет під одягом).</p> <p>10 — пацієнт потребує допомоги або нагляду при всіх видах ходьби, що описані вище, але може пройти щонайменше 50 метрів з невеликою допомогою.</p>	Бал
6а	<p>Керування інвалідним візком (не враховуйте цей пункт, якщо пацієнт отримав бали за ходьбу)</p> <p>5 — якщо пацієнт не може пересуватися, але може самостійно керувати інвалідним візком. Він повинен бути в змозі оминати кути, розвернутися, маневрувати від стільця до столу, ліжка, туалету та ін. Він повинен бути в змозі проїхати візком принаймні 50 метрів.</p> <p>0 — нерухомий — пацієнт потребує допомоги при пересуванні в інвалідному візку.</p>	Бал

7	<p>Підняття та спускання сходами</p> <p>10 — пацієнт може безпечно піти вгору і вниз сходами без допомоги або нагляду. Він може і повинен використовувати поручні, палиці або милиці, коли це необхідно. Він повинен бути в змозі нести палиці або милиці, коли піднімається або спускається сходами.</p> <p>5 — пацієнт потребує допомоги або нагляду при виконанні будь-якого з перерахованих вище пунктів.</p> <p>0 — пацієнт не в змозі йти вгору і вниз сходами. Він потребує ліфта.</p>	Бал
8	<p>Одягання та роздягання (пацієнтам не слід враховувати використання бюстгальтера або пояса, якщо немає вказаних елементів одягу)</p> <p>10 — пацієнт здатний надіти і зняти та застібнути весь одяг, зав'язати шнурки взуття (якщо не потрібно використовувати пристосування для цього). Цей вид повсякденної діяльності включає надягання, зняття і кріплення корсета або бандажу, коли вони передбачені. За необхідності можуть бути використані такі спеціальні елементи одягу, як підтяжки, мокасини, сукні, які розстібаються спереду.</p> <p>5 — пацієнт потребує допомоги в одяганні, знятті або застібанні будь-якого одягу. Принаймні половину роботи він повинен зробити самостійно. Він повинен зробити це за прийнятний час.</p> <p>0 — пацієнту потрібна допомога.</p>	Бал
9	<p>Контроль дефекації</p> <p>10 — пацієнт здатний контролювати дефекацію і не має жодного проблемного випадку. Він може використовувати свічку або клізму, коли це необхідно (як для пацієнтів з ушкодженнями спинного мозку, що проходили підготовку кишечнику).</p> <p>5 — пацієнт потребує допомоги у використанні супозиторіїв чи клізми або час від часу має проблемні випадки.</p> <p>0 — нетримання.</p>	Бал

<p>10</p>	<p>Контроль сечовипускання 10 — пацієнт може контролювати сечовипускання вдень і вночі. Пацієнти з ушкодженнями спинного мозку, які носять зовнішній катетер і сумку на нозі, повинні самостійно їх ставити, чистити й опорожнювати мішок і залишитися сухими вдень і вночі. 5 — пацієнт має періодичні проблемні випадки, або не може чекати підкладне судно, або потрапити в туалет вчасно, або потребує допомоги з катетером. 0 — нетримання.</p>	
<p>Максимальна кількість балів: 100</p>		<p>Всього</p>

Інтерпретація результатів:

В деяких країнах індекс Бартеля використовується офіційними організаціями з догляду для оцінки потреб пацієнта в допомозі для здійснення повсякденної діяльності. Більш висока оцінка означає вищий рівень самостійності.

В Австрії початковим рівнем для отримання допомоги з боку фахівців у галузі охорони здоров'я є індекс Бартеля 50 балів або нижче.

Приблизний час проведення тесту:

Самостійний звіт — 2–5 хвилин.

Безпосереднє спостереження — 20 хвилин.

Посилання:

Mahoney F., Barthel D. Md Med J 1965; 14: 61–65.

Granger CV et al. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60 (1): 14–7.

Shah S et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8): 703–9.

Suiter G et al. Stroke 1999; 30 (8): 1538–41.

Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE)

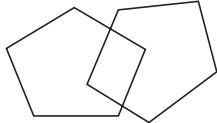
Переваги: простота в користуванні.

Короткий скринінговий тест для кількісної оцінки когнітивних порушень і фіксування когнітивних змін з плином часу.

Інструкції:

Тест MMSE складається з 22 простих запитань або завдань, що згруповані в 5 когнітивних груп.

Показник	Значення	Бал
А. Орієнтація у часі і просторі		
1. Який зараз рік?	1	
2. Яка зараз пора року?	1	
3. Назвіть сьогоднішню дату	1	
4. Який зараз день тижня?	1	
5. Який зараз місяць?	1	
6. Чи можете Ви сказати мені, де ми знаходимося? (Наприклад, в якому штаті ми знаходимося?)	1	
7. В якій країні ми знаходимося?	1	
8. В якому місті ми знаходимося?	1	
9. Яка назва або адреса місця, де ми знаходимося?	1	
10. На якому поверсі будівлі ми знаходимося?	1	
Б. Реєстрація (фіксація у пам'яті)		
11. Я збираюся назвати Вам три об'єкти. Після того як я їх назву, я хочу, щоб Ви повторили їх. Повторіть їх, тому що я попрошу Вас назвати їх знову через декілька хвилин. АВТОБУС ДВЕРІ ТРОЯНДА Будь ласка, повторіть назви для мене (затрати часу — 1 секунда для кожного предмета). Дайте 1 бал за кожну правильну відповідь при першій спробі пацієнта. Підрахуйте кількість спроб. Запишіть кількість спроб: _____	3	

В. Увага та рахування		
12. Поступово віднімайте від 100 по 7 (93–86–79–72–65). (Підрахунок: Підрахуйте кількість правильних віднімань (0–5 балів)).	1	
Г. Згадування «Назвіть три предмети, які я просив Вас запам'ятати».		
13. Автобус: _____	1	
14. Двері: _____	1	
15.Троянда: _____	1	
Д. Мова		
16. (Покажіть наручний годинник) Як це називається?	1	
17. (Покажіть олівець) Як це називається?	1	
18. Я попрошу Вас повторити речення, яке я скажу. Речення таке: «Ніяких якщо, і, але». Дозволяється лише одна спроба.	1	
19. Прочитайте слова, написані на цьому аркуші, потім зробіть те, що там написано. (На аркуші написано): «Закрийте очі». Завдання виконано правильно, якщо пацієнт закриє очі.	1	
20. Я дам Вам аркуш паперу. Коли я це зроблю, Ви: – візьмете аркуш паперу правою рукою – складете папір навпіл обома руками і – покладете папір на Ваше коліно. Прочитайте всю інструкцію, потім дайте пацієнту аркуш паперу. Не повторюйте інструкцію і не керуйте пацієнтом (дайте по 1 балу за кожен вірно виконаний крок).	3	
21. Напишіть будь-яке повне речення на аркуші паперу.	1	
22. Ось малюнок. Будь ласка, скопіюйте малюнок на тому ж аркуші паперу. Завдання виконане правильно, якщо дві п'ятисторонні фігури перетинаються, утворюючи чотиристоронню фігуру, і якщо всі кути в п'ятисторонніх фігур збережені.	1	
		
Загальна кількість балів:	30	

Інтерпретація результатів:

Можлива максимальна кількість балів 30 використовується для забезпечення повної картини дійсних когнітивних функцій окремої особи на основі безпосереднього спостереження за виконанням тестових завдань.

Кількість балів < 24 є загальноприйнятим мінімально допустимим значенням, що вказує на наявність когнітивних порушень.

Рівень порушення	24–30 (відсутні) 18–24 (легкі) 0–17 (тяжкі)
Недостатність когнітивних функцій	< 17 (без освіти) < 20 (початкова освіта) < 24 (середня освіта)
Деменція	> 23 (норма) 13–23 (легка деменція) 5–12 (деменція середнього ступеня важкості) < 5 (тяжка деменція)

Приблизний час проведення тесту: 10 хвилин.

Посилання:

Tombaugh TN, McIntyre NJ. J Am Geriatr Soc 1992, 40: 922–935.

Визначення функціональної незалежності (FIM)

Переваги: широко використовується в діагностиці інсульту.

Шкала була розроблена для вирішення питань чутливості і всебічності, які були піддані критиці як проблематичні при визначенні індексу Бартеля.

Інструкції:

Шкала FIM пропонує єдину систему визначення непрацездатності на основі Міжнародної класифікації порушень, непрацездатності та соціальної недостатності для використання в медичній системі у Сполучених Штатах Америки. Рівень непрацездатності пацієнта визначає необхідний рівень опіки, і елементи шкали оцінюються на основі того, яка допомога потрібна людині для здійснення повсякденних видів діяльності. Елементи шкали: Шкала FIM складається з 18 пунктів, які оцінюють 6 функціональних категорій. Елементи діляться на дві групи: рухові (13 елементів) і когнітивні (5 елементів). Рухові елементи ґрунтуються на елементах індексу Бартеля. Ці групи називаються рухові-FIM і когнітивні-FIM.

Група рухових елементів	Оцінка
Догляд за собою	Прийом їжі Гігієнічні процедури Прийом ванни Одягання верхньої частини тіла Одягання нижньої частини тіла Користування туалетом
Контроль випорожнень	Контроль сечовипускання Контроль дефекації
Переміщення	Ліжко/стілець/інвалідний візок Туалет Ванна/душ
Здатність пересуватись	Ходьба/ пересування в інвалідному візку Ходьба сходами
Комунікація	Розуміння Вираження
Соціальне пізнання	Суспільні відносини Вирішення проблем Пам'ять
ВСЬОГО:	

Відомо, що в групі рухових елементів такі завдання, як прийом їжі, купання та гігієнічні процедури, є найлегшими для виконання серед пацієнтів після інсульту, тимчасом як пересування, переміщення до ванни та підйом сходами є найскладнішими завданнями.

Критерії оцінювання тесту FIM:

Опис	Бали	
Пацієнт не потребує допомоги	Повна самостійність	7
	Модифікована самостійність (пацієнт потребує допомоги з використанням додаткових засобів, але не фізичної допомоги)	6
Потребує допомоги (помірна залежність)	Нагляд або пристосування	5
	Мінімальна допомога (пацієнт може самостійно виконати 75% чи більше завдань)	4
	Помірна допомога (пацієнт може самостійно виконати від 50% до 74% завдань)	3
Потребує допомоги (повна залежність)	Максимальна допомога (пацієнт може самостійно виконати від 25% до 49% завдань)	2
	Повністю потребує допомоги (пацієнт може самостійно виконати менше 25% завдань або потребує допомоги більше ніж однієї людини)	1
	Пацієнт не може виконувати повсякденну діяльність	0

Інтерпретація результатів:

Загальна кількість балів — 18–126.

Вища кількість набраних балів свідчить про більшу самостійність пацієнта.

Кількість балів 18 свідчить про повну залежність пацієнта від оточуючих, тимчасом як кількість балів 126 свідчить про повну самостійність пацієнта.

Приблизний час проведення тесту: 40 хвилин.

Посилання:

Chumney D et al. J Rehabil Res Dev. 2010;47(1):17–29.

Furlan JC et al. Journal of Neurotrauma 2011; 28 (8): 1413–30.

Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про ступінь важкості на основі інтерв'ю (CIBIS)

Переваги: шкала зазначена в рекомендаціях Управління з контролю за продуктами харчування та лікарськими засобами США (FDA).

Це опитування, що проводиться у напівдовільній формі, базується, зокрема, на шкалі загального клінічного враження про зміну стану сумісного дослідження хвороби Альцгеймера. У ньому визначено чотири основні категорії для оцінювання: загальні відомості, психічний/когнітивний стан, поведінка і діяльність в повсякденному житті.

Шкала CIBIS є першим етапом загальної оцінки стану, рекомендованою в матеріалах FDA, і вимагає абсолютної повної оцінки ступеня важкості при визначенні стану за довільною 7-бальною шкалою, від дуже легкого до дуже важкого стану, стосовно повного діапазону симптоматики деменції.

Інструкція:

Інструкція з оцінювання:

Базове опитування — це єдиний етап, який пацієнт і опікун проходять разом. Мета полягає в тому, щоб можна було провести оцінку і підтвердження інформації, отриманої від одного респондента, в порівнянні з інформацією, отриманою від іншого респондента, для того щоб скласти найбільш надійне базове враження про тяжкість захворювання.

Опитування проводиться в напівдовільній формі. У ньому визначено чотири основні категорії для оцінювання: загальні відомості, психічний/когнітивний стан, поведінка та повсякденна діяльність.

Кожна з цих категорій поділяється на групи.

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ:

- Відповідний анамнез
- Спостереження / Обстеження

ПСИХІЧНИЙ / КОГНІТИВНИЙ СТАН:

- Пробудження / Пильність / Увага / Концентрація
- Орієнтація
- Пам'ять
- Мова / Мовлення
- Праксис
- Судження / Вирішення проблем / Критичність

ПОВЕДІНКА:

- Зміст думок
- Галюцинації/Хибні уявлення/Ілюзії
- Поведінка/настрій
- Сон/апетит
- Неврологічна/психомоторна активність

ПОВСЯКДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ:

- Основна/із застосуванням інструментів
- Соціальне життя

Кожна група оцінюється з використанням перевірочних засобів (зондів). Для всіх груп передбачені деякі запропоновані перевірочні дані. Інтерв'юєрові пропонується вибрати додаткові зонди для підвищення повноти опитування.

Для оцінки психічного/когнітивного стану на вибір інтерв'юєра може бути використаний психометричний тест. Обраний тест повинен бути зазначений у відповідному місці у формі історії хвороби.

Кількість часу для цього інтерв'ю не уточнюється. За статистикою може знадобитись від 30 до 45 хвилин.

Інструкція для оцінювання серйозності стану на вихідному рівні:

Після завершення інтерв'ю лікар вивчає всю іншу інформацію, отриману від час первинного огляду. Це буде включати в себе результати тестів ADAS-COG+, MMSE, NPI і DAD. Крім того, враження, сформовані іншими членами групи обстеження пацієнта, повинні бути зареєстровані і розглянуті. Ступінь важкості захворювання (бали за шкалою CIBIS) оцінюється за 7-бальною шкалою, що представлена у формі історії хвороби.

Після визначення ступеня важкості захворювання клініциста просять вказати за аналогічною шкалою, якою мірою інформація кожної з чотирьох категорій допомогла визначити оцінку CIBIS. На кожній шкалі в точці, яку лікар вважає найкращою відповіддю, що найбільш точно відповідає істині, повинна бути намальована вертикальна помітка. Кожна категорія має бути оцінена незалежно одна від одної. Бали не додаються.

Коротка інструкція:

Базове інтерв'ю слід проводити у присутності і пацієнта, і опікуна. Показники можна оцінювати в будь-якому порядку. Проте важливо, щоб кожна категорія була розглянута і дані спостереження детально фіксувались, аби полегшити оцінювання змін при наступних обстеженнях. Крім того, слід провести певне оцінювання психічного/когнітивного стану. Ступінь важкості захворювання слід визначати за інформацією, отриманою з усіх відповідних джерел: пацієнта, опікуна, вихователя, членів групи навчання тощо. Крім того, результати всіх скринінгових тестів і даних основних психометричних досліджень повинні бути записані на останній сторінці цього розділу і враховуватись при визначенні кількості балів за шкалою CIBIS.

Загальні відомості		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Відповідний анамнез	Нещодавні відповідні клінічні події, захворювання пацієнта, опікуна або інших членів сім'ї, значні соціальні або особисті події	Пацієнт
		Опікун
Спостереження/обстеження	Зовнішній вигляд — загальна чистота і гігієна, одяг (відповідність одягу до сезону, охайність, відповідність кольору/ принтів, весь одяг правильно застібнутий)	Пацієнт
		Опікун

Психічний/когнітивний стан (Якщо використовується, то який саме структурований тест _____)		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Пробудження/ Пильність/ Увага/ Концентрація	Плутанина/ясність свідомості Хвилювання/реактивність Стан усвідомлення Відволікання	Пацієнт
		Опікун
Орієнтація	Час (година, день, тиждень) Місце знаходження Особистість Впізнавання себе/інших	Пацієнт
		Опікун

Пам'ять	Фіксація Згадування Довгострокова/віддалена пам'ять Згадування минулих подій Імена людей Знання про нещодавні події	Пацієнт
		Опікун
Мова/Мовлення	Вільна/виразна мова Сприйняття мови Розуміння Парафазія/ підбирання слова Називання назв Повторення Слідування за розмовою	Пацієнт
		Опікун
Праксис	Конструкційна здатність (тобто малювання 3-вимірного куба, циферблата із заданим часом) Ідеаторний праксис Ідеомоторний/імітація	Пацієнт
		Опікун
Судження/ Вирішення проблем/ Критичність	Поведінка пацієнта в ситуаціях, що вимагають судження (тобто при вимкненні електрики в будинку, коли забув ключі в домі, перебування поза домом за неможливості потрапити всередину та ін.) Усвідомлення себе (тобто помилок, неприйнятної поведінки, недалекоглядності) Спроби виправити хибності (наприклад, суджень, помилок)	Пацієнт
		Опікун

Поведінка		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Зміст думок	Організація Адекватність, відповідність	Пацієнт
		Опікун
Галюцинації/ Хибні уявлення/ Ілюзії	Слухові/зорові Хибні уявлення Викривлене сприйняття Розвинені	Пацієнт
		Опікун
Поведінка/ Настрій	Впливовість/лабільність Незвичний/дивний Розкутий Мотивація/енергійний Блукаючий/розгублений Збудження/агресивність Ворожість Зміни в зв'язку із депресією Зміни в зв'язку із тривогою Адекватність, відповідність Взаємодопомога	Пацієнт
		Опікун
Сон/апетит	Розлади сну Безсоння (тип) Нічна активність Гіпер-, гіпосомнія Зміни апетиту/маси тіла Надання переваги тим чи іншим харчовим продуктам	Пацієнт
		Опікун
Неврологічна/ психомоторна активність	Загальна рухова активність Поза/хода Порушення рухів Незвичайна моторика Поведінка/крокування Моделі щоденної діяльності	Пацієнт
		Опікун

Повсякденна діяльність		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Основна/із застосуванням інструментів	Рухливість (ходьба, водіння автомобіля, використання громадського транспорту, здатність знайти потрібний маршрут) Гігієна/догляд за зовнішністю Одягання/вибір одягу Самостійний прийом їжі, приготування їжі Виконання доручень Здатність робити покупки Домашні господарські обов'язки Хобі та індивідуальні заняття (тобто читання, садівництво, малювання, телебачення) Фінанси, обчислювання рахунків Решта (гроші) Користування телефоном	Пацієнт
		Опікун
<i>Для всіх перерахованих вище видів діяльності слід оцінити: ступінь самоініціативи, частоту, швидкість і точність виконання кожного виду діяльності. Якщо застосовується спонукання або допомога, як часто це дійсно необхідно?</i>		
Соціальне життя	Участь у: іграх з іншими людьми (карти, шахи, шашки) Соціальна взаємодія Домашні справи (сім'я, зустрічі) Зовнішня діяльність (відвідування друзів, куховарство, гра в гольф з друзями) Громадська діяльність (релігійна, професійна діяльність) Культурні події (театр, спорт, кіно) Незалежність Безпорадність	Пацієнт
		Опікун

Примітки, коментарі, загальне враження:

Інформація з інших джерел:

Скринінгова та основна тестова оцінка:

	Скринінг	Основна оцінка
Тест		
Тест		
Тест		
Тест		

Інтерпретація результатів:

Ступінь важкості захворювання:

З огляду на Ваш загальний досвід роботи з цією конкретною популяцією, який психічний стан пацієнта на даний час?

