

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

« 20 » ноябрь 2018 г.

Регистрационный № 129-1118

МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Авторы: к.м.н. И.Я. Чапко, к.м.н. Т.А. Емельянцева,
д.м.н. А.Н. Филиппович, В.Е. Перкова

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц
30.11.2018
Регистрационный № 129-1118

**МЕТОД ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: канд. мед. наук И. Я. Чапко, канд. мед. наук Т. А. Емельянцева, д-р
мед. наук А. Н. Филиппович, В. Е. Перкова

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных дисциркуляторной энцефалопатией, который может быть использован в комплексе медицинских услуг с целью улучшения исходов заболевания, предупреждения развития инвалидности или снижения степени ограничений жизнедеятельности при сформировавшейся инвалидности.

Область применения: формирование реабилитационных программ пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией.

Настоящая инструкция по применению предназначена для врачей-реабилитологов, иных врачей-специалистов и других специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам в стационарных и амбулаторных условиях.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Показанием для оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) является наличие стойких нарушений функций органов и систем организма пациента, приводящих к стойким ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности при:

ДЭП I стадии в случае несоответствия состояния здоровья требованиям, предъявляемым профессией (выявление медицинских противопоказаний к продолжению трудовой деятельности);

ДЭП 2 стадии;

ДЭП 3 стадии.

2. При направлении пациента с ДЭП для оценки ограничений жизнедеятельности и медико-социальной экспертизы (МСЭ) необходимо представить: анамнез жизни, историю заболевания, сведения, позволяющие оценить характер течения ДЭП, характер и частоту пароксизмальных состояний (кризы, пароксизмальные нарушения ритма, эпилептические приступы, обмороки и др.), частоту и длительность временной нетрудоспособности за последние 12 мес. (у работающего пациента), сведения о характере и условиях труда. При необходимости к направлению на медико-социальную экспертизу прилагаются протоколы проведенных исследований, консультативные заключения врачей-специалистов, эпикризы, информация о профессиональном маршруте (копия трудовой книжки), материалы аттестации рабочего места: карта аттестации рабочего места, должностная (технологическая) инструкция и иные документы.

Оценка проводится с учетом результатов динамического наблюдения за пациентом в амбулаторных и стационарных условиях, сведений о частоте и характере обращений за оказанием медицинской помощью, в т. ч. за скорой (неотложной), медицинской реабилитации.

3. При повторном направлении пациента с ДЭП на МСЭ для переосвидетельствования обязательно представить сведения о течении заболевания, его динамике за период, прошедший со дня предыдущего освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК), в т. ч. результаты нейропсихологического тестирования MMSE, FAB в динамике, а также медицинской реабилитации пациента в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации, ее эффективности; частоте и

длительности временной нетрудоспособности за последние 12 мес. (у работающего пациента), характере и условиях труда и др.

4. При комплексной оценке состояния здоровья и социальной недостаточности пациента с ДЭП оцениваются:

стадия ДЭП;

степень выраженности и стойкость нарушений функций органов и систем организма пациента (далее — нарушение функций) с учетом возможности и эффективности компенсации лекарственными средствами, техническими средствами социальной реабилитации;

характер течения заболевания;

наличие, частота и тяжесть пароксизмальных расстройств (транзиторные ишемические атаки, кризы и др);

эффективность лечения и медицинской реабилитации;

наличие, характер течения сопутствующих заболеваний;

ограничение жизнедеятельности;

клинико-трудовой прогноз.

5. При ДЭП у пациентов оценивают имеющиеся нарушения:

статодинамических функций, которые проявляются в виде акинетико-ригидного синдрома, атаксии, вестибулярного синдрома; приступов внезапного падения без потери сознания — «дроп-атаки»; лобной диспраксии ходьбы, «астазии-абазии»;

речевых функций в виде дизартрии;

психических функций в виде нарушения эмоций, воли, поведения, когнитивных процессов;

других функций.

