

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

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
(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.

доц., к.мед.н.

Н.Н.Грицай

В.А.Пинчук

В современных условиях среди врачей разных специальностей значительно возрос интерес к проблемам оценки состояния пациента, к изучению эффективности назначенного лечения. Причем, без сомнения, проведение дорогостоящих медицинских вмешательств, внедрение современных медицинских технологий, а также изучение новых лекарственных препаратов должно быть основано на принципах «доказательной медицины», которая настаивает на научном обосновании целесообразности использования того или иного медицинского вмешательства. Поэтому чрезвычайно важно для оценки исследуемых характеристик применять четкие количественные параметры. Измерительными инструментами для этой цели служат многочисленные представленные в различных журналах тесты, опросники и шкалы.

В рекомендованном пособии на основе изучения литературных данных представлены наиболее известные опросники и шкалы, применяемые в нашей стране и за рубежом в неврологических и реабилитационных отделениях. В конце имеется список рекомендуемой литературы, который позволяет более детально изучить данный вопрос.

Предложенные инструменты оценки могут быть полезными в практической деятельности врачам неврологам, нейрохирургам, реабилитологам, психологам для использования в стационарных и в амбулаторных условиях. Также использование представленных тестов и шкал необходимо в проведении научных исследований.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В течении мозгового инсульта выделяют острый период (до 6 недель), восстановительный период (продолжается 1-1,5 года): ранний восстановительный период – до 5- 6 месяцев после инсульта; поздний восстановительный от 5-6 до 12-18 месяцев после инсульта, резидуальный период, или период остаточных нарушений (через год – полтора после развития мозгового инсульта). В зависимости от периода мозговой катастрофы, используются различные специфические шкалы.

1.1.1 В острый период наиболее популярными являются Шкала Инсульта Национального Института Здоровья (NIH Stroke Scale), Канадская Неврологическая шкала (Canadian Neurological Scale), Балл Оргогозо (Orgogozo Score).

Шкала Инсульта National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) [1].

Признак	Балл	Описание
<i>1А. Сознание: уровень бодрствования</i>	0	Ясное
	1	Оглушение(заторможен, сонлив, но реагирует даже на незначительный стимул, команду, вопрос).
	2	Ступор (требует повторной, сильной или болезненной стимуляции для того, чтобы совершить движение или стать на время доступным контакту).
	3	Кома (речевому контакту недоступен, отвечает на раздражения лишь рефлекторными двигательными или вегетативными реакциями)
<i>1В. Сознание: ответы на вопросы (два) Просят больного назвать месяц года и свой возраст</i>	0	Правильные ответы на оба вопроса
	1	Правильный ответ на один вопрос
	2	Неправильные ответы на оба вопроса
<i>1С. Сознание: выполнение инструкции (две) Просят больного открыть и закрыть глаза, сжать пальцы в кулак и разжать</i>	0	Выполняет обе команды правильно
	1	Выполняет одну команду правильно
	2	Обе команды выполняет неправильно
<i>2. Движения глазных яблок</i>	0	Норма
	1	Частичный паралич взора (но нет фиксированной девиации взора)
	2	Фиксированная девиация глазных яблок
<i>3. Поля зрения (исследуют с помощью</i>	0	Нет нарушений
	1	Частичная гемианопсия

движений пальцами, которые исследователь выполняет одновременно с обеих сторон)	2 3	Полная гемианопсия Билатеральная гемианопсия
<i>4. Параличи лицевой мускулатуры</i>	0 1 2 3	Нет Минимальный Умеренно выраженный Полный односторонний
<i>5. Движения в руке на стороне пареза</i>	0 1 2 3 4	Рука не опускается Больной удерживает руку в заданном положении менее 5 секунд, затем рука начинает опускаться Рука начинает падать, но больной все же несколько удерживает ее против силы тяжести до 10 секунд Рука сразу падает, больной совершенно не может преодолеть силу тяжести Нет активных движений против силы тяжести
<i>6. Движения в ноге на стороне пареза</i>	0 1 2 3 4	Нога не опускается Больной удерживает ногу в заданном положении до 5 секунд, затем нога начинает опускаться Нога падает менее чем за 5 секунд Больной совершенно не может преодолеть силу тяжести Нет активных движений
<i>7. Атаксия в конечностях</i> Пальце-носовая и пяточно-коленная пробы (атаксия оценивается в баллах лишь в том случае, когда она не на стороне пареза; при полном параличе кодируется буквой «Н»)	0 1 2	Нет Имеется или в верхней, или в нижней конечности Имеется и в верхней и в нижней конечности
<i>8. Чувствительность</i> Исследуется с помощью булавки, учитываются только нарушения по гемитипу	0 1 2	Норма Незначительно снижена Значительно снижена
<i>9. Истощение и невнимание</i>	0 1 2	Нет Легкое Грубое
<i>10. Дизартрия</i>	0 1 2	Нормальная артикуляция Легкая или умеренная дизартрия Невнятная речь
<i>11. Афазия</i> Оценивается по речевым ответам пациента в процессе его обследования	0 1 2 3	Нет Легкая или умеренная афазия Выраженная афазия Немота или глобальная афазия

Примечание: если признак не поддается тестированию вследствие иного неврологического дефицита, вместо балла ставится буква «Н», если признак не определяется по иной причине, вместо балла ставится буква «Х».

