

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Условные сокращения	7
1. Классификация и структура боли. Диагностические критерии	8
2. Шкалы для оценки боли, двигательные нарушения и опросники	11
2.1. Перечень шкал оценки боли	11
2.2. Неонатологические шкалы боли	23
2.3. Вербальные шкалы	43
2.4. Различные двигательные нарушения	46
2.5. Прочие опросники	49
3. Система классификации больших моторных функций	51
3.1. Рекомендации по проведению GMFM-88 и GMFM-66	51
3.2. Общее руководство по проведению исследований	53
3.3. Факторы, способные помешать оценке результатов	55
3.4. Руководство оценки по специальным критериям для детей с детским церебральным параличом	56
3.5. Руководство по тестированию со вспомогательными средствами передвижения/ортезами	60
3.6. Руководство по учету показателей GMFM-88 и GMFM-66	65
4. Оценка различных последствий неврологических заболеваний и травм	128
4.1. Двигательные функции	128
4.2. Сенсорные функции и боль	145
4.3. Современные классификации лицевых болей и инструменты оценки болевого синдрома у пациентов с тригеминальной невралгией	162
4.4. Психологическое благополучие	171
5. Нарушения жизнедеятельности	196
5.1. Независимость в повседневной жизни	196
5.2. Оценка исходов реабилитации больных, перенесших церебральный инсульт	222
5.3. Шкалы для оценки сialореи у взрослых	225
5.4. Невропатии	226
5.5. Другие формы патологии нервной системы	234
5.6. Клинические синдромы. Головная боль	287
6. Позвоночно-спинномозговая травма	292
6.1. Тесты, шкалы и опросники, применяемые при реабилитации больных, перенесших позвоночно-спинномозговую травму	292
6.2. Тесты и шкалы, применяемые в остром периоде травмы	294
6.3. Оценка состояния больного в восстановительном и позднем периодах позвоночно-спинномозговой травмы	296

7. Нейровебтерология. Дорсалгия	310
7.1. Неспецифические боли в спине	310
7.2. Тесты и шкалы, применяемые при острой боли в спине	312
7.3. Плече-лопаточная периагртропатия и возможности тестирования патологии плеча	321
7.4. Опросники, применяемые при хронической боли в спине	325
8. Нейропедиатрические и другие шкалы	338
8.1. Детский церебральный паралич	338
8.2. Сиалорея при ДЦП. Шкалы и опросники	340
8.3. Оценка эффективности реабилитации	342
Литература	379

3. СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

Система классификации больших моторных функций — Gross Motor Function Classification System (GMFCS) приведена ниже.

3.1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ GMFM-88 И GMFM-66

Общие сведения. GMFM (Gross Motor Function Measure) — это стандартизированный инструмент наблюдения, который был разработан для оценки изменений в общей моторике детей с ДЦП в динамике. Эта шкала измерения больших моторных функций была разработана для использования как в клинических, так и в исследовательских условиях.

Шкалы GMFM-88/66 были разработаны скорее для определения того, насколько много глобальных моторных функций ребенок может выполнять, а не для оценки того, насколько хорошо он может выполнять эти функции. Изначально GMFM (GMFM-88) содержал 88 показателей, которые были объединены в пять разделов глобальных моторных функций:

- А. Положение лежа и повороты.
- В. Положение сидя.
- С. Ползание и стояние на коленях.
- D. Положение стоя.
- Е. Ходьба, бег и прыжки.

Предполагается, что пятилетний ребенок без нарушений моторных функций может выполнить все моторные функции на GMFM (т. е. получить оценку 3 по всем 88 пунктам).

Изначально GMFM (обширная дальнейшая работа была проделана для проверки GMFM-66) был разработан с целью создать вариант измерения, использующий анализ Раша для представления результата в виде интервальной шкалы. Последующая версия теста GMFM-66 (с 66 пунктами оценки) используется только для детей с ДЦП. Также были разработаны две сокращенные версии GMFM: укороченная версия GMFM-66-IS (item set) использует алгоритм для определения одного из четырех наборов показателей для тестирования; GMFM-66 B&C (basal & ceiling) использует базовый и предельно допустимый подход. Управление показателями GMFM одинаковое для всех вариантов

измерения. Тем не менее существуют некоторые отличия в отношении того, какое количество и какие из показателей должны быть исследованы, как специалисту оценивать показатели, которые были отклонены либо не были исследованы, а также как анализировать собранные данные.

