

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В.В. Колбанов

25 апреля 2006 г.

Регистрационный № 173-1205

**ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ АЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ
ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ**

Инструкция по применению

Учреждение разработчик: Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук Е.В. Катько, канд. мед. наук И.Я. Чапко, канд. мед. наук Е.В. Власова-Розанская, канд. мед. наук Л.Г. Казак, А.В. Осипова, М.Н. Дымковская

ВВЕДЕНИЕ

Болевой синдром – наиболее частое проявление многих патологических состояний и оказывает существенное влияние на потерю трудоспособности больного. Оценка выраженности болевого синдрома имеет важное медицинское, социальное и экономическое значение. Хроническая боль, теряя свой первоначальный защитно-приспособительный характер, имеет дезадаптивное и патогенное значение для организма. Она вызывает ряд патофизиологических реакций (расстройство функции центральной нервной системы, психические и эмоциональные нарушения), сопровождается нарушением функции вегетативной нервной системы, что в свою очередь, приводит к нарушению в деятельности эндокринной системы и, следовательно, к патологическим изменениям в организме; вызывает структурно-функциональные изменения и повреждения внутренних органов, в частности, сердечно-сосудистой системы и системы микроциркуляции.

В настоящее время болевой синдром рассматривается как самостоятельная форма болезни, отягощающая основную патологию.

Количественная оценка алгического синдрома имеет определенные трудности. Часто выраженность алгии, субъективно оцениваемая больным, не соответствует степени морфологических изменений соответствующего органа или системы в целом. Характер и степень выраженности алгического синдрома определяются неравнозначным влиянием различных факторов: особенностями патологического процесса, степенью его выраженности, индивидуальным порогом болевой чувствительности, состоянием центральной нервной системы, вегетативной нервной системы, психологическим состоянием и другими.

Технология оценки алгического синдрома предусматривает анализ субъективных симптомов, анализ медицинской документации, результатов объективного осмотра (с использованием специальных тестов и диагностических приемов), методы оценки боли, данные инструментальных и неинструментальных методов исследования в состоянии относительного покоя и в процессе выполнения нагрузочных проб, психодиагностические методы

исследования. При решении вопросов медико-социальной экспертизы необходима углубленная комплексная количественная оценка выраженности алгического синдрома, оценка степени его влияния на категории жизнедеятельности.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Разработанная нами технология оценки болевого синдрома рекомендуется использовать при проведении медико-социальной экспертизы, при оценке эффективности реабилитационных мероприятий у больных:

- с ортопедотравматологической патологией – коксартрозом различной этиологии, в том числе после тотального эндопротезирования суставов;
- с вертеброгенной патологией;
- с кардиологической патологией.

У больных с указанной патологией болевой синдром является одним из ведущих симптомов, приводящим к ограничениям жизнедеятельности различной степени выраженности.

Разработанные *протоколы оценки алгического синдрома* при основной инвалидизирующей патологии предусматривают дифференцирование алгий по четырем функциональным классам (см. табл. 1, 2, 3). В протоколах приведены основные функциональные признаки, характерные для конкретной патологии (ортопедотравматологической, вертеброневрологической и кардиологической), характер и величина изменений показателей при соответствующих патологических состояниях, методы диагностики, используемые в каждом конкретном случае. Для сравнения приводятся значения показателей, полученные у практически здоровых лиц.

В протоколах указаны *методы исследования*, необходимые для оценки алгического синдрома:

1. *Клинические методы обследования больных*, включающие опрос больного, анализ медицинской документации, объективный осмотр с использованием специальных тестов и диагностических приемов.

2. *Количественные методы оценки боли:* визуальная аналоговая шкала, вербальная ранговая шкала.

3. *Клинико-диагностические методы:* электрокардиография, ЭКГ–мониторирование, эхокардиография, вариационная пульсометрия в исходном состоянии и с применением ортостатической пробы, исследование центральной гемодинамики, исследование периферического кровообращения нижних конечностей по данным реовазографии, реовазография области тазобедренных суставов, применение нагрузочного тестирования (велоэргометрическое исследование, тредмил-тест, 6–минутный шаговый тест, информационная проба), динамометрия, рентгенологическое исследование, электромиографическое исследование, ангулометрия.

4. *Психологические методы:* статус-И (компьютерная психодиагностическая система - САН, тест Спилбергера-Ханина, тест Люшера, оценка временного интервала), качество жизни (NAIF), 17 PF (опросник Кеттелла), «Тип отношения к болезни», опросник определения уровня профдезадаптации, патопсихологическое исследование психических функций (память, внимание, работоспособность, интеллект).

Данные, полученные при опросе больного (субъективные данные), включают: характер болей (их интенсивность и частоту, продолжительность, время появления, локализацию и иррадиацию болей, что провоцирует и чем купируется алгический синдром, продолжительность болевого синдрома).

Данные, полученные при изучении медицинской документации, включают: характер первичного случая заболевания, характер течения (частоту и тяжесть обострений, их длительность), характер медицинских мероприятий по купированию болевого синдрома, его связь с травмами, профессиональной деятельностью, возрастом и другими факторами.

Объективные данные, полученные в результате обследования, имеют первостепенное значение при оценке алгического синдрома. Предложенные протоколы при проведении медико-социальной экспертизы позволяют объективизировать степень выраженности болевого синдрома, оценить степень

его влияния на течение основного и сопутствующего заболеваний. Разработанная методика комплексной оценки болевого синдрома дает возможность количественно оценить его динамику в процессе медицинской реабилитации лиц с основной инвалидизирующей патологией.