Оценка функций производится в баллах. Заполнение шкалы требует от врача не более 5-10 минут, дисциплинирует врача в плане необходимости всестороннего исследования неврологического статуса.

Шкала степени тяжести инсульта американского института неврологических расстройств и инсульта [2]

1. Дата проведения осмотра:		(день)/	(месяц)/	(год)	
2. (а) уровень сознания	Ясное сознание				() 0
	Сонливость				() 1
	Ступорозное сознание				() 2
(б) Правильность ответов на два вопроса	Кома				() 3
	Оба ответа правильные				() 0
	Только один правильный ответ				() 1
(в) Правильность выполнения двух команд	Оба ответа неправильные				() 2
	Выполняет обе команды				() 0
	Выполняет только одну команду				() 1
3. Объем движения глазных яблок	Не выполняет ни одну из команд				() 2
	Нормальный				() 0
	Частичный паралич взора				() 1
4. Зрение	Насильственное отклонение глаз				() 2
	Нет нарушений зрения				() 0
	Частичная гемианопсия				() 1
	Полная гемианопсия				() 2
5. Паралич мышц лица	Двусторонняя гемианопсия				() 3
	Нет				() 0
	Минимальный				() 1
	Частичный				() 2
6. Сила мышц правой руки	Полный				() 3
	Сила в руке не нарушена				() 0
	Поднятая рука отклоняется книзу				() 1
	Не может поднять руки				() 2
7. Сила мышц левой руки	Нет никаких движений в руке				() 3
	Сила в руке не нарушена				() 0
	Поднятая рука отклоняется книзу				() 1
	Не может поднять руки				() 2
8. Сила мышц правой ноги	Нет никаких движений в руке				() 3
	Сила в ноге не нарушена				() 0
	Поднятая нога отклоняется книзу				() 1
	Не может поднять ноги				() 2
9. Сила мышц левой ноги	Нет никаких движений в ноге				() 3
	Сила в ноге не нарушена				() 0
	Поднятая нога отклоняется книзу				() 1
	Не может поднять ноги				() 2

- 0,5 Значительное
0,0 Плегия
- Нога, проксимальные отделы 1,5 Нет
1,0 Легкое
0,5 Значительное
0,0 Плегия
- Нога, дистальные отделы 1,5 Нет
1,0 Легкое
0,5 Значительное
0,0 Плегия

Двигательный ответ (двусторонний дефицит)

- Лицевая мускулатура 0,5 Симметричный
0,0 Асимметричный
- Руки 1,5 Равный
0,0 Неравный
- Ноги 1,5 Равный
0,0 Неравный

Балл Оргогозо. Максимальный балл 100, чем ниже итоговый балл, тем выраженнее постинсультные нарушения.

Шкала J.M. Orgogozo (2000) [4]

Показатели	Характеристика	Оценка в баллах
Сознание	Кома	0
	Сопор	5
	Сомноленция	10
	Норма	15
Речевой контакт	Не возможен	0
	Затруднен	5
	Норма	10
Парез взора	Выражен	0
	Недостаточность взора	5
	Нет	10
Паралич лицевого нерва	Паралич есть	0
	Парез или норма	5
Подъем руки	Не возможен	0

	Возможен, не в полном объеме	5
	Норма	10
Движения кисти	Бесполезные	0
	Полезные	5
	Умелые (ловкие)	10
	Норма	15
Тонус в руках	Повышен или понижен	0
	Норма	5
Подъем ноги (приподнимание голени)	Не возможен	0
	Минимальный объем движений	5
	Оказывает сопротивление	10
	Норма	15
Тыльное сгибание стопы	Не возможно	0
	Минимальный объем движений	5
	Сопротивление или норма	10
Тонус в ногах	Повышен или понижен	0
	Норма	5

Также используются следующие шкалы:

**Скандинавская шкала
(Scandinavian Stroke Study Group, 1985) [5]**

Показатели	Характеристика	Оценка в баллах
Сознание	Норма	6
	Оглушение	4
	Реакция на словесные команды	2
	Сопор или кома	0
Ориентация	Во времени, месте, себе (норма)	6
	Два признака из них	4
	Один признак из них	2
	Полная дезориентация	0
Речь	Норма	10
	Ограничение произношения или понимания	6
	Более чем “да”-“нет”, но менее предложения	3
	Только “да”-“нет” или меньше	0
Движения	Нет глазодвигательных нарушений	4
	Есть глазодвигательные нарушения	2
	Парез взора	0

Паралич лицевого нерва	Нет	2
	Есть	0
Передвижение	Ходьба более 5 м без помощи	12
	С помощью палки	9
	С помощью других	6
	Сидение без опоры	3
	Прикован к постели	0
Движения предплечье	в Поднимается с нормальной силой	6
	Поднимается со сниженной силой	5
	Поднимается с согнутым локтем	4
	Поднимается в плоскости опоры, без преодоления силы тяжести	2
	Паралич	0
Движения кисти	в Нормальная сила	6
	Сниженная сила	4
	Не может сжать пальцы в кулак	2
	Паралич	0
Движения ноге	в Нормальная сила	6
	Сниженная сила, но поднятие ноги в полном объеме	5
	Поднятие ноги только согнутой в коленном суставе	4
	Не может преодолеть силу тяжести	2
	Паралич	0
Движения стопе	в Нет пареза	2
	Парез, паралич	0

Легкая степень тяжести – 31-45 баллов; средняя степень тяжести – 16-30 баллов; тяжелая степень тяжести – 0-15 баллов.

