**Чек-лист, вариант 2**

**Бланк** **Физического состояния подопечного к переводу из ДДИ в ПНИ**

Подопечный не в состоянии передвигаться самостоятельно (Уровень по GMFCS 4-5 ).

Заполняется не ранее, чем за 3 месяца до перевода из ДДИ в ПНИ.

**ФИО подопечного: ……………………………………………………………………………………………………….**  
**Дата рождения: ………………………**

**Адрес проживания: …………………………………………………………………………………………………….**

**Планируемая дата переезда из ДДИ в ПНИ: ……………………**

**Меры предосторожности /ограничения:**

*(описание значимых индивидуальных особенностей: например, не демонстрирует реакции на боль и дискомфорт, возможны судороги, возможно усиление неконтролируемых движений, имеет гастростому/трахеостому, использует индивидуальные ортопедические изделия и т. д.)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Особенности состояния (***отметьте соответствие):*

* крупная моторика GMFCS: 4-5 (см. приложение 4)
* функция руки MAСS: 3-4-5 (см. приложение 4)
* скелетно-суставные деформации (*опишите какие):* сколиоз /кифоз /кифосколиоз **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Состояние тазобедренных суставов, *отметьте соответствие (см. приложение 2):*
* Правый - близкий к норме / дисплазия / подвывих / вывих
* Левый - близкий к норме / дисплазия / подвывих / вывих

**Гониометрия суставов нижних конечностей для уровня по GMFCS 4-5 (согласно приложению 3)**

Дата обследования …………………, провел (фио, должность)………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Сгибание в тазобедренном суставе | Разгибание в тазобедренном суставе | Абдукция при согнутом тазобедренном и коленном суставе | Абдукция при разогнутом тазобедренном и коленном суставе | Внутренняя ротация бедра | Внешняя ротация бедра | Сгибание коленного сустава | Разгибание коленного сустава | Дорсофлексия голеностопного сустава при согнутом коленном суставе | Дорсофлексия голеностопного сустава при разогнутом коленном суставе |
| Красный-опасно  Желтый-внимание  Зеленый-норма | ≤90˚  >90˚ <100˚  >90˚ | ≤ -10˚  >-10˚ <0˚  >-10˚ | .≤20˚  >20˚ <30˚  >20˚ | ≤20˚  >20˚ <30˚  >20˚ | ≤30˚  >30˚ <40˚  >40˚ | ≤30˚  >30˚ <40˚  >40˚ | ≤90˚  >90˚ <100˚  ≥100˚ | ≤ -20˚  >-20˚ <-10˚  ≥ -10 | ≤0˚  >0˚ <10˚  >0˚ | ≤ -10˚  >-10˚ <0˚  >-10˚ |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| Правая нога |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Левая нога |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Определение уровня витамина D. Дата анализа ……………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень 25- гидроксивитамин а D в сыворотке крови | | Результат анализа |
| Серьезный дефицит | меньше 12,5 нмоль/л |  |
| Умеренный дефицит | 12,5 – 29 нмоль/л |  |
| Небольшой дефицит | 30 – 49 нмоль/л |  |
| Достаточный уровень | Больше 50 нмоль/л |  |
| Повышенный уровень | Больше 250 нмоль/л |  |

**Показатели кальций-фосфорного обмена (дата анализа……………….) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Поза при кормлении в ежедневности:** (*отметьте соответствие*)

* лежа на спине
* полулежа с приподнятым изголовьем (поза Фаулера)
* сидит самостоятельно
* сидит с поддержкой
* нет возможности посадить
* голова закинута назад во время приема пищи
* голова в естественном среднем положении во время приема пищи
* другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Использует положения тела в ежедневности** (*отметьте соответствие*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вар  иант | поза | Время нахождения в этом положении | Поддерживает позу только в укладке | Самостоятельно переходит в позу и поддерживает её | |
| Провоцирует нарастание вторичных нарушений | Не провоцирует нарастание вторичных нарушений |
| 1 | Лежа на спине |  |  |  |  |
| 2 | Лежа на спине с приподнятым изголовьем (поза Фаулера) |  |  |  |  |
| 3 | Лежа на правом боку |  |  |  |  |
| 4 | Лежа на левом боку |  |  |  |  |
| 5 | Лежа на животе |  |  |  |  |
| *6* | Сидя в коляске |  |  |  |  |

**Постуральная карта - см. приложение № 1**

Дата заполнения …………………………….. Заполнил: (фио, должность)………………………………………………….

**ТСР к передаче в ПНИ:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оборудование, материалы: вариант/модель, размеры |
| Укладка |  |
| Коляска комнатная | Модель  Дата получения  Инд. адаптация: |
| Коляска прогулочная | Модель  Дата получения  Инд. адаптация: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Приложение 2.** Индекс Реймерса ИНДЕКС МИГРАЦИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ - ИМ

I – норма: ИМ < 10%

II – ТБС близкий к норме: 10%≤ИМ ≤15%

III – дисплазия ТБС: 15%

IV – Подвывих ТБС: 30%<100%

V – Вывих ТБС: 100%≤ИМ

Очень важно сделать правильный снимок тазобедренного сустава. Делается снимок в прямой проекции.

