

МОЗ України
Кафедра фізичної та реабілітаційної медицини
ПДМУ

Тема: Поняття про функціональні тести, методи оцінки функціонального стану за допомогою шкал.



Реабілітаційне обстеження, передбачає оцінку фізичних функцій пацієнта і аналіз споріднених чинників. Фізична оцінка пацієнта/клієнта проводиться відповідно до медичного діагнозу. Такі дані про стан пацієнта/клієнта отримуються від лікарів та інших членів мультидисциплінарної команди. Для збору специфічної інформації про пацієнта процес складання історії рухової дисфункції може охоплювати анкетування, консультації чи обговорення з іншими членами мультидисциплінарної команди, перегляд наявних медичних записів. Часто у пацієнтів/клієнтів є множинні порушення, і частина вмінь фізичного терапевта полягає у допомозі пацієнту/клієнту визначити основну проблему, а також первинні та вторинні чинники, що мають на неї вплив. Необхідною частиною при проведенні реабілітаційного обстеження є врахування та проведення загального аналізу психологічних, економічних, соціальних та культурних чинників, які часто мають значний вплив на стан пацієнта, його проблем. Одним із важливих компонентів клінічної діяльності фізичного реабілітолога є оцінка реабілітаційного потенціалу пацієнта. На основі оцінки реабілітаційного потенціалу (високого, задовільного, низького) визначається реабілітаційний прогноз (сприятливий, неясний, несприятливий). Зокрема, визначаються здібності до орієнтації, пересування, самообслуговування, спілкування, навчання, контролю за своєю поведінкою, до праці, які підлягають або не підлягають відновленню або компенсації.

Методи обстеження

Методи обстеження хворого поділяють на:

загальні (ті, що застосовуються при обстеженні будь-якого хворого)

основні (опитування і збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія і аускультация). Ці методи з'явилися раніше за інші в медичній практиці і їх застосування не потребує ніякої складної апаратури і можливу у будь-якій обстановці.

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

спеціальні (що застосовуються за відповідними показами).

Засоби та методи обстеження у фізичній терапії:

- ❖ опитування;
- ❖ спостереження;
- ❖ антропометрія;
- ❖ пальпація;
- ❖ суглобова гра;
- ❖ визначення інтенсивності та динаміки болю;
- ❖ оцінювання активного та пасивного руху;
- ❖ вимірювання амплітуди руху у суглобах (гоніометрія тощо);
- ❖ визначення м'язової сили (мануальне м'язове тестування, динамометрія тощо);
- ❖ визначення м'язової витривалості;
- ❖ визначення рівноваги та координації;
- ❖ оцінювання рухових функцій (присідання, хода, хода сходами, нахил тулуба, ротація тулуба, хапання, відштовхування та притягування, піднімання та перенесення та інші);
- ❖ оцінка стану кукси.

Засоби та методи реабілітаційного обстеження:

- ❖ опитування;
- ❖ спостереження;
- ❖ пальпація;
- ❖ оцінювання рухливості суглобів;
- ❖ визначення м'язової сили;
- ❖ визначення рівня і локалізації чутливості;
- ❖ тестування рефлексів;
- ❖ визначення м'язового тону;
- ❖ визначення м'язової витривалості;
- ❖ оцінювання рівноваги та координації;
- ❖ оцінювання довільних рухових функцій;
- ❖ тести, шкали для оцінки болю, рухових функцій та мобільності

В основі методів вимірювання порушень життєдіяльності найчастіше лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті, особливо найбільш значущих, найбільш загальних з рутинних дій людини. Вперше термін "активність життєдіяльності" з'явився в 1945 р, а перший індекс активності життєдіяльності був запропонований в 1963 р. Їм оцінювалася незалежність хворих від сторонньої допомоги при виконанні наступних 6 операцій: умивання, одягання, відвідування туалету, пересування, акти дефекації і 24 сечовипускання, прийом їжі. В даний час існує більше 200 шкал за оцінкою активності життєдіяльності. Найприйнятнішим методом є метод оцінки за функціональному класу (ФК), який відбиває відсоток втрати тій чи іншій соціальної чи побутової здібності.