Шкала NIH (Adams H.P., Biller J., 1989) [6]

Показатели	Характеристика	Оценка в баллах
Уровень бодрствования	Не изменен	0
	Оглушение	1
	Сопор	2
	Кома	3
Ответы на вопросы	Адекватные	0
	Не полностью адекватны	1
	Не адекватны	2
Выполнение инструкций	Выполнение всех	0
	Частичное выполнение	1
	Неправильное выполнение	2

Агнозия	Отсутствует	0
	Зрительная, тактильная или слуховая агнозия по гемитипу	1
	Агнозия более, чем одного признака	2
Парез взора	Отсутствует	0
	Ограничение взора	1
	Сочетанное отведение глаз	2
Поля зрения	Сохранены	0
	Частичная гемианопсия	1
	Полная гемианопсия	2
Парез лицевой мускулатуры	Нет	0
	Легкий	1
	Частичный	2
	Полный	3
Движения в руке	Нет пареза	0
	Парез	1
	Плегия	2
Движения в ноге	Нет пареза	0
	Парез	1
	Плегия	2
Подшвенные рефлексы	Нормальные	0
	Сомнительные	1
	Экстензорый	2
	Двусторонние	3
Атаксия конечностей	Нет	0
	В руке или ноге	1
	В руке и ноге	2
Чувствительность	Не нарушена	0
	Гипестезия	1
	Анестезия	2
Дизартрия	Нет	0
	Умеренная	1
	Анартрия	2
Афазия	Нет	0
	Умеренная	1
	Смешанная	2
	Тотальная	3
Изменения в сравнении	Отсутствуют	0*

с предыдущим осмотром	Улучшение	Л
	Ухудшение	Х
Изменения в сравнении с первым осмотром	Отсутствуют	О
	Улучшение	Л
	Ухудшение	Х

*Л – лучше, Х – хуже, О – отсутствуют.

По данной шкале отсутствие изменений составляет 0 баллов, смерть больного - 55 баллов.

**Оригинальная шкала
(Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, 1991) [7]**

Показатели	Характеристика	Оценка в баллах
Уровень сознания	Кома III степени	0
	Кома II степени	1
	Кома I степени	2
	Сопор	3
	Оглушение	4
	Ясное сознание	5
Тип дыхания	Апноэ	0
	Гаспинг	1
	Атактическое	2
	Групповое периодическое, апнейстическое	3
	Чейна-Стокса	4
	Регулярное гиперпноэ, постгипервентиляционное апноэ	5
	Норма	6
Оболочечные симптомы	Ригидность мышц затылка	0
	Выраженный симптом Кернига, симптом Бехтерева	1
	Умеренно выраженный симптом Кернига	2
	Норма	3
Нарушение окулоцефалических рефлексов	Отсутствует	0
	Общее ослабление	1
	Нарушение рефлекторного взора в сторону	2
	Феномен «головы куклы»	3
	Норма	4
Поражение систем черепных нервов	Отсутствие зрачковых и корнеальных рефлексов	0
	Плавающие, поплавковые движения глазных яблок, вертикальный нистагм, симптом Гертвига – Мажанди, заметные нарушения других черепных нервов	1
	Парезы взора, выраженный горизонтальный нистагм, центральный парез VII, XII пар	2

	черепных нервов	
	Умеренный горизонтальный нистагм, центральный парез VII, XII пар черепных нервов	3
	Норма	4
Поражение пирамидного тракта	Тетраплегия	0
	Пара- или гемиплегия, отчетливый тетрапарез	1
	Отчетливый пара- или гемипарез, умеренный тетрапарез, моноплегия	2
	Умеренный пара- или гемипарез, сильно выраженный монопарез	3
	Минимальная слабость в одной конечности	4
	Пирамидные знаки без слабости	5
	Норма	6
Изменение мышечного тонуса	Общая гипо- или атония	0
	Патологическая разгибательная реакция рук с атонией или слабой сгибательной реакцией ног	1
	Меняющийся тонус, горметонии, поза «децеребрационной ригидности»	2
	Флексорная установка конечностей	3
	Умеренная асимметрия, поза «декортикационной» ригидности	4
	Норма	5
Поражение мозжечка	Невозможно выполнить координированное движение	0
	Умеренно выраженная атаксия туловища и конечностей	1
	Слабо выраженная атаксия конечностей	2
	Снижение мышечного тонуса	3
	Норма	4
Расстройства чувствительности	Гемигипалгезия	0
	Гипалгезия на одной конечности, по лоскутному типу	1
	Норма	2
Нарушение зрения	Амавроз с двух сторон, гемианопсия	0
	Снижение остроты зрения, частичное сужение полей зрения	1
	Норма	2
Нарушение функции тазовых органов	Отсутствие контроля	0
	Императивные позывы	1
	Задержка мочеиспускания	2
	Норма	3