- 0 Не оцінили
- 1 Нормальний стан, не хворий
- 2 Хворий з граничним психічним станом
- 3 Незначно порушений психічний стан
- 4 Помірно порушений психічний стан
- 5 Помітно порушений психічний стан
- 6 Важкий стан хворого
- 7 Належить до пацієнтів із дуже важким станом захворювання

Якою мірою інформація наступних категорій вплинула на Вашу оцінку? Будь ласка, проведіть вертикальну «позначку», де Ви відчуваєте, що Ваша відповідь є найбільш правдивою. Розгляньте кожен елемент, незалежно один від одного.

Загальні відомості

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Психічний/когнітивний стан

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Поведінка

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Повсякденна діяльність

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Приблизний час проведення тесту: 30–45 хвилин.

Посилання:

Leber P, Guidelines for the clinical evaluation of antidementia drugs. Rockville MD: US Food and Drug Admin. 1990.

Knopman et al. Neurology 1994 (Dec); 44(12):2315–21.

Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про зміни та вклад опікунів на основі інтерв'ю (CIBIC+)

Переваги: концептуально перспективна шкала для оцінки прогресування захворювання.

Це — шкала, що широко використовується в клінічних випробуваннях лікарських препаратів для лікування деменції з метою вимірювання важкості захворювання і будь-яких змін, але менш придатна для клінічної практики.

Інструкція:

Інструкція з оцінювання:

Перед проведенням будь-якої частини тесту CIBIC+ лікар повинен вивчити основну шкалу CIBIS, для того щоб ознайомитись із профілем захворювання пацієнта. Оцінка стану за допомогою шкали CIBIC+ здійснюється через окремі інтерв'ю з пацієнтом і опікуном. Ніякого особливого порядку для проведення інтерв'ю не передбачено.

Категорії, домени і зонди для шкали CIBIC+ ідентичні шкалі CIBIS.

Після проведення обох інтерв'ю клініцист наодинці повинен прийняти рішення про те, чи стан пацієнта змінився в порівнянні із вихідним рівнем. Лікар не може ні звернутися до інших лікарів відносно оцінювання пацієнта, ні переглянути результати будь-яких інших процедур або тестів, проведених в ході будь-якого обстеження, крім вихідного. Клініцист повинен уникати думки пацієнта або опікуна, які можуть спотворити результат тесту CIBIC+, наприклад, думки з приводу змін симптомів або ознак побічних ефектів. На початку кожного інтерв'ю лікар повинен попередити обох респондентів, щоб не надавали таку інформацію.

Думка про зміни стану пацієнта записується у формі CIBIC+, використовуючи 7-бальну шкалу. Лікар також буде оцінювати, якою мірою інформація від кожної з чотирьох категорій допомогла визначити даний результат тесту CIBIC+. Дані специфічних категорій, що вплинули на результат CIBIC+, повинні бути записані в розділі коментарів. Після того як був визначений результат, він/вона не може повертатися до нього знову.

Коротка інструкція:

Перед проведенням цього інтерв'ю перегляньте інструкцію оцінювання за базовою шкалою CIBIS. Записуйте отриману від опікуна інформацію в спеціально відведених місцях нижче. Важливо уникати будь-якого обговорення побічних ефектів або особистої думки опікуна про те, чи приймав пацієнт даний препарат. Не пропонується жоден конкретний формат або порядок проведення тесту.

Опитування опікуна

Загальні відомості		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Проміжний анамнез	Клінічні прояви, що відбулись після основного захворювання Зміни Захворювання Значні соціальні чи особисті події	
Дотримання	Дотримання протоколу	

Психічний/когнітивний стан		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Пробудження/ Пильність/ Увага/ Концентрація	Плутанина/ясність свідомості Хвилювання/реактивність Стан усвідомлення	
Орієнтація	Відношення часу Подорожі Чи може він/вона знайти дорогу? Впізнання: себе/інших/ об'єктів Чи адекватно реагує?	
Пам'ять	Згадування Пам'ять Минулі події	
Мова	Вираження Розуміння Підбирання слів Називання, кількість Повторення Слідування за розмовою	

Рухова активність	Загальна активність Щоденна діяльність Ходьба (здатність пересуватись) Рухові розлади Незвичайні рухи	
Судження / Вирішення проблем	Поведінка пацієнта в ситуаціях, що вимагають судження, вирішення проблем	

Поведінка		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Зміст думок	Організація Адекватність, відповідність	
Галюцинації/ Хибні уявлення/ Ілюзії	Слухові/зорові Викривлене сприйняття	
Поведінка/ Настрій	Впливовість/лабільність Незвичний/дивний Розкутий Мотивація/енергійний Блукаючий/розгублений Збудження/агресивність Ворожість Зміни у зв'язку із депресією Зміни у зв'язку із тривогою Адекватність Взаємодопомога	
Сон/апетит	Розлади сну Безсоння (тип) Нічна активність Гіпер-, гіпосомнія	

Основна/із застосуванням інструментів Повсякденна діяльність Праксис	Загальна рухова активність Гігієна / догляд за зовнішністю Одягання Самостійний прийом їжі Здатність робити покупки Моделі щоденної діяльності/ хобі Ведення фінансів	
Соціальне життя	Участь у: - соціальних заходах; - громадській діяльності; - різних видах діяльності. Самостійність Безпомічність	

Примітки, коментарі, загальне враження

Опитування пацієнта

Загальні відомості		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Проміжний анамнез	Клінічні прояви, що відбулись після основного захворювання	
Огляд/ обстеження	Зовнішній вигляд	

Психічний/когнітивний стан		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Пробудження/ Пильність/ Увага/ Концентрація	Плутанина/ясність свідомості Хвилювання/реактивність Стан усвідомлення	
Орієнтація	Час Місце знаходження Особистість	
Пам'ять	Фіксування Згадування Довготривала/віддалена пам'ять	
Мова/мовлення	Швидкість/ експресивність мови Сприйняття мови Розуміння Парафазії/підбирання слів	
Праксис	Конструкційна здатність Ідеаторний праксис Ідеомоторний/імітація	
Судження/Вирі- шення проблем		

Поведінка		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Зміст думок	Організація Адекватність, відповідність	
Галюцинації/ Хибні уявлення/ Ілюзії	Слухові/зорові Хибні уявлення Систематичні/розвинені	

Шкала CIBIC+ / Інсульт та його ускладнення

Поведінка/ Настрій	Впливовість/лабільність Мотивація/енергійність Агітація/агресія/ворожість Зміни у зв'язку із депресією Зміни у зв'язку із тривогою Адекватність, відповідність/ взаємодопомога	
Сон/апетит	Розлади сну Нічна активність Зміни апетиту/маси тіла	
Неврологічна/ психомоторна активність	Загальна рухова активність Поза/хода Порушення рухів Незвичайна рухова поведінка	

Повсякденна діяльність		
Категорія	«Зонди»	Примітки
Основна/із застосуванням інструментів	Рухливість Гігієна/догляд за зовнішністю Одягання Самостійний прийом їжі Здатність робити покупки	
Соціальне життя	Взаємодія Громадська діяльність	

Примітки, коментарі, загальне враження

Інтерпретація результатів:

Оцінка змін стану (через 3–6 місяців):

На основі сьогоднішньої оцінки, в порівнянні з початковим станом пацієнта, наскільки він/вона змінився?

- 0 Не оцінили
- 1 Значне покращення
- 2 Помірне покращення
- 3 Мінімальне покращення
- 4 Без змін
- 5 Мінімальне погіршення
- 6 Помірне погіршення
- 7 Значне погіршення

Якою мірою інформація з наступних категорій вплинула на Вашу оцінку? Будь ласка, проведіть вертикальну «позначку», де Ви відчуваєте, що Ваша відповідь є найбільш правдивою. Розгляньте кожен елемент, незалежно один від одного.

Загальні відомості

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Психічний/когнітивний стан

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Поведінка

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Повсякденна діяльність

Здоровий / _____ / Вкрай важкий стан

Приблизний час проведення тесту: приблизно по 20 хвилин на опитування пацієнта та опікуна.

Посилання:

Schneider LS et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1997; 11 Suppl 2():S22–32.

Шкала оцінки тяжкості хвороби Альцгеймера — оцінка когнітивних розладів (ADAS-COG)

Переваги: охоплює всі когнітивні зони при деменції, має належну чутливість до змін.

Це один із найбільш часто використовуваних тестів для оцінки когнітивних функцій у клінічних випробуваннях.

Інструкції:

1. Завдання на згадування слів

Пацієнту дається три спроби, щоб вивчити список із 10 слів. Слова друкуються друкованими літерами на картках. Кожна картка показується протягом 2 секунд. Потім пацієнт згадує слова вголос. Проводиться три спроби читання та згадування слів. Результат — середня кількість слів, які пацієнт не згадав.

Скажіть пацієнту: *«Я збираюся показати Вам кілька слів, по одному за раз. Будь ласка, прочитайте кожне слово вголос і спробуйте запам'ятати його, тому що пізніше я попрошу Вас спробувати згадати всі слова, які я Вам показав».*

Підрахунок балів (Перевірте правильність згадування кожного слова).

Спроба 1		Спроба 2		Спроба 3	
ПТАШКА		ПТАШКА		ПТАШКА	
МАГАЗИН		МАГАЗИН		МАГАЗИН	
ВОДА		ВОДА		ВОДА	
КОЛО		КОЛО		КОЛО	
БУДИНОК		БУДИНОК		БУДИНОК	
РАБ		РАБ		РАБ	
ДОЛАР		ДОЛАР		ДОЛАР	
НЕБО		НЕБО		НЕБО	
ЗАВОД		ЗАВОД		ЗАВОД	
КАРТИНА		КАРТИНА		КАРТИНА	
Кількість не-згаданих слів		Кількість не-згаданих слів		Кількість не-згаданих слів	

Коментарі:**Результат (середня кількість незгаданих слів):****2. Назви предметів та пальців руки**

Пацієнта просять назвати 12 випадковим чином представлених предметів і пальці його/її домінуючої руки. Перше питання про кожен предмет має бути «*Як це називається?*» або «*Яка назва цього предмету?*» Якщо пацієнт не реагує, то екзаменатор повинен дати підказку для цього предмета, які перераховані нижче. Якщо пацієнт і надалі не відповідає або робить помилку, слід перейти до наступного предмета. Відповідь, крім назви, що наведена нижче, зараховується як правильна, якщо це назва, яка також використовується людиною без деменції, з тим же культурним фоном, що і й пацієнта. Опис предмета, семантичні або фонемні парафразії не слід зараховувати, як правильні відповіді.

- (Показати зображення/предмет) ... *Як це називається?*
 ... *Яка назва цього предмету?*
 (Пальці) ... *Яка назва цього пальця?*
 ... *Як називається цей палець?*

Підрахунок балів:

Предмет/ палець	Правильність назви		Підказка
	Так	Ні	
КВІТКА			Росте в саду
ЛІЖКО			Використовується для снання
СВИСТОК			Видає звук, коли дмешь унього
ОЛІВЕЦЬ			Використовується для письма
БРЯЗКАЛЬЦЕ			Дитяча іграшка
МАСКА			Ховає Ваше обличчя

НОЖИЦІ			Ріжуть папір
ГРЕБІНЕЦЬ			Використовується для розчісування волосся
ГАМАНЕЦЬ			Зберігає гроші
ГАРМОШКА			Музичний інструмент
СТЕТОСКОП			Використовує лікар, щоб послухати Ваше серце
ЩИПЦІ			Для взяття їжі
ВЕЛИКИЙ ПАЛЕЦЬ			
МІЗИНЕЦЬ			
ВКАЗІВНИЙ ПАЛЕЦЬ			
СЕРЕДНІЙ ПАЛЕЦЬ			
БЕЗІМЕННИЙ ПАЛЕЦЬ			

Коментарі:

Загальна кількість неправильно названих пунктів:

Результат:

- 0 ... 0–2 пункти названо неправильно
- 1 ... 3–5 пунктів названо неправильно
- 2 ... 6–8 пунктів названо неправильно
- 3 ... 9–11 пунктів названо неправильно
- 4 ... 12–14 пунктів названо неправильно
- 5 ... 15–17 пунктів названо неправильно

3.Завдання

Пацієнта просять виконати від 1 до 5 завдань. Умови кожного завдання слід прочитати один раз. Якщо пацієнт не реагує або робить помилку, то всю умову завдання слід прочитати ще один раз. Потім переходьте до наступного завдання. Слід виконати всі завдання.

Завдання	Правильно	Неправильно
1. Стисніть пальці в кулак		
2. Покажіть пальцем на стелю, а потім на підлогу. Візьміть олівець, годинник і картку зі столу в такому порядку, як вони є перед пацієнтом.		
3. Покладіть олівець на картку, а потім покладіть його назад.		
4. Покладіть годинник з іншого боку від олівця, а потім переверніть картку.		
5. Двічі торкніться двома пальцями кожного плеча із закритими очима.		

Результат:**Кількість балів:**

- 0 ... всі завдання виконані правильно
- 1 ... 1 завдання виконано невірно / 4 правильно
- 2 ... 2 завдання виконано невірно / 3 правильно
- 3 ... 3 завдання виконано невірно / 2 правильно
- 4 ... 4 завдання виконано невірно / 1 правильно
- 5 ... всі завдання виконано невірно

Коментарі:

4. Конструктивний праксис

Пацієнта просять скопіювати чотири геометричні фігури. Фігури повинні бути показані по одній. Пацієнту слід дати простий олівець і ластик. Пацієнту слід дозволити зробити дві спроби для кожної фігури, і пацієнт може стерти фігуру ластиком, якщо йому необхідно. Якщо пацієнт не може відтворити фігуру після двох спроб, переходьте до наступного пункту.

Скажіть пацієнту:

«На цьому аркуші паперу є фігура. Спробуйте намалювати ще одну, яка виглядає так само».

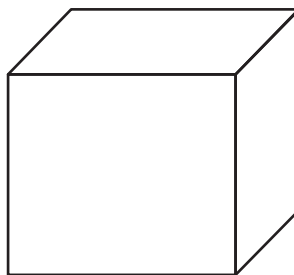
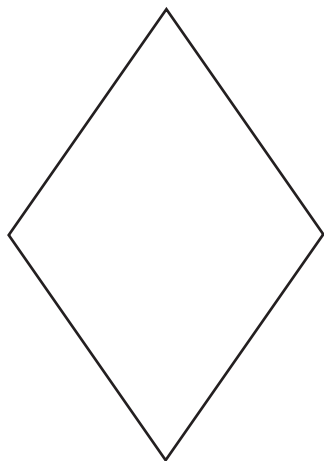
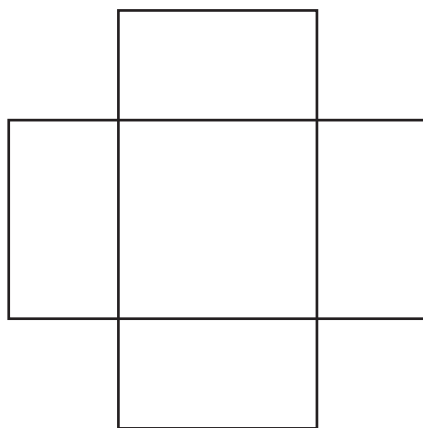
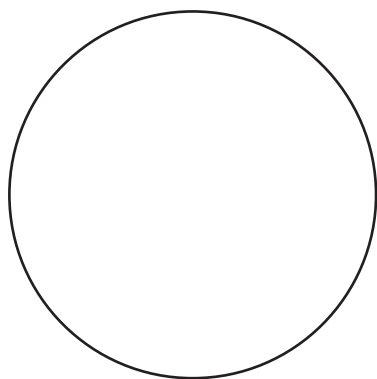
	Правильно	Неправильно
КОЛО (замкнута крива фігура)		
ДВА ПРЯМОКУТНИКИ, ЩО ПЕРЕКРИВАЮТЬ ОДИН ОДНОГО (фігури повинні бути чотиристоронніми і перекривати одна одну, повинні бути аналогічними представленим фігурам)		
РОМБ (фігура повинна бути чотиригранна, орієнтована таким чином, щоб точки у верхній і нижній частині і сторони були приблизно однакової довжини)		
КУБ (фігура повинна бути тривимірною, передня частина правильної орієнтації, внутрішні лінії між кутами намальовані правильно)		

Результат:

Кількість балів:

- 0 ... всі 4 малюнки намальовані правильно
- 1 ... 1 фігура намальована неправильно
- 2 ... 2 фігури намальовані неправильно
- 3 ... 3 фігури намальовані неправильно
- 4 ... 4 фігури намальовані неправильно
- 5 ... жодна фігура не намальована правильно, каракулі; частини фігур; слова замість фігур

Коментарі:



5. Идеаторний праксис:

Пацієнт отримує аркуш паперу, довгий конверт та олівець. Екзаменатор повинен дати пацієнту наступні інструкції:

«Я хочу, щоб Ви зробили вигляд, що Ви написали листа. Візьміть цей аркуш паперу, складіть його так, щоб він помістився в конверт, а потім покладіть його у конверт. Потім запечатайте конверт, напишіть свою адресу і покажіть мені, де має бути марка».