Квалификация проводящего тестирование. GMFM разработан для понятного и удобного применения врачами-педиатрами к детям, больным ДЦП. Точный способ и необходимое время для прохождения планового тренинга с целью обеспечения соответствующей квалификации для проведения тестирования пока не были определены. Тем не менее результаты подготовительных семинаров по GMFM показали, что после их прохождения участники в существенной мере улучшили свои компетенции, соответствующие критериям теста на видеозаписи с последующими тренингами (Рассел [и др.], 1994).

Прежде чем приступать к непосредственному проведению тестирования детей, пользователям для обеспечения точности и последовательности тестирования следует ознакомиться с оценочными листами, а также с руководством по проведению испытаний и методам его оценки, которые содержатся в данной главе. Как минимум двое детей должны пройти тестирование для практической наработки, и в идеале врач должен обследовать ребенка вместе с несколькими коллегами до применения GMFM для клинической оценки или исследовательских целей.

Необходимое время. Время, необходимое для проведения GMFM-88, составляет примерно 45—50 мин. Некоторым детям может показаться слишком утомительным проходить тест полностью за один сеанс, либо они становятся непослушными по различным причинам. Для таких детей может возникнуть необходимость проходить испытания в течение более чем одного сеанса либо использовать GMFM-66. Тем не менее любой этап, пройденный за один сеанс, не должен заново проводиться в следующем. Предполагается, что во избежание изменений в тестировании, к которым можно отнести изменения в детском уровне функционирования на протяжении испытательного срока, GMFM-88 должен быть полностью выполнен в течение одной недели. У GMFM-66 на 22 показателя, необходимых для проведения тестирования, меньше, и оценочная программа для GMFM-66 предусматривает возможность недостающих данных (показатели, которые не исследовались), поэтому для проведения этого тестирования требуется меньше времени. Время для проведения сокращенных версий зависит от количества исследуемых показателей. Среднее время для прохождения GMFM-66-IS и GMFM-66-B&C составляет примерно 28 и 24 мин соответственно (Brunton, Bartlett, 2011).

3.2. ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИССЛЕДОВАНИЙ

Оборудование. Все необходимое оборудование должно быть собрано заранее и настроено на соответствующие высоты. Упражнения лежания и вращения, ползания и стояния на коленях проводятся на коврике или мате. Все упражнения стояния, ходьбы, бега и прыжков выполняются на полу. Исключение составляют пункты (показатели, упражнения) 52, 60, 61 и 62 (см. GMFM-88), которые также могут проводиться на коврике, а также пункты 84, 85, 86 и 87, проводимые на лестнице. Оборудование включает в себя:

- пол — гладкая твердая поверхность;
- две четко различимые (окрашенные или наклеенные) прямые параллельные линии, расположенные в 20 см (около 8 дюймов) друг от друга, по 6 м (около 20 футов) в длину и по 2 см (0,8 дюйма) в ширину каждая;
- круг, отмеченный на полу, — 60 см (24 дюйма) в диаметре;
- большой твердый мат для упражнений (как минимум 1,2 × 2,4 м (4 × 8 футов) с максимальной толщиной 2,5 см (около 1 дюйма));
- малая скамья, не длиннее 1 м (3,3 фута) (при сидении ноги ребенка должны касаться пола);
- большая скамья (или стол), подходящая по высоте для сидения, с приспособлениями для подвешивания, постановки и перемещения ног (также можно применить рейки либо параллельные брусья для испытаний стояния и перемещения);
- секундомер либо часы с секундной стрелкой;
- палка длиной 30—60 см (12—24 дюйма) для пункта 75;
- футбольный мяч для нанесения ударов по нему;
- пять ступеней стандартной высоты 15—18 см (0,5—0,6 футов) с перилами;
- табурет на роликах может быть полезен для упражнений № 51 или 67, если ребенок может идти вперед, держась за него;
- небольшая интересная игрушка менее 10 см (4 дюйма, или более 0,3 футов) в высоту, которой можно касаться одной либо двумя руками;
- объект большей величины либо игрушка, которая удерживается обеими руками (например, футбольный мяч), для упражнения № 72.

Остальные игрушки могут использоваться для мотивации ребенка в протяжении тестирования.