Нарушение трофики тканей	Пролежни	0
	Сухость, шелушение кожи	1
	Норма	2
Нарушение высших мозговых функций	Грубая сенсомоторная афазия, апраксия, агнозия	0
	Моторная афазия, неполное понимание речи	1
	Элементы моторной афазии	2
	Норма	3

Состояние при поступлении, динамика процесса и исход оцениваются к 21-м суткам от 0 (смерть мозга) до 49 баллов (норма).

1.1.2. Оценка уровня сознания – Шкала Комы Глазго (Glasgow Coma Scale) [G.Teasdale, B.Jennet, 1974].

Шкала оценки глубины нарушения сознания Глазго

Проба шкалы	Оценочный балл “Да”
1. Открывание глаз	
• самостоятельно	4
• в ответ на требование	3
• в ответ на боль	2
• отсутствие	1
2. Двигательная реакция конечностей (меньше пораженной стороны)	
• по команде	6
• локализованная - целенаправленное отдергивание	5
• нецеленаправленное отдергивание сгибания конечностей	4
• патологическое сгибание	3
• патологическое разгибание	2
• отсутствие реакции	1
3. Речевая реакция	
• ориентированная	5
• спутанная речь	4
• слова невпопад или отдельные непонятные слова	3
• звуки нечленораздельные	2
• отсутствие реакции	1
Всего по шкале комы Глазго: высший балл – 15; низший балл – 3.	

Шкалы для оценки состояния больных с мозговыми инсультами и прогнозирования дальнейшего течения заболевания

Уровни сознания в сопоставлении с тяжестью состояния больных по ШКГ

Уровни сознания	ШКГ (в баллах)
Ясное сознание	15
Умеренно приглушенное	13-14
Глубоко приглушенное	11-12
Сопор	9-10
Кома I ст. (умеренная)	7-8
Кома II ст. (глубокая)	5-6
Кома III ст. (терминальная)	3-4

Шкала тяжести состояния больных с субарахноидальным кровоизлиянием (WFNS)

Степень тяжести	Баллы по ШКГ	Двигательные нарушения
I	15	Отсутствуют
II	14-13	Отсутствуют
III	12-9	В наличии
IV	8-7	В наличии
V	6<7	Отсутствуют или в наличии

Классификация тяжести состояния больных при субарахноидальном кровоизлиянии по W. Hunt и R. Hess

Степень тяжести состояния	Критерии
I	Асимптомное течение, незначительная головная боль или ригидность мышц затылка.
II	Головная боль умеренная или слабая. Менингеальный синдром в наличии. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует, за исключением возможного поражения окулодвигательных нервов.
III	Менингеальный синдром выраженный. Сознание нарушено до приглушенного. Очаговая симптоматика умеренно выражена.
IV	Менингеальный синдром выраженный. Сознание нарушено до состояния сопора. Очаговая

	симптоматика выраженная.
V	Кома разной глубины, отсутствие реакции на внешние раздражители или децеребрационная ригидность.

Примечание: Если заболевание протекает на фоне артериальной гипертензии, диабета, тяжелого атеросклероза, хронического заболевания легких, то тяжесть состояния оценивается на одну степень выше.

Шкала исходов Глазго

Степень	Описание	Определение
5	Хорошее восстановление	Больной может вести независимую жизнь, с минимальным неврологическим дефицитом или без него
4	Умеренно нетрудоспособен	У больного имеется неврологический или интеллектуальный дефицит, но он независим
3	Тяжело инвалидизирован	Пациент в сознании, но полностью зависим от других в повседневной активности
2	Вегетативное состояние	-----
1	Смерть	-----

1.1.3. В остром периоде мозгового инсульта используются также нетрудоемкие шкалы, которые позволяют оценить изменения в *двигательной, сенсорной, речевой, координаторной сферах.*

Шкала Комитета медицинских Исследований Medical Research Council Scale

(по R.Van der Ploeg и соавт., 1984) [8]

Балл	Мышечная сила
0	Нет движений
1	Пальпируется сокращение мышечных волокон, но визуально движений нет
2	Движения при исключении силы тяжести
3	Движения при действии силы тяжести
4	Движения при внешнем противодействии, но слабее чем на здоровой стороне
5	Нормальная мышечная сила

Шестибальная шкала оценки мышечной силы
(по L. McPeak, 1996; M. Вейсс, 1986) [9]

