

О.С.Левин, Е.Е.Васенина,  
О.А.Ганькина, А.Ш.Чимагомедова

# КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ В НЕВРОЛОГИИ

*Второе издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2019

УДК 616.8(083.13)

ББК 56.12в6

Л36

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

### **Левин, Олег Семенович.**

Л36

Клинические шкалы в неврологии / О.С.Левин, Е.Е.Васенина, О.А.Ганькина, А.Ш.Чимагомедова. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 192 с. : ил. ISBN 978-5-00030-729-8

В издании представлены шкалы, разработанные для использования в современной клинической неврологии: синдромальные и нозологические, оценивающие двигательные и психические проявления заболевания, предназначенные для диагностики и оценки эффекта лечения, облегчающие дифференциальную диагностику и позволяющие измерить уровень повседневной активности или качество жизни. Книга предназначена для практических врачей, а также для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 616.8(083.13)

ББК 56.12в6

ISBN 978-5-00030-729-8 © Левин О.С., Васенина Е.Е., Ганькина О.А., Чимагомедова А.Ш., 2019

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2019

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Предисловие .....	4
1. Общий раздел .....	5
2. Инсульт .....	13
3. Рассеянный склероз .....	26
4. Экстрапирамидные расстройства .....	31
5. Когнитивные расстройства .....	88
6. Аффективные и поведенческие расстройства ....	125
7. Нарушения сна и бодрствования .....	165
8. Периферические невропатии .....	169
9. Болевой синдром .....	180
10. Оценка качества жизни больных .....	190
Литература .....	192

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Мы живем в век информатизации, и окружающий нас мир вовлечен в дигитализацию. Отношения и описания становятся все более точными, сухими, количественными, поддающимися формализации и количественной обработке. Уходит некогда ценимое мастерство подробного, яркого, художественного изложения, изобилующего деталями, нюансами, качественными закономерностями. Торжествует бухгалтерский, статистический подход, знаменующий победу общего, частого над частным. Эту победу глупо оспаривать. Современная медицина невозможна без количественной, многомерной, «объективной» оценки, которую предлагают клинические шкалы, представляющие своего рода компромисс между клинической качественной оценкой и ее количественным выражением.

В данном издании читатель найдет самые разнообразные шкалы, разработанные для использования в современной клинической неврологии: синдромальные и нозологические, оценивающие двигательные и психические проявления заболевания, предназначенные для диагностики и оценки эффекта лечения, облегчающие дифференциальную диагностику и позволяющие измерить уровень повседневной активности или качество жизни. Из бесконечного многообразия шкал выделены те, которые в силу простоты и полезности широко используются в клинической практике.

# 1. ОБЩИЙ РАЗДЕЛ

---

## 1.1. Шкала комы Глазго

Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale; Teasdale G.M., Jennett B., 1974) – одна из самых удачных и часто используемых в клинической практике шкал. Ее цель – определение уровня сознания через оценку 3 функций: открывание глаз, двигательная и речевая реакции (табл. 1.1). При оценке функций необходимо следовать нескольким важным правилам:

- двигательная активность должна оцениваться в непораженной руке и ноге, а не в паретических конечностях;
- необходимо тщательно оценивать каждый пункт, а не называть примерный общий балл, так как очаговая симптоматика, и особенно тотальная афазия, уменьшает общую сумму баллов диспропорционально степени бодрствования (у больного может быть низкий балл по шкале Глазго, но нормальный уровень сознания);
- если при одном осмотре получены разные реакции, следует учитывать реакцию, соответствующую более высокой оценке,
- давление на ноготь или грудину не всегда позволяет отличить целенаправленное движение от автоматизированной сгибательной реакции.