Якщо пацієнт забуває етапи завдання або зазнає труднощів, екзаменатор повинен повторити інструкцію окремого етапу завдання, при якому пацієнт зазнає труднощів. Для кожного етапу завдання дається лише одне нагадування. Якщо пацієнт не може виконати якийсь етап завдання, переходьте до наступного.

Завдання	Правильно	Неправильно
Скласти лист		
Покласти лист у конверт		
Запечатати конверт		
Написати адресу		
Вказати, де має бути марка		
Результат:		

Кількість балів:

0 ... всі етапи завдання виконані правильно

1 ... Невиконання 1 етапу

2 ... Невиконання 2 етапів

3 ... Невиконання 3 етапів

4 ... Невиконання 4 етапів

5 ... Невиконання 5 етапів

Коментарі:

6. Орієнтація

Пацієнту ставлять питання по кожному з пунктів, наведених нижче, по одному за раз. Переконайтеся в тому, що в полі зору пацієнта немає настінних або ручних годинників, які могли б йому допомогти.

Один бал дається за кожен невірну відповідь (макс. 8 балів).

	Правильно	Неправильно	
ОСОБА			(точно)
ДЕНЬ ТИЖНЯ			(точно)
ДАТА			(± 1 день)
МІСЯЦЬ			(точно)
РІК			(точно)
ПОРА РОКУ			(± 2 тижні)
ЧАС			(± 1 година)
МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ			(принаймні часткову назву)
Результат (кількість неправильних відповідей):			

Коментарі:

7. Завдання на розпізнавання слів

Пацієнт має три спроби, щоб вивчити список із 12 слів. Навчальна частина аналогічна завданню на згадування слів. Пацієнта просять прочитати кожне слово вголос і спробувати запам'ятати його. В кожній із 3 тестових спроб 12 слів для вивчення змішані з 12 новими словами, і пацієнта просять вирішити для кожного слова, чи було воно одним із слів для вивчення.

Якщо пацієнт не може прочитати слово, екзаменатор повинен сказати слово вголос. Якщо пацієнт не пам'ятає завдання, то оцінювач повинен повторити всю умову або перефразувати її і зробити позначку про те, що пацієнту треба було зробити нагадування.

Навчання: *«Я збираюся показати Вам деякі слова, надруковані на картках. Я хочу, щоб Ви прочитали кожне слово вголос і спробували запам'ятати його».*

Тестова спроба: *«Тепер я збираюся показати Вам ще один набір слів. Деякі з цих слів були серед слів, які я щойно показав Вам, а інші є новими. Для кожного слова я хочу, щоб Ви мені сказали, чи було воно серед слів, які я показав Вам перед цим».*

Протягом перших двох слів:

«Чи це одне зі слів, що я показав Вам раніше, так чи ні?»
або *«Чи показував я Вам це слово раніше?»*

Для всіх інших слів (3–24): *«Як щодо цього слова?»*

Якщо пацієнт відповідає належним чином, тобто «так» чи «ні», це означає, що запам'ятав інструкції точно. Питання, яке використовується для третього слова, повторюється для слів 4–24. Кожен випадок забування інструкцій проведення тесту відмічається (нагадування).

Підрахунок балів:

Перевірте відповідь пацієнта для кожного слова. Пацієнт повинен відповісти ствердно на початкові слова (виділені жирним шрифтом). Невірні відповіді заштриховані. Перевірте, чи треба було нагадувати.

Коментарі:

Шкала ADAS-COG / Інсулт та його ускладнення

Спроба 1	Так	Ні	На-гадування	Спроба 2	Так	Ні	На-гадування	Спроба 2	Так	Ні	На-гадування
ДРУГ				ДРУГ				КЛЕЙМО			
ВИБАЧЕННЯ				ВИБАЧЕННЯ				ДРУГ			
ОФІЦЕР				РОСЛИНА				ВИБАЧЕННЯ			
ДУМКА				ХЛОПЕЦЬ				ХЛОПЕЦЬ			
ХЛОПЕЦЬ				ЗВИЧКА				МЕТОД			
ТАБІР				КІЛЬКІСТЬ				ДВИГУН			
ДОЛЯ				ПРОМИСЛОВІСТЬ				ЗВИЧКА			
ЗВИЧКА				БАНКІР				ДУША			
БАНКІР				ЗДАТНІСТЬ				БАНКІР			
ГОЛЬФ				БРУД				ЖЕЛЕ			
ДОЗВІЛ				ВИПАДОК				ЗДАТНІСТЬ			
ЗДАТНІСТЬ				КОЛИСКА				ПОХОДЖЕННЯ			
БЛІСТЕР				ВИДУМКА				БРУД			
БРУД				МОРОЗИЛКА				КАМІН			
ВИДУМКА				БАНАЛЬНІСТЬ				ВИДУМКА			
МОРОЗИЛКА				СПІВАК				НЕБЕЗПЕКА			
КОНЦЕПЦІЯ				ГІПОТЕЗА				АЛІГАТОР			
ПІАНІСТ				НІСЕНІТНИЦЯ				МОРОЗИЛКА			
НІСЕНІТНИЦЯ				ПЕТЛЯ				ДОД. ПОДАТОК			
ШТАТИВ				ПРИЗНАЧЕННЯ				ВУЛКАН			
ПОМИЛКА				ТАНК				ПРИСЛІВ'Я			
СТАТЬ				ШТАТИВ				НІСЕНІТНИЦЯ			
КУЛЯ				НАКАЗ				ШТАТИВ			
ІНТЕЛЕКТ				ПОМИЛКА				ПОМИЛКА			
Кількість неправильних відповідей (макс.12)				Кількість неправильних відповідей (макс.12)				Кількість неправильних відповідей (макс.12)			

Неправильні відповіді заштриховані.

Результат:

Кількість неправильних відповідей (макс.12)

8. Завдання на запам'ятовування інструкцій

Цей пункт оцінює здатність пацієнта запам'ятовувати інструкції до завдання на розпізнавання слів. При кожній спробі виконання завдання на розпізнавання слів перед показуванням перших двох слів пацієнта питають:

«Чи показував я Вам це слово раніше, чи це нове слово?».

При показуванні третього слова пацієнта запитують:

«Як щодо цього слова?»

Якщо пацієнт відповідає належним чином, тобто «так» чи «ні», це означає, що запам'ятав інструкції точно. Питання, яке використовується для третього слова, повторюється для слів 4–24. Кожен випадок забування інструкцій проведення тесту відмічається.

Підрахунок балів

Загальна кількість нагадувань (Завдання 7).

Результат:

- 0 ... пацієнт не потребував додаткових нагадувань
- 1 ... дуже легка форма – було одне нагадування
- 2 ... легка форма — необхідно було нагадувати два рази
- 3 ... помірна — необхідно було нагадувати 3 або 4 рази
- 4 ... помірно важка — необхідно було нагадувати 5 або 6 разів
- 5 ... важка — необхідно було нагадувати 7 або більше разів

Коментарі:

9. Здатність до розмовної мови

Цей пункт є глобальним оціночним тестом якості мови, тобто ясності, труднощів у тому, щоб зрозуміли інші. При оцінюванні цього пункту екзаменатор повинен врахувати все мовлення пацієнта під час сеансу тестування. Обсяг мови і труднощі в підбиранні слів не враховуються в цьому пункті тесту. Слід зазначити, що більш високі бали (4–5) по цьому пункту залишаються для пацієнтів, чий виразні мовні здібності погіршуються настільки, що вони рідко спілкуються без труднощів.

Підрахунок балів:

- 0 ... жодного випадку, коли важко зрозуміти пацієнта
- 1 ... дуже легка форма — 1 випадок недостатності зрозумілості
- 2 ... легка — пацієнт має труднощі менше 25% часу спілкування
- 3 ... помірна — пацієнт має труднощі від 25% до 50% часу спілкування
- 4 ... помірно важка — пацієнт має труднощі більше 50% часу спілкування
- 5 ... важка — 1 або 2 фрагменти активної мови; вільна, але беззмістовна мова; німота

Результат:

10. Труднощі у підбиранні слів

Разом із пунктом 9 тесту цей пункт оцінює порушення експресивної мови, але враховуються лише труднощі у підбиранні потрібних слів, тоді як пункт 9 є більш глобальним оціночним тестом того, якою мірою пацієнт може спілкуватися. Щоб оцінити цей пункт, екзаменатор повинен визначити, чи відчуває пацієнт труднощі в пошуку потрібного слова при спонтанному мовленні. Труднощі можуть бути подолані за допомогою багатомовності, тобто використання пояснювальних фраз або майже задовільних синонімів. При оцінюванні не враховуйте показування пальцем або називання предметів.

Підрахунок балів:

- 0 ... немає ніяких доказів того, що є труднощі у підбиранні потрібних слів при спонтанному мовленні
- 1 ... дуже легка — 1 або 2 випадки, що не є клінічно значущим
- 2 ... легка — помітна багатомовність або заміна синонімами
- 3 ... помірна — втрата слів без компенсації
- 4 ... помірно важка — часта втрата слів без компенсації
- 5 ... важка — майже повна втрата змісту слів; мова беззмістовна; 1–2 фрагменти активної мови

Результат:

11. Усвідомлене сприйняття

Цей пункт оцінює здатність пацієнта розуміти мову. При оцінюванні цього пункту екзаменатор повинен розглянути питання про те, наскільки добре пацієнт у змозі розуміти мову екзаменатора в ході відкритої дискусії, під час проведення тесту і, якщо це можливо, при оцінюванні некогнітивних пунктів. Не враховуйте виконання завдань.

Підрахунок балів:

- 0 ... немає ніяких доказів погано усвідомленого сприйняття
- 1 ... дуже легка — 1 випадок нерозуміння
- 2 ... легка — 3–5 випадків нерозуміння
- 3 ... помірна — вимагає декількох повторень і перефразовувань
- 4 ... помірно важка — пацієнт лише зрідка відповідає правильно; тобто на запитання з можливими відповідями лише «так-ні»
- 5 ... важка — пацієнт рідко відповідає на питання належним чином, не через бідність мови

Результат:

12. Концентрація/відволікання

Цей пункт оцінює частоту, з якою пацієнт відволікається на сторонні подразники і/або його слід переорієнтувати на поточне завдання через втрату ходу думки, або виявляється, що пацієнт поринув у його/її власні думки.

Підрахунок балів:

- 0 ... немає ніяких доказів поганої концентрації або відволікання
- 1 ... дуже легка — 1 випадок поганої концентрації або відволікання
- 2 ... легка — 2–3 випадки поганої концентрації або відволікання; ознаки занепокоєння та неухважності
- 3 ... помірна — 4–5 випадків під час інтерв'ю
- 4 ... помірно важка — погана концентрація і відволікання протягом більшої частини інтерв'ю
- 5 ... важка — надзвичайні труднощі в концентрації і надзвичайне відволікання; не в змозі виконувати завдання

Результат:

13. Викреслювання цифр

Помістіть контрольний лист лицевою стороною догори перед пацієнтом і дайте пацієнту олівець.

Скажіть пацієнту:

«Ось завдання, яке ми збираємося зробити. У верхній частині цієї сторінки є дві цифри. На всій цій сторінці Ви знайдете ці дві цифри, які змішані з іншими цифрами. Я хотів би, щоб Ви почали тут і, йдучи поперек, рядок за рядком викреслювали будь-яку цифру, яка є такою самою, як і будь-яка із двох у верхній частині сторінки. Будь ласка, працюйте так швидко, як Ви можете, рядок за рядком, викреслюючи по ходу обидві цифри».

Якщо пацієнт не зрозумів завдання, Ви можете повторити інструкції ще один раз. Припиніть тестування через 60 секунд.

Підрахунок балів:

Кількість правильно закреслених цифр:

– Кількість неправильно закреслених цифр:

= різниця

0 ... різниця > 30

1 ... різниця = 24–30

2 ... різниця = 18–23

3 ... різниця = 12–17

4 ... різниця = 6–11

5 ... різниця < 6

Результат:

14. Завершення лабіринту

Помістіть лабіринт перед пацієнтом і дайте йому олівець.

Скажіть пацієнту:

«Я хочу, щоб Ви намалювали лінію через цей лабіринт, починаючи тут і закінчуючи тут, без перетину будь-якої із суцільних ліній або потрапляння у глухий кут. Пам'ятайте, що треба почати тут і намалювати лінію, що закінчується тут, без перетину будь-якої із суцільних ліній або потрапляння у глухий кут».

Ви можете повторити інструкції ще один раз. Якщо пацієнт потрапляє у глухий кут під час тесту, один раз Ви можете показати, де треба було підібрати правильний шлях. Коли пацієнт закінчує завдання, зафіксуйте час. Якщо пацієнт двічі потрапляє в глухий кут або якщо тест займає більше 240 секунд, зупиніть випробування і запишіть 240 секунд в якості часу проходження тесту (максимальна кількість балів).

Підрахунок балів:

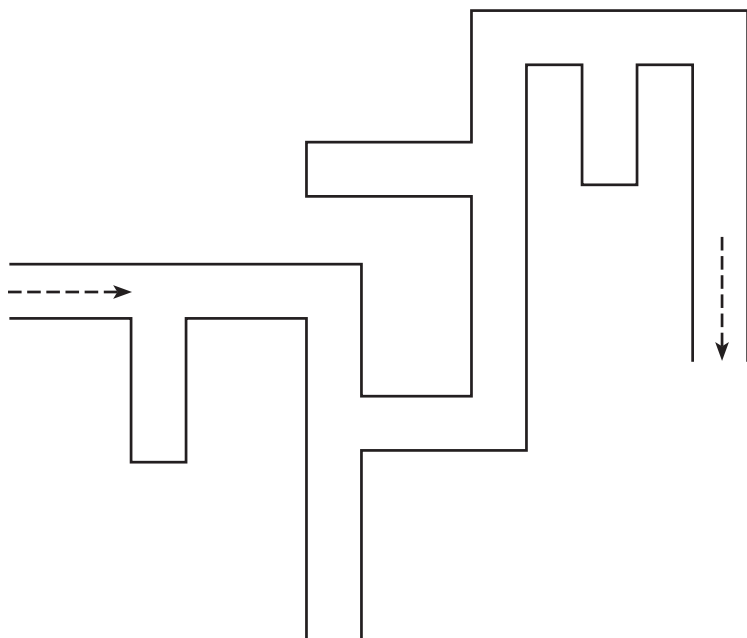
- 0 ... 0–30 секунд
- 1 ... 31–60 секунд
- 2 ... 61–90 секунд
- 3 ... 91–120 секунд
- 4 ... 121–239 секунд
- 5 ... 240 секунд

Результат:

Коментарі:

«4» та «9»

7 8 7 5 2 2 1 6 9 3 1 4 8 7 9 3 5 4 7 5 1 6 8 7 3 2 3 9 3 7
3 9 2 6 4 3 9 3 4 1 2 1 6 1 6 3 2 3 4 7 3 2 6 3 1 3 7 8 6 7
1 7 1 3 6 3 9 8 6 5 1 8 3 4 2 6 9 5 6 1 9 3 6 8 7 2 5 4 6 8
8 6 8 1 4 7 2 6 8 7 5 6 3 2 6 4 1 6 8 4 5 3 4 7 9 7 3 6 8 6
2 3 9 6 5 3 5 6 7 3 5 5 9 3 3 8 1 8 2 2 6 2 6 6 1 7 2 8 2 9
7 9 3 8 1 7 6 1 5 1 8 4 3 3 8 7 5 4 2 7 9 7 3 6 8 6 5 4 7 4
3 6 1 6 3 5 4 8 3 9 3 4 7 1 3 4 3 6 1 6 7 1 7 6 7 3 5 2 9 8
7 5 2 2 1 6 9 3 1 4 8 7 9 3 4 1 7 5 2 2 1 6 8 3 1 4 8 7 9 3



Пункт	Бали	Результат
1. Завдання на згадування слів	Кількість балів = середня кількість незгаданих слів із 10 вищеназваних після трьох спроб. Максимальна кількість балів = 10	Бали
2. Назви предметів та пальців руки	0 = 0–2 пункти названо неправильно 1 = 3–5 пунктів названо неправильно 2 = 6–8 пунктів названо неправильно 3 = 9–11 пунктів названо неправильно 4 = 12–14 пунктів названо неправильно 5 = 15–17 пунктів названо неправильно	Бали
3. Завдання	0 = всі завдання виконані правильно 1 = 1 завдання виконано невірно/4 правильно 2 = 2 завдання виконано невірно/3 правильно 3 = 3 завдання виконано невірно/2 правильно 4 = 4 завдання виконано невірно/1 правильно 5 = всі завдання виконано невірно	Бали