Балл	Характеристика силы мышцы	Соотношение силы пораженной и здоровой мышцы в %	Степень пареза
5	Движение в полном объеме при действии силы тяжести с максимальным внешним противодействием	100	Нет
4	Движение в полном объеме при действии силы тяжести и при небольшом внешнем противодействии	75	Легкий
3	Движение в полном объеме при действии силы тяжести	50	Умеренный
2	Движение в полном объеме в условиях разгрузки	25	Выраженный
1	Ощущение напряжения при попытке произвольного движения	10	Грубый
0	Отсутствие признаков напряжения при попытке произвольного движения	0	Паралич

Методы измерения двигательной функции

Двигательные нарушения:

- шкала MRC
- индекс Motricity
- тест контроля движений туловища
- комплексная оценка движения
- двигательная оценка (rivermead motor assessment)
- динамометрия

Шкала слабости MRC и индекс произвольных движений, разработанный на основе шкалы MRC для применения у больных с инсультами [8]

Шкала MRC

- 0 – нет сокращения
- 1 – легкое или следы сокращения
- 2 – активные движения без преодоления силы тяжести
- 3 – активные движения с преодолением силы тяжести

4 – активные движения против сопротивления

5 – полная сила

Индекс произвольных движений

Рука:

Сжатие кисти
сгибание локтя (исходное сгибание 90 ⁰)
абдукция плеча (от грудной клетки)
общее количество баллов для руки

Нога:

тыльное сгибание стопы
(из положения подошвенного сгибания)	
разгибание колена (из положения сгибания 90 ⁰)
сгибание бедра
общее количество баллов в ноге

Оценка сжатия кисти в баллах:

0 – нет движения охватывания

11 – начальное движение охватывания

19 – смыкание кисти без преодоления силы тяжести

22 – смыкание кисти с преодолением силы тяжести

26 – движение против сопротивления, но слабое

33 – норма

Оценка других движений в баллах:

0 – нет движения

9 – только пальпируемое сокращение

14 – движение в ограниченном объеме, без преодоления силы тяжести

19 – движение в полном объеме, с преодолением силы тяжести

25 – движение слабее, чем другая сторона

33 – норма

Модифицированная Шкала Спастичности Ашфорт

Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity

(по R. Bohannon, V. Smith, 1987; D.Wade, 1992) [10]

Баллы	Мышечный тонус
0	Нет повышения
1	Легкое повышение тонуса, ощущаемое при сгибании или разгибании сегмента конечности в виде незначительного сопротивления в конце движения
2	Незначительное повышение тонуса в виде сопротивления, возникающего после выполнения не менее половины объёма

	движения
3	Умеренное повышение тонуса, выявляющееся в течение всего движения, но не затрудняющее выполнение пассивных движений
4	Значительное повышение тонуса, затрудняющее выполнение пассивных движений
5	Пораженный сегмент конечности фиксирован в положении сгибания или разгибания

1.1.4. Для количественной оценки субъективного восприятия боли используется **визуальная аналоговая шкала** [11], которая представляет собой отрезок прямой линии длиной 10 см, начальная точка которого соответствует отсутствию боли, а конечная – невыносимым болевым ощущениям. Больному предлагают определить силу боли, которую он испытывает на период обследования в виде отметки на данном отрезке; сопоставление расстояний от начала прямой до соответствующих отметок до и после лечения позволяет оценить динамику восприятия пациентом своих болевых ощущений.

1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

С помощью **процентной шкалы** динамика болевых ощущений оценивается следующим образом: больного просят обозначить интенсивность его начальной боли за 100% и указать, на сколько процентов уменьшилась боль к концу лечения.

Краткая форма опросника о характере боли (МакГилла)
McGill Pain Questionnaire
Ronald Melzack, 1987 [12]

Ф.И.О.

Дата

Пожалуйста, выберите из списка, расположенного ниже, слова, которые Вы бы использовали для описания Вашей боли

	Нет	Слабая	Умеренная	Сильная
Пульсирующая	0	1	2	3
Стреляющая	0	1	2	3
Колющая	0	1	2	3
Резкая	0	1	2	3
Схваткообразная	0	1	2	3
Грызущая	0	1	2	3
Жгучая	0	1	2	3
Ноющая	0	1	2	3
Мучительная	0	1	2	3
При касании	0	1	2	3
Раскалывающаяся	0	1	2	3
Утомительная	0	1	2	3
Тошнотворная	0	1	2	3
Пугающая	0	1	2	3
Жестокая	0	1	2	3

Визуальная аналоговая шкала

0 % _____ 100 %

Нет боли

Непереносимая боль

Пометьте чертой на этой линии интенсивность Вашей боли.

Шкала оценки интенсивности болевого синдрома

Интенсивность боли:

+ Легкая
 ++ Средняя
 +++ Интенсивная

Утренняя ригидность:

+ Около 10 мин
 ++ 30 мин
 +++ 1 ч и более

Ходьба:

+ 100-200 м без затруднений
 ++ С затруднением
 +++ Неспособность

Причесывание:

+ Легко выполняет

++
+++

С затруднением
Неспособен

Максимальный балл 10.

1.1.5 Оценка нарушений речи.