Таблица 1

Протокол оценки алгического синдрома у больных с ортопедотравматологической патологией (коксартрозом)

Функциональные признаки Методы диагностики	Степень выраженности алгического синдрома				
	ФК 0	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
<p>Опрос больного.</p> <p>Оценка уровня болевого ощущения.</p> <p>Анамнез и клинический осмотр: характер и распространенность патологического процесса, давность развития заболевания, локализация боли, факторы, усиливающие или уменьшающие боль, применяющиеся средства и их эффективность.</p>	Боль отсутствует	Боль ноющего характера, после прохождения дистанции более 2 км.	Периодическая боль в покое, усиливающаяся после прохождения дистанции менее 0,5 км, уменьшающаяся после продолжительного отдыха. Боли стартового характера.	Постоянная боль, резко усиливающаяся в начале передвижения, уменьшающаяся после длительного отдыха	Постоянная боль в покое во время ночного сна, усиливающаяся при любом движении в суставе.
<p>Рентгеновская стадия коксартроза по классификации Косинской.</p> <p>Рентгенография области тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях.</p> <p>Рентгенологические признаки состояния вертлужного и бедренного компонентов (при наличии эндопротеза).</p>	Отсутствует	Чаще I	Чаще II, III	Чаще III	Чаще III
	Признаки отсутствуют	Одна или две зоны радиолуценции вертлужной впадины, одна зона - дистального или проксимального участка бедра	Периферическая радиолуценция вертлужного и бедренного компонентов менее 2 мм	Периферическая радиолуценция вертлужного и бедренного компонентов более 2 мм	Прогрессирующая радиолуценция вертлужного или бедренного компонентов

<p>Состояние нервно-мышечного аппарата.</p> <p>Электромиографическое исследование мышц (ЭМГ), окружающих тазобедренный сустав и мышц дистального отдела нижних конечностей: m. tensor fasciae latae, m. gluteus medius, m. rectus femoris, m. biceps femoris (ds), m. tibialis anterior, m. gastrocnemius (ds) в состоянии покоя и после прохождения дистанции 1,5 км. (или при максимальном напряжении мышц у больных с ФК III - IV передвижения), на кожных биполярными электродами с постоянным межэлектродным расстоянием.</p>	<p>В норме</p>	<p>По ЭМГ данным мышц дистального отдела - тремор после прохождения дистанции 1,5 км. Перенос силы опоры на здоровую конечность. Повышенная амплитуда биоэлектрической активности в 1-2 мышцах, окружающих тазобедренный сустав после нагрузки ходьбой. Амплитуда биоэлектрической активности не превышает 250 мкВ. Возможно нарушение координационных отношений мышц. На ЭМГ - относительная компенсация функции нервно-мышечного аппарата.</p>	<p>По ЭМГ данным - перенос силы опоры на здоровую конечность. Амплитуда биоэлектрической активности повышена в 2-3 мышцах, окружающих тазобедренный сустав до 480 - 545 мкВ. На ЭМГ мышц дистального отдела в покое регистрируется тремор, выраженность которого увеличивается после нагрузки ходьбой. Возможно нарушение координационных отношений мышц. На ЭМГ - субкомпенсация функции нервно-мышечного аппарата.</p>	<p>По ЭМГ данным мышц дистального отдела в покое тремор выраженного характера. Амплитуда биоэлектрической активности повышена во всех четырех мышцах, окружающих тазобедренный сустав до 600 мкВ. Значительный перенос силы опоры на здоровую конечность. Невозможность выполнения нагрузки ходьбой. Грубо нарушены координационные отношения мышц дистального отдела. На ЭМГ - декомпенсация функции нервно-мышечного аппарата.</p>	<p>ЭМГ - показатели, характерные для декомпенсации функции нервно-мышечного аппарата, выявляются в состоянии покоя и при синергическом повышении тонуса.</p>
<p>Суммарная амплитуда движений в трех плоскостях в градусах (подвижность *). Ангулометрия в трех плоскостях движений по 0 - проходящему градусу.</p>	<p>> 230°</p>	<p>170–230°</p>	<p>110–170°</p>	<p>50–110°</p>	<p>< 50</p>

<p>Гипотрофия околосуставных мышц. Линейные измерения обхватных размеров бедра и голени. Среднее арифметическое силы всех околосуставных мышц (мышечная сила). Полидинамометрия</p>	Отсутствует	Легкая гипотрофия ягодичных мышц и мышц бедра.	Умеренная гипотрофия ягодичных мышц и мышц бедра.	Умеренная гипотрофия ягодичных мышц и мышц и выраженная гипотрофия мышц бедра.	Выраженная гипотрофия ягодичных мышц, мышц бедра и голени.
<p>100-80 % - условная норма мышечной силы</p>	60-80 % от условной нормы мышечной силы	40-60 % от условной нормы мышечной силы	20-40 % от условной нормы мышечной силы	< 20 % от условной нормы мышечной силы	
<p>Опорная функция. Подография. Метод раздельного взвешивания. Регистрация симметричности правого и левого шага (К).</p>	В норме	Легкая хромота после физических нагрузок (визуально), подография - норма.	Умеренная хромота постоянно, коэффициент ритмичности (К) = 0,93-0,80.	Выраженная хромота, невозможность ходьбы без дополнительной опоры на трость или костыли, К < 0,80.	Невозможна любая опора на ногу, перемещение в кресле-коляске, с помощью ходилок.
<p>Способность передвижения и самообслуживания. Тест ходьбы с регистрацией времени и расстояния. Функциональные категории ходьбы. Шкала ограничений ВОЗ: мобильность, физическая независимость</p>	Норма	Появление хромоты, усталости или боли при прохождении дистанции до 5 км, нарушения самообслуживания отсутствуют.	Появление хромоты, усталости или боли при прохождении дистанции до 1 км, неудобства при подъеме по лестнице, высокую ступеньку или стул, нарушения самообслуживания отсутствуют.	Появление хромоты, усталости или боли при прохождении дистанции до 500 м, затруднения при обувании, входе или выходе в транспорт. Нарушение самообслуживания: зависимость в выполнении действий через контролируемые интервалы времени.	Боли постоянного характера, значительные нарушения в осуществлении гигиены. Нарушение самообслуживания: зависимость в выполнении действий через неконтролируемые интервалы времени.
<p>Купирование болевого синдрома. Клинический анамнез, опрос больного.</p>	Боль отсутствует	Салицилаты периодически.	Частый прием салицилатов.	Частый прием салицилатов, периодически - сильных анальгетиков.	Частый прием салицилатов, частый прием сильных анальгетиков.