4. Конструктивний праксис	<p>0 = всі 4 малюнки намальовані правильно 1 = 1 фігура намальована неправильно 2 = 2 фігури намальовані неправильно 3 = 3 фігури намальовані неправильно 4 = 4 фігури намальовані неправильно 5 = жодна фігура не намальована правильно, каракулі; частини фігур; слова замість фігур</p>	Бали
5. Ідеаторний праксис	<p>0 = всі етапи завдання виконані правильно 1 = Невиконання 1 етапу 2 = Невиконання 2 етапів 3 = Невиконання 3 етапів 4 = Невиконання 4 етапів 5 = Невиконання 5 етапів</p>	Бали
6. Орієнтація	<p>Один бал дається за кожну неправильну відповідь про дату, місяць, рік, день тижня, пору року, час, місце знаходження та особу. Максимальна кількість балів = 8</p>	Бали
7. Завдання на розпізнавання слів	<p>Кількість балів = середня кількість неправильних відповідей після трьох спроб. Максимальна кількість балів = 12</p>	Бали
8. Завдання на запам'ятовування інструкцій	<p>0 = пацієнт не потребував додаткових нагадувань 1 = дуже легка форма — було одне нагадування 2 = легка форма — необхідно було нагадувати два рази 3 = помірна — необхідно було нагадувати 3 або 4 рази 4 = помірно важка — необхідно було нагадувати 5 або 6 разів 5 = важка — необхідно було нагадувати 7 або більше разів</p>	Бали

9. Здатність до розмовної мови	<p>0 = жодного випадку, коли важко зрозуміти пацієнта</p> <p>1 = дуже легка форма — 1 випадок недостатності зрозумілості</p> <p>2 = легка — пацієнт має труднощі менше 25% часу спілкування</p> <p>3 = помірна — пацієнт має труднощі від 25% до 50% часу спілкування</p> <p>4 = помірно важка — пацієнт має труднощі більше 50% часу спілкування</p> <p>5 = важка — 1 або 2 фрагменти активної мови; вільна, але беззмістовна мова; німота</p>	Бали
10. Труднощі у підбиранні слів	<p>0 = немає ніяких доказів того, що є труднощі у підбиранні потрібних слів при спонтанному мовленні</p> <p>1 = дуже легка — 1 або 2 випадки, що не є клінічно значущим</p> <p>2 = легка — помітна багатомовність або заміна синонімами</p> <p>3 = помірна — втрата слів без компенсації</p> <p>4 = помірно важка — часта втрата слів без компенсації</p> <p>5 = важка — майже повна втрата змісту слів; мова беззмістовна; 1–2 фрагменти активної мови</p>	Бали
11. Усвідомлене сприйняття	<p>0 = немає ніяких доказів погано усвідомленого сприйняття</p> <p>1 = дуже легка — 1 випадок нерозуміння</p> <p>2 = легка — 3–5 випадків нерозуміння</p> <p>3 = помірна — вимагає декількох повторень і перефразовувань</p> <p>4 = помірно важка — пацієнт лише зрідка відповідає правильно; тобто на запитання з можливими відповідями лише «так-ні»</p> <p>5 = важка — пацієнт рідко відповідає на питання належним чином, не через бідність мови</p>	Бали

<p>12. Концентрація/відволікання</p>	<p>0 = немає ніяких доказів поганої концентрації або відволікання 1 = дуже легка — 1 випадок поганої концентрації або відволікання 2 = легка — 2–3 випадки поганої концентрації або відволікання; ознаки занепокоєння та неухважність 3 = помірна — 4–5 випадків під час інтерв'ю 4 = помірно важка — погана концентрація і відволікання протягом більшої частини інтерв'ю 5 = важка — надзвичайні труднощі в концентрації і надзвичайне відволікання; не в змозі виконувати завдання</p>	<p>Бали</p>
<p>13. Викреслювання цифр</p>	<p>0 = різниця > 30 1 = різниця = 24–30 2 = різниця = 18–23 3 = різниця = 12–17 4 = різниця = 6–11 5 = різниця < 6</p>	<p>Бали</p>
<p>14. Завершення лабіринту</p>	<p>0 = 0–30 секунд 1 = 31–60 секунд 2 = 61–90 секунд 3 = 91–120 секунд 4 = 121–239 секунд 5 = 240 секунд</p>	<p>Бали</p>

Інтерпретація результатів:

Екзаменатор додає бали по кожному пункту тесту ADAS-Cog для отримання загального результату. Чим більше порушення функцій, тим більша кількість балів. За даними дослідження, проведеного в 2004 році і опублікованого в журналі «Хвороба Альцгеймера і пов'язані з цим порушення», нормальним результатом для того, хто не має хвороби Альцгеймера або іншого типу деменції, є п'ять балів.

Приблизний час проведення тесту: близько 30–40 хвилин.

Посилання:

Doraiswamy PM et al. Neurology. 1997 Jun;48(6):1511–7.
 Rosen WG et al. Am J Psychiatry. 1984 Nov;141(11):1356–64.
 Graham DP et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004 Oct-Dec;18(4):236–40.

Геріатрична шкала депресії (GDS)

Переваги: дуже чутлива для оцінки стану людей похилого віку.

GDS є скринінговим тестом оцінки депресії і, за її наявності, передбачає крайні точки для визначення ступеня тяжкості.

Інструкції:

Запитання		Відповідь	Бали
1	Ви в основному задоволені своїм життям?	ТАК/НІ	
2	Чи Ви обмежили багато з Ваших видів діяльності та інтересів?	ТАК/НІ	
3	Чи вважаєте Ви, що Ваше життя порожнє?	ТАК/НІ	
4	Чи часто Вам стає нудно?	ТАК/НІ	
5	Чи маєте Ви надії на майбутнє?	ТАК/НІ	
6	Чи турбують Вас думки, які Ви не можете викинути зі своєї голови?	ТАК/НІ	
7	Чи в хорошому Ви настрої більшу частину часу?	ТАК/НІ	
8	Чи боїтеся Ви, що щось погане станеться з Вами?	ТАК/НІ	
9	Чи відчуваєте Ви себе щасливим більшу частину часу?	ТАК/НІ	
10	Чи часто Ви відчуваєте себе безпорадним?	ТАК/НІ	
11	Чи часто Ви стаєте неспокійним і метушливим?	ТАК/НІ	
12	Чи вважаєте Ви, що краще залишитися вдома, ніж виходити і робити щось нове?	ТАК/НІ	
13	Чи часто Ви турбуєтеся про майбутнє?	ТАК/НІ	
14	Чи вважаєте Ви, що у Вас є більше проблем із пам'яттю, ніж у інших?	ТАК/НІ	
15	Як Ви думаєте, це чудово бути живим зараз?	ТАК/НІ	
16	Чи часто Ви відчуваєте себе сумним?	ТАК/НІ	
17	Чи відчуваєте Ви себе нічого не вартим у Вашому теперішньому стані?	ТАК/НІ	
18	Чи багато Ви турбуєтеся про минуле?	ТАК/НІ	

Шкала GDS / Інсульт та його ускладнення

19	Чи вважаєте Ви, що життя дуже цікаве?	ТАК/НІ	
20	Чи важко для Вас розпочати роботу над новими проектами?	ТАК/НІ	
21	Чи відчуваєте Ви себе сповненим енергії?	ТАК/НІ	
22	Чи вважаєте Ви, що Ваша ситуація безнадійна?	ТАК/НІ	
23	Чи вважаєте Ви, що більшість людей кращі за Вас?	ТАК/НІ	
24	Чи часто Ви засмучуєтесь через дрібниці?	ТАК/НІ	
25	Чи часто Вам хочеться плакати?	ТАК/НІ	
26	Чи є у Вас проблеми з концентрацією уваги?	ТАК/НІ	
27	Вам подобається вставати вранці?	ТАК/НІ	
28	Ви віддаєте перевагу уникненню соціальних заходів?	ТАК/НІ	
29	Чи легко Вам приймати рішення?	ТАК/НІ	
30	Чи Ваш розум такий же ясний, як і раніше?	ТАК/НІ	
ВСЬОГО:			

Якщо відповіді пацієнта співпадають із відповідями, виділеними жирним шрифтом, зарахуйте один бал.

Інтерпретація результатів:

Норма	0–9
Помірна депресія	10–19
Важка депресія	20–30

Приблизний час проведення тесту: 5–10 хвилин.

Посилання:

Yesavage JA et al. J Psychiatr Res. 1982-83;17(1):37–49.
 Sheikh JI, Yesavage JA. Clin Gerontol. 1986, June;5(1/2):165–173.
 Leshner EL, Berryhill JS. J Clin Psychol. 1994 Mar;50(2):256–60.
 Yesavage JA et al. J Psychiatr Res. 1982-83;17(1):37–49.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Переваги: коротка і проста у використанні, особливо серед позалікарняних груп пацієнтів.

Госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала самооцінки, була розроблена з метою виявлення стану депресії, тривоги й емоційних розладів.

Інструкції:

Поставте галочку поруч з відповіддю, яка є найближчою до того, як Ви почувалися минулого тижня. Не думайте довго над Вашими відповідями: Ваша негайна відповідь є найкращою.

(Д = депресія / Т = тривога)

Д	Т	
Я почуваюся напруженим або «заведеним»:		
	3	Більшу частину часу
	2	Багато часу
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
Я все ще насолоджуюсь речами, якими я зазвичай насолоджувався:		
0		Безумовно, так само
1		Не так багато
2		Тільки трохи
3		Взагалі ні
Я маю відчуття страху, ніби щось страшне має відбутися:		
	3	Дуже виразно і досить сильно
	2	Так, але не так уже й сильно
	1	Трохи, але це мене не турбує
	0	Зовсім ні
Я можу сміятися і бачити кумедний бік речей:		
0		Стільки, скільки і раніше
1		Зараз не так багато
2		Безумовно, не так багато зараз
3		Зовсім ні

Тривожні думки не йдуть у мене з голови:		
	3	Більшість часу
	2	Багато часу
	1	Час від часу, але не дуже часто
	0	Лише зрідка
Я почуваюся веселим:		
3		Зовсім не відчуваю
2		Не часто
1		Іноді
0		Більшу частину часу
Я можу розсиджуватись і почуватися спокійно:		
	0	Безумовно
	1	Зазвичай
	2	Не часто
	3	Зовсім ні
Я почуваюся ніби загальмованим:		
3		Майже весь час
2		Дуже часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
Я маю відчуття страху, ніби «метелики» в животі:		
	0	Зовсім ні
	1	Час від часу
	2	Досить часто
	3	Дуже часто
Я втратив інтерес до своєї зовнішності:		
3		Безумовно
2		Я не приділяю стільки уваги, як слід
1		Я можу не приділяти стільки ж уваги
0		Я приділяю стільки ж уваги, як і раніше
Я почуваюся неспокійно, ніби я повинен бути наготові:		
	3	Насправді дуже сильно
	2	Досить часто
	1	Не дуже часто
	0	Зовсім ні

Я з нетерпінням та задоволенням чекаю речей:		
0		Стільки, скільки і раніше
1		Скоріш менше, ніж раніше
2		Безумовно менше, ніж раніше
3		Взагалі ні
В мене бувають раптові відчуття паніки:		
	3	Насправді дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не дуже часто
	0	Зовсім ні
Я можу насолоджуватися гарною книгою, або радіопередачею, або телевізійною програмою:		
0		Часто
1		Іноді
2		Не часто
3		Дуже рідко

Загальний рахунок: Депресія (Д) _____ **Тривога (Т)** _____

Інтерпретація результатів:

Норма	0–7
Пограничний стан	8–10
Патологія (розлад)	11–21

Приблизний час проведення тесту: 2–6 хвилин.

Посилання:

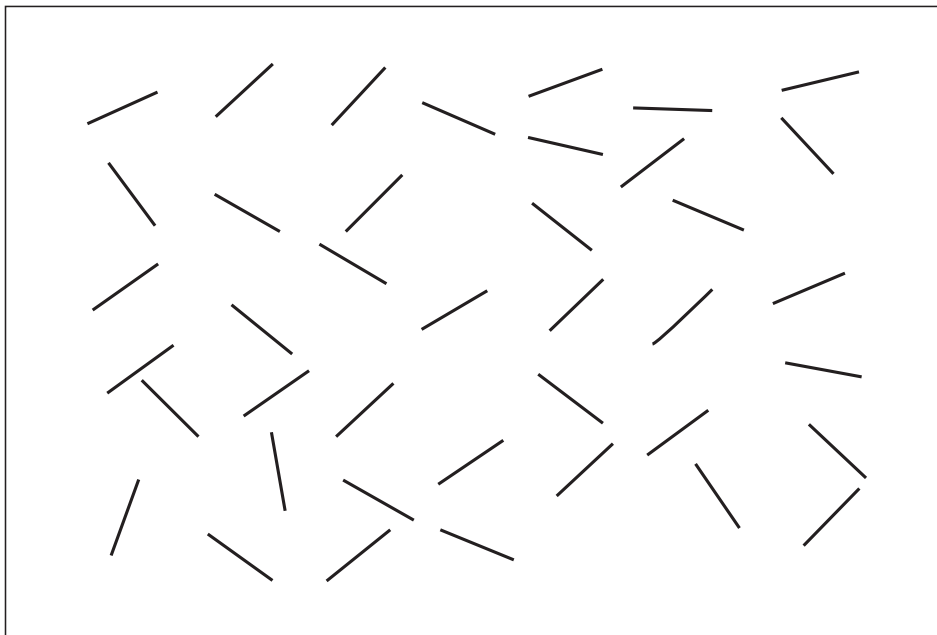
Aben I et al. Psychosomatics 2002, 43: 386–393.
 Bjelland I et al. J Psychosom Res 2002, 52: 69–77.
 Brennan C et al. J Psychosom Res 2010, 69(4): 371–378.

Тест викреслювання ліній

Переваги: простий, швидкий та інтуїтивно зрозумілий.

Тест викреслювання ліній являє собою швидкий тест для виявлення одностороннього просторового ігнорування (ОПІ) (USN).

Інструкції:



Сорок ліній, кожна по 2,5 см в довжину, намальовані випадковим чином на аркуші паперу розміром 29,7 x 21 см. Однак розміщення ліній не є випадковим; для визначення локалізації синдрому ігнорування є шість рядів по шість ліній і один ряд з чотирьох ліній. Два ряди з шести ліній знаходяться на лівій стороні аркуша паперу; два ряди — праворуч; і два ряди — біля центра, один зліва і один справа. Ряд із чотирьох ліній знаходиться в центрі аркуша.

Екзаменатор розміщує аркуш паперу для тестування перед пацієнтом і обводить кожну із 40 ліній червоним олівцем. Це привертає увагу пацієнта до всіх ліній, а також явно показує межі тесту. Екзаменатор обводить 40 ліній у випадковому порядку. Потім пацієнтові дається олівець та інструкції, як викреслювати всі лінії на папері. Екзаменатор показує приклад, провівши одну лінію через лінію в центрі сторінки. Немає ніяких обмежень щодо свободи руху голови чи очей пацієнта. Обмеження часу також немає.

Інструкції для проведення тесту:

1. Завжди використовуйте планшет із затискачем для паперу та чорний текстовий маркер.
2. Намагайтеся завжди сидіти праворуч від пацієнта.
3. Помістіть планшет із затискачем для паперу безпосередньо перед пацієнтом, з двома діагональними лініями у верхньому лівому кутку. Пацієнту не дозволяється переміщувати планшет із затискачем для паперу або тестову форму.
4. Мовчіть під час тестування.
5. Постарайтеся організувати максимально можливу безшумну обстановку для пацієнта.
6. Не допомагайте; якщо пацієнт дійсно забув завдання, повторіть основні фрагменти інструкції.

Попросіть пацієнта: «Використовуючи олівець, закресліть всі лінії ось так».

Коли пацієнт вказує на те, що він/вона закінчив, екзаменатор запитує:

«Ви викреслили всі лінії?» або, для пацієнтів із дефектами розуміння мови, екзаменатор вказує на те, що він хоче, щоб пацієнт був задоволений його/її відповіддю.

Підрахунок балів:

Рука, що використовується: права ліва
кількість викреслених ліній справа _____
кількість викреслених ліній зліва _____
Результат справа/зліва: _____

Для обчислення результату справа/зліва:

Підрахуйте кількість викреслених ліній.

Праворуч від центра «Х» (схід/3:00) = +1

Зліва від центра «Х» (захід/9:00) = -1

$$\text{Результат} = \frac{\sum \text{П} - \sum \text{Л}}{\sum \text{П} + \sum \text{Л}}$$

Інтерпретація результатів:

Локалізація ігнорування визначається шляхом аналізу кількості невикреслених ліній на лівій стороні аркуша паперу, по центру, а також з правої сторони тестової сторінки.

Якщо +1, тоді = важке лівостороннє ігнорування

Якщо -1, то = важке правостороннє ігнорування

Якщо 0, то = не переважає ні права, ні ліва сторона

Приблизний час проведення тесту: <5 хвилин.

Посилання:

Albert ML, Neurology 1973;23:658–664.

Na DL et al. Neurology 1999;52:1569.

Огляд опитувальників SF-12 та SF-36

Опитувальники SF-12 і SF-36 були розроблені для оцінки загального стану здоров'я з погляду самого пацієнта. Вони включають в себе 8 положень, які зазвичай використовуються при оцінці стану здоров'я: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, фізичний біль, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування і психічне здоров'я.

Результати виражені в рамках двох метаоцінок: індекс фізичного здоров'я (ІФЗ) та індекс психічного здоров'я (ІПЗ).

✓ галочками позначені питання, які розглядаються в рамках конкретного індексу здоров'я.

