Министерство здравоохранения Украины
Высшее учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

(Методические рекомендации для врачей – неврологов, интернов, курсантов, врачей семейной медицины)

Полтава - 2006

Методические рекомендации составлены на кафедре нервных болезней с нейрохирургией и медицинской генетикой УМСА
(г. Полтава):
проф., д.мед.н. Н.Н.Грицай
доц., к.мед.н. В.А.Пинчук

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Функциональные Системы
Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales: Functional Systems

А. Пирамидные пути □

0=норма
1= патологические знаки, нарушений жизнедеятельности нет
2= минимальные нарушения жизнедеятельности
3=легкий или умеренный парапарез либо гемипарез (отчетливая мышечная слабость, но на протяжении коротких временных промежутков функционирование сохраняется; про блемой становится быстрая утомляемость); либо выраженный монопарез (с почти полным отсутствием функции)
4= выраженный парапарез или гемипарез (функционирование нарушено); умеренный тетрапарез (функция снижена, но на протяжении коротких временных функционирование сохраняется); либо моноплегия
5= параплегия, гемиплегия или выраженный тетрапарез
6= квадриплегия
V= нет данных

Б.Мозжечковые функции □□

0 = норма
1 = патологические знаки, нарушений жизнедеятельности нет
2 = легкая атаксия (отчетливо заметны тремор или неуклюжие движения, но фукциональные нарушения минимальны)
3= умеренная атаксия туловища или конечностей (тремор или неловкость движений приводят к нарушению функционирования во всех сферах жизнедеятельности)
4= выраженная атаксия во всех конечностях (большинство функций значительно затруднено)
5 = выполнение координированных движений из-за атаксии невозможно
V= нет данных
Отметьте # 1 в маленьком квадрате, если тестирование проводится на фоне мышечной слабости (снижение силы до 3-х баллов и ниже)

В.Стволовые функции □

0= норма
1= только патологические знаки
2= умеренный нистагм или другие слабо выраженные функциональные нарушения
3= грубый нистагм, выраженная слабость наружных мышц глаза либо умеренное нарушение функций других черепных нервов
4= выраженная дизартрия или выраженное нарушение иных стволовых функций
5= нарушена способность глотать или говорть
V= нет данных

Г. Чувствительность □

0= норма
1= снижение вибрационной чувствительности или дискриминационного чувства (узнавание написанных на коже букв) только на одной или двух конечностях
2= легкое снижение мышечно-суставного чувства, или тактильной либо болевой чувствительности, и/или умеренное снижение вибрационной чувствительности в одной или двух

конечностях, или снижение только вибрационной чувствительности (либо узнавания написанных на коже букв) на трех или четырех конечностях
3= умеренное снижение мышечно-суставного чувства, или тактильной либо болевой чувствительности и/или значительное снижение вибрационной чувствительности в одной или двух конечностях; или легкое снижение тактильной либо болевой чувствительности и/или умеренное снижение всех видов пропроицептивнои чувствительности в трех или четырех конечностях
4= значительное снижение тактильной либо болевой чувствительности, или утрата проприоцепции, изолированное либо в комбинации, в одной или в двух конечностях; или умеренное снижение тактильной либо болевой чувствительности и/или выраженное снижение проприоцептивной чувствительности более чем в двух конечностях
5= утрата (выраженное снижение) чувствительности в в одной или в двух конечностях; или умеренное снижение тактильной либо болевой чувствительности и/или утрата проприоцептивной чувствительности на большей части поверхности тела (ниже уровня головы)
6= значительная потеря чувствительности во всем теле ниже уровня головы
V= нет данных

Д. Функции мочевого пузыря и прямой кишки □

(оцениваются по наихудшей функции, либо мочевого пузыря, либо прямой кишки)

0= норма
1=легкие императивные позывы либо задержка мочи
2= умеренные императивные позывы либо задержка мочи или кала, либо редкие эпизоды недержания мочи (или периодическая катетеризация мочевого пузыря, ручное надавливание на брюшную стенку для улучшения эвакуации мочи, эвакуация кала из прямой кишки с помощью пальца)
3= частое недержание мочи
4= необходимость почти постоянной катетеризации мочевого пузыря (или постоянное использование манипуляций по звакуации кала)
5= утрата функции мочевого пузыря
6= утрата функции мочевого пузыря и прямой кишки
V= нет данных

Е. Зрительные функции □ □

0= норма
1= скотома при остроте зрения (скорректированной) более 20/30
2= на стороне наихудшего зрения имеется скотома, скорректированная острота зрения равна от 20/30 до 20/59
3= на стороне наихудшего зрения имеется обширная скотома либо умеренное ограничение полей зрения при остроте зрения (скорректированной) от 20/60 до 20/99
4= на стороне наихудшего зрения имеется значительное ограничение полей зрения, скорректированная острота зрения от 20/100 до 20/200; либо см. пункт 3 в сочетании со снижением остроты зрения на втором глазу до 20/60 и ниже
5= на стороне наихудшего зрения скорректированная острота зрения менее 20/200; либо см. пункт 4 в сочетании со снижением остроты зрения на втором глазу до 20/60 и ниже
6= см. пункт 5 в сочетании со снижением остроты зрения на втором глазу до 20/60 и ниже
V= нет
Отметьте # 1 в маленьком квадрате, если имеется побледнение височных половин сосков зрительных нервов

Ж. Корковые (умственные) функции □

0= норма
1= только изменение настроения (не влияющие на жизнедеятельность)

2= легкое нарушение когнитивных функций
3= умеренное нарушение когнитивных функций
4= выраженное нарушение когнитивных функций
5= деменция
V= нет данных

Другие функции □
(любые другие неврологические расстройства, обусловленные рассеянным склерозом)

а) Спастичность 0= нет
1= легкая (выявляемая только при обследовании)
2= умеренная (вызывает некоторое нарушение функций)
3= выраженная (значительно нарушает функции)
9= нет данных
б) Другие симптомы
0=нет
1= любые другие неврологические расстройства, обусловленные рассеянным склерозом : охарактеризовать_____
V=нет данных

Тест **Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Функциональные Системы (Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales. Functional Systems**) разрабатывался и неоднократно модифицировался J.F.Kurtzke начиная с 50-х годов 20 века [Kurtzke J.F., 1955, 1961, 1965, 1981, 1983]. В литературе для обозначения этой шкалы часто используется аббревиатура FS. Шкала состоит из 8 пунктов, предназначенных оценить результаты неврологического осмотра. К перечню пунктов, разработанных J.F.Kurtzke, авторы Минимального Протокола Регистрации Нарушений Жизнедеятельности добавили пункт, касающийся спастичности; кроме того, в скобках добавлена расшифровка некоторых клинических признаков, что обеспечивает их идентичную интерпретацию в различных медицинских учреждениях [Slater R., 1985].

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Шкала Нарушений Жизнедеятельности
Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales: Disability Status Scale (по J.F.Kurtzke, 1961, 1981, 1983; R.Slater, 1985; D.Wade, 2000)

Примечание 1.
Оценки от 1 до 4 относятся к больным, у которых полностью сохранена мобильность, оценки от 5 до 9 - к больным, у которых мобильность нарушена; конкретизация оценки производится с учетом баллов, полученных по шкале Функций.

Примечание 2.
Эквивалентные баллы по шкале Функций указаны в скобках.