Состояния регионарного периферического кровообращения. РВГ по поперечной методике с нитроглицериновой пробой	Интенсивность кровенаполнения сосудов и венозный отток в норме	Незначительно выраженное или умеренное снижение кровенаполнения исследуемой области, затруднение венозного оттока.	Умеренное снижение кровенаполнения исследуемой области, затруднение венозного оттока.	Значительно выраженное снижение кровенаполнения исследуемой области, затруднение венозного оттока.	Резко выраженное снижение кровенаполнения исследуемой области, затруднение венозного оттока.
Характер вегетативных проявлений. Вегетативный индекс Кердо. Вариационная пульсометрия. Моделирование общих мышечных нагрузок легкой и средней тяжести с вовлечением в работу мышц плечевого пояса и регистрацией показателей сердечного ритма по методу вариационной пульсометрии (в покое, в момент мышечного напряжения, отдыха, продолжительностью 10 мин).	Вегетативный индекс Кердо=0 Эйтония Механизмы вегетативной регуляции сердечного ритма в норме	Вегетативный индекс Кердо=0 Эйтония Инертность механизмов вегетативной регуляции сердечного ритма: в сравнении со здоровыми лицами показатели существенно не различаются и сопровождаются незначительным усилением влияния симпатической нервной системы на сердечную деятельность (увеличение ЧСС на 5-10 %, возвращение к донагрузочным показателям в восстановительном периоде).	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) Слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы. Напряжение механизма вегетативной регуляции: умеренное усиление влияния симпатической нервной системы на сердечную деятельность (ЧСС на нагрузку увеличивается на 10-13 % при легкой и 19-28 % при средней тяжести нагрузки. Прирост ЧСС меньше, чем у здоровых лиц, в восстановительном периоде ЧСС на 3-7 % выше исходного уровня).	Вегетативный индекс более (+1,0) Выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы. Срыв механизма вегетативной регуляции сердечного ритма: в соответствии с тяжестью физических нагрузок ЧСС увеличивается до 46 % от исходного уровня, в восстановительном периоде сохраняется повышенный уровень симпатoadренальных влияний.	Вегетативный индекс более (+1,0) Выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы. Срыв механизма вегетативной регуляции.
Визуальная аналоговая шкала, мм	Нет боли	1-24	25-30	31-60	>60

Вербальная ранговая шкала	Нет боли	Слабая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Сильнейшая или невыносимая боль
<p>Эмоционально - волевая сфера: Тревожность, баллы</p> <p>Эмоциональная лабильность и выраженность стрессового состояния (показатель АИ по Статус-И и АТ по Люшеру) Опрос больного</p>	<p>до 28 баллов – нормальный уровень</p> <p>до 20 %</p> <p>Эмоциональная уравновешенность. Фон настроения ровный. Нарушения сна отсутствуют.</p>	<p>от 30 баллов – незначительно повышенная</p> <p>до 25 % (легкое повышение)</p> <p>Легкая эмоциональная лабильность. Фон настроения ровный. Нарушения сна незначительные.</p>	<p>31-44 баллов – умеренно повышенная</p> <p>от 25 до 50 % (умеренное повышение)</p> <p>Эмоциональная лабильность, напряженность умеренно выражены. Отмечается преобладание астенических состояний. Умеренные нарушения сна.</p>	<p>45-54 баллов – выраженная</p> <p>50 до 75 % (значительное повышение)</p> <p>Значительное повышение эмоциональной лабильности, психического напряжения, тревоги. Выражены астенические состояния. Склонность к психическому истощению. Значительные нарушения сна.</p>	<p>55 баллов и выше - очень высокая</p> <p>от 75 до 100 % (резкое повышение)</p> <p>Патология эмоциональной сферы, патология влечения, воли. Обилие соматизированных жалоб, жалоб на сон.</p>
Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	Гармонический тип.	Типы отношения к болезни характеризуются легкой социальной дезадаптацией больного в связи с заболеванием: эргопатический, анозогностический типы.	Типы отношения к болезни характеризуются умеренной социальной и легкой личностной дезадаптацией в связи с заболеванием. Интрапсихическая направленность реагирования: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы.	Типы отношения к болезни характеризуются значительной социальной и умеренной личностной дезадаптацией. Интерпсихическая направленность: сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический типы.	Типы отношения к болезни характеризуются резко выраженной социальной и личностной дезадаптацией. Интерпсихическая направленность: сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический типы.

Интегральный показатель качества жизни (опросник NAIF) (%)	от 76 до 100 %	от 75 до 65 %	от 64 до 50 %	от 49 до 30 %	от 29 % и ниже
	<i>Отдельно оценивается снижение категорий КЖ: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальная функция, познавательная функция, экономическое положение.</i>				
Актуальное нервно-психическое состояние (по данным Статус-И)	Интегральный показатель САН - Норма: от 6,0 баллов и выше.	Легкое снижение показателей. САН – 4,6-5,9 баллов.	Умеренное снижение показателей. САН – 4,5-3,6 баллов.	Значительное снижение показателей. САН – 3,5-2,2 баллов.	Резкое снижение показателей. САН – 2,1-1,0 баллов.
Анализ субъективного показателя (СП) и интегрального показателя (ИП)	Адекватная оценка собственного состояния (СП=ИП от 5,5 баллов и выше).	Характерна неадекватная оценка собственного состояния (больные как недооценивают, так и переоценивают тяжесть своего состояния)			
Патопсихологическая диагностика (состояние высших психических функций, интеллектуально-мнестическая сфера личности).	<i>Уровень работоспособности</i> – достаточный. Нарушений памяти, внимания не отмечается. <i>Интеллект</i> – высокие (IQ более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылок и базовых функций.	<i>Уровень работоспособности</i> – легкое снижение. <i>Внимание</i> – легкое снижение. <i>Память</i> -легкое снижение. <i>Интеллект</i> – высокий (IQ более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта.	<i>Уровень работоспособности</i> – умеренное снижение, умеренная истощаемость психических функций. <i>Внимание</i> – умеренное снижение <i>Память</i> – умеренное снижение <i>Интеллект</i> - IQ 89-80	<i>Уровень работоспособности</i> – значительное снижение. <i>Внимание</i> - значительное снижение <i>Память</i> – значительное снижение <i>Интеллект</i> - IQ– 79-70 пограничный уровень	<i>Уровень работоспособности</i> – резкое снижение. Выражено быстрое истощение психических функций. <i>Внимание</i> – резкое снижение <i>Память</i> – грубые нарушения. <i>Интеллект</i> - IQ – ниже 70 дефектный уровень.