SF-12	SF-36 Питання згруповані за доменами	Домен	ІФЗ	ІПЗ
	№2 Стан здоров'я в даний час у порівнянні з 1 роком тому назад (або інший період часу)	Не визначено		
	№3 Обмеження активної фізичної діяльності	Фізичне функціонування		
	№4 Обмеження помірної фізичної діяльності	Фізичне функціонування		
	№5 Обмеження при підйомі/носінні бакалії	Фізичне функціонування		
	№6 Обмеження при піднятті на кілька сходових маршів	Фізичне функціонування		
	№7 Обмеження при піднятті на один сходовий марш	Фізичне функціонування		
	№8 Обмеження при згинанні/вставанні навколішки/нахиланні	Фізичне функціонування		
	№9 Обмеження при проходженні > 1 милі (1,6 км)	Фізичне функціонування		
	№10 Обмеження при проходженні кількох кварталів	Фізичне функціонування		
	№11 Обмеження при проходженні одного кварталу	Фізичне функціонування		
	№12 Обмеження при прийомі ванни/одяганні	Фізичне функціонування		

	№13 Стан здоров'я скорочує час для роботи/інших заходів	Рольове фізичне функціонування (обмеження)		
	№14 Досягнення менші через стан здоров'я	Рольове фізичне функціонування (обмеження)		
	№15 Стан здоров'я обмежує роботу/іншу діяльність	Рольове фізичне функціонування (обмеження)		
	№16 Складність при виконанні роботи/інших видів діяльності	Рольове фізичне функціонування (обмеження)		
	№21 Тяжкість болю	Фізичний біль		
	№22 Біль заважає роботі/іншій діяльності	Фізичний біль		
	№1 Оцініть загальний стан здоров'я	Загальний стан здоров'я		
	№33 Захворіти легше, ніж іншим людям	Загальний стан здоров'я		
	№34 Такий же здоровий, як і інші, кого я знаю	Загальний стан здоров'я		
	№35 Очікується, що стан здоров'я погіршиться	Загальний стан здоров'я		
	№36 У мене відмінне здоров'я	Загальний стан здоров'я		
	№23 Частка часу, коли я сповнений бадьорості	Життєва активність		
	№27 Частка часу, коли є багато енергії	Життєва активність		
	№ 29 Частка часу, коли є відчуття спустошення	Життєва активність		
	№31 Частка часу, коли є відчуття втоми	Життєва активність		

	№17 Емоційні проблеми зменшують час для роботи/іншої діяльності	Рольове емоційне функціонування (обмеження)		
	№18 Досягнення менші через емоційні проблеми	Рольове емоційне функціонування (обмеження)		
	№19 Не настільки уважний в роботі/іншій діяльності, як зазвичай	Рольове емоційне функціонування (обмеження)		
	№20 Стан здоров'я/емоційні проблеми, що перешкоджають громадській діяльності	Соціальне функціонування		
	№32 Частина часу, коли є проблеми з громадською діяльністю	Соціальне функціонування		
	№24 Частина часу, коли відчувається нервовим	Психічне здоров'я		
	№25 Частина часу, коли є відчуття пригнічення і неможливо підбадьорити	Психічне здоров'я		
	№26 Частина часу, коли є відчуття спокою і миру	Психічне здоров'я		
	№28 Частина часу, коли є відчуття суму	Психічне здоров'я		
	№30 Частина часу, коли відчувається щасливим	Психічне здоров'я		

Загальні рекомендації:

Респондентів просять відповісти на пункти, спираючись на відчуття протягом останніх 4 тижнів.

Методика:

Екзаменатор опитувальника може підкреслити важливість відповідей пацієнта для завершення обстеження або для доповнення їхньої медичної документації. В клінічних установах опитування за SF-12 та SF-36 слід проводити до того, як респондент зустрінеться з лікуючим лікарем, щоб їхня взаємодія не вплинула на відповіді респондента. В ідеалі опитування повинно проводитись до того, як респондента запитують про інші проблеми зі здоров'ям і супутні захворювання, знов-таки, щоб будь-яке обговорення проблем зі здоров'ям не вплинуло на відповіді респондента.

Інструкції:

Так	Ні
Застосовуйте опитувальник до того, як отримаєте будь-які інші дані про стан здоров'я	Не обговорюйте стан здоров'я респондента, результати обстежень або емоції перед застосуванням опитувальника
Будьте теплим, дружнім та корисним.	Не змушуйте та не наказуйте респондентові проходити опитування
Просіть і заохочуйте респондентів проходити опитування	Не приймайте відповіді на кшталт «Я не знаю» або щось інше, ніж те, що вказано в опитувальнику. Обережно скеруйте респондента відповіді згідно з однією з попередньо визначених категорій, сказавши: «Я знаю, що Вам може бути важко думати таким чином, але яка з цих категорій найбільш повно висловлює те, що Ви відчуваєте?»
Читайте і повторюйте питання дослівно	Не інтерпретуйте та не пояснюйте запитання
Попросіть респондента відповідати на запитання на основі того, що, на його думку, це питання означає.	Не змушуйте та не наказуйте респондентові відповідати на конкретне питання
Дозвольте респондентові самостійно відповідати на опитувальник	Не допускайте, щоб дружина/чоловік або члени сім'ї допомагали респондентам відповідати на опитувальник
Підбадьорте респондента відповідати на всі запитання	Не мінімізуйте важливість опитувальника
Подякуйте респондентові за виконання опитування	

Що робити, якщо респондент відмовляється проходити опитування за SF-36 або SF-12?

Якщо респондент відмовляється брати участь, скажіть респонденту, що заповнення опитувальника носить добровільний характер, але що він надасть корисну інформацію щодо стану здоров'я. В клінічному сенсі це допоможе лікарю краще зрозуміти його проблеми зі здоров'ям.

Підкресліть, що ці дані важливі, як і будь-яка інша медична інформація. Відповіді на опитувальник мають важливе значення для того, щоб отримати повну картину здоров'я респондента. Підкресліть, що опитувальник простий. Припустіть, що цілком можливо цей опитувальник відрізняється від інших, які він проходив у минулому,

і що йому може навіть сподобатися цей опитувальник. Якщо респондент все ще відмовляється, запишіть причину відмови і подякуйте респондентові.

Що робити, якщо респондент не завершив опитування за SF-36 або SF-12?

Якщо незавершення опитування є результатом того, що респондент має проблеми із розумінням певних пунктів, попросіть респондента пояснити, чому він не зміг дати відповідь на ці питання. Перечитайте запитання для респондента дослівно, але не перефразуйте.

Якщо респондент все ще не в змозі завершити тест, прийміть неповну відповідь і вкажіть, що респондент не зміг завершити тест через складність розуміння питань. Якщо причина, пов'язана зі станом здоров'я, вкажіть на певний стан.

Що слід робити, якщо респондент просить роз'яснити певний пункт?

При заповненні анкети деякі респонденти можуть попросити роз'яснення конкретних пунктів, щоб вони могли краще зрозуміти і відповісти на запитання. Якщо це станеться, співробітник може допомогти респондентові, перечитавши запитання для них дослівно. Якщо респондент запитує, що означає щось, не намагайтеся пояснити, що означає запитання, але запропонуйте респондентові використати свою власну інтерпретацію питання. Всі респонденти повинні відповісти на запитання на основі того, що, на їхню думку, мається на увазі у цьому питанні.

Цілоком можливо, що респонденти можуть запитати, чи деякі пункти, зокрема пункти відносно фізичного болю, обмежуються конкретними проблемами зі здоров'ям. Поясніть респонденту, що ці питання стосуються стану здоров'я в цілому.

Якщо респондентові не подобається питання чи він думає, що це питання не є необхідним або доречним, наголосіть, що всі запитання в опитувальнику є дуже важливими для дослідження. Вони повинні дати відповідь на всі запитання.

Відмінності у відповідях у зв'язку з різними формулюваннями в опитувальних листах можуть вплинути на результати. Тому важливо звести до мінімуму ці відмінності. Якщо респондент знову має труднощі при заповненні опитувальника, які Ви не можете вирішити згідно з вищевказаними інструкціями, подякуйте респондентові, припиніть анкетування і запишіть труднощі респондента.

Що робити, якщо респондент хоче знати, що означають його/її відповіді?

Якщо респондент просить інтерпретувати його/її відповіді або просить результат опитування, скажіть, що Ви не навчені тому, як підраховувати результат або інтерпретувати відповіді. Підкресліть, що їхні відповіді будуть зберігатися в таємниці. Розкажіть респондентові, що їхні відповіді на опитувальник будуть об'єднані з відповідями інших респондентів і проаналізовані як група пацієнтів, а не як окремі особи для дослідження.

Що робити, якщо респондент запитує, чому слід заповнювати опитувальник SF-36 або SF-12 більше ніж один раз?

Поясніть, що опитувальник повинен бути заповнений і при додаткових відвідуваннях, щоб побачити, як їхні відповіді змінюються з плином часу. Це дасть більш повну картину стану здоров'я респондента протягом певного часу.

Короткий опитувальник якості життя (SF-36)

Переваги: диференціювання переваг для стану здоров'я, отриманих за допомогою широкого спектра різних видів лікування.

Опитувальник SF-36 є загальним, пацієнт-орієнтованим засобом, що спрямований на кількісну оцінку стану здоров'я і часто використовується як міра якості життя, обумовленої станом здоров'я (ЯЖ).

Інструкції:

1. Загалом, як би Ви оцінили Ваше здоров'я: (обведіть одне)

Відмінне Дуже добре Добре Задовільне Погане

2. У порівнянні з минулим роком, як би Ви в цілому оцінили Ваше здоров'я в даний час? (обведіть одне)

Набагато краще, ніж рік тому.

Трохи краще, ніж рік тому.

Приблизно таке ж, як і рік тому.

Дещо гірше, ніж рік тому.

Набагато гірше, ніж рік тому.

3. Наступні пункти про різні види діяльності, які Ви могли б виконувати протягом звичайного дня. Чи Ваше здоров'я обмежує Вас в даний час у цих видах діяльності? Якщо так, то наскільки?

Вид діяльності (позначте кожен відповідь X)	Так, сильно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
а. Енергійні види діяльності, такі як біг, піднімання важких предметів, участь в активних видах спорту			
б. Заходи з помірним фізичним навантаженням, такі як переміщення столу, штовхання пиломоса, боулінг або гра в гольф			

в. Піднімання або носіння бакалії			
г. Сходження на кілька сходових маршів			
д. Сходження на один сходовий марш			
е. Нахили, стояння навколішки або зігнувшись			
є. Проходження відстані більше милі (більше 1,6 км)			
ж. Проходження кількох кварталів			
з. Проходження одного кварталу			
и. Купання або одягання			

4. Протягом останніх 4 тижнів чи були у Вас якісь із наступних проблем з Вашою роботою або іншими регулярними щоденними видами діяльності з причини Вашого фізичного здоров'я?

(Позначте кожну відповідь X)	Так	Ні
а. Скоротилась кількість часу, який Ви проводили на роботі або за іншими видами діяльності		
б. Досягнення менші, ніж Ви хотіли б		
в. Були обмежені у здійсненні певного виду роботи або іншої діяльності		
г. Були труднощі при виконанні роботи або іншої діяльності (наприклад, були потрібні додаткові зусилля)		

5. Протягом останніх 4 тижнів чи були у Вас якісь із наступних проблем з Вашою роботою або іншими регулярними щоденними видами діяльності з причини якихось емоційних проблем (наприклад, почуття депресії або тривоги)?

(Позначте кожну відповідь X)	Так	Ні
а. Скоротилась кількість часу, який Ви проводили на роботі або за іншими видами діяльності		
б. Досягнення менші, ніж Ви хотіли б		
в. Не виконували роботу або іншу діяльність так само ретельно, як зазвичай		

6. Протягом останніх 4 тижнів наскільки Ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашому звичайному соціальному життю з сім'єю, друзями, сусідами або іншими групами? (обведіть одне)

Зовсім не заважало Трохи Помірно
 Зовсім небагато Надзвичайно заважало

7. Протягом останніх 4 тижнів чи відчували Ви фізичний біль? (обведіть одне)

Відсутній Дуже легкий Легкий
 Помірний Сильний Дуже сильний

8. Протягом останніх 4 тижнів наскільки біль заважав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу і поза домом, і вдома)? (обведіть одне)

Зовсім не заважав Трохи Помірно
 Досить заважав Надзвичайно заважав

9. Ці запитання про те, як Ви почувалися і що було з Вами протягом останніх 4 тижнів. На кожне запитання, будь ласка, дайте одну відповідь, яка є найближчою до того, як Ви почувалися. Кількість часу за останні 4 тижні (позначте кожну відповідь X)

	Весь час	Більше часу	Велика частина часу	Деякий час	Трохи часу	Зовсім не було
а. Чи почувалися Ви сповненим бадьорості?						
б. Чи були Ви дуже знервовані?						
в. Чи почувалися Ви таким пригніченим, що ніщо не могло підняти Вам настрій?						
г. Чи почувалися Ви спокійно?						

д. Чи були Ви сповнені енергії?						
е. Чи відчували Ви сум та спустошення?						
є. Чи почувалися Ви змученим?						
ж. Чи були Ви щасливою людиною?						
з. Чи відчували Ви втому?						

10. Протягом останніх 4 тижнів скільки часу Ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашій громадській діяльності (наприклад, відвідування друзів, родичів та ін.)? (обведіть одне)

Весь час

Більша частина часу

Частина часу

Трохи часу

Не заважало

11. Кожне з наступних тверджень для Вас ІСТИНА чи БРЕХНЯ?

	Безумовно істина	Більше істина, ніж брехня	Не знаю	Більше брехня, ніж істина	Безумовно брехня
а. Здається, мені захворіти легше, ніж іншим людям					
б. Я такий же здоровий, як і будь-хто, кого я знаю					
в. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться					
г. Моє здоров'я відмінне					

Інтерпретація результатів

Опитувальник SF-36 оцінює ЯЖ, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» ЯЖ. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливу ЯЖ і 100% вказує на повну ЯЖ (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу ЯЖ.

Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки ЯЖ є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої ЯЖ. Якщо опитувальник SF-36 використовується, щоб визначити зміни в ЯЖ, то збільшення кількості балів означає поліпшення ЯЖ.

Приблизний час проведення тесту: 6–36 хвилин.

Посилання:

Jenkinson C et al. J Public Health Med. 1997 Jun;19(2):179–86.
Ware JE, Sherbourne CD; Med Care. 1992 Jun;30(6):473–83.

Короткий опитувальник якості життя (SF-12)

Переваги: стислість, легкість підрахунку балів, достовірність даних можна порівняти з більшим опитувальником SF-36.

Стандартна, багатофункціональна коротка форма опитування, що складається з 12 питань, вибраних з опитувальника якості життя SF-36. Якщо лікаря цікавить тільки адекватна оцінка фізичного і психічного здоров'я, то шкалою вибору є опитувальник SF-12, оскільки він значно коротший, ніж опитувальник SF-36.

Інструкції:

1	<p>Загалом, як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я: відмінне, дуже добре, добре, задовільне або погане?</p> <p>5 = Відмінне 4 = Дуже добре 3 = Добре 2 = Задовільне 1 = Погане</p>	Бали
2	<p>Помірні фізичні навантаження, такі як переміщення столу, штовхання пирососа, боулінг або гра в гольф. В даний час чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я: значно обмежує, трохи обмежує або не обмежує взагалі?</p> <p>3 = Значно обмежує 2 = Трохи обмежує 1 = Не обмежує взагалі</p>	Бали
3	<p>Сходження на кілька сходових маршів. В даний час чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я: значно обмежує, трохи обмежує або не обмежує взагалі?</p> <p>3 = Значно обмежує 2 = Трохи обмежує 1 = Не обмежує взагалі</p>	Бали
4	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів чи досягли Ви менше, ніж хотіли б, з причини стану Вашого фізичного здоров'я?</p> <p>0 = Ні 1 = Так</p>	Бали
5	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів чи були Ви обмежені в роботі або інших видах регулярної діяльності з причини стану Вашого фізичного здоров'я?</p> <p>0 = Ні 1 = Так</p>	Бали

6	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів чи досягли Ви менше, ніж хотіли б, з причини будь-яких емоційних проблем, таких як почуття депресії або тривоги?</p> <p>0 = Ні 1 = Так</p>	Бали
7	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів чи виконували Ви роботу або інші види регулярної діяльності не так само ретельно, як зазвичай, з причини якихось емоційних проблем, таких як почуття депресії або тривоги?</p> <p>0 = Ні 1 = Так</p>	Бали
8	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів наскільки більш заважав виконанню Вашої нормальної роботи, в тому числі роботи поза домом і хатньої роботи? Чи зовсім не заважав, трохи, помірно, досить сильно або дуже сильно?</p> <p>5 = Зовсім не заважав 4 = Злегка 3 = Помірно 2 = Досить сильно 1 = Дуже сильно</p>	Бали
9	<p>Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися спокійним? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?</p> <p>6 = Весь час 5 = Більшу частину часу 4 = Достатньо часу 3 = Деякий час 2 = Трохи часу 1 = Зовсім не почувалися</p>	Бали
10	<p>Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися сповненим енергії? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?</p> <p>6 = Весь час 5 = Більшу частину часу 4 = Достатньо часу 3 = Деякий час 2 = Трохи часу 1 = Зовсім не почувалися</p>	Бали

<p>11</p>	<p>Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися пригніченим? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?</p> <p>6 = Весь час 5 = Більшу частину часу 4 = Достатньо часу 3 = Деякий час 2 = Трохи часу 1 = Зовсім не почувалися</p>	<p>Бали</p>
<p>12</p>	<p>Протягом останніх чотирьох тижнів скільки часу стан Вашого фізичного здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашому соціальному життю, в тому числі відвідуванню друзів, родичів та ін.? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не заважали?</p> <p>6 = Весь час 5 = Більшу частину часу 4 = Достатньо часу 3 = Деякий час 2 = Трохи часу 1 = Зовсім не заважали</p>	<p>Бали</p>

Інтерпретація результатів.

Опитувальник SF-12 оцінює ЯЖ, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» ЯЖ. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-12 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливу ЯЖ і 100% вказує на повну ЯЖ (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-12 вказують на кращу ЯЖ.

Якщо опитувальник SF-12 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки ЯЖ є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-12, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої ЯЖ. Якщо опитувальник SF-12 використовується, щоб визначити зміни в ЯЖ, то збільшення кількості балів означає поліпшення ЯЖ.

Приблизний час проведення тесту: до 10 хвилин.

Посилання:

Ware JE, Sherbourne CD; Med Care. 1992 Jun;30(6):473–83.

Оціночний тест Фугл-Мейєра (FMA)

Переваги: оціночний тест FMA є досить великою, але дуже ретельною та повною шкалою.

Оціночний тест FMA є інсультоспецифічною шкалою, що оцінює індекс ураження щодо різних видів діяльності. Він призначений для оцінки рухової функції, рівноваги, чутливості і функціонування суглобів у хворих із постінсультною геміплегією.