Если какое-либо из данного оборудования недоступно, выберите то, которое максимально близко подходит и может заменить требуемое

оборудование. Отметьте любую замену оборудования на передней стороне оценочного листа под заголовком «Условия испытаний». Повторите эти изменения при последующих испытаниях.

Окружающая обстановка. Обстановка должна быть комфортной для того, чтобы мотивировать ребенка к проявлению наилучших способностей при каждом проводимом испытании. Комната должна быть достаточно большой для удобного проведения необходимых действий, размещения оборудования, ребенка и эксперта, который проводит испытания. Температура должна быть комфортной для ребенка. Пол должен представлять собой гладкую твердую поверхность. Ребенок должен чувствовать легкость на протяжении тестирования и, при необходимости, сопровождаться родителем или опекуном. Эксперт должен убедиться, что условия испытаний максимально неизменны от одного этапа к следующему, для того чтобы свести к минимуму отклонения в результатах, вызванные переменами в окружающей обстановке. Любые изменения в окружающей обстановке могут быть занесены в оценочный лист, чтобы убедиться, что они дублируются при повторном тестировании.

Одежда. Ребенок должен чувствовать себя комфортно, но быть одетым в минимальное количество одежды, чтобы обеспечить эксперту беспрепятственное наблюдение. Для этого идеально подойдут шорты и футболка. Ребенок тестируется без обуви.

Тестирование. Прежде чем начинать тестирование, составьте руководство по оценке, дайте разъяснение терминов, а также приготовьте оценочный лист и оборудование. Лицевая сторона оценочного листа должна быть завершена до начала испытания.

Функциональный уровень сложности моторики должен оцениваться согласно расширенной и доработанной Системе классификации глобальных моторных функций (GMFCS) для ДЦП (Palisano [et al.], 1997; 2008). Это способствует взаимодействию как между семьями, так и между коллегами и может быть использовано для изменения графика соответствующей кривой теста оценки глобальных моторных функций.

В условиях испытаний должны содержаться показатели любых специфических факторов в окружающей обстановке, влияющих на способность ребенка проходить тестирование, либо мешающие стандартным условиям тестирования. Эти факторы окружающей обстановки, равно как и детские специфические факторы, такие как здоровье, мотивация или поведение, должны быть отмечены в оценочном листе.

Необходимо протестировать любое испытание, которое проходит ребенок. Невыполненные пункты оцениваются как «0» для GMFM-88 и «не проводилось» для GMFM-66. Хотя в каждом разделе пункты рас-

положены предположительно в порядке усложнения; из анализа Раша¹ нам известно, что пункты не располагаются таковым образом в оценочном листе. Соответственно, нельзя предположить, что какое-либо количество испытаний можно оценивать на основе предыдущих. Как разделы испытаний, так и отдельные испытания в их составе расположены в порядке усложнения, и испытания в конце раздела могут быть сложнее, чем тесты в начале следующего. Поэтому для GMFM-88 рекомендуется по возможности исследовать первым делом испытания в начале разделов.

Исследование отдельных испытаний и разделов GMFM-88 в указанном порядке может помочь оценщику избежать случайного пропуска каких-либо испытаний; однако допускается проводить испытания в любом порядке. Например, если становится проблематично добиться выполнения необходимых требований, рекомендуется начинать с раздела, наиболее доступного для ребенка, либо оценить действия, которые ребенок уже выполняет.

Ребенку позволяет выполнить максимум три попытки в каждом пункте. Если ребенок спонтанно выполняет какое-либо из испытаний, то это допускается засчитать как одну из трех попыток. Итоговая оценка испытания — это наилучший результат из всех попыток. Если ребенок выполняет задание с первой попытки, повторно проводить испытание не требуется. Приветствуются словесное поощрение или наглядная демонстрация любого пункта тестирования. Также проведение пробного испытания дает оценку того, как ребенок понимает задание.

При необходимости ребенка можно поставить в исходное положение. Так как эти испытания предназначены для наблюдения и измерения, не одобряется какая-либо помощь испытуемому, за исключением крайней необходимости. Если ребенок не в состоянии поддерживать исходное положение, он получает 0 баллов за данный пункт.