6. ДЭП приводит к ограничениям жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, трудовой деятельности.

7. Оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности пациента при ДЭП проводится в соответствии с инструкцией о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97.

8. Клинико-функциональная характеристика нарушений функций, возникающих у пациентов при ДЭП, ограничения жизнедеятельности, к которым они приводят, степень их выраженности, ранжированная по функциональным классам (ФК), представлены в таблице согласно приложению.

9. В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими нарушениями функций органов и систем организма, клинико-трудового прогноза устанавливается I, II или III группа инвалидности.

10. Критериями установления III группы инвалидности пациентам с ДЭП является умеренная социальная недостаточность в случаях:

10.1. ДЭП 2 стадии с умеренными (ФК2) нарушениями функций:

умеренный акинетико-ригидный синдром;
умеренная атаксия;
умеренный вестибулярный синдром;
умеренные психические нарушения.

10.2. ДЭП 2 стадии с легкими нарушениями функций двух и более систем организма пациента, формирующими синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к стойкому умеренному (ФК2) ограничению жизнедеятельности;

10.3. ДЭП 1 стадии с легкими (ФК1) нарушениями функций у лиц, занятых в профессиях, предъявляющих повышенные требования к состоянию их здоровья, приводящих к умеренному ограничению способности к трудовой деятельности, соответствующему ФК2, при неспособности продолжать работу по основной квалифицированной профессии и невозможности трудоустройства в профессии равной по квалификации утраченной.

10.4. ДЭП 2 стадии с легкими (ФК1) и (или) умеренными (ФК2) нарушениями функций, приводящими к легкому ограничению трех и более способностей (к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующих ФК1, формирующих синдром социальной компенсации.

11. Критериями установления II группы инвалидности пациентам с ДЭП является выраженная социальная недостаточность в случаях:

11.1. ДЭП 3 стадии с выраженными (ФК3) нарушениями функций, приводящими к выраженному ограничению жизнедеятельности, соответствующему ФК3, и (или) резко выраженному ограничению способности к трудовой деятельности, соответствующему ФК4:

выраженный акинетико-ригидный синдром;
выраженная атаксия;
выраженный вестибулярный синдром;
выраженные психические нарушения;

11.2. ДЭП 2 стадии с умеренными (ФК2) нарушениями функций двух и более систем организма пациента, формирующими синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящий к выраженному ограничению жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующему ФК3.

11.3. Сомнительного трудового прогноза вследствие противопоказаний к трудовой деятельности, соответствующей ФК 4, вне зависимости от степени иных ограничений жизнедеятельности на момент МСЭ, который определяется при ДЭП 2 стадии с частыми пароксизмальными расстройствами (транзиторные ишемические атаки и др.).

11.4. ДЭП 2 стадии с умеренными нарушениями функций, приводящими к умеренному ограничению трех и более способностей (к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующих ФК2 формирующих синдром социальной компенсации.

12. Критериями установления I группы инвалидности пациентам с ДЭП является резко выраженная социальная недостаточность и нуждаемость в постоянном уходе (медицинском и (или) бытовом) в случаях:

12.1. ДЭП 3 стадии с резко выраженными (ФК4) нарушениями функции, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующему ФК4:

- резко выраженный акинетико-ригидный синдром;
- резко выраженная атаксия;
- резко выраженный вестибулярный синдром;
- резко выраженные психические нарушения.

12.2. ДЭП 3 стадии с выраженными (ФК3) нарушениями функций двух и более систем организма пациента, формирующими синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящий к резко выраженному ограничению жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующему ФК4.

12.3. ДЭП 3 стадии с выраженными (ФК3) и (или) резко выраженными (ФК4) нарушениями функций, приводящими к выраженному ограничению трех и более способностей (к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю своего поведения), соответствующих ФК3, формирующих синдром социальной компенсации.