Для исследования нарушений функций речи у больных с афазией используется

Опросник речи Speech Questionnaire (N.D.Lincoln,1982; D.Wade, 2000) [13]

№	Вопрос	Варианты ответов
Речь		
1	Может ли он дать адекватный речевой ответ на знакомые фразы типа «привет», «до свидания»?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
2	Произносит ли он спонтанно отдельные слова?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
3	Произносит ли он спонтанно отдельные слова в ответ на ваш вопрос?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
4	Произносит ли он спонтанно «да» или «нет»?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
5	Отвечает ли он «да» или «нет» адекватно в ответ на заданные вопросы?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
6	Произносит ли он спонтанно какие – либо общепринятые фразы типа «привет», «спасибо»?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
7	Произносит ли он какие – либо общепринятые фразы, адекватные ситуации?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
8	Адекватны ли рассуждения и разговоры	Часто _____

	пациента?	Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
9	Произносит ли он спонтанно целые фразы?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
10	Может ли он отвечать на заданные вопросы целыми фразами?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
11	Может ли он быть инициатором разговора, беседы с вами?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
12	Произносит ли он спонтанно целые предложения?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
13	Может ли он отвечать на заданные вопросы предложениями?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
14	Бывает ли речь пациента замедленной или неуверенной?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
Понимание		
1	Понимает ли он простые инструкции, даваемые с помощью жестов?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
2	Понимает ли он простые инструкции, даваемые устно, без помощи жестов?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____
3	Понимает ли он разговор, касающийся повседневных тем?	Никогда _____ Редко _____ Иногда _____ Часто _____
4	Понимает ли он быстрый разговор с более чем одним собеседником?	Часто _____ Иногда _____

		Редко _____ Никогда _____
5	Понимает ли он сложные объяснения и умозаключения?	Часто _____ Иногда _____ Редко _____ Никогда _____

Ответы «часто» и «иногда» оцениваются в 1 балл, ответы «редко» и «никогда» в 0 баллов. Ответы на 14 вопрос оцениваются «зеркально».

1.2. В раннем восстановительном периоде используются те же шкалы оценки тонуса, силы мышц, которые описаны выше.

Индекс Бартела для оценки функционального состояния после инсульта [14]

Функция	Баллы	Описание
Прием пищи	10	Выполняется больным самостоятельно; больной способен использовать любой столовый прибор; длительность приема пищи не нарушена
	5	Нуждается в помощи (например, для разрезания пищевых продуктов)
Переход с кровати на инвалидную коляску и обратно	15	Выполняется больным самостоятельно (включая способность ставить кресло на тормоза и приспособлять по своему усмотрению подставку под ноги)
	5	Необходима минимальная помощь или наблюдение
Персональная гигиена (уход за собой)	5	Больной в состоянии вымыть себе лицо, расчесать волосы, почистить зубы, побриться (включая способность пользоваться электрической розеткой в случае применения электробритвы)
	10	Больной самостоятельно пользуется туалетом или подкладным судном (самостоятельно снимает и надевает нижнее белье, пользуется туалетной бумагой или салфетками, смывает из бачка)
Пользование туалетом	5	Нуждается в помощи при удержании баланса, снятии или надевании нижнего белья или пользовании туалетной бумагой
	5	В состоянии самостоятельно пользоваться ванной или душем или провести обтирание своего тела губкой
Ходьба	15	Самостоятельно проходит до 45 метров; может использовать вспомогательные приспособления (за исключением колесных ходунков)
	10	Для того, чтобы пройти 45 метров, нуждается в посторонней помощи
	5	Невозможность самостоятельной ходьбы, но может самостоятельно использовать инвалидную коляску для преодоления дистанции в 45 метров
Подъем и спуск по лестнице	10	Выполняет самостоятельно; может использовать вспомогательные приспособления
	5	Нуждается в помощи или наблюдении за выполнением этих действий
Одевание и раздевание	10	Выполняет самостоятельно, сам завязывает шнурки на обуви, застегивает молнии, использует фиксирующие устройства или ортопедические аппараты
	5	Нуждается в помощи, но по крайней мере 50 % задач по одеванию и раздеванию выполняет самостоятельно
Контроль опорожнения кишечника	10	Осуществляется больным в полной мере (при необходимости самостоятельно может использовать приемник каловых масс)
	5	Осуществляется больным не в полной мере или больной нуждается в помощи при пользовании клизмой или приемником каловых масс

Контроль мочеиспускания	10	Осуществляется больным в полной мере (при необходимости самостоятельно может использовать мочеприемник)
	5	Осуществляется больным не в полной мере или больной нуждается в помощи при пользовании мочеприемником
		Общее число баллов

Индекс Бартела основан на оценке 10 функций, колеблющихся по степени их выполняемости больным от полностью независимо выполняемых до полностью зависимых от посторонней помощи. Если выполнение больным какой-либо из этих функций ниже приводимого в таблице уровня, то выполнение этой функции оценивается в 0 баллов; максимальное число баллов не может даваться в том случае, если для выполнения оцениваемой функции больной нуждается в минимальной посторонней помощи или наблюдении.

1.3. В резидуальном периоде основное внимание уделяется проблемам социального обеспечения инвалидов, мероприятиям социальной защиты. Целесообразно использовать нижеприведенные шкалы.