0= при неврологическом осмотре патологии не выявляется (баллы «0» по всем разделам шкалы «Функции», допускается оценка «1» по разделу «мозжечковые функции»)
1= нет нарушений жизнедеятельности, минимальные неврологические симптомы - например, симптом Бабинского или снижение вибрационной чувствительности (баллы «1» по разделам шкалы «Функции)
2= минимальные нарушения жизнедеятельности, например, легкая мышечная слабость либо незначительные зрительномоторные, чувствительные расстройства, незначительные нарушения ходьбы (балл «2» по одному или двум разделам шкалы «Функции»)
3= умеренно выраженные нарушения жизнедеятельности, но мобильность сохранена - например, монопарез, умеренная атаксия либо комбинация двух менее выраженных функциональных нарушений (баллы «3» по одному или двум разделам шкалы «Функции» либо балл «2» по нескольким разделам)
4= достаточно выраженные выраженные нарушения жизнедеятельности, но мобильность и самообслуживание сохранены, больной «на ногах» около 12 часов в сутки (балл «4» по одному разделу шкалы «Функции» либо балл «3» или меньше по нескольким разделам)
5= нарушения жизнедеятельности выражены настолько, что пребывание на ногах в течение целого дня без использования специальных вспомогательных средств невозможно (балл «5» по одному разделу шкалы «Функции» либо комбинация баллов «4» или меньше по нескольким разделам)
6= ходьба возможна только с использованием вспомогательных средств - клюшка, костыли (оценка по нескольким разделам шкалы "Функции" равна 3 или более баллов)
7= передвигается на инвалидной коляске, но управляет и перемещается в ней самостоятельно (оценки по нескольким разделам шкалы "Функции"4 или более баллов; либо, редко, изолированные нарушения по разделу "пирамидные пути ", оцененные баллом "5")
8= прикован к постели, но может эффективно использовать руки (балл «4» или больше по нескольким разделам шкалы "Функции")
9= полностью прикован к постели и беспомощен (балл «4» или больше по большинству разделов шкалы "Функции")
10=смерть в результате заболевания рассеянным склерозом

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Шкала Нарушений Жизнедеятельности (Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales: Disability Status Scale) была разработана J.FKurtzke для того, чтобы суммарно оценить степень неврологического дефицита по шкале Неврологические Функций и влияние этого дефицита на жизнедеятельность больного. Оценка может составлять от 0 баллов (норма) до 10 баллов (смерть в результате рассеянного склероза). В литературе для обозначения этой шкалы часто используется аббревиатура DSS

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Расширенная Шкала Нарушений Жизнедеятельности (Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales: Expanded Disability Status Scale

Примечание 1.

Оценки от 1.0 до 4.5 относятся к больным, у которых полностью сохранена мобильность, оценки от 5.0 до 9.5 — к больным, у которых мобильность нарушена; конкретизация оценки производится с учетом баллов, полученных по шкале Функций.

Примечание 2.

Оценка по данной шкале может изменяться на 1.0 балл и более лишь в тех случаях, когда хотя бы по одному из разделов шкалы Функций имеются сонаправленные изменения не менее чем на один балл. Каждый «шаг» по Расширенной Шкале Нарушений Жизнедеятельности (например, от 3.0 до 3.5) имеет эквивалент по Шкале Нарушений Жизнедеятельности (например, 3). Прогресс от 3.0 до 3.5 должен быть эквивалентен баллу «3» по Шкале Нарушений Жизнедеятельности.

0= при неврологическом осмотре патологии не выявляется (баллы «0» по всем разделам шкалы «функции», допускается оценка «1» по разделу «мозжечковые функции»)
1=нет нарушений жизнедеятельности, минимальные неврологические симптомы (баллы «1» по одному из разделов шкалы «Функции»)
1.5= нет нарушений жизнедеятельности, минимальные неврологические симптомы (баллы «1» более чем по одному разделу шкалы «Функции»)
2= минимальные нарушения жизнедеятельности, регистрируемые по одному из разделов шкалы «Функции» (балл «2» по одному разделу шкалы «Функции», по остальным - баллы «О» или «1»)
2.5= минимальные нарушения жизнедеятельности, регистрируемые по двум разделам шкалы «Функции» (балл «2» по двум разделам шкалы «Функции», по остальным — баллы «О» или «1»)
3= умеренно выраженные нарушения жизнедеятельности, регистрируемые по одному из разделов шкалы «Функции» (балл «3» по одному разделу шкалы «Функции», по остальным — баллы «О» или «1»), либо незначительные нарушения жизнедеятельности, регистрируемые по трем или четырем разделам шкалы «Функции» (балл «2» по трем или четырем разделам шкалы «Функции», по остальным - баллы «0» или «1»); мобильность сохранена полностью
3.5= мобильность полностью сохранена при умеренно выраженных нарушениях жизнедеятельности, регистрируемых по одному из разделов шкалы «Функции» (балл «3») в сочетании с незначительными нарушениями по одному или двум другим разделам (баллы «2» или «1»); либо баллы «3» по двум разделам шкалы «Функции»; либо баллы «2» по пяти разделам (по остальным — баллы «0» или «1»)
4= мобильность полностью сохранена, при передвижении не требуется использования вспомогательных средств, самообслуживание сохранено, больной «на ногах» около 12 часов в сутки, однако имеется достаточно выраженные нарушения жизнедеятельности: балл «4» по одному разделу шкалы «Функции» (по остальным — баллы «0» или «1»); либо комбинации менее выраженных нарушений с превышением предыдущего уровня; способен проходить без остановки или отдыха около 500 метров
4.5= мобильность полностью сохранена, при передвижении не требуется использования вспомогательных средств, самообслуживание сохранено, больной «на ногах» большую часть дня, способен трудиться полный рабочий день, однако в целом уровень активности

снижен, либо требуется некоторая помощь; оценка соответствует достаточно выраженным нарушениям жизнедеятельности: балл «4» по одному разделу шкалы «Функции» (по остальным — баллы «0» или «1»); либо комбинации менее выраженных нарушений с превышением предыдущего уровня; способен проходить без остановки или отдыха около 300 метров

5= способен проходить без остановки или отдыха около 200 метров; нарушения жизнедеятельности выражены настолько, что целый день быть активным больной не в состоянии (например, не может трудиться в течение полного рабочего дня); эквиваленты по шкале "Функции" могут быть следующими: балл «5» по одному разделу, по остальным — баллы «0» или «1»; либо комбинации менее выраженных нарушений с превышением уровня «4»

5.5= способен проходить без остановки или отдыха около 100 метров; нарушения жизнедеятельности выражены настолько, что больной не в состоянии быть активным в течение целого дня; оценка по шкале "Функции" равна «5» по одному разделу, по остальным — баллы «0» или «1»; либо комбинации менее выраженных нарушений с превышением уровня «4»

6=для преодоления 100 метров, с отдыхом или без отдыха, необходимо периодическое или постоянное одностороннее использование вспомогательных средств (клюшка, костыли); по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "3" и выше более чем по двум разделам

6.5= для преодоления 20 метров с отдыхом требуется постоянная двусторонняя поддержка (клюшка, костыли); по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "3" и выше более чем по двум разделам

7= неспособен пройти более 5 метров, даже с использованием вспомогательных средств; обычно передвигается на инвалидной коляске, управляет стандартной коляской самостоятельно, передвигается один, может находиться в коляске на протяжении 12 часов в сутки (по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "4" и выше более чем по одному разделу; либо, редко, изолированные нарушения по разделу "пирамидные пути ", оцененные баллом "5")

7.5= неспособен сделать больше нескольких шагов, прикован к инвалидной коляске, для передвижении на коляске может требоваться помощь; не способен пользоваться коляской весь день; может требоваться моторизированная коляска (по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "4" и выше по нескольким разделам)

8=в значительной степени прикован к постели или креслу, либо перемещается в инвалидной коляске; но может проводить большую часть дня вне постели, многие функции самообслуживания сохранены, обычно эффективно использует руки (по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "4" и выше более чем по одному разделу)

8.5= прикован к постели большую часть дня; достаточно эффективно использует руку (или руки); некоторые функции самообслуживания сохранены (по шкале "Функции" обычно имеются различные комбинации оценок при балле "4" и выше более чем по одному разделу)

9= полностью прикован к постели и беспомощен; сохранена способность общаться и принимать пищу (балл «4» или выше по большинству разделов шкалы "Функции")

9.5= абсолютно беспомощный больной, прикованный к постели; неспособен эффективно общаться или принимать пищу/глотать (балл «4» или выше почти по всем разделам шкалы "Функции")

10= смерть в результате заболевания рассеянным склерозом

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза: Расширенная Шкала Нарушений Жизнедеятельности (Kurtzke Multiple Sclerosis Rating Scales: Expanded Disability Status Scale) представляет собой модификацию предыдущей шкалы, предназначенную для тех исследователей, которым необходима более высокая чувствительность данного инструмента (возможность регистрации даже незначительной динамики состояния больного, например, при испытании новых лекарственных препаратов) [Kurtzke J.F,1983]. Выделено 20 уровней состояния пациента, тогда как Шкала Нарушений Жизнедеятельности выделяет всего 10 таких уровней.

Шкала Ограничения Способностей Incapacity Status Scale (по J.F.Kurtzke, 1961, 1981, 1983; R.Slater, 1985; D.Wade, 2000)

1.**Ходьба по лестнице** - оцениваются подъем и спуск по лестнице, 12 ступенек. Под "вспомогательными средствами" подразумеваются в том числе лестничные перила (поскольку в норме человек в состоянии подняться и спуститься по обычной лестнице, не опираясь на перила). Подъем по лестнице с присаживанием на каждой ступеньке не расценивается как "ходьба по лестнице". Использование механического подъемника для инвалидного кресла также не относится к "ходьбе по лестнице", в этом случае способность ходить по лестнице оценивается баллом "4".