Інструкції:

Для проведення тесту FMA необхідно мати килимок або ліжко, кілька невеликих предметів і кілька різних інструментів для оцінки чутливості, рефлексів та діапазону рухів:

Необхідні матеріали:

- клаптики паперу
- м'ячик
- ватна кулька
- олівець
- молоточок для визначення рефлексів
- циліндр (маленький або жерстяна банка)
- кутомір
- секундомір
- пов'язка на очі
- стілець
- приліжковий столик.

Шкала складається з п'яти доменів і 155 балів в цілому:

- рухові функції (у верхніх і нижніх кінцівках)
- чутливість (оцінюється легкий дотик на двох поверхнях рук і ніг, а також відчуття пози за 8 точками)
- рівновага (складається з 7 тестів, при проведенні 3 пацієнт знаходиться в положенні сидячи, ще 4 — в положенні стоячи)
- діапазон руху в суглобах (8 балів)
- біль у суглобах.

Бали розподіляються між доменами наступним чином:

- Оцінка рухової функції: діапазон від 0 (геміплегія) до 100 балів (нормальна рухова активність). Розділені на 66 балів для оцінки верхньої кінцівки та 34 бали для нижньої кінцівки.
- Чутливість: коливається від 0 до 24 балів. Розділені на 8 балів для оцінки легкого дотику і 16 балів для оцінки відчуття позиції.

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

- Рівновага: варіюється від 0 до 14 балів. Розділені на 6 балів для положення сидючи і 8 балів для положення стоячи.
- Діапазон руху у суглобах: коливається від 0 до 44 балів.
- Біль у суглобах: коливається від 0 до 44 балів.

Тест Фугл-Мейєра
Верхня кінцівка (FMA-ВК)
Оцінка сенсомоторної функції:

ПІБ:
Дата:
Лікар:

A. Верхня кінцівка, пацієнт в положенні сидючи

I. Рефлекси	Відсутні	Можна викликати
Згиначі: біцепси і згиначі пальців (щонайменше один)	0	2
Розгиначі: трицепс	0	2
Разом I (макс. 4)		

II. Довільні рухи синергічні, без гравітаційної допомоги		Відсутні	Часткові	Повні	
Синергізм згиначів: рука від контралатерального коліна до іпсилатерального вуха. Від синергізму розгиначів (приведення плеча/внутрішнє обертання, розгинання в ліктьовому суглобі, пронація передпліччя) до синергізму згиначів (відведення плеча/зовнішнє обертання, згинання в ліктьовому суглобі, супінація передпліччя).	Плече	втягування	0	1	2
		підняття	0	1	2
		відведення (90°)	0	1	2
		зовнішнє обертання	0	1	2
	Лікоть	згинання	0	1	2
Синергізм розгиначів: рука від іпсилатерального вуха до контралатерального коліна.	Передпліччя	супінація	0	1	2
	Плече	приведення/внутрішнє обертання	0	1	2
	Лікоть	розгинання	0	1	2
	Передпліччя	пронація	0	1	2
Разом II (макс. 18)					

III. Довільні рухи з синергізмом, без компенсації		Відсутні	Часткові	Повні
Рука до поперекового відділу хребта рука знаходиться на колінах	Не може виконати або рука знаходиться на передньо-верхній клубовій ості	0		
	Рука поза передньо-верхньою клубовою остю (без компенсації)		1	
	Рука до поперекового відділу хребта (без компенсації)			2
Згинання плечового суглоба на 0–90° лікоть під кутом 0° пронація-супінація 0°	Негайне відведення або згинання в ліктьовому суглобі	0		
	Відведення або згинання в ліктьовому суглобі під час рухів		1	
	Згинання під кутом 90°, без відведення плеча або згинання в ліктьовому суглобі			2
Пронація-супінація лікоть під кутом 90° плече під кутом 0°	Відсутня пронація/супінація, початкова позиція неможлива	0		
	Обмежена пронація/супінація, підтримує вихідне положення		1	
	Повна пронація/супінація, підтримує вихідне положення			2
Разом III (макс. 6)				

IV. Довільні рухи з незначним або зовсім без синергізму		Відсутні	Часткові	Повні
Відведення плеча на 0–90° лікоть під кутом 0° пронація передпліччя	Негайна супінація або згинання в ліктьовому суглобі	0		
	Супінація або згинання в ліктьовому суглобі під час рухів		1	
	Відведення під кутом 90°, підтримує розгинання та пронацію			2

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

Згинання плечового суглоба на 90–180° лікоть під кутом 0° пронація-супінація 0°	Негайне відведення або згинання в ліктьовому суглобі	0		
	Відведення або згинання в ліктьовому суглобі під час рухів		1	
	Згинання під кутом 180°, без відведення плеча або згинання в ліктьовому суглобі			2
Пронація-супінація лікоть під кутом 0° згинання в плечовому суглобі під кутом 30°–90°	Негайне відведення або згинання в ліктьовому суглобі	0		
	Відведення або згинання в ліктьовому суглобі під час рухів		1	
	Згинання під кутом 180°, без відведення плеча або згинання в ліктьовому суглобі			2
Разом IV (макс. 6)				

V. Нормальна рефлекторна активність оцінюється тільки якщо в частині IV було досягнуто максимальних 6 балів; порівняйте з неуразеною стороною		0 (IV), гіпер	Жвавий	Норма
Біцепси, трицепси, згиначі пальців	2 із 3 рефлексів помітно гіперактивні або 0 очок у четвертому розділі	0		
	1 рефлекс помітно гіперактивний або принаймні 2 рефлекси жваві		1	
	максимум 1 рефлекс жвавий, жоден не гіперактивний			2
Разом V (макс. 2)				

ВСЬОГО А (макс. 36 балів)

Б. Підтримка ЗАП'ЯСТКА може бути забезпечена за допомогою ліктьового суглоба (прийняття або підтримка початкового положення), відсутність підтримки зап'ястка, перед проведенням тестування перевірте діапазон пасивних рухів		Відсутні	Часткові	Повні
Стабільність при згинанні під кутом 15° лікоть під кутом 90°, пронація передпліччя, плече під кутом 0°	Активне згинання під кутом менше 15°	0		
	Згинання під кутом 15°, не переноситься опір		1	
	Підтримує згинання при опорі			2
Повторні згинання назад/долонні згинання лікоть під кутом 90°, пронація передпліччя, плече під кутом 0°, незначне згинання пальця	Не може виконати довільно	0		
	Обмежений діапазон активних рухів		1	
	Повний діапазон активних рухів, плавність			2
Стабільність при згинанні під кутом 15° лікоть під кутом 0°, пронація передпліччя, незначне згинання/відведення плеча	Активне згинання під кутом менше 15°	0		
	Згинання під кутом 15°, не переноситься опір		1	
	Підтримує згинання при опорі			2
Повторні згинання назад/долонні згинання лікоть під кутом 0°, пронація передпліччя, незначне згинання/відведення плеча	Не може виконати довільно	0		
	Обмежений діапазон активних рухів		1	
	Повний діапазон активних рухів, плавність			2
Циркумдукція (кругові рухи) лікоть під кутом 90°, пронація передпліччя, плече під кутом 0°	Не може виконати довільно	0		
	Рухи ривками або неповні		1	
	Завершені та плавні кругові рухи			2
РАЗОМ Б (макс. 10)				

В. Підтримка РУКИ може бути забезпечена за допомогою згинання ліктьового суглоба під кутом 90 °, відсутня підтримка зап'ястка, порівняйте з неураженою стороною, взяття предметів, активне схоплювання		Відсутні	Часткові	Повні
Мас-згинання від повного активного або пасивного розгинання		0	1	2
Мас-розгинання від повного активного або пасивного згинання		0	1	2

СХОПЛЕННЯ		Відсутні	Часткові	Повні
а. Схоплення руками згинання в проксимальних та дистальних міжфалангових суглобах (пальці II–V) розгинання в MCP II–V	не може бути виконано	1		
	може утримувати положення, але слабо		2	
	утримує положення проти опору			3
б. Приведення великого пальця перший п'ястно-зап'ястковий суглоб, MCP, міжфалангові суглоби під кутом 0°, утримування аркуша паперу між великим пальцем та другим між фаланговим суглобом	не може бути виконано	1		
	може утримувати папір, але не при перетягуванні		2	
	може утримувати папір при перетягуванні			3
в. Більш досконала хвильова навичка, проти-дія пучка великого пальця проти пучки другого пальця, олівець, перетягування	не може бути виконано	1		
	може утримувати олівець, але не при перетягуванні		2	
	може утримувати олівець при перетягуванні			3

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

г. Захоплення предмета циліндричної форми предмет циліндричної форми (маленька жерстяна банка) піднімання вгору, протидія великого пальця та інших пальців	не може бути виконано	0		
	може утримувати циліндр, але не при перетягуванні		1	
	може утримувати циліндр при перетягуванні			2
д. Захоплення предмета сферичної форми пальці в положенні відведення/згинання великий палець протидіє тенісний м'ячик перетягування в сторону	не може бути виконано	0		
	може утримувати м'ячик, але не при перетягуванні		1	
	може утримувати м'ячик при перетягуванні			2
ВСЬОГО В (макс. 14)				

Г. Координація/швидкість , пацієнт в положенні сидячи, після однієї спроби обома руками, із закритими очима, кінчиком вказівного пальця провести від коліна до носа, 5 разів якомога швидше		Значна	Легка	Відсутня
Тремор	щонайменше 1 завершений рух	0	1	2
Дисметрія щонайменше 1 завершений рух	виражені або несистематичні	0		
	незначні і систематичні		1	
	відсутність дисметрії			2
		≥ 6 сек	2–5 сек	< 2 сек
Час Починайте та закінчуйте фіксувати час, коли рука знаходиться на коліні	щонайменше на 6 секунд повільніше, ніж з неуразеного боку	0		
	на 2–5 секунди повільніше, ніж з неуразеного боку		1	
	різниця менша, ніж 2 секунди			2
ВСЬОГО Г (макс. 6)				

ВСЬОГО А-Г (макс. 66):

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

Д. ЧУТЛИВІСТЬ верхніх кінцівок, очі закриті; в порівнянні з неураженою стороною		Анестезія	Гіпестезія або дизестезія	Норма
Легкий дотик	Верхня частина руки, передпліччя	0	1	2
	Долонна поверхня руки	0	1	2
		менше 3/4 правильно чи відсутність	3/4 правильно або значна різниця	100% правильно, незначна або взагалі немає різниці
Положення, незначні зміни положення	плече	0	1	2
	лікоть	0	1	2
	зап'ясток	0	1	2
	великий палець (міжфаланговий суглоб)	0	1	2
ВСЬОГО Д (макс. 12)				

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

Е. ПАСИВНІ РУХИ В СУГЛОБАХ , верхня кінцівка, положення сидячи, в порівнянні з неуразеженою стороною				Е. БІЛЬ В СУГЛОБАХ під час пасивних рухів, верхня кінцівка		
	всього кілька градусів (менше 10° в плечовому суглобі)	зменшені	норма	виражений біль під час рухів або дуже помітний біль в кінці рухів	незначний біль	відсутність болю
Плечовий суглоб						
Згинання (0–180°)	0	1	2	0	1	2
Відведення (0–90°)	0	1	2	0	1	2
Зовнішнє обертання	0	1	2	0	1	2
Внутрішнє обертання	0	1	2	0	1	2
Ліктьовий суглоб						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
Передпліччя						
Пронація	0	1	2	0	1	2
Супінація	0	1	2	0	1	2
Зап'ясток						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
Пальці						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
ВСЬОГО (макс. 24)				ВСЬОГО (макс. 24)		

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

А. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА	/36
Б. ЗАП'ЯСТОК	/10
В. РУКА	/14
Г. КООРДИНАЦІЯ / ШВИДКІСТЬ	/6
ВСЬОГО А-Г (моторна функція FMA-ВК)	/66
Д. ЧУТЛИВІСТЬ	/12
Е. ПАСИВНІ РУХИ В СУГЛОБАХ	/24
Е. БІЛЬ В СУГЛОБАХ	/24

Тест Фугл-Мейєра
Нижня кінцівка (FMA-НК)
Оцінка сенсомоторної функції:

ПІБ:
Дата:
Лікар:

Є. Нижня кінцівка		
I. Рефлекси, положення пацієнта лежачи на спині	Відсутні	Можна викликати
Згиначі: згиначі коліна	0	2
Розгиначі: пателлярний, ахілловий рефлекси	0	2
Всього I (макс. 4)		

II. Довільні рухи синергічні, положення пацієнта лежачи на спині			Відсутні	Часткові	Повні	
<p>Синергізм згиначів: мінімальне згинання стегна (відведення/зовнішне обертання), максимальне згинання в коліні та гомілковостопному суглобі (щоб впевнитись в активному згинанні коліна, пропальпуйте дистальні сухожилля).</p> <p>Синергізм розгиначів: від синергізму згиначів до розгинання/приведення стегна, розгинання коліна та підшовного згинання стопи. Прикладіть опір, щоб впевнитись в активних рухах, оцініть і рухи, і їхню силу.</p>	Стегно	згинання	0	1	2	
	Коліно	згинання	0	1	2	
	Гомілковостопний суглоб	дорсифлексія	0	1	2	
				0	1	2
	Стегно	розгинання	0	1	2	
		приведення	0	1	2	
	Коліно	розгинання	0	1	2	
Гомілковостопний суглоб	підшовне згинання	0	1	2		
Всього II (макс. 14)						

III. Довільні рухи з синергізмом, пацієнт в положенні сидячи, колінний суглоб на відстані 10 см від краю стільця/ліжка			Відсутні	Часткові	Повні
<p>Згинання колінного суглоба від активного до пасивно розігнутого коліна</p>	відсутні активні рухи		0		
	відсутнє згинання більше 90°, пропальпуйте сухожилля м'язів задньої поверхні стегна			1	
	згинання коліна під кутом більше 90°, пропальпуйте сухожилля м'язів задньої поверхні стегна				
<p>Дорсифлексія гомілковостопного суглоба в порівнянні з неураженою стороною</p>	відсутні активні рухи		0		
	обмежене згинання			1	
	повноцінне згинання				
Всього III (макс. 4)					

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

IV. Довільні рухи з незначним або зовсім без синергізму, пацієнт в положенні стоячи, стегно під кутом 0°		Відсутні	Часткові	Повні
Згинання коліна під кутом 90° стегно під кутом 0°, дозволяється підтримка рівноваги	Відсутні активні рухи / миттєве та одночасне згинання стегна	0		
	Згинання коліна під кутом менше 90° або згинання стегна під час рухів		1	
	Згинання коліна принаймні під кутом 90° без одночасного згинання стегна			2
Дорсифлексія гомілковостопного суглоба в порівнянні з неуразеженою стороною	Відсутні активні рухи	0		
	Обмежене згинання		1	
	Повноцінне згинання			2
Всього IV (макс. 4)				

V. Нормальна рефлекторна активність, пацієнт в положенні лежачи на спині, оцінюється тільки якщо в частині IV було досягнуто максимальних 6 балів; в порівнянні з неуразеженою стороною		0 (IV), гіпер	Жвавий	Норма
Рефлекси згиначів коліна, пателлярний, ахілловий	0 балів в четвертому розділі або 2 із 3 рефлексів помітно гіперактивні	1		
	1 рефлекс помітно гіперактивний або принаймні 2 рефлекси жваві		2	
	максимум 1 рефлекс жвавий, жоден не гіперактивний			3
Всього V (макс. 2)				

ВСЬОГО Є (макс. 28 балів)

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

Ж. Координація/швидкість , пацієнт в положенні лежачи на спині, після однієї спроби обома ногами, із закритими очима, п'яткою торкнутися коліна протилежної ноги, 5 разів якомога швидше		Знач-на	Легка	Від-сутня
Тремор		0	1	2
Дисметрія	виражені або несистематичні	0		
	незначні і систематичні		1	
	відсутність дисметрії			2
		≥ 5 сек	2–5 сек	< 1 сек
Час	щонайменше на 5 секунд повільніше, ніж з неураженого боку	0		
	на 2–5 секунд повільніше, ніж з неураженого боку		1	
	різниця менша, ніж 1 секунда			2
ВСЬОГО Ж (макс. 6)				

3. РІВНОВАГА

Сидіння без підтримки	не може сидіти без підтримки	0		
	може сидіти без підтримки менше 5 хвилин		1	
	може сидіти довше, ніж 5 хвилин			2
Рефлекс Моро з неураженої сторони	не відводить плече або розгинає коліно	0		
	послаблений рефлекс		1	
	нормальний рефлекс			2

Рефлекс Моро з ураженої сторони	не відводить плече або розгинає коліно	0		
	послаблений рефлекс		1	
	нормальний рефлекс			2
Стояння з підтримкою	не може стояти	0		
	стоїть з максимальною підтримкою		1	
	стоїть з мінімальною підтримкою протягом 1 хвилини			2
Стояння без підтримки	не може стояти без підтримки	0		
	стоїть менше 1 хвилини або хитається		1	
	утримує хорошу рівновагу більше 1 хвилини			2
Стояння на неураженій нозі	не може стояти довше, ніж 1–2 секунди	0		
	утримує рівновагу 4–9 секунд		1	
	утримує рівновагу більше 10 секунд			2
Стояння на ураженій нозі	не може стояти довше, ніж 1–2 секунди	0		
	утримує рівновагу 4–9 секунд		1	
	утримує рівновагу більше 10 секунд			2
ВСЬОГО 3 (макс. 14)				

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсулт та реабілітація

И. ЧУТЛИВІСТЬ нижніх кінцівок, очі закриті; в порівнянні з неуразеженою стороною		Анестезія	Гіпестезія або дизестезія	Норма
Легкий дотик	нога	0	1	2
	стопа	0	1	2
		менше 3/4 правильно чи відсутність	3/4 правильно або значна різниця	100% правильно, незначна або взагалі немає різниці
Положення, незначні зміни положення	стегно	0	1	2
	коліно	0	1	2
	гомілко-востопний суглоб	0	1	2
	великий палець (між-фаланговий суглоб)	0	1	2
ВСЬОГО И (макс. 12)				

Е. ПАСИВНІ РУХИ В СУГЛОБАХ, нижня кінцівка				Е. БІЛЬ В СУГЛОБАХ під час пасивних рухів, нижня кінцівка		
	всього кілька градусів (менше 10° в плечовому суглобі)	зменшені	норма	виражений біль під час рухів або дуже помітний біль в кінці рухів	незначний біль	відсутність болю
Стегновий суглоб						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Відведення	0	1	2	0	1	2
Зовнішнє обертання	0	1	2	0	1	2
Внутрішнє обертання	0	1	2	0	1	2

Тест Фугл-Мейєра (FMA)/ Інсульт та реабілітація

Колінний суглоб						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
Гомілковостопний суглоб						
Тильне згинання	0	1	2	0	1	2
Підошовне згинання	0	1	2	0	1	2
Стопа						
Пронація	0	1	2	0	1	2
Супінація	0	1	2	0	1	2
ВСЬОГО (макс. 20)			ВСЬОГО (макс. 20)			

Є. НИЖНЯ КІНЦІВКА	/28
Ж. КООРДИНАЦІЯ / ШВИДКІСТЬ	/6
ВСЬОГО Є-Ж (моторна функція FMA-НК)	/34
З. РІВНОВАГА	/14
И. ЧУТЛИВІСТЬ	/12
Е. ПАСИВНІ РУХИ В СУГЛОБАХ	/24
Е. БІЛЬ В СУГЛОБАХ	/24

ЗАГАЛЬНИЙ РЕЗУЛЬТАТ:

А. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА	/36
Б. ЗАП'ЯСТОК	/10
В. РУКА	/14
Г+Ж. КООРДИНАЦІЯ / ШВИДКІСТЬ	/12
Є. НИЖНЯ КІНЦІВКА	/28
ВСЬОГО А-Є (моторна функція)	/100
З. РІВНОВАГА	/14
И. ЧУТЛИВІСТЬ	/24
Е. ПАСИВНІ РУХИ В СУГЛОБАХ	/44
Е. БІЛЬ В СУГЛОБАХ	/44

Інтерпретація результатів:

Класифікації ступеня важкості ураження були запропоновані на основі результату оцінки моторної функції згідно з FMA (зі 100 балів):

<50 = Важке

50–84 = Значне

85–94 = Помірне

95–99 = Незначне

(класифікація Фугл-Мейєра, 1980)

84 = Геміплегія

85–95 = Геміпарез

96–99 = Незначна рухова дискоординація

(класифікація Фугл-Мейєра та ін., 1975)

0–35 = Дуже важке

36–55 = Важке

56–79 = Помірне

> 79 = Легке

(класифікація Дункана та співавт., 1994)

Приблизний час проведення тесту:

Приблизно 30–35 хвилин, щоб провести весь тест FMA.