**Таблица 1.1.** Шкала комы Глазго

<b>Признак</b>	<b>Описание теста</b>	<b>Баллы</b>
<b>1. Открывание глаз</b>		
Спонтанное		4
На речь		3
На боль	Надавливание на точку выхода надглазничного нерва или ноготь	2
Отсутствует		1
<b>2. Вербальная реакция</b>		
Ориентирован	Может назвать больницу, где он находится, день, месяц, год	5
Спутанность	Речь сохранна (говорит предложениями, но дезориентирован в месте и времени)	4
Бессвязные слова	Отвечает отдельными словами, а не предложениями	3
Нечленораздельные звуки	–	2
Отсутствует	–	1
<b>3. Двигательная реакция</b>		
Выполняет инструкции	Может поднять и удерживать руки или ноги	6
Локализует боль	Тянется к месту нанесения болевого раздражения, пытается оттолкнуть руку врача (например, при давлении на точку выхода надглазничного нерва поднимает руку выше подбородка)	5
Отдергивает руку	Надавливание на ногтевое ложе вызывает отдергивание руки	4

<b>Признак</b>	<b>Описание теста</b>	<b>Баллы</b>
Сгибательная реакция	Надавливание на ногтевое ложе вызывает сгибание руки в локте, иногда сопровождающееся сжатием кисти в кулак	3
Разгибательная реакция	Надавливание на ногтевое ложе вызывает разгибание руки в локте, обычно сопровождающееся сжатием кисти	2
Отсутствует	Не реагирует на адекватные болевые стимулы	1
<b>Суммарный балл</b>		<b>3–15</b>

*Оценка 8 баллов и ниже обычно соответствует коме. Оценка от 3 до 5 баллов прогностически крайне неблагоприятна, особенно если она отмечается у больного с широкими зрачками и отсутствием окуловестибулярного рефлекса.*

Соответствие суммы баллов по шкале комы Глазго традиционным уровням угнетения сознания представлено в таблице 1.2.

Несмотря на всемирное признание и прогностическую пользу, шкала комы Глазго имеет несколько важных ограничений:

**Таблица 1.2.** Соответствие между уровнем сознания и оценкой по шкале комы Глазго

<b>Уровень сознания</b>	<b>Баллы по шкале комы Глазго</b>
Ясное сознание	15
Оглушение	13–14
Сопор	9–12
Кома	3–8

- в ряде случаев не позволяет оценить состояние сознания больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, так как при транспортировке в стационар пациентам часто выполняют интубацию и седацию, затрудняющие оценку соответствующих функций;
- больным с тяжелой черепно-мозговой травмой часто приходится вводить седативные, наркотические средства и миорелаксанты для контроля повышенного внутричерепного давления, в связи с чем ежедневная точная балльная оценка этих больных затруднена, пока они находятся в отделении реанимации;
- отек или ушиб периорбитальных тканей, артериальная гипотензия, гипоксия и интубация могут привести к искажению оценки по шкале.

Для решения этих проблем рекомендуется:

- проводить оценку по шкале комы Глазго в течение 1–2 ч после травмы;
- не оценивать состояние больного по шкале до устранения артериальной гипотензии или гипоксии;
- использовать реакции со стороны глаз (1 балл у пациентов с тяжелым периорбитальным отеком);
- строго придерживаться указаний, изложенных в оригинале шкалы;
- отложить оценку до окончания периода полувыведения лекарственного средства, которое привело к седации или параличу.



## 1.2. Шкала исходов Глазго

Шкала исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale; Jennett B., Bond M., 1975) используется для оценки исходов после серьезных повреждений мозга (табл. 1.3).

Шкала имеет следующие особенности:

- выводит единую суммарную оценку, покрывая все возможные исходы, включая смерть и вегетативное состояние;
- формирует иерархию и клинически значимые различия критериев;
- информация может быть получена от пациента или его представителя.

**Таблица 1.3.** Шкала исходов Глазго

<b>Результат лечения</b>	<b>Характеристика больного</b>
Смерть	Смерть
Хроническое вегетативное состояние	Восстановление цикла сна и бодрствования при полном отсутствии речи и познавательных функций у пациента, который кажется бодрствующим и спонтанно открывает глаза
Плохое восстановление	Практически состояние малого сознания, больной неспособен себя обслуживать, нуждается в постоянном постороннем уходе
Удовлетворительное восстановление	Больной является инвалидом, но может заниматься прежней профессией, как правило, находится дома, но себя обслуживает и в постоянном уходе не нуждается
Хорошее восстановление	Больной вернулся к прежнему образу жизни и прежним занятиям (работе)

### 1.3. Оценка мышечной силы

Шкала оценки мышечной силы Medical Research Council (HMSO, 1943) представлена в таблице 1.4.