0 Норма
1 Некоторые затруднения, но обходится без помощи
2 Нуждается в клюшке, костылях либо вынужден опираться о перила
3 Нуждается в помощи другого лица
4 Не способен ходить по лестнице (в том числе — использование механических подъемников)

Интервью

1.1 Можете ли вы подняться и спуститься по лестнице (приблизительно на 12 ступенек), ни на что не опираясь или ни за кого не держась?

НЕТ- следующий вопрос ДА - 0

1.2 **Можете ли вы подняться и спуститься по лестнице без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?**

1.3 С некоторыми затруднениями, но без всякой помощи 1
1.4 Требуются костыли, клюшка либо опора на перила 2
1.5 Требуется помощь Другого лица 3
1.6 Невозможно выполнить; в том числеиспользование механических подъемных устройств 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции?

1 Опрос
2 Реальное тестирование

2. Ходьба - способность пройти 50 метров (приблизительно 160 шагов) без остановок по ровной поверхности (вне дома либо внутри помещения). Случаи, когда больному для того, чтобы без отдыха пройти 50 метров, требуется периодическое использование клюшки, оцениваются баллом «2». Больные, которые пользуются клюшкой по причине плохого зрения, также получают оценку «2».

Различия между случаями, оцененными баллом "3" и баллом *"А"* , заключаются в возможности самостоятельного использования пациентом инвалидного кресла. Больной, которому для обеспечения независимости от окружающих требуется моторизированное кресло (с электрическим или иным управлением), получает оценку "4".

0 Норма
1 Некоторые затруднения, но обходится без помощи
2 Нуждается в клюшке, костылях либо иных вспомогательных средствах
3 Нуждается в помощи другого лица либо использует инвалидную коляску с ручным управлением, садится в коляску, покидает ее и управляет ей без посторонней помощи

4 Не способен перемещаться самостоятельно; в том числе — случаи, когда больного перевозят в инвалидной коляске, но сам он не может ей управлять, и случаи использования моторизированных колясок.

Интервью
2.1 Можете ли вы пройти 50 метров по ровной поверхности без отдыха?

НЕТ - следующий вопрос ДА- 0

2.2 Можете ли вы пройти 50 метров без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?

2.3 С некоторыми затруднениями, но без всякой помощи 1
2.4 Требуются костыли, клюшка либо протезы 2
2.5 Требуется помощь другого лица либо использование инвалидной коляски с ручным управлением, при этом больной садится в коляску, покидает ее и управляет ей без посторонней помощи 3
2.6 Невозможно выполнить; в том числе — использование моторизированных колясок и случаи, когда больного перевозят в инвалидной коляске, но сам он не может ей управлять 4

3 **Перемещение: стул, постель, унитаз.** Оценивается способность больного самостоятельно подниматься с постели, стула, инвалидного кресла, сиденья унитаза, перемещаться обратно в постель, на стул, в кресло, садиться на унитаз. Если способность перемещения на стул, постель, унитаз, кресло снижается в неравной степени, то оценка дается по худшему варианту. Специальные кресла, например, с механическим подъемным устройством, относятся к «вспомогательным средствам». Необходимость держаться при вставании за окружающие предметы (перила, поручни) также рассматривается как использование вспомогательных средств и оценивается баллом «2». Упор руками о подлокотники кресла при вставании с него НЕ рассматривается, однако, как использование вспомогательных средств, поскольку является нормальной составной частью процедуры вставания с кресла.

0 Норма
1 Некоторые затруднения, но обходится без помощи
2 Требуются вспомогательные приспособления и устройства - такие, как поручни, перила, трапеция, подъемник, гладкая скользящая поверхность.
3 Нуждается в помощи другого лица
4 Поднимание и перемещение пациента полностью производится другим лицом

Интервью

3.1 Можете ли вы самостоятельно, без помощи, покинуть постель и снова в нее лечь, сесть на обычный стул, кресло, сиденье унитаза, а затем подняться?

НЕТ — следующий вопрос ДА- 0

3.2 Можете ли вы выполнять названные перемещения без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?

3.3 С некоторыми затруднениями, но без всякой помощи 1
3.4 Требуются вспомогательные приспособления и устройства -такие, как поручни, перила, трапеция, подъемник, гладкая скользящая поверхность 2
3.5 Требуется помощь другого лица 3
3.6 Поднимание и перемещение пациента полностью осуществляется другим лицом 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!

1 Опрос
2 Реальное тестирование

4. **Функция кишечника**
Этот пункт опросника относится к наиболее сложным, проводящее оценку лицо должно тщательно взвесить все возможные альтернативные варианты. При запорах, с которыми больной справляется сам, ставится балл «1» либо «2» в зависимости от того, принимаются ли слабительные *редко* либо *часто* (чаще, чем один раз в неделю). Запоры, при которых требуется посторонняя помощь, соответствуют оценке "3". Редкие случаи недержания кала либо колостома, с котрой больной справляется сам, также оцениваются в 3 балла. Частое недержание кала либо колостома, требующая посторонней помощи, соответствуют оценке "4".
0 Норма
1 Запоры, с которыми больной справляется сам (диета с использованием грубоволокнистой пищи, слабительные, редко - клизмы либо свечи)
2 Запоры, требующие регулярного использования слабительных, клизм, свечей; очистку кишечника и гигиенические процедуры выполняет самостоятельно
3 Запоры, требующие применения клизм и свечей, при этом процедура очистки кишечника выполняется ухаживающим лицом.; и/или требуется помощь при выполнении гигиенических процедур после очистки кишечника; и/или редкие случаи недержания кала; и/или наличие колостомы, с котрой больной справляется сам
4 Часто испачкан из-за недержания кала либо из-за неспособности самостоятельно управляться с колостомой

Интервью

4.1 Имеется ли у вас колостома либо наблюдались ли случаи недержания кала?

НЕТ (на обе части вопроса) - следующий вопрос ДА - переход к пункту 4.6

4.2 Беспокоят ли вас запоры?

ДА - следующий вопрос НЕТ- 0

4.3 Достаточно ли вам для лечения запоров диеты с использованием грубоволокнистой пищи?

НЕТ — следующий вопрос ДА - 1

4.4 Как часто вы используете клизмы, свечи или слабительные?

4.5 Справляетесь ли вы с очисткой кишечника самостоятельно либо вам требуется посторонняя помощь?

Самостоятельно 2
Помощь другого лица 3
4.6 Если имели место случаи недержания кала

Недержание кала наблюдается часто или редко?

Редко 3
Часто 4
Если имеется колостома
Справляетесь ли вы с колостомой самостоятельно или вам требуется посторонняя помощь?
Самостоятельно 3
Помощь другого лица 4

5. **Функция мочевого пузыря**
Оценка функции мочевого пузыря также достаточно сложна. Важно придерживаться единой точки зрения в тех случаях, когда в связи с нарушением функции пузыря больной принимает лекарственные средства. Оценивается реальное функционирование мочевого пузыря, даже если для поддержания данного уровня функционирования больной принимает медикаменты. Например, если на фоне приема лекарственных средств мочевой пузырь работает нормально, ставится оценка "0". Тот же подход сохраняется для всех градаций данного пункта.

0 Норма (в том числе в случаях, когда имеется медикаментозная поддержка)
1 Редкие случаи задержки мочи или императивные позывы
2 Частые случаи задержки или императивные позывы; и/или использование постоянного либо наружного катетера, который устанавливается и обслуживается самим больным; и/или выполняемая самостоятельно периодическая катетеризация, или ручное надавливание для опорожнения пузыря
3 Редкие случаи недержания мочи; и/или использование постоянного либо наружного катетера, который устанавливается и обслуживается посторонним лицом; и/или илеостома либо надлобковая ци-стостома, обслуживаемые самим больным; и/или периодическая катетеризация, осуществляемая посторонним лицом
4 Частое недержание мочи; или цистостома, уход за которой требует помощи постороннего лица

Интервью

5.1 Имеется ли у вас илеостома либо надлобковая цистостома, проводилось ли иное хирургическое вмешательство, направленное на изменение мочевыделения!

НЕТ - следующий вопрос ДА - переход к пункту 5.9

5.2 Бывают ли случаи недержания мочи?

НЕТ - следующий вопрос ДА - переход к пункту 5.8

5.3 Пользуетесь ли вы для опорожнения мочевого пузыря катетерами (любого типа) или ручным выдавливанием мочи?