Приблизно 20 хвилин, щоб оцінити моторну функцію.

Посилання:

Fugl-Meyer AR et al. Scand J Rehabil Med 1975, 7:13–31.

Fugl-Meyer AR.; Scand J Rehabil Med Suppl. 1980;7:85–93.

Duncan et al. Stroke 1994 Jun;25(6):1181–8.

Malouin F et al. Arch Phys Med Rehabil 1994, 75: 1206–1212.

Platz T et al. Clin Rehabil 2005, 19: 404–411

Gladstone DJ et al. Neurorehabil Neural Repair 2002, 16: 232–240.

Hsieh YW, Stroke 2009, 40(4): 1386-1391.

Тест оцінки діяльності рук (ARAT)

Переваги: чутливий та достовірний тест для оцінки функціональних обмежень верхніх кінцівок.

Тест ARAT є засобом оцінки функцій верхньої кінцівки та спритності.

Інструкції:

Кейс для проведення тесту ARAT відкритий і розташований на столі (середня висота 76 см) таким чином, що кришка кейса знаходиться на одному рівні зі столом. Пацієнта садять перед кейсом ARAT, непаралізована рука на колінах під столом. Пацієнта просять опертися спиною на спинку стільця під час проведення тесту. Відстань між пацієнтом і кейсом повинна бути така, щоб пацієнт, простягнувши руку, пальцями міг торкнутися заднього краю верхньої частини кейса.

На початку пацієнта просять помістити свою руку на столі поруч із шумознижувальним килимком. Інструкції наступні: виконувати завдання в зручному темпі, на рахунок 3 і після стартового сигналу «так». Секундомір зупиняється, як тільки рука знову на столі. Права частина кейса використовується для правої руки, ліва частина — для лівої руки.

Необхідні матеріали: кейс з матеріалами для проведення тесту ARAT.

Підрахунок балів:

Тест ARAT складається із 19 пунктів, що розділені на 4 субтести (захоплення, стискання, щипкове утримання та макроскопічні рухи рук). Виконання кожного пункту оцінюється за 4-бальною шкалою:

- 3: Виконує тест нормально
- 2: Завершує тест, але це забирає аномально довгий час або має великі труднощі
- 1: Виконує тест частково
- 0: Не вдається виконати жодну частину тесту

Перший пункт кожного субтесту виконується першим, оскільки вважається найважчим.

Другий пункт вважається найпростішим.

Якщо пацієнт не може проходити тест з будь-якої причини, результат буде 0.

Максимальна кількість балів становить 57.

А. Субтест «Взяття предмета за допомогою п'яти пальців»

Шість предметів повинні бути взяті з площі всередині робочої поверхні кейса і викладені на синтетичну білу поверхню на верхній частині кейса.

Маленький металевий прямокутник розміщений на довгій вузькій стороні площі, його слід взяти та помістити на синтетичну білу поверхню на верхній частині кейса.

Завдання		Оцінювання	
		Ліва сторона	Права сторона
1	Куб розміром 10 см (якщо оцінка = 3, загальна = 18 і переходьте до розділу Б. Взяття предмета циліндричної форми)		
2	Куб розміром 2,5 см (якщо оцінка = 0, загальна = 0 і переходьте до розділу Б. Взяття предмета циліндричної форми)		
3	Куб розміром 5 см		
4	Куб розміром 7,5 см		
5	М'ячик		
6	Металевий прямокутник		
ВСЬОГО			

Б. Субтест «Взяття предмета циліндричної форми»

- Одна чашка наполовину заповнена водою. Пацієнта просять налити вміст цієї чашки в порожню (бажано на коліна пацієнта покласти рушник).
- Кільце поміщається на поверхні таким чином, що коли пацієнт піднімає його, щоб поставити на відповідний великий кілок у кейсі, його лікоть має рухатися від пронації до супінації. Кільце має бути перенесено за допомогою вимушеного витягування руки.
- Трубки розміром 1 см і 2,5 см знаходяться у відповідних комірках на робочій поверхні кейса. Пацієнту необхідно забрати їх і помістити на відповідні кілочки.

Завдання		Оцінювання	
		Ліва сторона	Права сторона
1	Чашка з водою (якщо оцінка = 3, загальна = 12, і переходьте до розділу В. Щипкове утримання)		
2	Трубка розміром 2,2 см (якщо оцінка = 0, загальна = 0, і переходьте до розділу В. Щипкове утримання)		
3	Трубка розміром 1 см		
4	Кільце (3,5 см) зі штучним тримачем		
ВСЬОГО			

В. Субтест «Щипкове утримання»

Необхідно взяти кульковий підшипник та кульку для гри в рулетку в центрі робочої поверхні і помістити їх у круглий лоток на верхній частині кейса.

Завдання		Оцінювання	
		Ліва сторона	Права сторона
1	Кульковий підшипник, 6 мм (великий палець — безіменний палець) (якщо оцінка = 3, загальна = 18, і переходьте до розділу Г. Макроскопічні рухи)		
2	Кулька для гри в рулетку розміром 1,5 см (великий палець — вказівний палець) (якщо оцінка = 0, загальна = 0, і переходьте до розділу Г. Макроскопічні рухи)		
3	Кулька для гри в рулетку розміром 1,5 см (великий палець — середній палець)		
4	Кулька для гри в рулетку розміром 1,5 см (великий палець — безіменний палець)		
5	Кульковий підшипник розміром 6 мм (великий палець — вказівний палець)		
6	Кульковий підшипник розміром 6 мм (великий палець — середній палець)		
ВСЬОГО			

Г. Субтест «Макроскопічні рухи»

Пацієнт кладе руку на декілька місць на голові.

Завдання		Оцінювання	
		Ліва сторона	Права сторона
1	1. Рука — потилиця (якщо оцінка = 3, загальна = 9, закінчуйте тест)		
2	2. Рука — рот (якщо оцінка = 0, загальна = 0, закінчуйте тест)		
3	Рука — верхня частина голови		
ВСЬОГО			

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ ЗА ТЕСТОМ ARAT — ЗЛІВА:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ ЗА ТЕСТОМ ARAT — СПРАВА:

Інтерпретація результатів:

Немає функціональної активності верхньої кінцівки	0–10
Погана функціональна активність верхньої кінцівки	11–21
Обмежена функціональна активність верхньої кінцівки	22–42
Значна функціональна активність верхньої кінцівки	43–54
Повноцінна функціональна активність верхньої кінцівки	55–57

Приблизний час проведення тесту: 10 хвилин.

Посилання:

- Yozbatiran N et al. Neurorehabil Neural Repair 2008, 22(1): 78–90.
Beebe JA, Lang CE; Journal of Neurologic Physical Therapy 2009, 33(2): 96–103.
Lang C et al. Archives of physical medicine and rehabilitation 2008, 89(9): 1693.
Lang CE et al. Arch Phys Med Rehabil 2006, 87(12): 1605–1610.
Nijland R et al. J Rehabil Med 2010, 42(7).

Тест з дев'ятьма лунками та кілочками (тест для діагностики РС) (ННРТ)

Переваги: клінічно корисний тест для оцінки функцій верхньої кінцівки.

Тест ННРТ є засобом оцінки дрібної моторики.

Інструкції:

Пацієнта просять вставити по одному за раз 9 кілочків з контейнера в дошку з 9 по-рожніми лунками, а потім перемістити кілочки назад в контейнер, при цьому визначивши час виконання тесту. Для кожної руки дається дві спроби, причому кінцевий час є середнім після двох спроб.

1. Першою оцінюється домінуюча рука.
2. Дошка знаходиться в горизонтальному положенні, з круглим контейнером поруч з рукою, яка оцінюється в даний час.
3. Прочитайте наступні інструкції людині, що проходить тест:
«Це — тренувальний тест. Візьміть кілочки по одному за раз тільки тією рукою, яка тестується. Помістіть їх в отвори, поки всі дев'ять лунок не будуть заповнені. Потім заберіть їх всі за раз. Можете ставити кілочки в лунки в будь-якому порядку. Це — тренувальний тест. Ви готові? Починайте!»
4. Якщо людина, що проходить тест, не розуміє інструкції, продемонструйте тест.
5. Після того як людина закінчує тренувальний тест, прочитайте наступне:
«Це буде реальний тест. Візьміть кілочки по одному за раз тільки тією рукою, яка тестується. Помістіть їх в отвори, поки всі дев'ять лунок не будуть заповнені. Потім заберіть їх всі за раз. Можете ставити кілочки в лунки в будь-якому порядку. Ви готові? Починайте!»
6. Увімкніть секундомір, як тільки людина торкнеться першого кілочка, і зупиніть секундомір, як тільки останній кілочок буде поміщений в контейнер.
7. Переставте обладнання таким чином, щоб круглий контейнер знаходився поряд з недомінантною рукою. Повторіть тест так само для недомінантної руки.

Результат тесту ННРТ являє собою середнє значення після чотирьох спроб і буде оцінений біометристом.

Інтерпретація результатів:

Більш низькі бали вказують на більш точну дрібну моторику. Оцінюється час завершення тесту, повторне тестування, як правило, призводить до поліпшення дрібної моторики.

Приблизний час проведення тесту: приблизно 10 хвилин або менше — це залежить від рівня ураження.

Посилання:

Lin K et al. Journal of Rehabilitation Research and Development 2010, 47(6): 563–571.
Beebe JA, Lang CE; J Neurol Phys Ther 2009, 33(2): 96–103.

Швидкість ходьби (GV)

Переваги: комплексний геріатричний тест для розробки профілів ризику і планів по догляду за геріатричними хворими.

Тест GV оцінює швидкість ходьби в метрах за секунду протягом короткого періоду часу.

Інструкції:

Проводити тест GV легко. Просто відзначте пряму лінію довжиною 20 метрів. Потім відзначте перші і останні 5 метрів. Хоча Ви попросите пацієнта пройти всі 20 метрів, враховуються тільки середні 10 метрів. Перші і останні 5 метрів використовуються для виключення періодів прискорення і сповільнення.

Тест найкраще проводити, коли пацієнт відволікся від самого тесту.

Рекомендується на підлозі зробити тонкі (малопомітні) лінії старту та фінішу і обрати безшумний секундомір. Як згадувалося раніше, пацієнт отримує вказівку йти із самостійно обраною швидкістю. Інструкції прості: *«Пройдіться (вказавши орієнтир) з такою швидкістю, за якої Ви почуваетесь комфортно і безпечно».*

Відлік часу починається, як тільки перша частина будь-якої нижньої кінцівки проходить позначку 5-метрової відстані. Від лікаря вимагається йти безпосередньо поряд з пацієнтом, щоб зафіксувати, коли пацієнт проходить «через» невидиму контрольну лінію. Час зупиняється, як тільки перша частина будь-якої нижньої кінцівки проходить 15-метрову лінію.

Швидкість обчислюється як відстань, поділена на час. Наприклад, якщо пацієнт проходить 10 метрів за дев'ять секунд, розрахунок наступний: 10 (відстань в метрах) ділиться на дев'ять (число секунд). Швидкість цього пацієнта становить 1,1 метра за секунду. Існує багато он-лайн калькуляторів, які роблять розрахунок автоматично.

Інтерпретація результатів:

- Нормальний діапазон швидкості прогулянкового кроку становить від 1,2 до 1,4 метра за секунду
- Якщо пацієнти проходять 10 м протягом 50 секунд (що становить 0,4 милі (0,6 км)/год), то вважається, що вони здатні пересуватися в межах їхнього домашнього господарства
- Якщо пацієнти проходять 10 м за 17–25 секунд (тобто 0,92–1,3 милі (1,5–2,1 км)/год), вони здатні пересуватися в межах їхнього мікрорайону
- Якщо пацієнти проходять 10 м менше ніж за сім секунд (це було б більше, ніж 3 милі (4,8 км)/год), вони мають можливість перетнути вулицю. Це вважається нормальною швидкістю ходьби.

- Швидкість ходьби передбачає необхідність реабілітації відповідно до інтенсивності ураження
- Швидкість ходьби може бути використана для визначення ефективності конкретної програми реабілітації
- Показник швидкості ходьби може бути використаний в якості замітника якості ходи; чим швидше ходьба, тим, як правило, вища якість ходи.

Приблизний час проведення тесту: < 5 хвилин.

Посилання:

Montero-Odasso M. J Am Geriatr Soc. 2006 Dec;54(12):1949–5.

Тест Берга на рівновагу (BBS)

Переваги: простий, добре підходить для пацієнтів, які перенесли інсулт, чутливий до змін.

Тест Берга на рівновагу (BBS) спочатку був розроблений для кількісної оцінки рівноваги у літніх людей. Серед функціональних тестів оцінки рівноваги тест BBS, як правило, вважається золотим стандартом.

Інструкції:

Будь ласка, документуйте кожне завдання і/або давайте інструкції, як написано. При підрахунку балів, будь ласка, враховуйте найгірший результат по кожному завданню.

У більшості завдань пацієнта просять утримувати задану позу певний час. Більше балів віднімається, якщо:

- не виконані вимоги до часу або відстані
- при виконанні пацієнтом завдання необхідний нагляд
- пацієнт отримує зовнішню підтримку або допомогу від екзаменатора

Пацієнт повинен розуміти, що він має зберігати рівновагу при спробі виконання завдання. Вибір ноги, на якій стояти, або як далеко тягнутись, залишається за пацієнтом. Невірне рішення буде мати негативний вплив на виконання завдання і результат.

Обладнання, необхідне для проведення тесту: секундомір або годинник із секундною стрілкою та лінійка або інший індикатор на 2, 5, і 10 дюймів (5 см; 12 см; 25 см). Стільці, що використовуються під час тесту, мають бути адекватної висоти. Для пункту № 12 слід використовувати сходинку або стільчик середньої висоти.

ВСТАТИ ІЗ СІДЯЧОГО ПОЛОЖЕННЯ

Інструкції:

Будь ласка, встаньте. Намагайтеся не використовувати Вашу руку для підтримки.

- () 4 може встати без використання рук і стабілізуватись самостійно
- () 3 може встати самостійно за допомогою рук
- () 2 може встати за допомогою рук після декількох спроб
- () 1 потребує мінімальної допомоги при вставанні або стабілізації
- () 0 потребує помірної або максимальної допомоги при вставанні

СТОЯННЯ БЕЗ ПІДТРИМКИ

Інструкції:

Будь ласка, простійте протягом двох хвилин без підтримки.

- 4 у змозі безпечно стояти протягом 2 хвилин
- 3 у змозі простояти 2 хвилини під наглядом
- 2 у змозі простояти 30 секунд без підтримки
- 1 потрібно кілька спроб, щоб простояти 30 секунд без підтримки
- 0 не може стояти 30 секунд без підтримки

Якщо пацієнт у змозі простояти 2 хвилини без підтримки, дайте максимальну кількість балів для завдання «сидіння без підтримки». Перейдіть до пункту № 4.

СІДІННЯ БЕЗ ПІДТРИМКИ СПИНИ, АЛЕ З ФІКСОВАНИМИ НОГАМИ НА ПІДЛОЗІ АБО СТІЛЬЧИКУ

Інструкції:

Будь ласка, сидіть, склавши руки, протягом 2 хвилин.

- 4 у змозі сидіти безпечно і надійно протягом 2 хвилин
- 3 у змозі сидіти 2 хвилини під наглядом
- 2 у змозі сидіти протягом 30 секунд
- 1 у змозі сидіти 10 секунд
- 0 не може сидіти без підтримки 10 секунд

СІДАННЯ ІЗ ПОЛОЖЕННЯ СТОЯЧИ

Інструкції:

Будь ласка, сідайте.