**Функциональные нарушения и вызванные ими ограничения жизнедеятельности
при дисциркуляторной энцефалопатии**

Функциональный класс нарушений	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности
	1. Нарушения статодинамических функций	
	1.1. Акинетико-ригидный синдром	
ФК1	Легкий акинетико-ригидный синдром. Проявляется распространением на одну конечность или по гемитипу, небольшой замедленностью движений, выпадением содружественных синергий при ходьбе, незначительным повышением мышечного тонуса. Для акинетико-ригидного синдрома при дисциркуляторной энцефалопатии характерно наличие двусторонней симметричной брадикинезии и ригидности, преобладание брадикинезии над ригидностью, преобладание ригидности в ногах, отсутствие феномена «зубчатого колеса», отсутствие тремора покоя, сочетание с пирамидными и мозжечковыми симптомами, начальными псевдобульбарными нарушениями. Периоды прогрессирования симптомов чередуются с периодами стабилизации и улучшения.	Способность к: самостоятельному передвижению — ФК0, 1; трудовой деятельности — ФК0, 1
ФК2	Умеренный акинетико-ригидный синдром. Проявляется распространением на две конечности с преобладанием ригидности в ногах, повышением мышечного тонуса по экстрапирамидному типу, скованностью движений в ногах, заметным изменением походки с укорочением длины шага, увеличением количества шагов, сочетанием с пирамидными и мозжечковыми симптомами, псевдобульбарными нарушениями, лобной диспраксией ходьбы. Экстрапирамидные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии характеризуются отсутствием типичных для идиопатического паркинсонизма тремора покоя, сгибательной позы, пропульсий, вегетативных нарушений и преобладанием изменений походки, нарушением равновесия. Нарушения носят прогрессирующий характер и отличаются отсутствием периодов улучшения.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2; самостоятельному передвижению — ФК2; трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК3	Выраженный акинетико-ригидный синдром. Проявляется мышечной ригидностью в нижних конечностях, резкой замедленностью движений при сохранении способности к ходьбе мелкими шажками, распространением ригидности и замедленности движений на верхние конечности.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3; самостоятельному передвижению — ФК3;

		трудоу деятельности — ФК3, 4
ФК4	Резко выраженный акинетико-ригидный синдром. Проявляется мышечной ригидностью в верхних и нижних конечностях, резкой замедленностью или полной невозможностью движений, резко выраженным ограничением или отсутствием способности к ходьбе.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4; самостоятельному передвижению — ФК4; трудоу деятельности — ФК3, 4
	1.2. Атаксия	
ФК1	Легкая атаксия. Проявляется неуверенностью в ходьбе только в определенных условиях (низкая освещенность в вечернее и зимнее время, при поворотах); легким пошатыванием в сенсibilизированной позе Ромберга, неуверенностью при выполнении точных координированных движений; ходьба не нарушена, прямая и фланговая походка уверенная, величина отклонения траектории ходьбы не превышает 10–15°	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1 самостоятельному передвижению — ФК0, 1; трудоу деятельности — ФК0, 1
ФК2	Умеренная атаксия. Проявляется нарушением равновесия, пошатыванием и приступами внезапного падения при ходьбе, нарушением точной координации движений; пошатыванием в простой позе Ромберга и отсутствием устойчивости в сенсibilизированной позе Ромберга. Ходьба нарушена в умеренной степени, походка изменена (атактическая), компенсируется увеличением площади опоры; прямая и фланговая походка неуверенная, величина отклонения траектории ходьбы составляет 16–30°. Умеренные затруднения при выполнении координаторных проб (пальценосовой, пальце-пальцевой, указательной и др.), проявляющиеся в интенционном треморе (незначительном, мелкокоразмашистом), замедлении времени выполнения (скорости) пробы, мимопопадании (степень отклонения составляет 5–7 см).	Способность к: самообслуживанию — ФК1; самостоятельному передвижению — ФК1, 2; трудоу деятельности — ФК1, 2
ФК3	Выраженная атаксия. Проявляется значительными затруднениями в сохранении равновесия при стоянии и ходьбе, нарушением координации движений, затрудняющими повседневную (бытовую) деятельность. Отмечается отсутствие устойчивости в простой позе Ромберга, ходьба значительно нарушена, значительно изменена походка (атактическая), прямая походка зигзагообразная, шатающаяся; фланговая походка резко затруднена или невозможна. Величина отклонения траектории ходьбы составляет более 30°. Имеющиеся грубые нарушения при выполнении координаторных проб (интенционный	Способность к: самообслуживанию — ФК3; самостоятельному передвижению — ФК3; трудоу деятельности — ФК3, 4