НЕТ - следующий вопрос ДА- переход к пункту 5.6

5.4 Бывают ли у вас проблемы с мочеиспусканием — такие, как внезапный неудержимый позыв к мочеиспусканию, или затруднение при начале мочеиспускания, прерывистое мочевыделение?

ДА - следующий вопрос НЕТ- 0

5.5 Эти проблемы возникают редко или часто?

Редко 1
Часто 2

5.6 **Задержка мочи**

Если для опорожнения пузыря достаточно ручного выдавливания 2
Если требуется катетеризация — следующий вопрос

5.7 **Справляетесь ли вы с катетеризацией самостоятельно или вам требуется посторонняя помощь?**

Самостоятельно 3
Помощь другого лица 4

5.8 Недержание
Недержание мочи наблюдается редко или часто?

Редко 3
Часто 4

5.9 Цистостома
Справляетесь ли вы с цистостомой самостоятельно или вам требуется посторонняя помощь?

Самостоятельно 3
Помощь другого лица 4

6. **Мытье.** Оценивается способность больного самостоятельно мыться в ванне или душе. Необходимость держаться за окружающие предметы (раковина, вешалка для полотенец, и т.д.) при захождении в ванну или душевую кабину либо при выходе оттуда оценивается баллом «2».

0 Норма

1 Некоторые затруднения при мытье (в ванне, в душе либо при обтирании губкой — в соответствии с привычкой данного больного) и вытирании, но обходится без вспомогательных средств и посторонней помощи

2 Требуются вспомогательные приспособления и устройства - такие, как трапеция, поручни, перила, подъемник); либо вынужден мыться, не заходя в ванну или душевую кабину, хотя это не соответствует привычкам больного.

3 Нуждается в помощи другого лица при мытье частей тела либо при захождении в ванну (душевую кабину) или при выходе оттуда

4. Мытье производится другим лицом (за исключением лица и рук)

Интервью
6.1 Можете ли вы помыть себя самостоятельно, без затруднений, без вспомогательных приспособлений и посторонней помощи!

НЕТ - следующий вопрос ДА - 0

6.2 **Можете ли вы помыть себя без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?**

6.3 Некоторые затруднения при мытье (в ванне, в душе либо при обтирании губкой - в соответствии с привычкой данного больного) и вытирании, но обходится без вспомогательных средств и посторонней помощи
6.4 Требуются вспомогательные приспособления и устройства - такие, как трапеция, поручни, перила, подъемник); либо вынужден мыться, не заходя в ванну или душевую кабину, хотя это не соответствует привычкам больного
6.5 Нуждается в помощи другого лица при мытье частей тела либо при захождении в ванну (душевую кабину) или при выходе оттуда
6.6 Мытье производится другим лицом (за исключением лица и рук)

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!
1 Опрос
2 Реальное тестирование

7.**Одевание.** Под затруднениями при одевании подразумеваются проблемы при надевании и снимании одежды, при использовании пуговиц, молний, при завязывании шнурков, и т.д. Под специально адаптированной одеждой подразумевается одежда, в которой пуговицы заменены на застежки-вельк-ро или на кнопки, либо одежда без застежек. В случаях, когда больной *избегает* надевать определенные типы одежды из числа стандартных, ставится оценка «2».
0 Норма
1 Некоторые затруднения при одевании в принятой манере, но справляется самостоятельно
2 Специально адаптированная одежда (специальные застежки, обувь с эластичной шнуровкой, одежда с расположенными спереди застежками) либо использование вспомогательных приспособлений (длинные рожки для обуви, приспособления для расстегивания молний и т.д.)
3 Для того, чтобы полностью одеться, требуется посторонняя помощь, однако значительную часть действий выполняет самостоятельно
4. Одевание практически полностью осуществляется другим лицом; неспособен одеться самостоятельно

Интервью
7.1 Можете ли вы одеться самостоятельно, без затруднений, без вспомогательных приспособлений и посторонней помощи, не используя специальную одежду!

НЕТ — следующий вопрос ДА - 0

7.2 Можете ли вы одеться без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства, помощь другого лица или специальная одежда?

7.3 Некоторые затруднения при одевании в принятой манере, но справляется самостоятельно

7.4 Специально адаптированная одежда (специальные застежки, обувь с эластичной шнуровкой, одежда с расположенными спереди застежками) либо использование вспомогательных приспособлений (длинные рожки для обуви, приспособления для расстегивания молний и т.д.)

7.5 Для того, чтобы полностью одеться, требуется посторонняя помощь, однако значительную часть действий выполняет самостоятельно

7.6 Одевание практически полностью осуществляется другим лицом; неспособен одеться самостоятельно

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!

1 Опрос

2 Реальное тестирование

8. **Приведение себя в порядок.** Этот пункт отражает способность самостоятельно причесываться, бриться либо наносить макияж, чистить зубы. Под вспомогательными приспособлениями могут подразумеваться электрическая зубная щетка, электробритва, но лишь в тех случаях, когда их использование обусловлено необходимостью восстановления функции.

0 Норма

1 Некоторые затруднения, но все процедуры выполняет без помощи и без использования вспомогательных средств

2 Требуются вспомогательные приспособления (электробритва, электрическая зубная щетка, расчески или щетки, подлокотники и т.д.), но все процедуры выполняет без посторонней помощи

3 Нуждается в посторонней помощи при выполнении некоторых процедур

4 Почти все процедуры выполняются другим лицом

Интервью

8.1 Можете ли вы привести себя в порядок (почистить зубы, причесаться, побриться или сделать макияж) самостоятельно, без затруднений, без вспомогательных приспособлений и посторонней помощи!

НЕТ - следующий вопрос ДА - 0

8.2 Можете ли вы привести себя в порядок без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?

НЕТ — следующий вопрос ДА - 1

8.3 Нужна ли вам посторонняя помощь?

ДА - следующий вопрос НЕТ - 2

8.4 П осторонняя помощь требуется вам при выполнении всех процедур или только некоторых?

Некоторых 3
Всех 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!
1 Опрос
2 Реальное тестирование

9.Прием пищи. Этот пункт отражает способность самостоятельно донести пищу до рта, пережевывание, глотание твердой и жидкой пищи, способность пользоваться соответствующей утварью. Если больной может принимать пищу сам, но предварительно она должна быть нарезана, ставится оценка «2». Если помощь необходима для того, чтобы донести пищу до рта, оценка соответствует баллу «3» или «4». Вынужденное использование только жидкой пищей (кормление через трубочку) оценивается баллом «3», если больной справляется с процедурой приема пищи сам, и баллом «4», если кормление осуществляется другим лицом. У некоторых больных рассеянным склерозом, наоборот, больше затруднений возникает при приеме жидкой пищи в сравнении с пищей твердой консистенции. Для этих больных оценка производится с учетом тех же критериев; например, вынужденное использование желеобразной пищи вместо жидкостей оценивается баллом «2», поскольку соответствует критерию «специальное приготовление пищи».

0 Норма
1 Некоторые затруднения, но при приеме пищи помощь не требуется
2 Чтобы принимать пищу без посторонней помощи , требуются вспомогательные приспособления (специальная утварь, трубочки для приема жидкой пищи) либо специальное приготовление пищи (предварительное размельчение или нарезание пищи, намазывание масла на хлеб)
3 Нуждается в посторонней помощи, чтобы донести пищу до рта; либо наличие дисфагии, препятствующей приему твердой пищи; либо наличие гастростомы или эзофагостомы, с которой больной справляется самостоятельно; либо самостоятельный прием пищи через зонд
4 Неспособен самостоятельно принимать пищу либо справляться со стомой

Интервью
9.1 Если у больного имеется гастростома или эзофагостома, перейти к пункту 9.7
9.2 **Можете ли *вы* есть твердую пищу?**

ДА - следующий вопрос НЕТ перейти к пункту 9.6

9.3 Можете ли вы самостоятельно принимать пищу, без затруднений, без вспомогательных приспособлений и посторонней помощи!

НЕТ — следующий вопрос ДА - 0

9.4 Можете ли вы принимать пищу без всякой помощи, хотя и с затруднениями, или вам требуются для этого вспомогательные средства либо помощь другого лица?

НЕТ - следующий вопрос ДА 1

9.5 Можете ли вы самостоятельно принимать пищу, используя вспомогательные приспособления (например, специальную утварь) либо после ее предварительной подготовки (например, разрезание мяса, намазывание масла на хлеб)?