- 4 сідає безпечно з мінімальним використанням рук
- 3 контролює сідання за допомогою рук
- 2 використовує задню поверхню ніг відносно стільця, щоб контролювати сідання
- 1 сидить самостійно, але процес сідання неконтрольований
- 0 потребує допомоги при сидінні

ПЕРЕМІЩЕННЯ

Інструкція:

Поставте стілець(i), як орієнтири при переміщенні. Попросіть пацієнта пройти в один бік до стільця з підлокітниками і в інший бік до стільця без підлокітників. Ви можете використовувати два стільці (один з і один без підлокітників) або ліжко і стілець.

- 4 у змозі пройти безпечно з незначним використанням рук
- 3 здатний пройти безпечно, необхідна допомога рук
- 2 здатний пройти зі скигненням і/або під наглядом
- 1 потрібна одна людина, щоб допомогти
- 0 потрібні дві людини, щоб допомогти або контролювати безпечність

СТОЯННЯ БЕЗ ПІДТРИМКИ ІЗ ЗАКРИТИМИ ОЧИМА

Інструкції:

Будь ласка, закрийте очі і стійте на місці протягом 10 секунд.

- 4 може простояти 10 секунд безпечно
- 3 може простояти 10 секунд під контролем
- 2 може простояти 3 секунди
- 1 не в змозі тримати очі закритими протягом 3 секунд, але стоїть безпечно
- 0 потребує допомоги, щоб не впасти

СТОЯННЯ БЕЗ ПІДТРИМКИ ІЗ НОГАМИ РАЗОМ

Інструкції:

Поставте ноги разом і стійте без підтримки.

- 4 у змозі поставити ноги разом самостійно і простояти 1 хвилину безпечно
- 3 у змозі поставити ноги разом самостійно і простояти 1 хвилину під контролем
- 2 у змозі поставити ноги разом самостійно, але не в змозі стояти протягом 30 секунд
- 1 потребує допомоги, щоб досягти необхідної пози, але може стояти 15 секунд, коли ноги разом
- 0 потребує допомоги, щоб досягти необхідної пози і не в змозі стояти протягом 15 секунд

НАХИЛЯННЯ ВПЕРЕД З ВИТЯГНУТОЮ РУКОЮ В ПОЛОЖЕННІ СТОЯЧИ

Інструкції:

Підійміть руку під кутом 90 градусів. Простягніть пальці і нахиліться, наскільки можете. (Екзаменатор ставить лінійку біля кінчиків пальців, коли рука знаходиться під кутом 90 градусів. Пальці не повинні торкатися лінійки при нахилі. Контрольний результат — це відстань, якої досягли пальці, коли пацієнт перебуває в положенні максимального нахилу. Якщо це можливо, попросіть пацієнта використовувати обидві руки при нахилі, щоб уникнути обертання хребта.)

- 4 може впевнено досягти 25 см (10 дюймів)
- 3 може досягти 12 см (5 дюймів)
- 2 може досягти 5 см (2 дюйми)
- 1 нахиляється вперед, але потребує контролю
- 0 втрачає рівновагу при спробі / потребує зовнішньої підтримки

ВЗЯТТЯ ПРЕДМЕТА З ПІДЛОГИ В ПОЛОЖЕННІ СТОЯЧИ

Інструкції:

Візьміть туфлю/капець, що знаходиться перед Вашими ногами.

- 4 у змозі взяти капець легко і безпечно
- 3 у змозі підняти черевичок, але потребує нагляду
- 2 не може підібрати, але досягає відстані 2–5 см (1–2 дюйми) від капця і самостійно зберігає рівновагу
- 1 не в змозі підібрати і потребує нагляду при спробі
- 0 не може спробувати/потребує допомоги, щоб утриматися від втрати рівноваги або падіння

ОГЛЯДАННЯ ЧЕРЕЗ ЛІВЕ І ПРАВЕ ПЛЕЧЕ В ПОЛОЖЕННІ СТОЯЧИ

Інструкція:

Озирніться, щоб подивитися прямо через ліве плече. Повторіть вправо. (Екзаменатор може вибрати будь-який предмет позаду пацієнта, щоб той дивився безпосередньо на предмет, щоб сприяти кращому повороту.)

- 4 озирається назад з обох боків, і вага добре зміщується
- 3 з одного боку виглядає менше, ніж з іншого; менше перенесення ваги
- 2 тільки повертається боком, але утримує рівновагу
- 1 при повороті потребує нагляду
- 0 потребує допомоги, щоб не втратити рівновагу або уникнути падіння

ПОВЕРТАННЯ НА 360 ГРАДУСІВ

Інструкція:

Поверніться повністю навколо себе. Пауза. Потім поверніться в іншому напрямку.

- 4 у змозі повернутися на 360 градусів безпечно за 4 секунди або менше
- 3 у змозі повернутися на 360 градусів безпечно тільки в один бік за 4 секунди або менше
- 2 здатний повертатися на 360 градусів безпечно, але повільно
- 1 потрібен ретельний нагляд або словесний супровід
- 0 потребує допомоги при повороті

ПОСТАВИТИ НОГУ НА СХОДИНКУ АБО СТІЛЬЧИК, СТОЯЧИ БЕЗ ПІДТРИМКИ

Інструкція:

Поставте кожен ногу по черзі на сходинку/стілець. Продовжуйте, поки кожна нога не торкнеться сходинки/стілець чотири рази.

- 4 може стояти самостійно і безпечно і виконує 8 кроків протягом 20 секунд
- 3 може стояти самостійно і виконує 8 кроків більше ніж за 20 секунд
- 2 у змозі виконати 4 кроки без сторонньої допомоги під наглядом
- 1 у змозі зробити більше 2 кроків, потребує мінімальної допомоги
- 0 потребує допомоги, щоб не впасти/не може спробувати

СТОЯННЯ БЕЗ ПІДТРИМКИ З ОДНІЄЮ НОГОЮ ПОПЕРЕДУ

Інструкція:

(Продемонструйте пацієнту) Поставте одну ногу прямо перед іншою. Якщо Ви відчуваєте, що не можете поставити ногу прямо спереду, спробуйте трохи далі, щоб п'ятка Вашої передньої ноги була попереду пальців іншої ноги. (Для того, щоб набрати 3 бали довжина кроку не повинна перевищувати довжину іншої ноги і ширина пози повинна наближатись до нормальної ширини кроку пацієнта.)

- 4 може розмістити стопи «гусаком» самостійно і утримувати позу 30 секунд
- 3 у змозі помістити ногу попереду самостійно і утримувати позу 30 секунд
- 2 у змозі зробити невеликий крок самостійно і утримувати позу 30 секунд
- 1 потребує допомоги, щоб зробити крок, але може утримувати позу 15 секунд
- 0 втрачає рівновагу під час кроку або стояння

СТОЯННЯ НА ОДНІЙ НОЗІ

Інструкція:

Стійте на одній нозі стільки, скільки Ви можете без підтримки.

- () 4 у змозі підняти ногу самостійно і утримуватись > 10 секунд
- () 3 у змозі підняти ногу самостійно і утримуватись 5–10 секунд
- () 2 у змозі підняти ногу самостійно і утримуватись менше 3 секунд
- () 1 намагається підняти ногу, не в силах утримуватись 3 секунди, але стоїть самостійно
- () 0 не може спробувати, потребує допомоги, щоб уникнути падіння

() **ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ (максимум = 56)**

Інтерпретація результатів:

- ≤ 20 використовує інвалідний візок
- > 20 ≤ 40 ходить з допомогою
- > 40 ≤ 56 самостійний

Тест високо достовірний у виявленні проблем з рівновагою. Недавні дослідження показують, що для значного поліпшення стану осіб з обмеженнями повсякденної активності необхідне збільшення результату тесту на 8 балів

Приблизний час проведення тесту: 15–20 хвилин.

Посилання:

- Blum L, Korner-Bitensky N; Physical Therapy 2008, 88 (5): 559–566.
- Langley FA, Mackintosh SFH; The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 2007, 5(4).
- Berg K et al. Scand J Rehabil Med 1995, 27(1): 27–36.
- Berg KO et al. Arch Phys Med Rehabil 1992, 73(11): 1073–1080.
- Berg KO et al. Can J Public Health 1992, 83 Suppl 2: S7–11.

Тест вивчення діяльності рук	117
Шкала оцінки тяжкості хвороби Альцгеймера — оцінка когнітивних розладів	62
Індекс Бартеля	37
Тест Берга на рівновагу	124
Канадська неврологічна шкала	9
Шкала оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень у хворих із фібриляцією/мерехтінням передсердь	15
Шкала оцінки ризику інсульту при фібриляції передсердь	13
Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про ступінь важкості на основі інтерв'ю	47
Шкала оцінки когнітивних розладів — враження клініциста про зміни та вклад опікунів на основі інтерв'ю	55
Шкала Фугл-Майєра	101
Шкала об'єктивної оцінки дефіциту свідомості	21
Визначення функціональної незалежності	45
Швидкість ходьби	122
Геріатрична шкала депресії	81
Шкала ком Глазго	19
Інтегральна оцінка когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана	26
Шкала оцінки ризику кровотеч	17
Госпітальна шкала тривоги та депресії	81
Шкала для оцінки внутрішньомозкових крововиливів	12
Тест викреслювання ліній	85
Короткий тест оцінки когнітивних функцій	42
Модифікована шкала Ренкіна	8
Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій	27
Шкала інсульту Національного Інституту Здоров'я	4
Тест з дев'ятьма лунками та кілочками (тест для діагностики РС)	121
Короткий опитувальник якості життя SF-12	88, 97
Короткий опитувальник якості життя SF-36	88, 92

1-ше видання (05-2016)

Відповідальність за використання інформації.

Медичні знання, тлумачення й застосування клінічних шкал оцінки стану постійно змінюються та іноді є специфічними. «EVER Нейро Фарма ГмБХ» (EVER Neuro Pharma GmbH) бере на себе відповідні зусилля, щоб у даній брошурі надати правильну та повну інформацію. Проте, за наявності сумнівів, читачеві наполегливо рекомендується порівняти представлену інформацію з останніми оновленнями. Видавець не несе відповідальності за будь-які заподіяні збитки або шкоду, нанесені особі в результаті дій на основі результатів оцінювальних тестів, що висвітлені в даній публікації.

Церебролізін® (CEREBROLYSIN®).

Психостимулюючі та ноотропні препарати. Код АТС N06ВХ. Розчин для ін'єкцій. 1 мл розчину містить 215,2 мг концентрату Церебролізіну (пептидного препарату, що виробляється з мозку свиней).

Показання: органічні, метаболічні порушення та нейродегенеративні захворювання головного мозку, насамперед хвороба Альцгеймера; ускладнення після інсульту; травматичні пошкодження головного мозку (стани після оперативного втручання на мозку, закриті черепно-мозкові травми, струс мозку).

Протипоказання: підвищена чутливість до одного з компонентів препарату, епілепсія, тяжкі порушення функції нирок.

Побічні реакції. Побічні реакції в зв'язку з терапією препаратом Церебролізін® відмічаються рідко ($> 1/10000$ – $< 1/1000$) або мають поодинокі випадки ($< 1/10000$). При дуже швидкому введенні можливі запаморочення, тремор, головний біль, відчуття жару, посилене потовиділення, свербіж, можливі макулопапульозні висипання, кропив'янка, почервоніння шкіри, задишка та біль у грудях.

Фармакологічні властивості. Церебролізін® стимулює диференціацію клітин і активує механізми захисту та відновлення, безпосередньо впливає на нейрональну і синаптичну пластичність, що сприяє поліпшенню когнітивних та рухових функцій.

Спосіб застосування та дози. Препарат вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Тривалість курсу лікування та оптимальна щоденна доза залежать від стану хворого, патології, яку він має, та його віку. Частіше рекомендована тривалість курсу лікування становить 10–20 днів. Ефективність терапії зазвичай зростає при проведенні повторних курсів. Лікування продовжують доти, доки спостерігається поліпшення стану пацієнта внаслідок терапії.

Категорія відпуску. За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформація для фахівців у галузі охорони здоров'я. Р.п. МОЗ України: № UA/9989/01/01, дійсне від 21.03.2019.

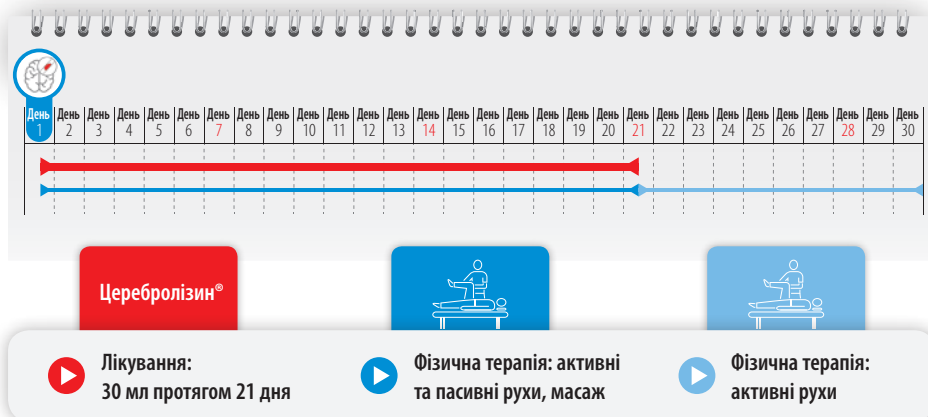
Церебролізин® має найвищий рівень доказовості щодо покращення рухових функцій, активності в повсякденному житті та якості життя

Рекомендації підтвердили результати досліджень Церебролізіну

Домен	Рухова функція 	Активність у повсякденному житті 	Якість життя
Результати досліджень Церебролізіну	Відновлення рухової функції	Покращення активності в повсякденному житті	Поліпшення якості життя
Церебролізин® рекомендований			

Початок лікування в гострій стадії, 30 мл протягом 21 дня

Рекомендується концепція лікування під час дослідження CARS



○ ІНСУЛЬТ

○ ДЕМЕНЦІЯ
○ ЧМТ

Включений до чотирьох західних рекомендацій із нейрореабілітації після інсульту:

1. Австрія, 2018
2. Польща, 2019
3. Німеччина, 2020* (в перші 24-72 год, рівень доказовості 1B)
4. Канада, 2020 (рівень 1A у відновленні рухових функцій)

ОДНА МИТЬ. ВЕЛИКІ ЗМІНИ.

В минулому місяці Павло Іванович переніс інсульт. Сьогодні він виграв свою першу партію.

- В 2 рази збільшує шанси пацієнта на виживання¹
- В 3 рази краще відновлює моторну функцію⁴
- В 3 рази більше пацієнтів повертаються до повної незалежності⁵
- Покращує когнітивні функції⁶ та зменшує депресію⁵
- Високий рівень безпеки⁷



1. Österreichische Post AG, MZ 072037411 M. MEDMEDIA Verlag, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien, ISSN 2223-0629. 2. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-001.html>. 3. Heiss W-D, Brainin M, Bornstein NM, Tuomilehto J, Hong Z, Cerebrolysin Acute Stroke Treatment in Asia (CASTA) Investigators. Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. Stroke. 2012; 43:630-636. 4. Chang et al. Cerebrolysin combined with rehabilitation promotes motor recovery in patients with severe motor impairment after stroke. BMC Neurology (2016) 16:31. 5. Muresanu D.F., Heiss W-D, Hoernberg V., Bajenaru O., Hong Z, Cerebrolysin And Recovery After Stroke (CARAS) a randomized placebo-controlled double-blind, multicenter trial. Stroke. 2016 Jan; 47(1):151-159. 6. Ladumer G, Kalwach P, Moessler H, Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. J Neural Transm. 2005 Mar; 112(3):415-28. 7. J. Thorne et al., Drugs of Today 2012, 48(Supplement A): 63-69.

Церебролізін® (CEREBROLYSIN®). Психостимулюючі та ноотропні препарати. Код АТС N06BX. Розчин для ін'єкцій. 1 мл розчину містить 215,2 мг концентрату Церебролізіну (пептидного препарату, що виробляється з мозку свиней). **Показання:** органічні, метаболічні порушення та нейродегенеративні захворювання головного мозку, насамперед хвороба Альцгеймера; ускладнення після інсульту; травматичні пошкодження головного мозку (стані після оперативного втручання на мозку, закриті черепно-мозкові травми, струс мозку). **Протипоказання:** підвищена чутливість до одного з компонентів препарату, епілепсія, тяжкі порушення функцій нирок. **Побічні реакції.** Побічні реакції в зв'язку з термічною преработкою Церебролізіну® відзначаються рідко (> 1/10000 – < 1/10000) або мають поєднану природу (< 1/10000). При дуже швидкому введенні можливі загаморочення, тремор, головний біль, відсутня жар, посилене потовиділення, свербіж, можливі мажоральні висипання, кропив'янка, почервоніння шкіри, задиханість та біль у грудях. **Фармакологічні властивості.** Церебролізін® стимулює диференціацію клітин і активує механізми захисту та відновлення, безпосередньо впливає на нейрональну і синаптичну пластичність, що сприяє поліпшенню когнітивних та рухових функцій. **Спосіб застосування та дози.** Препарат вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Тривалість курсу лікування та оптимальна щоденна доза залежать від стану хворого, патології, яку він має, та його віку. Частіше рекомендована тривалість курсу лікування становить 10-20 днів. Ефективність терапії зазвичай зростає при проведенні повторних курсів. Лікування продовжують доти, доки спостерігається поліпшення стану пацієнта внаслідок терапії. **Категорія відпуску.** За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація для фахівця у галузі охорони здоров'я.** Р.п. МОЗ України: № UA/9989/01/01, діє від 21.03.2019. www.cerebrolysin.com.ua

Австрійська якість.
Нам довіряють більше 2 млн. пацієнтів

Церебролізін®
Воз'єдне нейрони.
Надиhaє на життя.