Степень инвалидности по Рэнкину [15]
(по J.Rankin,1957; D.Wade, 2000)

I степень	Нет явных признаков инвалидности: больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Это не исключает возможность наличия у больного мышечной слабости, расстройств чувствительности, речи или других неврологических функций, но предполагает, что эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут (или не привели) к ограничению активности больного (например, если больной до заболевания работал, то в настоящее время он вернулся к прежней работе)
II степень	Легкие признаки инвалидности: больной не в состоянии выполнять некоторые виды своей прежней активности, но в состоянии ухаживать за собой без значительной посторонней помощи (например, больной не в состоянии вернуться к прежней работе; не в состоянии выполнять свои прежние обязанности по ведению домашнего хозяйства, но в состоянии обслужить себя без ежедневного постороннего присмотра)
III степень	Умеренно выраженные признаки инвалидности: больной нуждается в некоторой посторонней помощи, но может самостоятельно ходить (например, больной нуждается в ежедневном присмотре, нуждается в некоторой помощи при одевании или гигиеническом уходе за собой, не в состоянии ясно читать или свободно общаться с окружающими). При этом использование ортопедических приспособлений на голеностопный сустав или пользование тростью не означает того, что больной нуждается в помощи посторонних
IV степень	Выраженные признаки инвалидности: больной не в состоянии ходить без посторонней помощи и не в состоянии в значительной мере обеспечить уход за собой (например, больной нуждается в круглосуточном присмотре

	и существенной ежедневной посторонней помощи при выполнении нескольких видов ухода за собой, но при этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть этих мероприятий)
V степень	Очень выраженные признаки инвалидности: больной прикован к кровати, неопрятен и нуждается в постоянном сестринском уходе и наблюдении

Упрощенный вариант расширенной шкалы оценки степени инвалидности (Expanded Disability Status Scale/EDSS)[14]

Ранг	Состояние
1	Инвалидность отсутствует, минимальные ограничения со стороны одной функциональной системы
3	Пациент амбулаторный (ходячий); умеренные ограничения со стороны одной функциональной системы или легкие ограничения со стороны 3-4 функциональных систем
5	Тяжелая инвалидность, нарушающая повседневную активность; ограничение передвижений с возможностью их осуществления без посторонней помощи
7	Передвижение с помощью инвалидной коляски
9	Передвижения ограничены постелью; способность к общению и приему пищи

**Классификация социально – бытовой и трудовой реабилитации постинсультных больных,
Е.В. Шмидт и Т.А.Макинский (1979) [16]**

К л а с с I. Выполнение основных занятий в полном объеме. Возвращение работавших до инсульта к прежней работе; выполнение прежних домашних обязанностей теми, кто занимался этим до инсульта; полная независимость от окружающих в повседневной жизни.

К л а с с II. Возвращение к прежней работе с ограничениями или с понижением в должности либо переход на работавших до инсульта на менее квалифицированную работу (или возвращение к работе с указанными изменениями); для занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Независимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире и по улице без посторонней помощи.

К л а с с III. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Частичная зависимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице – с посторонней помощью.

К л а с с IV. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – значительное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к нему. Значительная зависимость по шкале АДЛ. Ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощью.

К л а с с V. Полная утрата производственных навыков. Полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.

1.4. Оценка хронических состояний.

1.4.1. Оценка субъективных симптомов хронической сосудистой мозговой недостаточности

Головная боль:

0 - отсутствует

1 – умеренная головная боль и редко возникающая (не чаще 2 раза в месяц)

2 – от умеренной до средней по интенсивности, возникающая чаще 2 раз в месяц, связанная преимущественно с повышенной психоэмоциональной нагрузкой

3 – средняя по интенсивности головная боль, наблюдающаяся большую часть времени, либо редкие, но сильные головные боли

4 - сильные головные боли, наблюдающаяся большую часть времени. Во время головной боли пациент в значительной степени дезадаптирован

Головокружение:

0 – отсутствует

1 – легкое и редко возникающее (как правило, при повышенных психо-эмоциональных нагрузках) непродолжительное головокружение несистемного характера (чувство дурноты, дискомфорта в голове, ощущение пошатывания и неустойчивости при отсутствии объективных признаков атаксии). Головокружение не сопровождается тошнотой или рвотой, признаками атаксии

2 – часто возникающее. Спонтанно, при психо-эмоциональных нагрузках, при поворотах головы не продолжительное несистемное головокружение, не сопровождается тошнотой или рвотой, признаками атаксии либо редкие, но длительные и интенсивные приступы несистемного головокружения. Иногда могут иметь место эпизоды системного головокружения

3 – частые и длительные несистемные и системные головокружения, которые существенно беспокоят больного.

