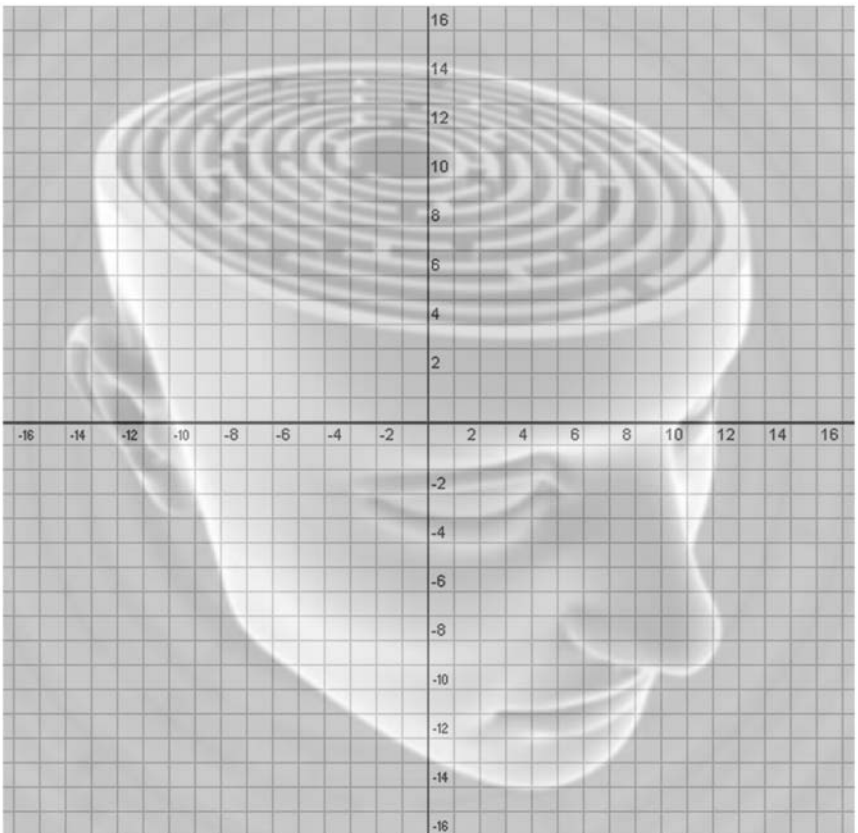




Українська Асоціація  
Боротьби з Інсультом

# Шкали в клінічній неврології



Київ  
Видавець Д.В.Гуляев  
2009

**Укладачі**  
Д.В.Гуляєв  
М.В.Гуляєва

**Науковий редактор**  
М.Є.Поліщук

Друкується  
за рішенням Правління Всеукраїнської  
громадської організації  
«Українська Асоціація боротьби  
з інсультом»

**Шкали в клінічній неврології.**

Укладачі Д.В.Гуляєв, М.В.Гуляєва, науковий редактор М.Є.Поліщук  
К.: Видавець Д.В.Гуляєв, 2009. - 56 с.

ISBN 978-966-96604-9-7

© Д.В.Гуляєв, 2009

# ЗМІСТ

стор.

- **Шкали для оцінки загального стану ЦНС**
  - Шкала коми Глазго ..... 5
  - Рівні порушення свідомості за Шахновичем ..... 7
  - Піттсбурзька шкала оцінки порушення функцій стовбуру мозку ... 8
- **Шкали догоспітальної оцінки інсульту**
  - Шкала догоспітальної оцінки інсульту Цинциннаті ..... 9
  - Шкала догоспітальної оцінки Лос-Анджелес ..... 10
  - Шкала ABCD ..... 11
  - Шкала ABCD-2 ..... 12
- **Госпітальні шкали тяжкості інсульту**
  - Шкала тяжкості інсульту NIH ..... 13
  - Шкала тяжкості інсульту Оргогозо ..... 30
  - Скандинавська шкала інсульту ..... 32
  - Канадська неврологічна шкала ..... 34
  - Шкала Торонто ..... 36
- **Шкали оцінки тяжкості не травматичних субарахноїдальних крововиливів**
  - Шкала Ханта і Хесса ..... 37
  - Шкала WFNS ..... 38
- **Шкали оцінки виходів при захворюваннях та травмах ЦНС**
  - Шкала виходів Глазго ..... 39
  - Модифікована шкала Ренкіна ..... 40
- **Шкала оцінки інтенсивності болю**
  - Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю ..... 41
  - Числова шкала оцінки інтенсивності болю ..... 41
- **Шкали оцінки функціональної спроможності та незалежності неврологічних хворих**
  - Індекс активності в повсякденному житті Бартел ..... 42
- **Шкали оцінки порушень інтелекту**
  - Коротке обстеження когнітивних функцій (MMSE) ..... 45
  - Шкала ішемії Хачинські ..... 46
- **Шкали оцінки порушень у хворих на хворобу Паркінсона**
  - Шкала тяжкості паркінсонізму по Хену і Яру ..... 47
  - Шкала Шваб та Ингланд денної активності у хворих на хворобу Паркінсона ..... 48
- **Шкали оцінки порушень у хворих на розсіяний склероз**
  - Шкала оцінки функціональних систем у хворих на розсіяний склероз за J.F.Kurtzke ..... 49
  - Розширена шкала інвалідності хворих на розсіяний склероз за J.F.Kurtzke ..... 51
- **Рекомендована література** ..... 53