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

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

система обстеження ОРА, що умовно складається з трьох частин:

- спостереження;
- суб'єктивне оцінювання;
- об'єктивне оцінювання

- Спостереження потрібно здійснювати безперервно протягом обстеження та всього курсу реабілітації. Ціль спостереження під час обстеження – визначення ймовірних рухових проблем пацієнта та пошук способів їх розв'язання. Об'єктами спостереження є рухова активність пацієнта, особливості будови тіла. Спостереження потрібно розпочинати якнайшвидше, із першого моменту, коли пацієнт рухається невимушено. Реабітолог може виконувати формальне (коли пацієнт знає) та неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження. Спостерігають поставу, бажання рухатись, симетрію рухів, компенсаторні рухи, координацію, рівновагу, функціональний рівень. Дані, отримані в результаті формального та неформального спостереження, повинні взаємно доповнюватись і не бути суперечливими. На підставі їх аналізу фізичний реабітолог робить висновки щодо особливостей рухових порушень пацієнта. Невідповідність даних формального й неформального спостереження вказує на необхідність виконання повторних спостережень
- Суб'єктивне оцінювання стану пацієнта визначається на основі інформації зібраної зі слів самого пацієнта, опікунів та родичів, за даними опитування чи анкетування. До суб'єктивної інформації відноситься: 1. Загальна інформація про пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, коли встановлені, дата госпіталізації (з історії хвороби). 2. Головна скарга – повинна стосуватися рухової сфери. 3. Професія, рівень повсякденної активності, заняття спортом, захоплення. 4. Виникнення проблеми. 5. Коли встановлено основний діагноз і його тривалість, попереднє лікування та реабілітація, який результат? 6. Чи симптоми змінюються з початку виникнення? 7. Біль: характер, інтенсивність і динаміка. 8. Супутні захворювання – додаткові скарги, ускладнення. 9. Чинники, пов'язані із повсякденною активністю. Ціль опитування – складання історії рухового порушення, історії захворювання та його перебігу. Для збору інформації застосовують відкриті та закриті запитання.

На сьогодні існує багато стандартизованих опитувальників для виявлення та оцінки больового синдрому. Оригінальна версія анкети Анкета Роланда-Морріса (Roland-Morris Disability Questionary, RDQ) дозволяє оцінювати вплив болю в поперековій ділянці на порушення життєдіяльності, використовується при гострих і підгострих больових синдромах.

Шкала болю в спині Квебек (Quebek Back Pain Disability Scale, QBPDQ) дозволяє виявити труднощі при виконанні 20 щоденних видів діяльності за 5-бальною шкалою.

Шкала Стратфорда для оцінки функцій при болю в спині (The Back Pain Function Scale of Stratford, BPFS) розроблена для оцінки зміни виключно функціональних можливостей пацієнтів з болем у спині. За 5-бальною шкалою досліджується 12 найбільш частих видів діяльності людини.

Візуально аналогова шкала болю (ВАШ, VAS) використовується в повсякденній практиці, дозволяє оцінити тяжкість та інтенсивність болю. Цифрова рейтингова шкала (ЦРШ, NRS) для визначення інтенсивності болю і складається з 11 пунктів. Її використання можливе навіть по телефону. Для дітей використовуються шкали з малюнками щасливих і нещасливих обличь.

У низці інших шкал одночасно оцінюється біль і ЯЖ (в одних - більше уваги приділяється впливу болю, в інших - біль є лише аспектом, що впливає на ЯЖ). При оцінці хронічного і рецидивуючого больового синдрому важливою є оцінка тяжкості болю за певний інтервал часу, а не в певний момент.

Шкала оцінки хронічного больового синдрому Вон Корфа (Chronic pain grade questionnaire, CPGQ). Особливістю є врахування тривалості болю і її інтенсивності, та вплив болю на повсякденну діяльність, відпочинок, роботу протягом останнього місяця.

Анкета болю Макгілла (McGill Pain Questionnaire - MPQ) дозволяє кількісно визначити сенсорні, емоційні та інші аспекти больового синдрому при хронічному болю. Результати опитування можуть служити для оцінки не тільки болю, але і емоційного стану пацієнта.