3.3. ФАКТОРЫ, СПОСОБНЫЕ ПОМЕШАТЬ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Некоторые дети могут не поддаваться, когда осознают характер испытания. Для таких детей необходимо учесть как можно больше пунктов испытаний на основании самопроизвольных проявлений в пределах окружающей обстановки. Может применяться любая методика,

¹ Однопараметрическая модель Раша превращает измерения, сделанные в дихотомических и порядковых шкалах, в линейные измерения, в результате качественные данные анализируются с помощью количественных методов. Изначально тест GMFM был разработан с целью создать вариант измерения, использующий анализ Раша для представления результатов в виде интервальной шкалы.

соответствующая определенному руководству тестирования (например, «Следуй за лидером», ролевые игры и др.). Также в качестве стимула можно применять игрушки и оборудование. Например, дети, которые в состоянии ползти на четвереньках, часто сопротивляются при прохождении пункта 38: «проползти лежа на животе вперед 1,8 м», даже если они могут это сделать. Поставить туннель — это очень подходящий метод для оценки данного показателя, особенно если им есть, за кем следовать.

Любой показатель, который ребенок не проходит или которым пренебрегли во время тестирования, должен обозначаться как «не проводился» (НП). Следует принять меры предосторожности, чтобы убедиться, что испытания в наиболее полной мере отображают истинный функциональный уровень ребенка. Пункты, отмеченные как НП, будут оцениваться в 0 баллов в GMFM-88; однако компьютерная оценочная программа Gross Motor Ability Estimator (GMAE-2) распознает их как недостающую информацию при оценке GMFM-66.

Если предполагается, что ребенок в состоянии выполнить задание, которое он отказывается выполнять, вернитесь к нему в конце испытания. Если эксперт, проводящий испытание, не может выявить реакцию ребенка или ребенок не проявляет ее в манере, свойственной его способностям, пункт отмечается как НП.

3.4. РУКОВОДСТВО ОЦЕНКИ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Единичные оценочные показатели. Оценка по GMFM основана на четырехбалльной шкале, использующей описание конкретных испытаний, основанных на следующей оценочной шкале:

- 0 — не начиналось;
- 1 — началось;
- 2 — частично выполнено;
- 3 — выполнено;
- НП — не проводилось.

GMFM — это оценивание по критериям, и все четыре уровня активности индивидуально расписаны для каждого пункта. Оценочная шкала представлена в качестве основного руководства. Оценка «Не выполнено» («не начиналось») (0 баллов) описывает ребенка, от которого требуется выполнить задание и который не способен выполнить ни одно из действий. «Начало выполнения» («началось») (1) относится к ребенку, который попытался выполнить задание, но выполнил его менее чем на 10 %. Оценка «Частично выполнено» (2) относится к ребенку, показывающему от 10 до менее чем 100 % выполнения задания. «Выполнено» (3) означает 100 % выполнения задания, как описано в данном действии. Оценка НП должна применяться толь-

7. НЕЙРОВЕРТЕБРОЛОГИЯ. ДОРСАЛГИЯ

7.1. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛИ В СПИНЕ

Специфическими болями в спине являются травма, инфекция, онкозаболевания, остеопороз. Неспецифические хронические боли в спине встречаются у населения развитых стран: по статистике у каждого второго.

Минимальный набор тестов, рекомендуемых для динамической оценки состояния пациентов с болями в спине, представлен в табл. 131

Таблица 131

Минимальный набор тестов, рекомендуемый к использованию в учреждениях реабилитации для динамической оценки состояния пациентов с болями в спине

Характер болевого синдрома	Шкалы и тесты
Острая и подострая боль	Визуальная аналоговая шкала. Опросник Роланда—Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» (Low Back Pain and Disability Qestionnaire, Roland-Morris). Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (Neck Disability Index, или NDI)
Хроническая боль в спине	Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронических болях в спине (Assessment of Pain, Functional and Economic Status in Chronic Back Patients)

Дорсалгия — это боль в спине, обусловленная заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани дегенеративно-дистрофической природы. Ее относят к неспецифическим болям в спине. Использование шкал и опросников при дорсалгиях позволяет оценить динамику клинических проявлений и прогнозировать исход терапии (табл. 132).

На сегодняшний день выделяют острую хроническую боль в спине. Хроническая боль в спине начинается на 12-й неделе болевого синдрома.