	тремор, мимопадание) вызывают затруднения при выполнении элементарных бытовых навыков во время осмотра (расстегивание пуговиц, замков-«молний» одежды).	
ФК4	Резко выраженная атаксия. Проявляется затруднением подъема из положения лежа в положение сидя. Возможно поддержание положения тела сидя с использованием фиксирующих приспособлений. Невозможность самостоятельного стояния. Ходьба в пределах жилья невозможна или имеется возможность передвижения с помощью других лиц, вспомогательных средств, невыполнение координаторных проб, резкое затруднение осуществления элементарных бытовых навыков.	Способность к: самообслуживанию — ФК4; самостоятельному передвижению — ФК4; трудовой деятельности — ФК4
	1.3. Вестибулярный синдром	
ФК1	Легкий вестибулярный синдром. Проявляется непостоянным несистемным головокружением: чувством неустойчивости и покачивания, потерей чувства равновесия (вестибулярной атаксией) с тенденцией к падению в определенную сторону (но без истинного падения), тошнотой, ощущениями шума, звона, гудения в ушах, реж в голове, потемнением в глазах в сочетании с приступами системного головокружения, редкими (1 раз в 1 мес.) и легкими (не сопровождающимися вегетативно-сосудистыми реакциями) приступами головокружения продолжительностью до 10 мин; спонтанный нистагм отсутствует или выявляется только при взгляде в сторону быстрого компонента (1 ст.), мелкий, клонический, горизонтальный (в период обострения); позиционный нистагм отсутствует или слабо выражен.	Способность к: самостоятельному передвижению — ФК0, 1; трудовой деятельности — ФК0, 1
ФК2	Умеренный вестибулярный синдром. Проявляется постоянным несистемным головокружением в сочетании с приступами системного головокружения средней частоты (2–3 раза в 1 мес.) и средней тяжести (сопровождающимися легкими вегетативно-сосудистыми реакциями: побледнение (покраснение) кожных покровов, тошнота) продолжительностью от 10 мин до 1 ч. В дни приступов и период несколько дней после приступов спонтанный нистагм отсутствует или выявляется при взгляде прямо (2 ст.), горизонтальный или горизонтально-ротаторный, среднеразмашистый, клонический; позиционный нистагм отсутствует или проявляется в легкой степени.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1; самостоятельному передвижению — ФК1; трудовой деятельности — ФК0, 1, 2
ФК3	Выраженный вестибулярный синдром. Проявляется постоянным несистемным головокружением в сочетании с приступами системного головокружения — частыми (4 раза в 1 мес.) и тяжелыми (сопровождающимися умеренными вегетативно-сосудистыми реакциями: побледнение (покраснение) кожных покровов, тошнота, рвота, гиперсаливация), продолжительностью более 1 ч с наличием послеприступного периода (до 3 ч). В дни приступов и период несколько дней после приступов спонтанный нистагм	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2; самостоятельному передвижению — ФК1, 2; трудовой деятельности — ФК1, 2, 3