Таблица 2

Протокол оценки алгического синдрома при вертебрoneврологической патологии

Функциональные признаки, методы диагностики	Степень выраженности алгического синдрома				
	ФК 0	ФК 1	ФК 2	ФК 3	ФК 4
Характер болей *, **, ***, **** (см. примечание).	Нет	Боли возникают под влиянием статодинамических нагрузок, полностью проходят после отдыха в горизонтальном положении.	Боли периодические, возникают в связи со статодинамическими нагрузками на позвоночник, усиливаются при движениях, длительных вынужденных позах.	Боли почти постоянные, усиливаются при легких статодинамических нагрузках (перемена положения тела, подъем с постели и др.). При ортопедической укладке боли уменьшаются.	Боли постоянные, интенсивные, усиливаются при малейших статодинамических нагрузках. Ортопедическая укладка в постели лишь слегка уменьшает выраженность боли, больные принимают вынужденные позы, избегают любых движений, плохо спят из-за боли.
<p>Примечание: здесь и далее указаны функциональные признаки, которые имеются и оцениваются: * - при рефлекторных синдромах (люмбаго, люмбалгия); ** - при рефлекторно-тонических синдромах (люмбоишиалгия); *** - при корешковых синдромах (радикулопатия); **** - при корешково-сосудистых синдромах (радикулоишемия).</p>					
Иррадиация болей	Отсутствует	Отсутствует	Иррадиация болей по ходу корешка	Иррадиация болей по ходу нескольких корешков	Иррадиация болей по ходу нескольких корешков
Продолжительность болевого синдрома (обострения).	Нет	Продолжительность обострения не превышает 2-х недель (*, **).	Продолжительность обострения от 2-х недель до 2-3 месяцев (**, ***).	Продолжительность обострения свыше 3-х месяцев, переход в хронические формы (**, ***, ****).	Продолжительность обострения свыше 3-х месяцев, переход в хронические формы (**, ***, ****).

Характер изменения походки **, ***, ****	Не нарушена	Походка не изменена движения в позвоночнике при ходьбе свободны или незначительно ограничены.	Походка шадящая. Объем движений в позвоночнике при ходьбе ограничен, особенно сгибание в первой фазе шага.	Передвижение из-за болей возможно в пределах помещения, походка шадящая, укорочен шаг на здоровой стороне. Для разгрузки при ходьбе позвоночника больные используют различные приемы (симптом Минара, «треноги» или «распорки»).	Передвижение из-за болей с трудом осуществляется в пределах помещения.
Объем движений в поясничном отделе позвоночника *, **, ***, ****	Средне-нормальные значения [#]	Ограничение объема движений до 25 % от средненормальных значений.	Ограничение объема движений на 25-49 % от средненормальных значений.	Ограничение объема движений на 50-74 % от средненормальных значений.	Ограничение объема движений на 75-100 % от средненормальных значений.
	[#] За средненормальный объем движений в позвоночнике, по данным гонио- и курвиметрии, принимаются следующие : В шейном отделе для здоровых лиц моложе 65 лет угол сгибания и разгибания составляет по 70 ⁰ , угол бокового наклона 35 ⁰ и угол поворота 80 ⁰ ; для лиц старше 65 лет: угол сгибания 35 ⁰ , разгибания - 40 ⁰ , наклона- 20 ⁰ , поворота - 45 ⁰ . В нижнегрудном и поясничном отделах поворот туловища при фиксации таза и ног составляет по 30 ⁰ в ту и другую стороны. В поясничном отделе позвоночника в объеме движений в сагиттальной плоскости по данным курвиметрии (сумма кифозирования и лордозирования, в мм) составляет: при росте до 160 см – 48 мм; при росте 161-170 см = 45 мм; при росте более 180 см – 35 мм.				
Сколиоз *, **, ***, ****	Нет	Слабо выраженный, выявляется при функциональных пробах.	Умеренно выраженный, выявляется в положении стоя, лежа исчезает.	Выраженный, стойкий, не исчезает в положении лежа.	Резко выраженный, не исчезает в положении лежа.
Наличие рефлекторно-вертебрального синдрома *, **, ***, ****	Отсутствует	Выявляются отдельные признаки вертебрального синдрома: уплощение лордоза, легкое напряжение паравертебральной мускулатуры.	Умеренные признаки вертебрального синдрома: уплощение или исчезновение лордоза, легкий сколиоз, умеренное напряжение паравертебральных мышц.	Выраженные признаки вертебрального синдрома: исчезновение лордоза, сколиоз, кифоз, выраженное напряжение паравертебральных мышц (мышцы «каменной» плотности), положительный симптом ипсилатерального напряжения многогроздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков,	Резко выраженные признаки вертебрального синдрома: отсутствие лордоза, выраженный сколиоз, кифоз, резко выраженное напряжение паравертебральных мышц, положительный симптом ипсилатерального напряжения многогроздельных мышц; выраженная локальная болезненность остистых отростков,