Тесты, шкалы и опросники, применяемые при реабилитации пациентов с дорсалгией

Характер болевого синдрома	Цель и задачи тестирования	Используемые оценочные инструменты*
Острая боль	Цель: оценить выраженность и динамику боли, вертебрального синдрома и экстравертебральных проявлений, выраженность нарушений жизнедеятельности и социальных ограничений, вызванных болями в спине	Визуальная аналоговая шкала (Visual Analogue Scale), Вербальная оценочная шкала, Оценка восприятия боли с помощью процентной шкалы, Метод рисования боли (Pain Drawing), Опросник боли (Pain Questionnaire), Скандинавский опросник (Nordic Questionnaire), Индекс боли (Pain Index), Шкала пятибалльной оценки вертеброневрологических симптомов, Тест выливания воды из чайника (Pour out of a Pot Manoeuvre), Тест «Рука на шее» (Hand in Neck Manoeuvre), Опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» (Low Back Pain and Disability Questionnaire, Roland-Morris), Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire), Квебекская шкала нарушения жизнедеятельности из-за боли в спине (Quebec Back Pain Disability Scale), Индекс, оценивающий нарушение жизнедеятельности (Disability Rating Index), Функциональная шкала боли в спине (Back Pain Functional Scale), Шкала исходов при боли в нижней части спины (Low-Back Outcome Scale), Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (Neck Disability Index — NDI), Простой тест для плеча (Simple Shoulder Test — SST), Опросник нарушения жизнедеятельности при патологии плеча (Shoulder Disability Questionnaire), Оксфордский опросник для плеча (Oxford Shoulder Questionnaire)
Хроническая боль в спине	Цель: оценка нарушений жизнедеятельности и степени психологической дезадаптации	Четырехсоставная визуально-аналоговая шкала (Quadruple Visual Analogue Scale), Лист регистрации симптомов по Хопкинсу (Hopkins Symptom Checklist), Регистрационный лист симптомов 90 (Symptom Check List 90), Градации хронической боли (Chronic Pain Grade), Перечень приемов приспособливания к хронической боли (Chronic Pain Coping Inventory), Опросник управления болью по Вандербильту (Vanderbilt Pain Management Inventory), Оценка боли, функционального и экономического состояния при хронической боли в спине (Assessment of Pain, Functional and Economic Status in Chronic Back Patients), Многофакторный опросник боли (Multidimensional Pain Inventory)
Состояние после операции по поводу удаления секвестра, или фрагмента диска	Цель: оценка степени регресса боли и восстановления жизнедеятельности	Общий клинический балл (ОКБ, Clinical Overall Score — COS)

* Выбор конкретного инструмента измерения из числа перечисленных определяет теми задачами, которые решаются на момент обследования, а также кадровыми и техническими возможностями реабилитационного учреждения.

7.2. ТЕСТЫ И ШКАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОСТРОЙ БОЛИ В СПИНЕ

При острых болях в спине лечебные мероприятия имеют симптоматический характер (направлены на уменьшение интенсивности боли). Поэтому основное внимание уделяется оценке снижения болевого синдрома.

Наиболее простыми тестами для количественной оценки восприятия боли являются: визуально-аналоговая шкала, вербально-оценочная шкала, процентная шкала, метод рисования боли. В амбулаторных условиях при купировании болевого синдрома целесообразно использовать опросник боли. Помимо интенсивности субъективного восприятия боли в этом случае можно выявить ограничение привычной жизнедеятельности. Также можно использовать скандинавский опросник, позволяющий оценить скелетно-мышечные боли в области шеи, плечевого пояса и рук, верхней и нижней частей спины, нижних конечностей.

В практической медицине и реабилитации возможно использование балльной системы оценки двигательных ограничений и изменений их в процессе лечения. Оценка возможна с помощью Шкалы вертеброневрологических симптомов (табл. 133).

Таблица 133

Шкала пятибалльной оценки вертеброневрологических симптомов
(Григорьева В. Н., Белова А. Н., 2010)

Функция	Степень нарушения				
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Объем движений в пораженном отделе позвоночника	Среднормальные значения*	Ограничение объема движений до 25 % среднормальных значений	Ограничение объема движений на 25—49 % среднормальных значений	Ограничение объема движений на 50—74 % среднормальных значений	Ограничение объема движений на 75—100 % среднормальных значений
Сколиоз	Нет	Слабовыраженный, в функциональных пробах	Умеренно выраженный, стоя, лежа исчезает	Выраженный, стойкий, лежа	Резко выраженный, не исчезает в положении лежа
Корешковый синдром	Нет	Чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка	Двигательные и чувствительные нарушения в зоне иннервации одного корешка	Двигательные и чувствительные нарушения в зоне иннервации двух корешков	Симптомы поражения конского хвоста