	отсутствует или выявляется при взгляде в сторону медленного компонента (3 ст.), имеет различное направление, клонотонический. Позиционный нистагм отсутствует или проявляется в легкой и умеренной степени.	
ФК4	Резко выраженный вестибулярный синдром. Проявляется постоянным несистемным головокружением в сочетании с приступами системного головокружения — очень частыми (2 раза в неделю и более) и тяжелыми (сопровождающимися выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями: побледнение (покраснение) кожных покровов, продолжительная рвота) продолжительностью более 2 ч с наличием длительного послеприступного периода (до 12 ч). Постоянный спонтанный нистагм при взгляде в сторону медленного компонента (2, 3 ст.), имеет различное направление, клонотонический.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3; самостоятельному передвижению — ФК2, 3; трудовой деятельности — ФК3, 4
	1.4. Приступы внезапного падения без потери сознания — «дроп-атаки»	
ФК1	Легкие нарушения. Проявляются приступами внезапного падения, возникающими при поворотах головы, реже спонтанно (без поворота и запрокидывания головы) без полной потери сознания и головокружений в момент падения с частотой до 6 раз в год.	Способность к: трудовой деятельности — ФК0, 1
ФК2	Умеренные нарушения. Проявляются приступами внезапного падения, возникающими при поворотах головы, чаще спонтанно (без поворота и запрокидывания головы) без полной потери сознания в момент падения с частотой от 7 до 12 раз в год.	Способность к: самообслуживанию — ФК0, 1; трудовой деятельности — ФК0, 1
ФК3	Выраженные нарушения. Проявляются приступами внезапного падения, возникающими спонтанно (без поворота и запрокидывания головы), сопровождающимися вегетативными нарушениями (ортостатической гипотензией длительностью более 20 мин, брадикардией) с частотой от 2 до 4 раз в 1 мес.	Способность к: самообслуживанию — ФК1; трудовой деятельности — ФК1, 2
ФК4	Резко выраженные нарушения. Проявляются приступами внезапного падения, возникающими спонтанно (без поворота и запрокидывания головы), сопровождающимися вегетативной дисфункцией (ортостатической гипотензией длительностью более 30 мин, брадикардией) с частотой 2 раза в неделю и чаще.	Способность к: самообслуживанию — ФК1, 2; трудовой деятельности — ФК3, 4
	1.5. Лобная диспраксия ходьбы, «астазия-абазия»	
ФК1	Легкая диспраксия. Проявляется легкими затруднениями в начале ходьбы: пациент осторожно делает первые шаги, в дальнейшем продолжая движение мелкими шагами, через несколько шагов ходьба становится уверенной, ровной, а шаг более широким, равномерным, отмечается легкая неустойчивость при поворотах.	Способность к: самостоятельному передвижению — ФК0, 1; трудовой деятельности — ФК0, 1