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ДС ТА ССС

- ❖ Клінічне обстеження передбачає збір анамнезу, огляд, пальпацію, перкусію та аускультацію. Збір анамнезу, перкусію та аускультацію проводиться разом із лікарем, який лікує
- Збір анамнезу
- Огляд
- Пальпація
- Перкусія
- Аускультація
- Антропометричні вимірювання
- Спірометрія
- Життєвий індекс
- ТонOMETрія
- Пульсометрія

Для оцінювання функціонального стану використовують тест 6-хвилинної ходьби (ТШВ). Для виявлення гіперреактивності дихальних шляхів використовують бронхопровокаційну пробу з фізичним навантаженням.

Під час виконання тесту 6-хвилинної ходьби також оцінюється виконану роботу (А) та її потужність (Р), час відновлення, толерантність до фізичного навантаження за метаболічним еквівалентом (METs), визначаються показники сатурації за допомогою пульсоксиметра, вегетативний індекс та оцінку якості реакції ССС на фізичне навантаження за Кушелевським, адаптаційний потенціал, об'єктивну оцінку рівня фізичного навантаження за даними приросту ЧСС (за В. В. Розенблатом). Пульсоксиметрія - неінвазивний метод вимірювання процентного вмісту оксигемоглобіну в артеріальній крові (SpO₂). З цією метою використовують портативний пульсоксиметр Neasco REF. Додатковими методами обстеження в сучасних умовах є шкали та опитувальники, які дозволяють виявити різноманітні стани та патології.

Для оцінки стану та ризиків пацієнтів з СС патологіями такої існує серія тестів та функціональних опитувальників. SCORE – це абревіатура, яка в перекладі з англійської означає «систематична оцінка коронарного ризику». Шкала SCORE надає можливість не тільки визначити рівень ризику, а й спрогнозувати його динаміку в майбутньому. В новій моделі SCORE враховано ризик розвитку не лише ішемічної хвороби серця, але й усіх захворювань, This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein 11 пов'язаних з атеросклерозом, запропоновано перейти від профілактики ішемічної хвороби серця до профілактики серцево-судинних захворювань у цілому.

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (1980 р.) у неврологічних хворих виділяють три рівня наслідків захворювання або травми :

Перший – рівень неврологічного дефіциту (рухові, чутливі, тонічні, психологічні).

Другий – це порушення функції, до яких можуть привести неврологічні ушкодження.

Третій – рівень наслідків, що включає порушення побутової та соціальної активності, які виникають в результаті неврологічних ушкоджень і порушень функцій.

Для оцінки кожних з рівнів наслідків (порушення функції, фізикальних обмежень, порушення побутової і соціальної активності) у хворих з різними неврологічними захворюваннями використовуються різні шкали та опитувальники.

❖ Завдання фізичної терапії при ураженні центральної нервовій системі :

Загальні задачі: – профілактика застійної пневмонії; – профілактика пролежнів; – профілактика трофічних змін шкіри уражених кінцівок; – відновлення побутових навичок; – покращення психоемоційного стану хворого.

Спеціальні задачі: – усунення м'язових дистоній з ціллю попередження м'язових контрактур, усунення перерозтягування периферичних нервів; – попередити появу чи зменшити вираженість патологічних глибоких рефлексів, синкінезій, трофічних змін м'язів, зв'язок, фасцій, апоневрозів, поверхонь суглобів, м'язово-суглобових контрактур, вимушеного положення кінцівок; – збереження функціональної рухливості суглобів в паретичних кінцівках; – стабілізація рівноваги, покращення координації.

Складові реабілітаційного обстеження неврологічних пацієнтів

❖ Повноцінне реабілітаційне обстеження повинно базуватися на:

- - точному лікарському діагнозі
- - типі травми чи захворювання
- - ускладненнях від основного травмуючого чинника
- - супутніх захворюваннях
- - медикаментозному лікуванні
- - соціальному стані
- - протипоказаннях до фізичної реабілітації
- - та особистих відчуттях пацієнта, його сприйнятті хвороби.