4 – больной дезадаптирован вследствие часто повторяющихся длительных приступов выраженного системного или несистемного головокружения

Шум в голове:

0 – отсутствует

1 – возникает редко, при повышенных психо-эмоциональных нагрузках

2 – возникает более часто, как при нагрузках, так и спонтанно, но отсутствует большую часть времени

3 – шум в голове наблюдается большую часть времени

4 – шум в голове отмечается почти постоянно и существенно беспокоит больного

Нарушение сна:

0 – отсутствует

1 – после значительных психо-эмоциональных нагрузок может удлиняться время засыпания либо возникают пробуждения во время ночного или в раннее утреннее время

2 – нарушения сна (удлиненное время засыпания, прерывистый сон или ранние пробуждения) отмечается более часто, как в связи с повышенными психо-эмоциональными нагрузками, так и без них. Больные могут прибегать к снотворным или транквилизаторам

3 – время засыпания обычно значительно удлинено или часты пробуждения во время сна или в раннее утреннее время. Нарушения сна существенно беспокоят больного. Снотворные и транквилизаторы не всегда эффективны

4 – грубо нарушен ночной сон. Время засыпания удлинено. Сон прерывист. Ранние пробуждения. Больные существенно дезадаптированы из-за нарушений сна. Снотворные и транквилизаторы малоэффективны.

Утомляемость:

0 – отсутствует

1 – больные отмечают, что им труднее стало переносить повышенные эмоциональные и интеллектуальные нагрузки

2 – несколько раньше устают при обычных нагрузках, значительно снижена переносимость повышенных нагрузок

3 – снижение работоспособности начинает беспокоить больного. Могут быть признаки астении – раздражительность, тревожность, эмоциональная неустойчивость

4 – снижение работоспособности мешает в профессиональной и иной деятельности. Другие яркие признаки астении

Снижение памяти:

0 – отсутствует

1 – больной жалуется на снижение памяти, однако объективно нет признаков мнестических нарушений

2 – имеются нарушения памяти, что подтверждается объективно, однако существенных затруднений разного рода деятельности не возникает

3 – нарушения памяти начинают мешать больному в повседневной жизни. Могут быть признаки поражения других когнитивных функций

4 – больные явно дезадаптированы из-за грубых мнестикоинтеллектуальных нарушений.

1.4.2. Градация Хронической Боли (Chronic Pain Grade)

Von Korff M. и соавт., 1992.[17]

0 - нет боли;

1 - боль низкой интенсивности, не ограничивающая жизнедеятельность и приводящая к легкой инвалидизации;

2 – выраженная боль, не ограничивающая жизнедеятельность и приводящая к легкой инвалидизации;

3 – боль, значительно ограничивающая трудоспособность и умеренно ограничивающая жизнедеятельность;

4 – боль, значительно ограничивающая и трудоспособность, и жизнедеятельность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Biller J., Love B. Et al. Spontaneous improvement after acute ischemic stroke// Stroke. – 1990. – Vol. 21. – P.1008-1012.
2. Давид О.Виберс, В.Фейгин, Роберт Д. Браун. «Руководство по цереброваскулярным заболеваниям» М.: ЗАО издательство «Бином», 1999. – 671с.
3. Cote R. et al. The Canadian Neurological Scale: validation, and reliability assessment// Neurology. – 19889. – Vol.39. – P.638 – 643.
4. Orgogozo J.M. Evaluation of treatments in ischemic – stroke patients// Amery W.K. Boussier M.G., Rose F.C. (eds). Clinical trial methodology in stroke. – London: Balliere Tindall, 1989. – P. 35-53.
5. В.Д.Трошин, А.В. Густов, О.В.Трошин. Острые нарушения мозгового кровообращения. – Нижний Новгород. – С.112-114.

6. Давид О.Виберс, В. Фейгин, Роберт Д.Браун. «Руководство по цереброваскулярным заболеваниям». - М.: ЗАО издательство «Бином», 1999. – 671с.
7. В.Д.Трошин, А.В. Густов, О.В.Трошин. Острые нарушения мозгового кровообращения. – Нижний Новгород. – С.112-114.
8. Van der Ploeg R. et al. Measuring muscle strength// J.of Neurology. – 1984. – Vol. 231. – P. 200-203.
9. McPeak L.A. Physiatric history and examination// In: R.Braddom. Physical medicine and rehabilitation. – W.B. Saunders Company, 1996. - P. 3-42.
10. Bohannon r., Smith V. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity// Phys.ther. – 1987. - №67. – P.206-207.
11. Карих Т.Д. Рандомизированное исследование сравнительной эффективности лечебных комплексов у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза // Периферическая нервная система, Минск, 1990. – Вып..13. – С.234-237.
12. Melzack R. The McGill Questionnaire: major properties and scoring methods// Pain. – 1075. – Vol.1. – P.275-299.
13. Lincoln N.B. The Speech Questionnaire: an assessment of functional language ability // Internat. Rehabilit. Medicine. – 1982. –Vol.4. – P.114-117.
14. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation. - Oxford University press. – 2000.
15. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60.2. Prognosis// Scottish Medical J. – 1957. –Vol.2. – P.200-215.
- 16.Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Социальные последствия// Журн. Неврол. и Психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1979. – № 9. – С.1288- 1294.
17. Von Korff M. et al. Grading the severity of chronic pain// Pain. – 1992. – Vol.50. – P.133-149.