НЕТ - следующий вопрос ДА - 2

9.6 Можете ли вы сами, хотя бы частично, участвовать в приеме пищи, если вам оказывают некоторую постороннюю помощь!

ДА 3 НЕТ 4

9.7 Если имеется гастростома или эзофагостома
Кто осуществляет кормление через стому: вы сами (хотя бы частично) или всецело постороннее лицо!

Сам 3
Постороннее лицо 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!
1 Опрос
2 Реальное тестирование

10.Зрение. Оцениваются два фактора: острота зрения и бинокулярное зрение. Итоговая оценка должна соответствовать оценке *наихудшего* из этих двух параметров. Если между глазами существует значительное отличие по остроте зрения, то оценивается *лучший* глаз. Все критерии относятся к зрению, скорректированному при необходимости линзами. Нарушения зрения, НЕ связанные с рассеянным склерозом, оцениваются точно так же, как и обусловленные этим заболеванием.

0 Нормальное зрение. Может прочесть шрифт, который мельче стандартного газетного, при необходимости пользуясь корректирующими линзами
1 Не может прочесть шрифт, который мельче стандартного газетного, даже пользуясь корректирующими линзами; либо жалобы на двоение
2 Для прочтения текстов необходимы увеличивающие линзы либо крупный шрифт; либо двоение в глазах, нарушающее функцию зрения
3 Может прочесть только очень крупный шрифт - такой, каким напечатаны самые крупные газетные заголовки; либо постоянное двоение в глазах; либо расплывание контуров предметов, ощущение их движения
4 Слепота

Интервью
10.1 Наблюдалось ли у вас двоение в глазах либо испытывали ли вы расплывание контуров предметов при взгладе на них?

ДА - следующий вопрос НЕТ перейти к пункту 10.4

10.2 Нарушает ли двоение в глазах вашу привычную ежедневную деятельность каким-либо образом!

ДА - следующий вопрос НЕТ перейти к пункту 10.5

10.3 Является ли двоение в глазах постоянным?

НЕТ перейти к пункту 10.6 ДА перейти к пункту 10.7

10.4 Можете ли вы прочесть текст, напечатанный шрифтом более мелким, чем стандартный газетный, при необходимости пользуясь очками?

НЕТ - следующий вопрос ДА - 0

10.5 Можете ли вы прочесть текст, напечатанный стандартным газетным шрифтом?

НЕТ — следующий вопрос ДА - 1

10.6 Можете ли вы прочесть текст, напечатанный крупным шрифтом либо пользуясь увеличительной лупой?

НЕТ — следующий вопрос ДА - 2

10.7 Способны ли вы прочесть текст, напечатанный ОЧЕНЬ крупным шрифтом — таким, каким печатают крупные газетные заголовки?

ДА 3
НЕТ 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!
1 Опрос
2 Реальное тестирование

11.Речь и слух. Оцениваются вербальная экспрессия и восприятие речи окружающих. Итоговая оценка должна соответствовать оценке *наихудшего* из этих двух параметров. Поскольку при рассеянном склерозе более типичны проблемы с речью чем проблемы со слухом, итоговая оценка обычно определяется состоянием речевой функции. Нарушения речи и слуха, НЕ связанные с рассеянным склерозом, оцениваются точно так же, как и обусловленные этим заболеванием.

0 Норма; субъективно не отмечает снижения слуха; артикуляция и речь соответствуют культурным традициям
1 Нарушения слуха или артикуляции, не снижающие способность к общению
2 Снижение слуха, требующее использования слухового аппарата, и/или дизартрия, нарушающая способность к общению, и/или требуются вспомогательные средства для общения — например, специальные клавиатуры и т.д.
3 Выраженное снижение слуха, компенсируемое чтением по губам или общением с помощью знаков; и/или выраженная дизартрия, компенсируемая письменным общением либо общением с помощью знаков

4 Глухота и/или грубая диартрия, не поддающиеся эффективной компенсации

Интервью

11.1 Имеются ли у вас какие-либо проблемы с речью или слухом?

НЕТ — перейти к пункту 11.2 ДА - перейти к пункту 11.3

11.2 Если больной демонстрирует нормальный слух и нормальную речь 0

11.3 **Пользуетесь ли вы какими-либо вспомогательными приспособлениями — слуховым аппаратом, специальной клавиатурой и т.п.?**

НЕТ — следующий вопрос ДА перейти к пункту 1**1**.5

11.4 **Нарушают ли расстройства речи или слуха вашу способность к общению с окружающими?**

ДА - перейти к пункту 11.5 НЕТ - 1

11.5 Если нарушения слуха или речи не очень грубые и больной может разговаривать и слышать 2

11.6 Если нарушения слуха или речи настолько грубые, что препятствуют разговору и/или восприятию речи окружающих — перейти к пункту 11.7

11.7 Выраженное снижение слуха, компенсируемое чтением по губам или общением с помощью знаков; и/или выраженная дизартрия, компенсируемая письменным общением либо общением с помощью знаков 3

11.8 Глухота и/или грубая дизартрия, не поддающиеся эффективной компенсации 4

Каким образом производилась оценка: путем опроса, или путем реального тестирования функции!

1 Опрос

2 Реальное тестирование

12.**Медицинские проблемы.** Подразумеваются другие заболевания (например, диабет, астма) или/и осложнения рассеянного склероза (контрактуры, инфекции мочевыводящих путей). Оцениваются лишь те *медицинские* проблемы, которые требуют вмешательства врача, медсестры или иного медперсонала. Плановые профилактические осмотры, не имеющие отношения к какому либо конкретному заболеванию (например, осмотры стоматолога, оптометриста, личного врача), как и консультации психотерапевта, юристов не учитываются.

0 Нет значимых заболеваний

1 Заболевание(я), не требующее(ие) активного медицинского вмешательства; больной может находится на поддерживающей терапии; контроль состояния требуется не чаще чем один раз в три месяца

2 Заболевание(я), требующее(ие) периодического контроля со стороны врача или медсестры (чаще, чем один раз в три месяца, но реже чем один раз в неделю)

3 Заболевание(я), требующее(ие) регулярного врачебного или сестринского наблюдения (не реже одного раза в неделю)

4 Заболевание(я), требующее(ие) тщательного ежедневного врачебного или сестринского наблюдения , обычно в стационаре

Интервью

12.1 Имеются ли у вас какие-либо заболевания или медицинские проблемы, по поводу которых вы обращаетесь к врачу или иному медицинском работнику! Проблемы могут быть как связаны с рассеянным склерозом, так и не связаны (например, артериальная гипертония, диабет, язвенная болезнь и т.д.).

ДА — следующий вопрос НЕТ- 0

12.2Приблизительно как часто вы обращаетесь по поводу этих проблем к врачу или иному медицинскому персоналу!

12.3 Заболевание(я), не требующее(ие) активного медицинского вмешательства; больной может находится на поддерживающей терапии; контроль состояния требуется не чаще чем один раз в три месяца 1

12.4 Заболевание(я), требующее(ие) периодического контроля со стороны врача или медсестры (чаще, чем один раз в три месяца, но реже чем один раз в неделю) 2

12.5 Заболевание(я), требующее(ие) регулярного врачебного или сестринского наблюдения (не реже одного раза в неделю) 3

12.6 Заболевание(я), требующее(ие) тщательного ежедневного врачебного или сестринского наблюдения , обычно в стационаре 4

13.**Расстройства настроения и мышления.** Имеются в виду тревога, депрессия, перепады настроения, эйфория, галлюцинации, бред. Оценивается состояние больного на текущий момент времени, даже если оно обеспечено медикаментозной терапией. Например, если у больного имеются очевидные перепады настроения, но они скорректированы приемом лития настолько, что не нарушают повседневную деятельность, то оценка соответствует «1». Оценка «3» свительствует о необходимости психиатрической помощи на профессиональном уровне, а не просто на уровне обсуждения проблем в «группах общения»

0 Нет видимых проблем

1 Нарушения возникают периодически, но не снижают повседневную активность больного

2 Нарушения снижают повседневную активность больного, но больной справляется с ними сам, без помощи профессионалов, хотя иногда посещает врача для получения поддерживающей медикаментозной терапии

3 Нарушения снижают повседневную активность больного и требуют, помимо поддерживающей медикаментозной терапии, оказания профессиональной помощи (например — психотерапия или госпитализация)

4 Расстройства настолько выражены, что, несмотря на медикаментозную терапию и иную помощь, препятствуют выполнению повседневных функций

Интервью

Примечание. С учетом характера проблем на вопросы интервью может отвечать не сам больной, а другое лицо.