Тестування функції

Тест COVS складається з 10 завдань. Якість виконання завдання оцінюють балами від одного до семи. Тест COVS не застосовується для обстеження хворих, рухливість яких обмежена болем, гострим або хронічним; в яких першочерговим завданням є лікування респіраторних ускладнень, у яких за короткий період часу змінюється фізична функція.

Шкала FIM є одним з методів тестування соціально-побутових навичок, який широко застосовується при ураженні спинного мозку. FIM зосереджується на шести сферах: самообслуговування (самодогляд); контроль сфінктерів; переміщення; пересування; спілкування та соціальна свідомість (активність). Кожна сфера діяльності передбачає виконання якихось завдань, якість котрих оцінюється в балах від 1-го до 7-ми.

Простий і ускладнений тест(проба) Ромберга (Rombergtest, Sharpened Romberg) проста проба з відкритими і закритими очима з фіксацією погляду на об'єкті характеризує якість нервово-м'язової активності і дозволяє оцінити рівень сформованості навичок рухової сенсорної системи управління стійкості тіла.

Клінічні інструменти що визначають технічний засіб та ризик падіння (TrunkControlTest, шкала балансу Берга, Four Step Square Test (тест 4-ох квадратів), Timed Up and Go (Встань і йди тест на час), Get up and go test (Тест «Встань і йди»).

Шкала рівноваги Берга (Berg balance scale - BBS) - виконуються статичні і динамічні дії різної складності. Шкала балансу Берга краще підходить для використання з пацієнтами з гострим інсультом, так як більшість з цих пацієнтів не можуть отримати максимальні бали при прийомі в реабілітацію

Шкала «Оцінка мобільності орієнтована на виконання завдання» (Performanceorientedmobility assesment – POMA) або шкала Тінетті (Tinetti ME. 1986). POMA включає в себе оцінку рівноваги, та ходьби

Шкала Тінетті «Ефективності падінь» (Fall efficacy scale – FES) оцінює ступінь страху пацієнта при виконанні побутових завдань. Тест оцінки балансу в положенні сидячи - Sitting Balance Score.

Тест чотириквдратного кроку Four Step Square Test для визначення динамічного балансу, що клінічно оцінює здатність людини переходити вперед, вбік і назад. Оскільки більшість падінь відбувається під час руху, тест розроблений для визначення динамічної рівноваги, оцінюється здатність пацієнта швидко змінювати напрямок руху під час крокування через низьку перешкоду вперед, назад і в боки.

Тест « Встань та йди » Timed Up and Go оцінює рухливість, рівновагу, здатність ходити і ризик падіння. TUG може продемонструвати меншу надійність серед пацієнтів, які страждають когнітивними порушеннями. При тестуванні використовується допоміжний пристрій при потребі, але однаковий в усіх спробах тестування



6-хвилинний тест призначений для визначення та оцінки фізичні якості та витривалості ходьби пацієнта зокрема. В був розроблений для людей які перенесли кардіологічні операції, але згодом його почали застосовувати у роботі з людьми різного віку та різних діагнозів.

10-метровий тест ходьби дозволяє оцінити максимальну швидкість руху в метрах на секунду за короткий час. Тест може бути виконаний за бажаною швидкістю руху або найшвидшою швидкістю

Клінічний інструмент, що визначає рівень відновлення ураженої кінцівки Шидок – Макмастер (ShedokMaster, CMSA) оцінює фізичне порушення та стан кінцівки у людей з інсультом та іншими неврологічними порушеннями. CMSA складається з двох показників: 1) Інвентаризація порушення та 2) Інвентаризація діяльності.

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ) призначений для обстеження самообслуговування, функціональної мобільності та ходьби. Визначається здатність до виконання завдань самостійно пацієнтом, чи потрібна допомога оточуючих. В опитувальнику є розділи про: прийом їжі, проведення гігієнічних процедур, одягання, переміщення та контроль за туалетними справами.

Візуальна аналогова шкала (ВАШ)

Візуальна аналогова шкала болю – шкала, якою найчастіше користуються анестезіологи та онкологи. Вона являє собою можливість оцінити інтенсивність болю. Дана шкала являє собою лінію довжиною 10 см, намальовану на чистому аркуші паперу – без клітинок. 0 см – це «болю немає», найправіша точка (10 см) – «біль сама нестерпна, яка ось-ось приведе до загибелі». Лінія може бути як горизонтальною, так і вертикальною.