ФК2	Умеренная диспраксия. Проявляется затруднениями в начале ходьбы: пациент долго не может тронуться с места, с трудом отрывает ноги от пола, делает несколько «пробных» скользящих мелких шагов или топчется на месте. Сдвинувшись с места, продолжает движение мелкими шаркающими или семенящими ногами, через несколько шагов ходьба становится более уверенной, а шаг более широким. Характерны неравномерность шага, «застывание» во время ходьбы, увеличение площади опоры (туловище не наклоняется кпереди, а остается прямым), неустойчивость при поворотах. Параллельно с нарушением функции ходьбы нарушается статика (теряется равновесие), что приводит к падениям при ходьбе.	Способность к: самообслуживанию ФК 1; самостоятельному передвижению — ФК1, 2; трудовой деятельности — ФК1, 2
ФК3	Выраженная диспраксия. Проявляется нарушением постуральных рефлексов, из-за которых пациент не может быстро сесть в постели (с трудом поворачивается, присаживается, заваливается в стороны), самостоятельно может стоять с помощью трехопорной трости или поддерживающих лиц. Значительно затруднено удержание равновесия: самостоятельно пациент падает вперед или назад, но при поддержке или опоре может переступить, имитируя медленную ходьбу.	Способность к: самообслуживанию — ФК2, 3; самостоятельному передвижению — ФК3; трудовой деятельности — ФК3, 4
ФК4	Резко выраженная диспраксия. Проявляется резко выраженным нарушением постуральных рефлексов, резко выраженным нарушением равновесия, из-за которых пациент не может стоять, ходить (при попытке ходьбы не может удержать свое тело) или сидеть без поддержки.	Способность к: самообслуживанию — ФК3, 4; самостоятельному передвижению — ФК4; трудовой деятельности — ФК4
2. Нарушения речевых функций (дизартрия)		
ФК1	Легкая дизартрия. Незначительно нарушена плавность речи. Речь замедляется в легкой степени, отмечается смазанность при произношении звуков. Нарушения звукопроизношения относятся к сложным по артикуляции звукам: «ж», «ш», «р», «ц», «ч». При произнесении звонких звуков отмечается недостаточное участие голоса. Затрудняется произношение мягких звуков «л», «ль». Речевая активность удовлетворительная.	Способность к: общению — ФК0; трудовой деятельности — ФК0
ФК2	Умеренная дизартрия. Нарушены темп и плавность речи, произношение замедленное. Функция артикуляционного аппарата значительно нарушена, в результате чего развиваются выраженные нарушения звукопроизношения. Темп речи замедлен; речь является невнятной, смазанной, негромкой. Вследствие нарушений подвижности губ расстраивается артикуляция гласных звуков, она становится нечеткой, звуки произносятся с усиленным носовым выдохом. В большинстве случаев происходит	Способность к: общению — ФК1; трудовой деятельности — ФК0, 1

	смешение звуков «и» и «ы». Нарушается четкость произношения звуков «а», «у». Из согласных наиболее частые нарушения характерны для шипящих звуков «ж», «ш», «щ», также нарушаются аффрикаты «ч», «ц», которые, а также звуки «р» и «л» произносятся приближенно, в виде носового выдоха с призвуком «хлюпающего» характера. Речевая активность снижена в умеренной степени.	
ФК3	Выраженная дизартрия. Речь нечленораздельная, малопонятная для окружающих, напряжена, имеются грубые нарушения звукопроизношения, голоса, интонационной выразительности. Аффрикаты распадаются на составные части «ц» – «тс», «ч» – «тш». Происходят замены щелевых звуков на смычные «с» – «т», «з» – «д». При сочетании согласных происходит опускание звуков. Звучные согласные избирательно оглушаются. Речевая активность снижена в выраженной степени.	Способность к: общению — ФК2; трудовой деятельности — ФК1, 2, 3
ФК4	Резко выраженная дизартрия, анартрия. Полная невозможность звукопроизношения, речь отсутствует, возможны отдельные нечленораздельные звуки. Пациенты пользуются жестами и мимикой.	Способность к: общению — ФК3; трудовой деятельности — ФК2, 3, 4
	3. Нарушения психических функций	
ФК1	Легкие нарушения психических функций: при легком когнитивном расстройстве (F06.7) (может сочетаться с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (F06.6), органическим тревожно-депрессивным расстройством (F06.82): о наличии когнитивных нарушений (на протяжении как минимум двухнедельного периода) сообщается пациентом (родственниками, работодателем); проявляется затруднениями в одной из следующих сфер: обучение новому материалу; память (например, воспроизведение); концентрация внимания; мышление (например, замедление мышления); речь (например, понимание, подбор слов и др.); при органическом тревожно-депрессивном расстройстве (F06.82): тревога с внутренним беспокойством, соматическими симптомами тревоги, симптомами (мышечное напряжение, боли, неспособность расслабиться, затруднения в сосредоточении внимания, раздражительность, нарушения сна, снижение настроения). Тяжесть когнитивных нарушений подтверждается результатами нейропсихологических тестов в динамике: краткосрочной оценки психического статуса (Mini Mental State examination, MMSE) и оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB): на 1–2 балла ниже нормативных показателей.	Способность к контролировать свое поведение — ФК0, 1; к трудовой деятельности — ФК0, 1