				паравертебральных точек; выраженное ограничение движений позвоночника.	паравертебральных точек; выраженное ограничение движений позвоночника.
Симптомы натяжения нервных стволов **, ***, ****	Отсутствуют	Симптомы натяжения нервных стволов не выражены.	Симптомы натяжения нервных стволов выражены умеренно: симптом Ласега под углом 40-60 ⁰ , симптом посадки под углом 50-70 ⁰ .	Выражены симптомы натяжения нервных стволов: симптом Ласега под углом 20-30 ⁰ , симптом посадки под углом 30-40 ⁰ , положительные симптомы Брагарда, Соколянского, Нери, Дежерина.	Резко выражены симптомы натяжения нервных стволов, обследование больных затруднено из-за резких болей.
Наличие, локализация, сочетание рефлекторных и чувствительных нарушений **, ***, ****	Нет	Слабо выраженные рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка.	Умеренно выраженные рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо слабо выраженные признаки поражения двух корешков, либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабо выраженными нарушениями в зоне иннервации другого корешка.	Сильно выраженные рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации двух корешков, либо сильно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабо выраженными нарушениями иннервации другого корешка.	Сильно выраженные рефлекторные и чувствительные нарушения в зоне иннервации двух или более корешков; либо сильно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка и умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации двух других корешков; либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации трех корешков.
Наличие, локализация, сочетание двигательных, рефлекторных и чувствительных нарушений (при компрессионно ишемическом поражении ****).	Нет	Слабо выраженные двигательные, либо рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка.	Умеренно выраженные двигательные, либо рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо слабо выраженные признаки поражения двух корешков, либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабо выраженными нарушениями в зоне иннервации другого корешка.	Сильно выраженные двигательные, либо рефлекторные, либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка; либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации двух корешков, либо сильно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка в сочетании со слабо выраженными нарушениями иннервации другого корешка.	Сильно выраженные двигательные, рефлекторные и чувствительные нарушения в зоне иннервации двух или более корешков; либо сильно выраженные нарушения в зоне иннервации одного корешка и умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации двух других корешков; либо умеренно выраженные нарушения в зоне иннервации трех корешков.

<p>Нейродистрофический синдром **, ***, ****</p>	<p>Нет</p>	<p>Имеется несколько очагов остеомиофиброза в пределах одной анатомической области, часть из которых слабо болезненна при пальпации (о болезненности судят по словесному отчету), а часть умеренно болезненна при пальпации (о болезненности судят по мимической реакции); либо имеются очаги в двух-трех анатомических областях, все слабо болезненные пальпации.</p>	<p>Имеются очаги остеомиофиброза в пределах двух-трех анатомических областей, при пальпации часть из них слабо болезненная, а часть – умеренно болезненная; либо очаги в двух областях, все умеренно болезненные; либо имеется очаг в одной анатомической области, сильно болезненный при пальпации (о болезненности судят по общей двигательной реакции), наряду со слабо болезненными очагами в других областях.</p>	<p>Имеются очаги остеомиофиброза в двух-трех анатомических областях, часть из которых умеренно, а часть сильно болезненна при пальпации; либо очаги в трех и более областях, все умеренно болезненные; либо чрезвычайно болезненный очаг в пределах одной анатомической области при слабо и умеренно болезненных очагах остеомиофиброза в других областях.</p>	<p>Имеются очаги в пределах нескольких анатомических областей, при пальпации все сильно или очень сильно болезненные.</p>
<p>Вегетативные реакции при осмотре больного *, **, ***, **** Характеристика изменения окраски и состояния кожных покровов тела Указаны признаки, которые оцениваются в ходе активных и пассивных движений в позвоночнике, при пальпации, вызывании</p>	<p>Изменения отсутствуют</p>	<p>Изменения отсутствуют</p>	<p>Отмечается незначительная пятнистая гиперемия, «сосудистое ожерелье» на коже спины, реже груди.</p>	<p>Отмечается выраженная пятнистая гиперемия, «сосудистое ожерелье» на коже спины, груди, лица шеи.</p>	<p>Обследование больных затруднено из-за резких болей: при осмотре отмечается выраженная пятнистая гиперемия, «сосудистое ожерелье» на коже спины, груди, лица шеи.</p>

симптомов натяжения.

Характеристика изменения окраски и состояния кожных покровов кистей и стоп	Изменения отсутствуют	Изменения отсутствуют	Окраска кистей и стоп незначительно изменена: (бледность, или гиперемия, цианотичность (акроцианоз), «мраморность»).	Умеренное изменение окраски кистей и стоп: (бледность, или гиперемия, цианотичность (акроцианоз), «мраморность»).	Значительное изменение окраски кистей и стоп: (бледность, или гиперемия, цианотичность (акроцианоз), «мраморность»).
Оценка дермографизма, вызываемого на передней поверхности грудной клетки.	Дермографизм отсутствует	Дермографизм отсутствует	Дермографизм нестойкий (розовый), продолжительностью менее 5 мин.	Дермографизм красный, возвышающийся, стойкий, продолжительностью более 5 мин.	Дермографизм красный, возвышающийся, стойкий, продолжительностью более 10 мин.
Оценка степени потливости	Нормогидроз	Незначительное локальное повышение потливости ладоней, стоп.	Локальное повышение потливости (выраженная влажность ладоней, стоп, поясницы, спины, подмышечных впадин или какой-либо другой части тела).	Генерализованная потливость (повышенная диффузная влажность кожных покровов в целом).	Генерализованная потливость (повышенная диффузная влажность кожных покровов в целом).
Изменение температуры тела после осмотра	Изменения отсутствуют	Изменения отсутствуют	Изменения отсутствуют	Кратковременный подъем температуры тела 36,7-37,0 С.	Кратковременный подъем температуры тела выше 37,1 С
Лабильность артериального давления	Изменения отсутствуют	Изменения отсутствуют	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия систолического АД не превышают 20 мм рт. ст.	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия систолического АД варьируют в интервале 20 - 30 мм рт. ст.	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия систолического АД превышают 30 мм рт. ст.
Лабильность пульса	Изменения отсутствуют	Изменения отсутствуют	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия пульса не превышают 10 ударов в мин.	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия пульса варьируют в интервале 10-20 ударов в мин.	При двукратном измерении (в начале и конце осмотра) различия пульса превышают 20 ударов в мин.