Функция	Степень нарушения				
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Мышечно-напряженно-мио-акциально-мотор	Нет	Мышечное напряжение и/или латентные триггерные точки выявляются в одной-двух мышцах	Мышечное напряжение и активные триггерные точки выявляются в одной-двух мышцах	Мышечное напряжение и активные триггерные точки выявляются в одной анатомической области	Мышечное напряжение и активные триггерные точки выявляются в нескольких анатомических областях

* За средненормальный объем движений в позвоночнике, по данным гонио- и курвиметрии, принимают следующие (Билялов М. Ш. [и др.], 1980).

В шейном отделе для здоровых лиц моложе 65 лет угол сгибания и разгибания составляет по 70°, угол бокового наклона — 35° и угол поворота — 80°; для лиц старше 65 лет угол сгибания — 35°, разгибания — 40°, наклона — 20°, поворота — 45°.

В нижнегрудном и поясничном отделах поворот туловища при фиксации таза и ног составляет по 30° в ту и другую сторону. в поясничном отделе позвоночника объем движений в сагиттальной плоскости по данным курвиметрии (сумма кифозирования и лордозирования) составляет: при росте до 160 см — 48 мм; при росте 161–170 см — 45 мм; при росте 171–180 см — 42 мм; при росте более 180 см — 35 мм.

Для оценки степени ограничения подвижности в плечевом суставе, связанного с плече-лопаточным переоартрозом, были предложены тесты «Выливания воды из чайника» и «Рука и шея».

Тест выливания воды из чайника

Pour out of a Pot Manoeuvre

(Solem-Bertfort E. [et al.], 1998)

Система балльной оценки теста:

0 — Не может вылить воду из чайника.

1 — Может вылить воду, но при этом поддерживает предплечье руки, которая удерживает чайник, другой рукой, компенсаторно наклоняется в противоположную сторону, поднимает плечо.

2 — Может вылить воду, но при этом компенсаторно наклоняется в противоположную сторону, поднимает плечо.

3а — Может вылить воду, но при этом компенсаторно поднимает плечо.

3б — Может вылить воду, но при этом компенсаторно наклоняется в противоположную сторону.

4 — Может нормально выполнить задание, без компенсаторных движений

Рука на шее
Hand in Neck Manoeuvre
(Solem-Bertfort E. [et al.], 1998)

Система балльной оценки теста:

0 — Не Может достичь рукой шеи.

1 — Может обхватить кистью руки шею сзади, но при этом компенсаторно нагибает голову, поворачивает ее в противоположную сторону, плечо приподнято, наблюдается приведение руки в плечевом суставе.

2 — Может обхватить кистью руки шею, но при этом компенсаторно поднимает плечо и приводит руку.

3а — Может обхватить кистью руки шею, но при этом компенсаторно поднимает плечо.

3б — Может обхватить кистью руки шею, но при этом наблюдается компенсаторное приведение руки.

4 — Может обхватить кистью руки шею, но не может отвести локоть до фронтальной плоскости.

5 — Нормально выполняет задание, т. е. при обхватывании рукой основания шеи сзади может так отвести кзади руку в плечевом суставе, чтобы локтевой сустав достигал фронтальной плоскости.

Простым и в то же время информативным и надежным тестом для оценки нарушений жизнедеятельности при болях в спине является опросник Роланда — Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности». Данный тест является балльной оценкой. Максимальное количество баллов — 18.

Опросник Роланда — Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» Low Back Pain and Disability Questionnaire, Roland-Morris

(Roland M. O., Morris R., 1983; Stratford P. W., Binkley J. M., 1997)

Инструкция. Когда у Вас болит спина, Вам может быть трудно выполнять некоторые из тех дел или действий, которые Вы обычно выполняете. Подчеркните только те утверждения, которые характеризуют Ваше состояние на сегодня.

1. Я остаюсь дома большую часть времени из-за спины.

2. Я хожу медленнее, чем обычно, из-за моей спины.

3. Из-за моей спины я не могу делать обычную работу по дому.

4. Из-за моей спины мне приходится пользоваться палкой, чтобы ходить по лестнице.

5. Из-за моей спины мне достаточно часто приходится лежать и отдыхать.