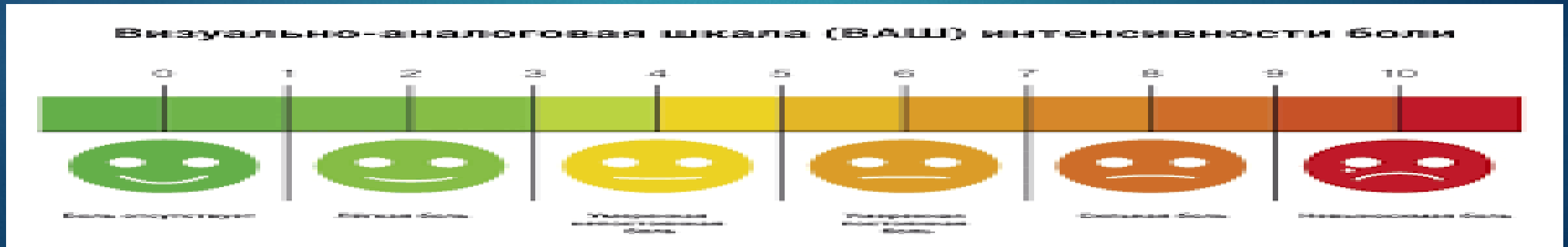
Пацієнт повинен поставити крапку там, де, як він відчуває, розташовується його біль. Лікар бере лінійку і дивиться, на якій позначці знаходиться точка пацієнта:

- 0-1 см – біль вкрай слабка;
- від 2 до 4 см – слабка;
- від 4 до 6 см – помірна;
- від 6 до 8 см – дуже сильна;
- 8-10 балів – нестерпний біль.

При оцінці болю лікар не тільки дивиться на цю точку, а й на всю поведінку людини. Якщо людину можна відволікти питаннями, якщо він спокійно пройшов по кабінету до виходу, можливо, він завищує ступінь болю. Тому йому можна запропонувати повторно оцінити свій біль – по тій же шкалі. А якщо це жінка, то попросити порівняти з болем при пологах (вона оцінюється в 8 балів для кожної жінки). Якщо вона говорить: «Ви що, народжувати було вдвічі болючіше», то варто оцінити її біль в 4-5 балів.

Модифікована візуальна аналогова шкала

- ❖ Суть оцінки болю – така ж, як і в попередньому випадку. Єдина відмінність цієї шкали – в кольоровому маркуванні, на тлі якого і намальована лінія. Колір йде градієнтом: від зеленого, який починається від 0, до 4 см змінюється жовтим, а до 8 см – червоним.



Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

- ❖ Шкала самообслуговування Бартела є одним з найбільш відомих способів вивчення стану пацієнта, дозволяють з точністю до 98 % визначити рівень самостійності хворого. Також за шкалою Доротеї Бартел можна з легкістю визначити, чи потребує пацієнт в догляді за собою, допомоги доглядальниці або може сам виконувати прості фізичні вправи і здатний до повного самообслуговування.

Сумарна оцінка:

45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги, 50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність

75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

- ❖ Разом з тим, навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно – стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі, і т.п.

ПРИЙОМ ЇЖИ

0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)

5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно

10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА

(чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лиця)

0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни

5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лиця, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

ПРИЙОМ ВАННИ

0 - залежний від оточуючих

5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

ОДЯГАННЯ	КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
0 – залежний від оточуючих 5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу 10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг	0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може 5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години) 10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ	ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає) 5 - випадкові інциденти неутримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок 10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги	0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою 5 - потрібна фізична підтримка (наприклад . щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка 10 - незалежний

ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)

0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб

5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку

10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога

15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ

(переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

0 - повністю залежний від допомоги оточуючих

5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно

10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ

(переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)

0- не здатний до переміщення або долає менше 45м

5 – здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг

10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м

15 – не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м

Шкала порушень ASIA (AIS)