Наличие гипервентиляционного синдрома в процессе осмотра	Нет	Нет	Нет	Изменение глубины и частоты дыхания, чувство «нехватки» воздуха.	Изменение глубины и частоты дыхания, чувство «нехватки» воздуха.
Наличие вегетососудистых кризов в течение первых часов после осмотра	Нет	Нет	Нет	Не всегда	Отмечаются симпатоадреналовые или вагоинсулярные кризы.
Проявление симптомов нервно-мышечной возбудимости во время осмотра	Нет	Нет	Нет	Не всегда	Отмечаются симптом Хвостека, склонность к мышечным спазмам (карпопедальные судороги: сведение пальцев стоп, «кramпи»).
Оценка вегетативного гомеостаза показателя - индекса Кердо в состоянии относительного покоя	Вегетативный индекс = 0 (эйтония)	Вегетативный индекс = 0 (эйтония)	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс более (+1,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс более (+1,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).
Вегетативный индекс Кердо при проведении ортостатической пробы	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс от (+1,0) до (+3,0) (преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс от (+3,0) до (+5,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс от (+5,0) до (+10,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).

Показатели периферической гемодинамики: реографический индекс голени, ом	>0,07	0,07	0,07	0,06	0,05
Затруднение венозного оттока	Нет	Нет	Не всегда	Часто	Всегда
Визуальная аналоговая шкала, мм	Нет боли	1-24	25-30	31-60	>60
Вербальная ранговая шкала	Нет боли	Слабая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Сильнейшая или невыносимая боль
Актуальное нервно-психическое состояние (по данным Статус-И)	Интегральный показатель САН Норма: от 6,0 баллов и выше	Легкое снижение показателей. САН – 4,6-5,9 баллов.	Умеренное снижение показателей. САН – 4,5-3,6 баллов.	Значительное снижение показателей. САН – 3,5-2,2 баллов.	Резкое снижение показателей. САН – 2,1-1,0 баллов.
Анализ субъективного показателя (СП) и интегрального показателя (ИП)	Адекватная оценка собственного состояния (СП=ИП от 5,5 баллов и выше).	Характерна неадекватная оценка собственного состояния (больные как недооценивают, так и переоценивают тяжесть своего состояния).			

Эмоционально-волевая сфера: Тревожность, баллы.	до 28 баллов – нормальный уровень	от 30 баллов – незначительно повышенная	31-44 баллов – умеренно повышенная	45-54 баллов – выраженная	55 баллов и выше - очень высокая
Эмоциональная лабильность и выраженность стрессового состояния (показатель АИ по Статус-И и АТ по Люшеру) Опрос больного	до 20 %	до 25 % (легкое повышение)	от 25 до 50 % (умеренное повышение)	от 50 до 75 % (значительное повышение)	от 75 до 100 % (резкое повышение)
	Эмоциональная уравновешенность. Фон настроения ровный. Нарушения сна отсутствуют.	Легкая эмоциональная лабильность. Фон настроения ровный. Нарушения сна незначительные.	Эмоциональная лабильность, напряженность умеренно выражены. Отмечается преобладание астенических состояний. Умеренные нарушения сна.	Значительное повышение эмоциональной лабильности, психического напряжения, преимущественно тревоги. Выражены астенические состояния, склонность к психическому истощению. Значительные нарушения сна.	Патология эмоциональной сферы, патология влечения, воли. Обилие соматизированных жалоб, жалоб на сон.
Алекситимия (по Торонтской шкале алекситимии). Невозможность словами выразить свои чувства.	до 62 баллов	63-74 балла	75-90 баллов	91-106 баллов	от 106 баллов и выше
Опросник для оценки профессиональной дезадаптации (ОПД). Интегральный показатель	до 32 баллов	32-64 балла	65-95 баллов	от 95 баллов и выше	от 95 баллов и выше

<p>Патопсихологическая диагностика (состояние высших психических функций, интеллектуально-мнестическая сфера личности).</p>	<p><i>Уровень работоспособности</i> – достаточный. Нарушений памяти, внимания не отмечается. <i>Интеллект</i> - высокие (IQ более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылок и базовых функций.</p>	<p><i>Уровень работоспособности</i> - легкое снижение. <i>Внимание</i> - легкое снижение. <i>Память</i> - легкое снижение. <i>Интеллект</i> - более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта.</p>	<p><i>Уровень работоспособности</i> - умеренное снижение, умеренная истощаемость психических функций. <i>Внимание</i> - умеренное снижение. <i>Память</i> - умеренное снижение. <i>Интеллект</i> - IQ 89-80.</p>	<p><i>Уровень работоспособности</i> - значительное снижение. <i>Внимание</i> - значительное снижение. <i>Память</i> - значительное снижение. <i>Интеллект</i> - IQ– 79-70 пограничный уровень.</p>	<p><i>Уровень работоспособности</i> – резкое снижение. Выражено быстрое истощение психических функций. <i>Внимание</i> – резкое снижение. <i>Память</i> – грубые нарушения. <i>Интеллект</i> - IQ – ниже 70 дефектный уровень.</p>
---	---	---	--	--	--

Таблица 3

Протокол клинической оценки алгического синдрома у больных с заболеваниями кардиологического профиля