13.1 Имеются ли у вас какие-либо проблемы с настроением - например, нервозность или напряженность; либо снижение настроения, печаль; либо частые резкие перепады настроения, или приступы гнева!

НЕТ - перейти к пункту 13.2 ДА - перейти к пункту 13.3

13.2 Отмечают ли эти проблемы члены семьи или другие лица!

ДА - следующий вопрос НЕТ - 0

13.3 Снижается ли вследствие этих проблем повседневная активность?

ДА - следующий вопрос НЕТ - 1

13.4 Возможно ли, несмотря на наличие указанных проблем, выполнять хотя бы основные ежедневные функции?

ДА - следующий вопрос НЕТ - перейти к пункту 13.7

13.5 Требуется ли для решения проблем помощь психиатра, психолога, социального работника либо другого специалиста?

ДА — следующий вопрос НЕТ - 2

13.6 Требуется ли эта помощь редко (не чаще одного раза в месяц) или она необходима чаще, чем один раз в месяц ?

Редко 2
Часто 3

13.7 Расстройства настолько выражены, что, несмотря на медикаментозную терапию и иную помощь, препятствуют п выполнению повседневных функций 4

14. **Умственные способности.** Оцениваются нарушения в сфере когнитивных функций: память, ориентация, способность рассуждать, принимать решения, выполнять счетные операции. Расстройства настроения и мышления (эмоциональные функции) и нарушения умственных способностей (интеллектуальные функции) нередко трудно отдифференцировать, поскольку самооценка больным своего состояния является недостаточно объективной. Поэтому при оценке этих пунктов важно учитывать результаты непосредственного наблюдения за больным и информацию, полученную от членов семьи пациента.

0 Нет видимых проблем
1 Выявляются нарушения, но они не снижают повседневную активность больного
2 Нарушения снижают повседневную активность больного, но больной справляется с ними сам, без помощи профессионалов, хотя иногда посещает врача для получения поддерживающей медикаментозной терапии
3 Нарушения снижают повседневную активность больного — например, больной вынужден использовать лист подсказок или иные вспомогательные приспособления, но обходится без посторонней помощи; больной
4 Расстройства настолько выражены, что для выполнения повседневных дел больному требуется посторонняя помощь или присмотр
5 Грубые расстройства, препятствующие выполнению большей части повседневных функций; могут наблюдаться выраженное оглушение, дезориентация или утрата памяти

Интервью

Примечание. С учетом характера проблем на вопросы интервью может отвечать не сам больной, а другое лицо.

14.1 Возникают ли у вас какие-либо проблемы, связанные с ухудшением памяти, способности считать, вычислять!

НЕТ — перейти к пункту 14.2 ДА - перейти к пункту14.3

14.2 Отмечают ли эти проблемы члены семьи или другие лица?

ДА - следующий вопрос НЕТ - 0

14.3 Снижается ли вследствие этих проблем повседневная активность?

ДА - следующий вопрос НЕТ - 1

14.4 Возможно ли, несмотря на наличие указанных проблем, выполнять хотя бы основные ежедневные функции?

ДА — следующий вопрос НЕТ перейти к пункту 14.6

14.5 Можете ли вы (он, она) **самостоятельно справиться с проблемами, используя лист подсказок или другие вспомогательные приспособления, или требуется посторонняя помощь?**

Самостоятельно 2
Посторонняя помощь 3

14.6 Грубые расстройства, препятствующие выполнению большей части повседневных функций; могут наблюдаться выраженное оглушение, дезориентация или утрата памяти 4

15. Переутомление - чувство чрезмерной слабости или усталости, в связи с которым могут нарушаться двигательные функции, координация, чувствительность, зрение и психо-эмоциональное состояние. Может варьировать по частоте появления и интенсивности - от быстро преходящих случаев до постоянной общей слабости на протяжении нескольких часов или даже дней. В данном пункте оценивается частота появления чрезмерного утомления и степень его влияния на повседневную жизнедеятельность.

0 Нет повышенной утомляемости
1 Повышенная утомляемость, которая, однако, не снижает повседневной физической активности больного
2 Повышенная утомляемость, периодически вызывающая преходящие нарушения повседневной физической активности
3 Повышенная утомляемость, либо периодически вызывающая преходящую утрату физической активности, либо приводящая к частым умеренно выраженным нарушениям повседневной физической активности
4 Повышенная утомляемость, препятствующая физической активности

Интервью
15.1 Легко ли вы утомляетесь?
ДА - следующий вопрос НЕТ - 0

15.2 Нарушает ли повышенная утомляемость вашу повседневную физическую активность?

ДА - следующий вопрос НЕТ - 1

Приводит ли повышенная утомляемость лишь к незначительным или преходящим ограничениям физической активности? 2
или
Приводит к частым проблемам? 3
или
Приводит к полной утрате физической активности? 4

16. Сексуальная функция. Оцениваются два важных аспекта: *сексуальная активность,* отражающая вступление в половые отношения (физический акт или фантазии), которое может вызывать соответствующую реакцию половых органов, и *сексуальная функция,* отражающая способность половых органов реагировать на сексуальную активность (например, чувствительность половых органов, выделение смазки, эрекция, оргазм, эякуляция). Особая проблема возникает с оценкой сексуальной функции у тех лиц, которые либо не имели ранее сексуального опыта, либо сознательно избегают половых отношений; такие больные не могут определить, изменилась ли в связи с болезнью их сексуальная функция или нет. В таких случаях, если только нет оснований предполагать утрату сексуальной функции, ставится оценка «0». В случаях, если пациент использует протезы (например, имплантант пениса) либо вспомогательные приспособления для компенсации нарушенной функции (например, вибратор) оценка соответствует «1» или выше.
Данный раздел предусматривает лишь обобщенную оценку сексуальной дисфункции. Для специалистов, которым недостаточно такой оценки и которым необходимы более детальные сведения, предусмотрен специальный раздел «Проблемы, имеющие отношение к Сексу» (Sexual Concern Injury)

0 Сексуальная активность такая же, как и прежде, и/или никаких проблем в этой области не возникает (Нет изменений в сексуальной активности, привычной для данного больного - например, нет вынужденных изменений, касающихся частоты и типа сексуальной активности; нет нарушений чувствительности половых органов, нарушений эрекции, эякуляции у мужчин либо вагинальной секреции и оргазма у женщин. В том числе лица, которые либо не имели ранее сексуального опыта, либо сознательно избегают половых отношений)
1 Сексуальная активность ниже, чем прежде, и/или возникают некоторые проблемы в этой области, не вызывающие, однако озабоченности больного по этому поводу нет
(Менее частая или менее разнообразная сексуальная активность; и/или некоторые нарушения чувствительности половых органов, нарушений эрекции, эякуляции у мужчин либо вагинальной секреции и оргазма у женщин в сравнении с существовавшим до болезни уровнем, которые, однако, не являются предметом огорчения. Могут использоваться протезы или вспомогательные приспособления)
2 Сексуальная активность ниже, чем прежде, и/или возникают проблемы в этой области, вызывающие озабоченность больного
(Хотел бы вернуться к тому уровню сесуальной активности, который был свойственен до болез-ни;и/или хотел бы восстановить тот уровень чувствительности половых органов,

эрекции, эякуляции либо вагинальной секреции и оргазма, который имелся до болезни. Могут использоваться протезы или вспомогательные приспособления)
3 Сексуально неактивен и озабочен этим. (Сексуальная активность отсутствует на протяжении нескольких месяцев или лет, но больной хотел бы восстановить прежний уровень сесуальной активности и сексуальных функций)
4 Сексуально неактивен и не переживает по этому поводу. (Сексуальная активность отсутствует на протяжении нескольких месяцев или лет, но больной не считает это проблемой, требующей внимания)

Интервью
16.1 Я хотел бы задатьвам вопросы относительно вашей сексуальной жизни. Вы не возражаете?
(Т.е. необходимо спросить разрешения больного. Если больной не возражает, необходимо показать ему вопросы и вновь спросить разрешения. Если больной отказывается, не надо оказывать на него давление. Если согласен, продолжайте).
Прежде чем продолжить, я хочу заметить, что сексуальная функция —это лишь часть ваших взаимоотношений с окружающими. Но в данных вопросах я хочу сфокусировать внимание именно на сексуальных отношениях и на вашей удовлетворенности ими. Под сексуальной активностью понимаются те действия, которые потенциально должны вызвать сексуальный ответ у вас самих и у вашего партнера. Под сексуальной функцией понимаются генитальная чувствительность (ощущение разливающегося тепла в области гениталий; Эрекция/выделение смазки; оргазм /эякуляция).