6. Из-за моей спины мне приходится держаться за что-либо, чтобы подняться со стула (кресла).
7. Из-за моей спины мне приходится просить других людей что-то делать для меня.
8. Я одеваюсь медленнее, чем обычно, из-за моей спины.
9. Я стою только короткое время из-за моей спины.
10. Из-за моей спины я не пытаюсь нагибаться или вставать на колени.
11. Мне очень трудно вставать со стула (кресла) из-за моей спины.
12. Моя спина или нога болит почти все время.
13. Мне трудно поворачиваться в постели из-за моей спины.
14. У меня есть проблемы с надеванием носков из-за моей спины.
15. Я сплю меньше из-за моей спины.
16. Я избегаю тяжелой работы по дому из-за моей спины.
17. Из-за болей в спине я более раздражен и резок с другими людьми, чем обычно.
18. Из-за болей в спине я хожу по лестнице медленнее, чем обычно

При хронически рецидивирующих болях в спине с пояснично-крестцовой локализацией наиболее удачным является Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины. Данный опросник позволяет шире отразить различные сферы жизнедеятельности пациента, что делает этот опросник более валидным, надежным и чувствительным. Он включает 10 разделов, описывающих как жалобы, так и нарушения в различных сферах жизнедеятельности (табл. 134).

Таблица 134

**Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности
при боли в нижней части спины
Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
(Fairbank J., 1980)**

Пожалуйста, прочитайте.

Этот опросник предназначен для того, чтобы дать врачу информацию о том, насколько Ваша боль в спине нарушает Вашу деятельность в повседневной жизни. Пожалуйста, дайте ответ по каждому разделу. Для этого зачеркните в каждом разделе только один кружок напротив наиболее подходящего для Вас утверждения. Даже если Вы считаете, что два утверждения верны по отношению к Вам, выберите все же только одно из них, наиболее точно описывающее Ваше состояние.

Ф.И.О. _____

Дата _____

Раздел 1. ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ

- Я могу переносить боль без приема болеутоляющих лекарств.
- Боль сильная, но я справляюсь с ней без болеутоляющих лекарств.
- Болеутоляющие лекарства полностью избавляют меня от боли.
- Болеутоляющие лекарства умеренно облегчают боль.
- Болеутоляющие лекарства очень слабо уменьшают боль.
- Болеутоляющие лекарства не действуют на боль, и я не принимаю их

Раздел 2. САМООБСЛУЖИВАНИЕ (УМЫВАНИЕ, ОДЕВАНИЕ И ПР.)

- Самообслуживание не нарушено и не вызывает дополнительной боли.
- Самообслуживание не нарушено, но вызывает дополнительную боль.
- При самообслуживании из-за усиливающейся боли я действую замедленно.
- При самообслуживании я нуждаюсь в некоторой помощи, однако большинство действий выполняю самостоятельно
- Я нуждаюсь в помощи при выполнении большинства действий по самообслуживанию
- Я не могу одеться, умываюсь с большим трудом и остаюсь в постели

Раздел 3. ПОДНИМАНИЕ ПРЕДМЕТОВ

- Я могу поднимать тяжелые предметы без появления дополнительной боли.
- Я могу поднимать тяжелые предметы, но это усиливает боль.
- Боль мешает мне поднимать тяжелые предметы, но я могу поднять их, если они удобно расположены, например на столе.
- Боль мешает мне поднимать тяжелые предметы, но я могу поднимать предметы средней тяжести, если они удобно расположены.
- Я могу поднимать только очень легкие предметы.
- Я не могу поднимать или удерживать никакие предметы

Раздел 4. ХОДЬБА

- Боль не мешает мне проходить любые расстояния.
- Боль мешает мне пройти более 1 км.
- Боль мешает мне пройти более $\frac{1}{2}$ км.
- Боль мешает мне пройти более $\frac{1}{4}$ км.
- Я могу ходить только при помощи палки или костылей.
- В основном я лежу в постели и с трудом добираюсь до туалета

Раздел 5. СИДЕНИЕ

- Я могу сидеть на любом стуле как угодно долго.
- Я могу сидеть долго только на моем любимом стуле.
- Боль мешает мне сидеть дольше 1 ч.
- Боль мешает мне сидеть дольше $\frac{1}{2}$ ч.
- Боль мешает мне сидеть дольше 10 мин.
- Из-за боли я совсем не могу сидеть