Функциональные признаки, методы диагностики	Степень выраженности алгического синдрома				
	ФК 0	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
Характер болей *, **	Нет	* боли периодические, носят ноющий, колющий, тупой характер, сопровождаются болевыми ощущениями в других областях в зависимости от заболевания; ** боли давящие, жгучие, сжимающие.	*,** характер болей тот же, боли периодические, более интенсивные, длительные	*,** характер болей тот же, боли почти постоянные, интенсивные.	*,** характер болей тот же, боли почти постоянные, разлитого характера, интенсивные, вплоть до нестерпимых.
<p>Примечание: здесь и далее указаны функциональные изменения при: * - кардиалгиях (неспецифический болевой синдром) ** - ишемической болезни сердца *** - атипичные формы стенокардии отличаются локализацией боли</p>					
Возникновение боли	Боль отсутствует	* боль возникает вне зависимости от физической или психо-эмоциональной нагрузки ** приступы стенокардии возникают при нагрузках повышенной интенсивности, ходьбе по ровной местности в среднем темпе, подъеме на лестницу более чем на два этажа.	* боль возникает в ответ на провоцирующие факторы (изменение положения тела, прием обильной пищи, переохлаждение и т.д.), сопровождается другими проявлениями (изжога, диспепсии и т.д.) ** небольшое ограничение физической активности, приступы стенокардии возникают под влиянием обычной физической нагрузки, при ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние	* боль появляется при легких провоцирующих факторах ** выраженное ограничение физической активности, приступы стенокардии возникают при незначительной нагрузке, ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние более 100-500 м, подъеме на лестницу более чем на один этаж; в холодную, ветреную погоду, ходьбе против ветра (метеочув-	* боль может возникать без провоцирующих факторов ** резко выраженное ограничение физической активности, приступы стенокардии возникают под влиянием небольших физических нагрузок, ходьбе по ровной местности в среднем темпе на расстояние менее 100 м, при нетяжелых бытовых нагрузках; небольшом

			более 500 м, подъеме на лестницу более чем на один этаж; в холодную, ветреную погоду, ходьбе против ветра (метеочувствительность), при эмоциональном возбуждении.	ствительность), при эмоциональном возбуждении; приступы стенокардии покоя.	повышении АД, тахикардии; имеют место неоднократные приступы стенокардии покоя.
Локализация болей	Нет	* точечные, на верхушке, по ходу межреберья ** в левой половине грудной клетки, за грудиной *** атипичная локализация боли.	* сопровождаются болями в межлопаточной области, руке и т.д. ** в левой половине грудной клетки, за грудиной *** атипичная локализация боли.	* сопровождаются болями в межлопаточной области, руке и т.д. ** в левой половине грудной клетки, за грудиной *** атипичная локализация боли.	*сопровождается болями в межлопаточной области, руке и т.д. ** в левой половине грудной клетки, за грудиной *** атипичная локализация боли.
Иррадиация болей	Нет	*, ** Нет	* неспецифично, по ходу нервных сплетений, сосудов; ** в левое плечо, предплечье, кисть, шею, лицо (особенно левую половину), левую подлопаточную область, межлопаточную область, середину спины, нижнюю часть живота.	* неспецифично, по ходу нервных сплетений, сосудов **в левое плечо, предплечье, кисть, шею, лицо (особенно левую половину, левую подлопаточную область, межлопаточную область, середину спины, нижнюю часть живота.	* неспецифично, по ходу нервных сплетений, сосудов ** в левое плечо, предплечье, кисть, шею, лицо (особенно левую половину), левую подлопаточную область, межлопаточную область, середину спины, нижнюю часть живота.
Сопровождение боли	Нет	*, ** Нет	*, ** Нет	* чувство страха, головная боль, повышение АД ** чувство страха, перебои в сердце, сердцебиение, одышка, потливость.	* чувство страха, головная боль, повышение АД ** чувство страха, перебои в сердце, сердцебиение, одышка, потливость, бледность кожных покровов, резкая общая слабость.
Купирование болевого синдрома	Нет	*, ** проходят самостоятельно	* купируются при растирании в области боли, тепловом воздействии, при приеме	*, ** купируются при приеме анальгетических и других препаратов (при	*, ** купируются при внутривенном введении анальгетических и других

			анальгетических препаратов (таблетированные формы), ** купируются при приеме нитроглицерина (спреи, таблетки под язык и т.д.).	внутримышечном введении).	препаратов.
Клинико-диагностические критерии:					
<ul style="list-style-type: none"> ■ ЭКГ, ЭКГ-мониторирование-экстрасистолия, градация по Лауну -бради-и тахикардии -АВ (СА) блокады, степень - синдром WPW - блокады ножек пучка Гисса ■ ВЭМ, нагрузочные пробы - мощность порог. нагрузки, кгм/мин - ДП (двойное произведение), ед. - МЕТ, ед. - смещение ST, мм -ишемия миокарда 	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>более 600</p> <p>более 270</p> <p>более 7</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>1А</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>±</p> <p>-</p> <p>более 600</p> <p>более 270</p> <p>более 7</p> <p>0,5-1 (0,05-0,1 мВ)</p> <p>±</p>	<p>1Б, 2</p> <p>±</p> <p>I</p> <p>±</p> <p>±</p> <p>400-600</p> <p>220-270</p> <p>5 - 7</p> <p>1,5-2 (0,15-0,2 мВ)</p> <p>выраженная</p>	<p>3, 4</p> <p>+</p> <p>II-III</p> <p>±</p> <p>+</p> <p>150-300</p> <p>160-210</p> <p>3 - 5</p> <p>более 2 (0,2 мВ)</p> <p>значительно выраженная</p>	<p>4, 5</p> <p>+</p> <p>III</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>часто не проводится</p> <p>менее 150</p> <p>менее 160</p> <p>менее 3</p> <p>более 2,5 (0,25 мВ)</p> <p>резко выраженная</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Эхо КГ - ФВ (фракция выброса), % - увеличение размеров полостей сердца, толщины стенок (% от нормы) - КДР, см -зоны гипокинезии, акинезии - изменение клапанов с гемодинамическими нарушениями ▪ Информационная проба - КИП, % - сократительный резерв 	<p>более 50</p> <p>нет</p> <p>менее 5</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>более 45</p> <p>в норме</p>	<p>более 50</p> <p>незначительное (до 15 %)</p> <p>менее 5</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>более 45</p> <p>в норме</p>	<p>от 50 до 40</p> <p>20-25 %</p> <p>от 5 до 5,5</p> <p>±</p> <p>-</p> <p>45-35</p> <p>снижен</p>	<p>менее 40</p> <p>более 25 %</p> <p>более 5,5</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>35-24</p> <p>значительно снижен</p>	<p>менее 35</p> <p>более 25 %</p> <p>более 5,5</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>менее 24</p> <p>резко снижен, проба часто не проводится</p>
Примечание: + - признак выявляется, - - признак не выявляется, ± - существует вероятность проявления признака					
Оценка вегетативного гомеостаза показателя - индекса Кердо в состоянии относительного покоя	Вегетативный индекс = 0 (эйтония)	Вегетативный индекс = 0 (эйтония)	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс более (+1,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).	Вегетативный индекс более (+1,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы).