- ❖ Шкала ASIA використовується замість шкали Frankel. Шкала порушень ASIA (ASIA Impairment Scale (AIS)) є Міжнародним стандартом неврологічної класифікації травм спинного мозку
- ❑ A = Повне ураження. Немає збереженої чутливої або моторної функції у крижових сегментах S4-5.
- ❑ B = Неповне сенсорне ураження. Чутлива, але не моторна функція зберігається нижче неврологічного рівня і включає крижові сегменти S4-5 (легкий дотик (ЛД) або укол шпилькою (УШ) на рівні S4-5 або глибокий анальний тиск (ГАТ)) ТА жодна моторна функція не є збереженою більше ніж на три рівні нижче моторного рівня на обох сторонах тіла.
- ❑ C = Неповне моторне ураження. Моторна функція збережена в самих каудальних крижових сегментах для довільного анального скорочення (ДАС) АБО пацієнт відповідає критеріям сенсорного неповного пошкодження (сенсорна функція збережена в самих каудальних крижових сегментах S4-5 за ЛД, УШ або ГАТ), і має деяке збереження моторної функції більш ніж на три рівні нижче іпсилатерального моторного рівня з обох сторін тіла. (Це включає функції ключових або неключових м'язів для визначення статусу неповного ураження.) Для AIS C – менше половини ключових м'язів, що функціонують нижче одного неврологічного рівня ураження (НРУ), мають м'язову силу ≥ 3 .
- ❑ D = Неповне моторне ураження. Стан неповного моторного ураження, як визначено вище, із принаймні половиною (половина або більше) функціонуючих ключових м'язів нижче одного НРУ, що мають м'язову силу ≥ 3 .
- ❑ E = Норма. Якщо чутливість і моторна функція, перевірені за допомогою ISCCSCI, оцінюються як нормальні в усіх сегментах, і пацієнт мав попередній дефіцит, тоді оцінка AIS дорівнює E. Особа без наявності травми спинного мозку не може бути оціненою за AIS.
- ❑ Використання НЗ: для документування чутливого, моторного рівнів та НРУ, визначення градації за Шкалою порушень ASIA та/або зони часткового збереження (ЗЧЗ), у разі, коли це неможливо визначити, ґрунтуючись на результатах обстеження.



INTERNATIONAL STANDARDS ASSOCIATION
FOR AMPLIFIED PHYSICAL COMMUNICATIONS
CONVENTION, STANDARD FOR PHYSICAL
COMMUNICATIONS



First Name: _____ Second Name: _____
First Surname: _____ Title: _____

npaba

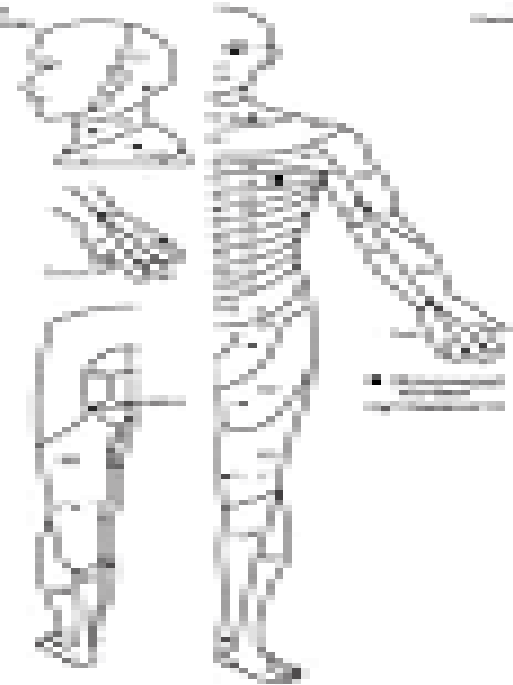
ISCOS/npaba
International
Standard

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
International
Standard

nipa



- ISCOS**
- 1. General purpose
 - 2. Professional purpose
 - 3. Professional purpose
 - 4. Professional purpose
 - 5. Professional purpose

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

- ISCOS**
- 1. General purpose
 - 2. Professional purpose
 - 3. Professional purpose
 - 4. Professional purpose
 - 5. Professional purpose

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

- ISCOS**
- 1. General purpose
 - 2. Professional purpose
 - 3. Professional purpose
 - 4. Professional purpose
 - 5. Professional purpose

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

- ISCOS**
- 1. General purpose
 - 2. Professional purpose
 - 3. Professional purpose
 - 4. Professional purpose
 - 5. Professional purpose

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

ISCOS/npaba
Standard for Physical
Communication

This document is a standard for the physical communication system (ISCOS/npaba) and the physical communication system (ISCOS/npaba).