	Наличие органического тревожно-депрессивного расстройства подтверждается результатами шкалы госпитальной тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) или шкалы Бека, или шкал тревоги и депрессии Гамильтона.	
ФК2	<p>Умеренные нарушения психических функций: при органическом расстройстве личности (F07.0): наличие на протяжении 6 мес. или более как минимум 3-х признаков из числа следующих: сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность; одно или более из следующих эмоциональных изменений: эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций), эйфория и плоские, неуместные шутки, раздражительность и (или) вспышки гнева и агрессии, апатия; расторможенность влечений без учета последствий и социальных норм; излишняя подозрительность; повышенная заинтересованность одной темой, например, своего здоровья; выраженная обстоятельность, вязкость речи; кверулянтские тенденции; изменение сексуального поведения; при умеренных когнитивных нарушениях, не достигающих степени деменции. Умеренные когнитивные нарушения могут наблюдаться изолированно или сочетаться с диагнозом «органическое расстройство личности».</p> <p>Умеренные когнитивные нарушения подтверждаются результатами нейропсихологических тестов MMSE (24–27 баллов), FAB (12–16 баллов), рисования часов с сопоставлением результатов тестов и оценкой результатов тестирования в динамике.</p>	Способность к самообслуживанию — ФК0, 1; ориентации — ФК0, 1; контролировать свое поведение — ФК1, 2; к трудовой деятельности — ФК1, 2
ФК3	<p>Выраженные нарушения психических функций: при выраженных когнитивных нарушениях (деменции легкой или умеренной — F 01) с одновременным наличием обоих признаков: ухудшение памяти (наиболее заметное в области усвоения новой информации) и снижение других когнитивных способностей с ослаблением критики и мышления (например, в планировании и организации), а также ухудшении общей обработки информации.</p> <p>При легкой деменции повседневная деятельность затруднена, хотя возможно независимое проживание. Могут отмечаться трудности в повседневной жизни относительно местонахождения бытовых предметов, социальных договоренностей или информации, полученной от родственников.</p> <p>При умеренной деменции удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается случайно или на очень короткое время. Пациент не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он</p>	Способность к самообслуживанию — ФК2, 3; ориентации — ФК2, 3; контролировать свое поведение — ФК2, 3; к трудовой деятельности — ФК3, 4

	<p>недавно делал или как зовут его знакомых. В пределах дома может выполняться лишь простая работа. Интересы ограничены и поддерживаются плохо. Снижение когнитивных способностей до уровня умеренной деменции делает невозможным функционирование в повседневной жизни без периодической посторонней помощи, включая покупки в магазинах и обращение с деньгами.</p> <p>Результаты нейропсихологического тестирования с использованием MMSE (ниже 24 баллов), FAB (ниже 11 баллов), тест рисования часов подтверждают диагноз деменции. Сопоставление результатов MMSE и FAB (при диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей): о лобной деменции свидетельствует низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком показателе MMSE.</p> <p>Для установления клинического диагноза деменции выраженные когнитивные нарушения должны наблюдаться на протяжении не менее 6 мес.</p> <p>Диагноз деменции подтверждается данными о поражении других высших корковых функций (афазией, апраксией, агнозией).</p> <p>Деменция может сопровождаться бредовыми, депрессивными симптомами, агрессивным поведением.</p>	
ФК4	<p>Резко выраженные нарушения психических функций: при тяжелой деменции (F01) с наличием следующих признаков: нарушения памяти (полная неспособность усвоения информации); пациент не в состоянии узнать даже близких родственников; неспособность контролировать функцию тазовых органов; неспособность осуществлять самообслуживание (личную гигиену, прием пищи).</p> <p>Низкие результаты нейропсихологических тестов MMSE, FAB, рисования часов или неспособность выполнить нейропсихологические тесты.</p>	<p>Способность к самообслуживанию — ФК4; ориентации — ФК4; контролировать свое поведение — ФК3, 4; трудовой деятельности — ФК4</p>