Вегетативный индекс Кердо при проведении ортостатической пробы	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы)	Вегетативный индекс от 0 до (+1,0) (слабо выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы)	Вегетативный индекс от (+1,0) до (+3,0) (преобладание тонуса симпатической нервной системы)	Вегетативный индекс от (+3,0) до (+5,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы)	Вегетативный индекс более (+5,0) (выраженное преобладание тонуса симпатической нервной системы)
Визуальная аналоговая шкала, мм	Нет боли	1-24	25-30	31-60	>60
Вербальная ранговая шкала	Нет боли	Слабая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Сильнейшая или невыносимая боль
Актуальное нервно-психическое состояние (по данным Статус-И)	Интегральный показатель САН - Норма: от 6,0 баллов и выше	Легкое снижение показателей САН – 4,6-5,9 баллов	Умеренное снижение показателей САН – 4,5-3,6 баллов	Значительное снижение показателей САН – 3,5-2,2 баллов	Резкое снижение показателей САН – 2,1-1,0 баллов
Анализ субъективного показателя (СП) и интегрального показателя (ИП)	Адекватная оценка собственного состояния (СП=ИП от 5,5 баллов и выше).	Характерна неадекватная оценка собственного состояния (больные как недооценивают, так и переоценивают тяжесть своего состояния).			

<p>Эмоционально-волевая сфера:</p> <p>Тревожность, баллы</p> <p>Эмоциональная лабильность и выраженность стрессового состояния (показатель АИ по Статус-И и АТ по Люшеру)</p> <p>Опрос больного</p>	<p>до 28 баллов – нормальный уровень</p> <p>до 20%</p> <p>Эмоциональная уравновешенность. Фон настроения ровный. Нарушения сна отсутствуют</p>	<p>от 30 баллов – незначительно повышенная</p> <p>до 25 % (легкое повышение)</p> <p>Легкая эмоциональная лабильность. Фон настроения ровный. Нарушения сна незначительные.</p>	<p>31-44 баллов - умеренно повышенная</p> <p>от 25 до 50 % (умеренное повышение)</p> <p>Эмоциональная лабильность, напряженность умеренно выражены. Отмечается преобладание астенических состояний. Умеренные нарушения сна.</p>	<p>45-54 баллов–выраженная</p> <p>от 50 до 75 % (значительное повышение)</p> <p>Значительное повышение эмоциональной лабильности, психического напряжения, преимущественно тревоги. Выражены астенические состояния, склонность к психическому истощению. Значительные нарушения сна.</p>	<p>55 баллов и выше –очень высокая</p> <p>от 75 до 100 % (резкое повышение)</p> <p>Патология эмоциональной сферы, патология влечения, воли. Обилие соматизированных жалоб, жалоб на сон.</p>
<p>Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)</p>	<p>Гармоничный тип</p>	<p>Типы отношения к болезни характеризуются легкой социальной дезадаптацией больного в связи с заболеванием: эргопатический, анозогностический типы.</p>	<p>Типы отношения к болезни характеризуются умеренной социальной и легкой личностной дезадаптацией в связи с заболеванием. Интрапсихическая направленность реагирования: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы.</p>	<p>Типы отношения к болезни характеризуются значительной социальной и умеренной личностной дезадаптацией. Интерпсихическая направленность: сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический типы.</p>	<p>Типы отношения к болезни характеризуются резко выраженной социальной и личностной дезадаптацией. Интерпсихическая направленность: сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический типы.</p>

Интегральный показатель качества жизни (опросник NAIF) (%)	от 76 до 100	от 75 до 65	от 64 до 50	от 49 до 30	от 29 и ниже
	<i>Отдельно оценивается снижение категорий КЖ: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальная функция, познавательная функция, экономическое положение.</i>				
17 PF (опросник Кеттелла)	Норма распределяется в диапазоне от 5,0 до 6,2 стенов	<i>Анализ особенностей структуры личности. Анализ выраженности депрессивной симптоматики оценивается по шкале О. Оценка психической адаптации (ID – индекс дезадаптации) – чем ниже индекс, тем выше и устойчивее психическая адаптация.</i>			
Патопсихологическая диагностика (состояние высших психических функций, интеллектуально-мнестическая сфера личности).	<i>Уровень работоспособности – достаточный. Нарушений памяти, внимания не отмечается. Интеллект - высокие (IQ более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылки к и базовых функций.</i>	<i>Уровень работоспособности - легкое снижение. Внимание - легкое снижение. Память - легкое снижение. Интеллект - более 120) и средние (IQ 90-120) показатели интеллекта.</i>	<i>Уровень работоспособности - умеренное снижение, умеренная истощаемость психических функций. Внимание - умеренное снижение. Память - умеренное снижение. Интеллект - IQ 89-80.</i>	<i>Уровень работоспособности значительное снижение. Внимание - значительное снижение. Память - значительное снижение. Интеллект - IQ – 79-70 пограничный уровень.</i>	<i>Уровень работоспособности – резкое снижение. Выражено быстрое истощение психических функций. Внимание – резкое снижение. Память – грубые нарушения. Интеллект - IQ – ниже 70 дефектный уровень.</i>