**Таблица 1.4.** Оценка мышечной силы

<b>Мышечная сила</b>	<b>Оценка</b>
Нормальная сила	5
Активные движения возможны против сопротивления и силы тяжести	4
Активные движения возможны против силы тяжести, но не против сопротивления	3
Активные движения возможны только при устранении действия силы тяжести	2
Шевеление, едва заметные сокращения мышц	1
Сокращения мышц отсутствуют	0

## 3. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

---

### 3.1. Шкала Куртцке

Шкала Куртцке (Expanded Disability Status Scale – EDSS; Kurtzke J.F., 1983) – расширенная шкала инвалидизации больных рассеянным склерозом – позволяет оценить тяжесть состояния, часто используется в клинических исследованиях: по ней определяется возможность включения пациента в исследование, а также динамика его состояния (рис. 3.1, табл. 3.1).

Степень инвалидизации оценивается по следующим 8 функциональным системам (ФС):

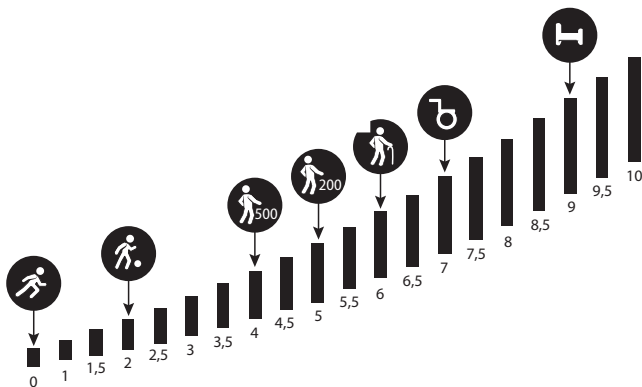


Рис. 3.1. Расширенная шкала инвалидизации Куртцке.

## 9. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

---

### 9.1. Визуальная аналоговая шкала боли

Метод используется для количественной оценки боли, определения эффективности терапии в процессе лечения.

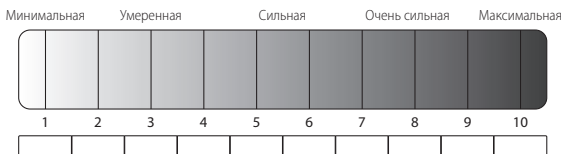
На прямом отрезке длиной 10 см больной отмечает интенсивность боли. Начало линии слева соответствует отсутствию болевого ощущения, конец отрезка справа – непереносимой боли. К безусловным преимуществам этой шкалы относятся ее простота и удобство. Также с целью оценки интенсивности боли можно использовать и модифицированную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), в которой интенсивность боли определяется также различными оттенками цветов. Недостатком ВАШ является ее одномерность, т.е. по этой шкале больной отмечает только интенсивность боли. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит существенные погрешности в показатель ВАШ. При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм.

## 9.2. Числовая шкала боли

В числовой шкале боли (Numeric Pain Scale – NPS; McCaffery M., Beebe A., 1993) на отрезке длиной 10 см стоят метки, которые делят его на сантиметровые участки (рис. 9.1). Цифровые шкалы более разнообразны: на одних интенсивность боли обозначается цифрами от 0 до 10, на других – в процентах от 0 до 100. Больной должен обозначать интенсивность боли, зная, что ноль соответствует отсутствию боли, а конечная цифра шкалы – максимально выраженной боли, которую пациент испытывал когда-либо в жизни:

- 0 баллов – нет боли;
- 1–2 балла – незначительная боль;
- 3–4 балла – боль средней силы;
- 5–6 баллов – сильная боль;
- 7–8 баллов – очень сильная боль;
- 9–10 баллов – нестерпимая боль.

Как оказалось, при повторных тестах пациент, помня числовое значение предыдущего измерения, подсознательно воспроизводит не реально существующую интенсивность боли, а стремится остаться в границах названных ранее величин. Даже при ощущении облегчения больной старается признать более высокую интенсивность, дабы не спровоцировать врача на снижение дозы опиоидов и т.д. (так называемый симптом страха повторной боли). Отсюда стремление клиницистов отойти от цифровых значений и заменить их словесными характеристиками интенсивности боли.