Сохраняется ли ваша сексуальная активность на том же уровне, что и до болезни?

ДА - следующий вопрос НЕТ перейти к 16.4

16.3 Сохраняется ли ваша сексуальная функция на том же уровне, что и до болезни?

ДА 0
НЕТ 1

Ваша сексуальная активность лишь снизилась или вы стали полностью неактивны в сексуальном отношении ?

Снизилась-следующий вопрос НЕТ перейти к пункту 14.6

Озабочены ли вы этим?

ДА 1
НЕТ 2
Озабочены ли вы этим?

ДА 3
НЕТ 4

Проблемы, имеющие отношение к Сексу (Sexual Concern Injury)
В данном разделе основное внимание сфокусировано на тех специфических проблемах, которые тревожат больного. Раздел предназначен тем профессионалам, которым для планирования специализированной помощи необходимы дополнительные сведения.

Кодирование ответов производится следующим образом:

1 — верно по отношению ко мне
2 — не имеет ко мне отношения

Какие из перечисленных ниже проблем являются предметом вашей озабоченности?

1 Не испытываю сексуальных ощущений ☐
2 Не могу найти партнера ☐
3 Не могу сохранить (удержать) партнера ☐
4 Не могу удовлетворить партнера из-за проблем с эрекцией или оргазмом ☐
5 Не могу удовлетворить партнера из-за физических затруднений при сношении (нарушение координации, слабость объятий и т.д.) ☐
6 Не могу удовлетворить себя из-за проблем с эрекцией, оргазмом и т.д. ☐
7 Не могу удовлетворить себя из-за физических затруднений при сношении (нарушение координации, слабость объятий и т.д.) ☐
8 Не могу стать матерью или отцом ☐
9 Не могу чувствовать себя женщиной (мужчиной) ☐
10 Партнер не испытывает сексуальных ощущений ☐
11 Гигиена мочеполовых органов ☐
12 Недостаточная уединенность ☐
13 Другие проблемы, уточнить: ☐

Какая из этих проблем тревожит вас в наибольшей степени!
Отметить номер соответствующего пункта ☐

Шкала Ограничения Способностей (Incapacity Status Scale, таблица 10.5) создавалась J.F.Kurtzke совместно с C.Granger для оценки нарушений жизнедеятельности, обусловленных рассеянным склерозом [Kurtzke J.F.6 1981, 1983]. В основу положены пункты из шкал Бартела, Профиль PULSES [Mahoney R, Barthel D., 1965; Moskowitz E., 1985]. Для всех пунктов предусмотрена 5- балльная оценка (от "0" — норма до "4" — потеря функции с невозможностью компенсации). Оценка должна производиться исходя из реальных действий больного, а не из предположений исследователя о возможностях пациента. Нарушения функций оцениваются вне зависимости от того, обусловлены ли они рассеянным склерозом или иным, сопутствующим, заболеванием.

Минимальный Протокол Регистрации Нарушений Жизнедеятельности
Суммарный Протокол Клинических Баллов и Примечания
Minimal Record of Disability Summary Record of Clinical Scores and Notes
(по R.Slater, 1985)

Демографическая информация

1. **Код пациента** □□□□□□
2. **Дата обследования** □□□□□□
3. **Дата начала заболевания (месяц, год)** □□□□□□
4. **Дата установления диагноза (месяц, год)** □□□□□□
5. **Пол (1- муж., 2 - жен)** □
6. **Дата рождения** □□□□□□
7. **Число лет обучения** □□□□□□

начальное образование 1-8
среднее образование 9-12
колледж 13-16
магистрат 17-18
докторат 19-20

8. Семейное положение

1 замужем (женат)
2 живу с партнером
3 в браке, но живу раздельно
4 в разводе
5 вдова (вдрвец)
6 одинокий (никогда не был женат или не была замужем)
7 другое _____

9. Кто в настоящее время проживает вместе с вами?

(1- да, 2- нет)
а) супруг (а) □
б) дети □
в) родители (ль) □
г) брат (тья) и/или сестра (ы) □
д) другие родственники □
е) друг (друзья) □
ж) живу один □

10. Работали ли вы когда - нибуь? □
(1 – да, 2 – нет)

11. Каков характер вашего друга? □

1 работаю вне дома
2 надомный друг
3 ведение домашнего хозяйства

4 волонтер
5 пенсионер
6 безработный
7 студент или учащийся

12. (Для тех, кто работает) Какую работу вы выполняете?_____
_____

Шкалы Куртцке для Оценки Рассеянного Склероза Неврологические Функции

1 .Пирамидные пути □
2.Мозжечковые функции □
3.Стволовые функции □
4.Чувствительность □
5.Функции мочевого пузыря и прямой кишки □
6.Зрительные функции □
7. Корковые (умственные) функции □
8.Другие функции □
а) спастичность
б) другие симптомы_____

Шкала Нарушений Жизнедеятельности □ □

Расширенная Шкала Нарушений Жизнедеятельности □ □ □

Шкала Ограничения Способностей

1. Ходьба по лестнице □ □
2. Ходьба □ □
3. Перемещение □ □
4. Функция кишечника □ □
5. Функция мочевого пузыря □ □
6. Мытье □ □
7. Одевание □ □
8. Приведение себя в порядок □ □
9. Прием пищи □ □
10. Зрение □ □
11. Речь и слух □ □
12. Медицинские проблемы □
13. Расстройства настроения и мышления □
14. Умственные способности □
15. Переутомление □
16. Сексуальная функция □

Проблемы, имеющие отношение к Сексу (Sexual Concern Injury)

1 Не испытываю сексуальных ощущений □
2 Не могу найти партнера □
3 Не могу сохранить (удержать) партнера □
4 Не могу удовлетворить партнера из-за проблем с эрекцией или оргазмом □

5 Не могу удовлетворить партнера из-за физических затруднений при сношении (нарушение координации, слабость объятий и т.д.) ☐
6 Не могу удовлетворить себя из-за проблем с эрекцией, оргазмом и т.д. ☐
7 Не могу удовлетворить себя из-за физических затруднений при сношении (нарушение координации, слабость объятий и т.д.) ☐
8 Не могу стать матерью или отцом ☐
9 Не могу чувствовать себя женщиной (мужчиной) ☐
10 Партнер не испытывает сексуальных ощущений ☐
11 Гигиена мочеполовых органов ☐
12 Недостаточная уединенность ☐
13 Другие проблемы, уточнить_____
_____

Какая из этих проблем тревожит вас в наибольшей степени?
Отметить номер соответствующего пункта ☐

Шкала Социальной Приспособленности

1. Работа ☐
2. Финансы ☐
3. Дом ☐
4. Персональная помощь ☐
5. Транспорт ☐
6. Общественное обслуживание ☐
7. Социальная активность ☐

Рассеянный Склероз: Балл Тяжести Заболевания An illness-severity Score for Multiple Sclerosis (по M.R. Mickey и соавт., 1984; D.Wade, 2000)

(а) **Активность** заболевания
1= нет активности; нет нарастания неврологических симптомов на протяжении предшествовавших 6 месяцев
2= активность; нарастание неврологических симптомов на протяжении предшествовавших 6 месяцев

(б) **Течение** заболевания
1 =ремиттирующее
2=ремиттируюш,ее с прогрессированием
3=прогредиентное

	"Сырые" баллы									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Активность заболевания (а)	0.0	1.4	2.4							
Течение заболевания (б)	0.0	0.4	0.7	1.0						
КФС -А	0.0	1.1	1.8	2.6	3.4	4.2	5.4			
КФС-Б	0.0	1.6	3.0	4.6	6.6	8.3				
КФС-В	0.0	0.9	1.5	2.0	2.8	3.6				
КФС-Г	0.0	0.3	0.5	0.7	1.0	1.3				
КФС-Д	0.0	0.2	0.4	0.5	0.6	0.8				
КФС-Е	0.0	0.2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6			
КФС-Ж	0.0	0.2	0.4	0.6	0.7	0.8				
КШНЖ	0.0	6.3	9.9	13.1	15.3	16.6	19.8	24.5	29.4	35.2
БТЗ = 19.8 + сумма "взвешенных" баллов										

* КФС - Куртцке, Функциональные Системы
** КШНЖ — Куртцке, Шкала Нарушений Жизнедеятельности
***БТЗ — Балл Тяжести Заболевания