Для расчета ИМ надо прочертить одну горизонтальную линию и три вертикальных. Горизонтальная линия – это линия, которая соединяет самые нижние точки подвздошных костей. Три вертикальные линии: одна линия идет по внешнему краю крыши вертлужной впадины – это линия Келлера, и две линии по внутренней поверхности головки бедра и по внешней поверхности. Маленькое расстояние, которое уже эмигрировало за крышу вертлужной впадины, измеряется в миллиметрах и делится на всю ширину головки бедра.

**Приложение 3.** Гониометрия – формализованная карта

**ГОНИОМЕТРИЯ** (греч, gonia угол+ metreo мерить, измерять) – измерение двугранных углов с помощью угломера; в медицине применяется для измерения в градусах амплитуды движения суставов.

Для исследования функции крупных суставов конечностей бранши гониометра располагают по длинным осям костей, образующих сочленение, а ось угломера совмещают с суставной щелью. Измеряют исходное положение сустава, его нейтральную позицию или угол, под к-рым установилось динамическое равновесие мышц-антагонистов, и угол сгибания. Затем определяют амплитуду движений сустава, вычисляя разницу между углами сгибания и разгибания. (*(БМЭ, под редакцией Петровского Б.В., 3-е издание)*

Перед измерениями необходимо выяснить объем пассивных (часть тела ребенка приводится в движение врачом) и активных (ребёнок самостоятельно двигает частью тела) движений. У детей с ДЦП объем движений в суставах зачастую ограничен в результате гипертонуса, а также мышечной и (или) костной контрактуры.

Оборудование: гониометр (небольшого размера для использования в педиатрии или побольше для подростков).

Результаты гониометрии надежнее визуальных оценок. Расхождения между измерениями, осуществленными разными специалистами, составляют 10-15 градусов, при этом воспроизводимость результатов измерений, полученных одним специалистом, выше. Для повышения надежности результатов все измерения должен проводить один и тот же специалист. Гониометрия – формализованная карта (см. Рисунок).

**Приложение 4.** СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ.

[GMFCS-ER.pdf](https://perspektivyspb.sharepoint.com/:b:/g/site/server/ES-hOgbsRVVMnDCtfe3FdKEBaGrqK3aLFgMJgrOhKD9kXg?e=1kgp4g) [MACS.pdf](https://perspektivyspb.sharepoint.com/:b:/g/site/server/EdPDRgD38WFPshmCG2PVKeIB0ewKrkQxbQasQFzsN_w-rg?e=22QMcq)

**Основные источники:**

1.Автор Агентство клинических инноваций. «Ведение детей с детским церебральным параличом. Руководство для специалистов» Австралийской\_системы\_здравоохранения МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НОВЫЙ ЮЖНЫЙ УЭЛЬС 73 Miller Street NORTH SYDNEY NSW 2060 Тип документа Рекомендации Номер документа GL2018\_006 Дата публикации 14 марта 2018 г. Дата пересмотра 14 марта 2023 г. Руководство по работе с пациентами для организаций здравоохранения Номер документа H17/42928-1 Статус Действующий. Функциональная группа Клинические услуги/услуги для пациентов. Педиатрия, медицинское обслуживание. Предназначено для академические медицинские организации, медицинские корпорации под управлением совета директоров, общественные медицинские центры, местные медицинские центры, частные больницы и дневные стационары, государственные больницы, специализированные сетевые государственные медицинские корпорации. [Ведение\_детей\_с\_ЦП\_Руководство\_Австралийской\_системы\_здравоохранения.pdf](https://perspektivyspb.sharepoint.com/:b:/g/site/server/Ed6u44yTHXtMmg1NdY_h9esBCdMSLaftzfu3DxxMSMOBNw?e=BaQgxk)

2. Змановская Вера Анатольевна Детский церебральный паралич – мультидисциплинарная проблема 01 декабря 2018 года г. Нижневартовск <https://odbhmao.ru/images/conf/DCP5.pdf> <https://youtu.be/h1nSLmyHq5w> <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/view/1022>

 3.Клочкова Е. В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Е. В. Клочкова. - 284 с. : ил., портр. ; 24 см.. - Библиогр. в конце гл.. - Темат. указ. клин. случаев: с. 277-278. - Предм.-темат. указ.: с. 279-283

4.Семенова Е. В., Клочкова Е. В., Коршикова-Морозова А. Е. Реабилитация детей с ДЦП : обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семенова, Е. В. Клочкова, А. Е. Коршикова-Морозова [и др. ; редакционная коллегия: епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон и др.]. - Москва : Лепта Книга, 2018 [т.е. 2017]. - 579 с. : ил., табл. ; 21 см.. - (Серия "Азбука милосердия": методические и справочные пособия / И.В. Карпова, ред.) <https://nasdr.ru/wp-content/uploads/2019/05/dety_dcp_block_small.pdf>

5.Видео: «Мульдисплинарное лечение детей с церебральным параличом». [Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова СПбГУ](https://www.youtube.com/watch?v=NytUlh6JVw0) ноябрь 2022г. <https://youtu.be/SFCzjt1sUmg>

Составила Ольга Щербань,

методист АФК, «Перспективы»

январь 2023