**Рис. 9.1.** Числовая шкала боли.

### 9.3. Опросник Освестри

Опросник предназначен для того, чтобы дать информацию о том, насколько боль нарушает деятельность больного в повседневной жизни (табл. 9.1).

**Таблица 9.1.** Опросник Освестри

<i>Пожалуйста, отметьте один правильный ответ в каждом разделе, поставив крестик напротив наиболее подходящего для вас утверждения</i>	
<b>Раздел 1. ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ</b>	
<input type="checkbox"/>	Я могу переносить боль без приема болеутоляющих средств
<input type="checkbox"/>	Боль сильная, но я справляюсь с ней без приема болеутоляющих средств
<input type="checkbox"/>	Болеутоляющие средства полностью избавляют меня от боли
<input type="checkbox"/>	Болеутоляющие средства умеренно облегчают боль
<input type="checkbox"/>	Болеутоляющие средства очень слабо уменьшают боль
<input type="checkbox"/>	Болеутоляющие средства не действуют на боль
<b>Раздел 2. САМООБСЛУЖИВАНИЕ</b> (умывание, одевание, приготовление, прием пищи и т.д.)	
<input type="checkbox"/>	Самообслуживание не нарушено и не вызывает дополнительной боли
<input type="checkbox"/>	Самообслуживание не нарушено, но вызывает дополнительную боль
<input type="checkbox"/>	При самообслуживании из-за усиливающейся боли я действую замедленно
<input type="checkbox"/>	При самообслуживании я нуждаюсь в некоторой помощи, однако большинство действий выполняю самостоятельно
<input type="checkbox"/>	Я нуждаюсь в помощи при выполнении большинства действий по самообслуживанию
<input type="checkbox"/>	Я не могу одеться, умываюсь с большим трудом и остаюсь в постели

<b>Раздел 3. ПОДНИМАНИЕ ПРЕДМЕТОВ</b>	
	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
<b>Раздел 4. ХОДЬБА</b>	
	Боль не мешает мне проходить любые расстояния
	Боль мешает мне пройти более 1 км
	Боль мешает мне пройти более 1/2 км
	Боль мешает мне пройти более 1/4 км
	Я могу ходить только при помощи палки или костылей
	В основном я лежу в постели и с трудом добираюсь до туалета
<b>Раздел 5. СИДЕНИЕ</b>	
	Я могу сидеть на любом стуле как угодно долго
	Я могу сидеть долго только на моем любимом стуле
	Боль мешает мне сидеть более 1 ч
	Боль мешает мне сидеть более 1/2 ч
	Боль мешает мне сидеть дольше 10 мин
	Из-за боли я совсем не могу сидеть
<b>Раздел 6. СТОЯНИЕ</b>	
	Я могу стоять как угодно долго без усиления боли
	Я могу стоять как угодно долго, но это вызывает усиление боли
	Боль мешает мне стоять дольше 1 ч
	Боль мешает мне стоять более 30 мин
	Боль мешает мне стоять более 10 мин
	Из-за боли я совсем не могу стоять

## 10. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

---

### Опросник качества жизни EQ-5D

(EuroQol Group, 1990)

*Опросник предназначен для изучения качества жизни, выявления отношения к своему здоровью пациентов и здоровых людей. В нем перечислены различные состояния здоровья, в которых может находиться человек; в опроснике нет правильных или неправильных ответов – только личное мнение. Отвечая на каждый вопрос, отметьте галочкой в квадратике слева, какой из вариантов лучше всего описывает ваше состояние здоровья сегодня (отмечайте только один пункт).*

#### **1. Передвижение в пространстве**

- У меня нет проблем с передвижением в пространстве.
- У меня есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве.
- Я прикован к постели.

#### **2. Самообслуживание**

- У меня нет проблем с самообслуживанием.
- У меня есть некоторые проблемы при мытье или одевании.
- Я не могу сам мыться или одеваться.