Оцінка функції м'язів

0 = повний параліч

1 = пальпаторне або видиме скорочення м'яза

2 = активний рух по повній амплітуді без дії гравітації

3 = активний рух по повній амплітуді проти дії гравітації

4 = активний рух по повній амплітуді та помірний опір у певному положенні м'яза

5 = (нормальна) активний рух по повній амплітуді проти дії гравітації та повний опір у функціональному положенні м'яза, який очікується від людини без порушень

- ❖ НТ = не тестується (через іммобілізацію, сильний біль, який неможливо оцінити, ампутацію кінцівки або контрактуру > 50% від нормального обсягу рухів)
- ❖ 0*, 1*, 2*, 3*, 4*, НТ* = наявний інший стан здоров'я, ніж травма спинного мозку без СМТ

Оцінка чутливості

- 0 = Відсутня
- 1 = Змінена, або зниження/порушення чутливості, або гіперчутливість
- 2 = Нормальна
- НТ = не тестується 0*, 1*,
- НТ* = наявний інший стан здоров'я, ніж травма спинного мозку *
- Примітка: значення балів моторики та чутливості, які не є нормою, мають бути позначені (*) для вказівки, що порушення не є внаслідок травми спинного мозку. Пояснення щодо інших станів здоров'я, ніж травма спинного мозку, мають бути надані в коментарях разом із інформацією, як бал було визначено з міркувань класифікування (якнайменш норма / не норма для класифікації).

Етапи класифікування

1. Визначте рівні чутливості для правої та лівої сторони. Рівень чутливості є найбільш каудальним, інтактним дерматомом як для уколу шпилькою, так і для відчуття легкого дотику.
2. Визначте рівні моторики для правої та лівої сторони. Визначається найнижчим функціонуючим ключовим м'язом, який має оцінку принаймні 3 (під час тестування лежачи на спині), за умови, що функція ключових м'язів, які представляють сегменти вище цього рівня, вважаються інтактними (оцінюються як 5). Примітка: у зонах, де немає міотому для тестування, рівень моторики вважається таким самим, як рівень чутливості, у разі, якщо тестована моторна функція вище цього рівня також є нормальною.
3. Визначте неврологічний рівень ураження (НРУ). Відноситься до найбільш каудального сегмента спинного мозку з непорушеною чутливістю та антигравітаційною (3 або більше) силою функції м'язів, за умови, що відповідно є нормальна (інтактна) функція чутливості та моторики. НРУ є найголовнішим із рівнів чутливості та моторики, визначених протягом кроків 1 і 2.
4. Визначте, чи травма є повною або неповною. (інакше кажучи - відсутність або наявність збереження сакральних функцій) Якщо є довільне скорочення анального сфінктеру = НІ ТА всі оцінки чутливості в сегментах S4-5 = 0 ТА глибокий анальний тиск = НІ, тоді травма є Повною. В іншому випадку травма є Неповною



5. Визначити зону часткового збереження (ЗЧЗ). ЗЧЗ використовується лише при травмах із відсутністю моторної (без ДАС) АБО сенсорної функції (немає ГАТ, немає ЛД і УШ відчуття) у нижніх крижових сегментах S4-5, і відноситься до тих дерматомів та міотомів, що розташовані каудально до чутливих та моторних рівнів, які залишаються частково іннервованими. До крижового збереження сенсорної функції, сенсорна ЗЧЗ не застосовується, тому «НЗ» записано в блоці аркуша. Відповідно, якщо присутній ДАС, моторна ЗЧЗ не застосовується і позначається як «НЗ».