В некоторых случаях врачу или исследователю важно дать обобщенную оценку тяжести рассеянного склероза, с учетом активности заболевания и характера его течения. Именно для таких случаев M.R.Mickey и соавторы в 1984 г. разработали тест, названный ими **Рассеянный Склероз: Балл Тяжести Заболевания (An illness-severity Score for Multiple Sclerosis)**. Методика оценки предполагает рассчет Балла Тяжести Заболевания (БТЗ), который должен, по мнению авторов, являться интегративной характеристикой каждого пациента, страдающего рассеянным склерозом. Этот балл подсчитываетея с учетом результатов, полученных по двум шкалам Куртцке (Функциональные Системы и Шкала Нарушений Жизнедеятельности), и дополнительной информации об активности заболевания и типе его течения. При этом «сырые» оценки по шкалам Куртцке и по дополнительным шкалам с помощью специальной таблицы преобразуются во «взвешенные» баллы, а итоговый балл получают путем суммирования «взвешенных» баллов и константы, равной 19.8. Такое преобразование позволяет получить среднее по шкале, равное 50, и стандартное отклонение, равное 10. Анализ таблицы «взвешенных» баллов показывает, что среди пунктов шкал Куртцке основной «вклад» в Балл Тяжести Заболевания вносят лишь те, которые касаются двигательных функций и нарушений жизнедеятельности, тогда как остальные пункты демонстрируют свою относительную бесполезность (Wade D., 2000). Валидность и надежность шкалы подтверждена специальными исследованиями (Mickey M.R. и соавт., 19841).

ЛИТЕРАТУРА

1. **Новик А.А., Ионова Т.И.** Концептуальные и методологические основы исследования качества жизни у больных рассеянным склерозом//Сборник материалов X конференции «нейроиммунология». — СПб. — 2002.
2. **Arnanson** A. Psychosocial factors in multple sclerosis. — MS Forum: Chicago, USA. — 1995. — P.24.
3. **Bergner M., Bobbitt R., Carter W.B., Gilson B.S.** The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure//Med.Care. — 1981. — Vol.19. — P.787 — 805.
4. **Brownscombe I., Laupacis A., Rice G. et al.** Development of a disease — specific quality of life measure for multple sclerosis//Neurology. — 1993. — Vol.40 (Suppl.l). — P. 142.
5. **Cella D.F., Dinecn K., Arnason et al.** Validation of the functional assessment of multple sclerosis (FAMS) quality of life instrument//Neurology. — 1996. — Vol.47.R129 — 139.
6. **Collen F.M., Wade D.T., Robb G.F., Bradshaw CM.** The Rivermead Mobility Index: a further development of Rivermead Motor Assessment// //intemat. Disability Studies. — 1991. — Vol.13.
7. **Fischer J.S., LaRocca N.G., Mller D.M. et al.** Recent developments in the assessment of quality of life in multiple sclerosis (MS)//Mult Scler. — 1999. — Vol.5. — R251 — 259.
8. **Ford H., Tennent A., Johnson M.** The Leeds MSQoL sScale: a disease — specific measure of quality of life in multiple sclerosis. Abstract. Presented at the Association of British Neurologists meeting. — London, 1999.
9. **Fredrikson S.,t Arnason B., Bates M. et al.** Design and interpretation of clinical trials in multple sclerosis. — MS Forum: Stockholm, Sweden. — 1996. — P. 14 — 16.
10. **Freeman J., Thompson A.** Inpatient rehabilitation n MS//The International MS Journal. — 1998. — Vol.5, № **1.** — P. 17 — 23.

11.Goodkin D., Hertsgaard D., Seminary J. Upper extremity function in multiple sclerosis: improving assesement sensitivity with box - and block and nine - hole peg tests//Arch.Phys.Med.Rehabii. — 1988. ~ №69. — P.850 — 854
12.Granger C.V. Assessment of functional status: a model for multiple sclerosis// Acta Neurologica Scan-dinavica. — 1981. — Vol.64, Suppl.87. — P.4047.
l3.Gulick E. The self-administration DL-scale for persons with multple sclerosis. In: Waltz C, Strickland (eds). Measurement of nursing outcomes. Vol.1: Measuring clinical outcomes. — New — York:Springer, 1998. — P.I 28 — 159.
H.Harwood R.H., Ebrahim S. Manual of the London Handicap Scale. — Nottingham: University of Nottingham, Department of Health Careof the Eldery, 1995.
l5.Hobart J., Lamping D., Fitzpatrick R. et al. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): a new patient-based outcome measure//Brain. — 2001. — Vol.124. — P.962 —973.
l6.Janca A.,Prilipko, Costa E., Silva J.A. The World Health Organization's global initiative on neurology and public health//J.Neurol.Sci. — 1997. — Vol.145. — Rl —2.
17Jette A.M. .Davies A.R., Clearly P.D. et al. The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care//J.Gen.Intern.Med. — 1986. — Vol.1. — P.143— 149.
l8.Kobelt G. Outcome research in multirle sclerosis. — Schering AG-Sponsored Workshop, France, 2000.— P.40.
lO.Krupp L.B. Mechanisms, measurement and management of fatigue **in** multiple sclerosis. **In:** Multiple Sclerosis: Clinical Challenges and Controversies (Thompson A.J., Polman C.O.,Hofilfeld R., eds). — London: Martin Dunitz Ltd. — 1997. — R283 — 291.
2O.Kurtzke J.F.A new scale for evaluating disability in multiple sclerosis//Neurology. — 1955. — Vol.5. — P.580 — 583.
2I.Kurtzke J.F. On the evaluation of disability in multiple sclerosis//Neurology. — 1961. — Vol.11. — R686 — 694.
22.Kurtzke J.F. Further notes on disability evaluation in multiple sclerosis with scale modifications// Neurology. — 1965. — Vol.15. — P.654 — 661.
23.Kurtzke J.F. A proposal for a uniform minimal record of disability in multiple sclerosis//Acta Neurologica Scandinavica. — 1981. — Vol.64, Suppl.87. — P.I 10 — 129.
24.Kurtzke J.F. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS (//Neurology — 1983. — Vol.33. — R1444 — 1452.
25.Lankhorst G.J., Jelles F., Smits R.C. et al. Quality of life in multiple sclerosis: the disability and impact profile (D1P)//J.Neural. — 1996. — Vol.243. — R469 — 474.
26.Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel lndex//MD State Med.J. — 1965. — № 14. — R61 — 65.
27.**Mickey M.R., Ellison G.W., Myers L.W.** An illness — severity score for Multiple Sclerosis//Neurology.

— 1984. — Vol.34. — R1343 — 1347.
28.Minimal record of disability for multiple sclerosis.
— International Federation of Multple Sclerosis Societies (project director R.J.Slater). — USA: New York, 1985.
29.Moskowitz E. PULSES Profile in retrospect // Arch.Phys.Med.Rehabil. — 1985. — Vol.66. — P.647 — 648. **30.Scientific review of Xll-th meeting of ENS.** — Baxterlssue №3, 2002. — P.21 — 24. **31.Strainer D.L., Norman G.R.** Health measurement
scales: a practical guide to the development and use.— Oxford: Oxford University Press, 1989.
32.Stewart G., Kidd D., Thompson A.J. The assessment of handicap: an evaluation of the Environmental Status Scale//Disabil.Rehabil. — 1995. — Vol.17. — P.312 — 316.
33.The EuroQoL Group. EuroQoL — a new facility for the measurement of health — related quality of life //Health Policy. — 1990. — Vol.16. — R199 — 208.
34.Torrance G. Measurement of health state utilities for economic appraisal: a review//J. of Health Economic.
— 1986. — Vol.5. — **Rl** — 30.
35. Torrance G., Zhang Y., Feeny D. et al. Multi — attribute value and utility functions for a comprehensive health status classification system. — Toronto: McMasters University, 1992.
36.Vickrey B.G., Hays R.D., Harooni R. et al. A health — related quality of life measure for multiple sclerosis// Qual.Life Res. — 1995. — Vol.4. — R187 — 206.
37.Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation. — Oxford University Press. — 2000.
38.Ware J., Sherbourne C The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)// Medical Care. — 1992.
— Vol.30. — R473 — 483.
39.Ware J., Snow K., Kosinski M. et al. SF — 36 Health Survey:Manual and Interpretation Guide. — Boston, MA:The Health Institute, New England Medical Center Hospitals, 1993.
39.Whurr R. Aphasia Screening Test (2 — nd ed). — London: Whurr Publishers, 1997.