"Один точний вимір вартий тисячі думок експертів"

*Грейс Маррі Хоппер (1906–1992),  
американський адмірал*

**Ч**и потрібно клініцисту-неврологу мати уяву про шкали оцінки стану хворого? Безумовно, так. Наукові дослідження в медицині, зокрема в неврології, просто неможливі без використання тих чи інших методів об'єктивізації клінічного обстеження хворого, бо, як точно визначив американський письменник-фантаст Роберт Хайнлайн, «Все, що неможливо виміряти у цифрах – не наука, а просто особиста думка». Однак клінічні шкали потрібні не тільки тим лікарям, які приймають участь в клінічних дослідженнях чи займаються науковою роботою. Знання основних шкал дозволяє лікарю-практику оцінити, якою мірою результати клінічних досліджень можуть бути застосовані в його повсякденній роботі.

Тож ми давно усвідомили необхідність публікації основних шкал, що найбільш широко застосовуються в неврології, насамперед в інсультології – адже ініціатором видання була Українська асоціація боротьби з інсультом, – обома найбільш вживаними в Україні мовами. Тому в 2008 році ми двома накладками видали невеличку книжку російськомовних перекладів основних неврологічних оціночних шкал. А цим виданням ми починаємо поширення україномовних версій шкал. Підбір шкал в україномовному виданні дещо відрізняється від російськомовного – ми включили в нього шкали, що використовуються в оцінці хворих на хворобу Паркінсона та розсіяний склероз, та вилучили кілька менш вживаних шкал

Закликаючи наших лікарів до об'єктивізації клінічної інформації, не можемо не відзначити одне важливе обмеження практично усіх наведених у цій книзі шкал: вони запозичені з англомовних джерел, як правило – без валідазації та підтвердження можливості їх застосування в реаліях нашого буття в перекладеному виді. Але нам часто-густо доводилося зустрічати в літературі переклади шкал, в яких зміст був спотворений до абсурду – так, в одній з виданих в Україні книжок теза про ступінчастий характер прогресування судинної деменції, що міститься в шкалі Хачинські, була трактована як «порушення здатності ходити сходами». Втім, і ми теж не можемо гарантувати бездоганність наших перекладів, хоча маємо досить великий досвід у цій справі. Є інший аспект запозичення клінічних шкал, розроблених для застосування «не у нас»: їх україномовні версії потребуються опрацювання та адаптації з урахуванням національних та культурних особливостей. Досвід такої адаптації існує: наприклад, шкала НІН перекладена і адаптована іспанською, португальською та китайською мовами. Тому ми вважаємо, що в Україні вкрай необхідно найближчим часом провести адаптацію перекладених основних неврологічних шкал і приєднатися до світової неврологічної спільноти в питаннях об'єктивізації клініко-діагностичної інформації про неврологічних хворих. Задля ефективного впровадження шкал в клінічну практику нам не впоратись без допомоги наших читачів.

І на завершення не можемо не відзначити, що хоча застосування шкал дозволяє об'єктивізувати оцінку клінічної інформації, не слід абсолютизувати їх значення – адже, як казав відомий американський управлінець Пітер Дракер, «Математичний апарат – не синонім науковості, інакше астрологія була б царицею наук». Хворому хотілося б не тільки того, щоб лікування призвело до покращення його оцінок за тими чи іншими шкалами. Для хворого важливіше, щоб лікування врятувало його життя та принесло полегшення його страждань. Тому, користуючись шкалами, не забувайте Козьму Пруткову, який глибокодумно відзначив: «Годинами вимірюється час, а часом – людське життя. Але чим, скажи, виміряєш ти глибину Східного океану?»

**З повагою, Укладачі**

## Шкала коми Глазго (Glasgow Coma Scale - GCS)

Активність		Оцінка
<b>Відкривання очей</b>		
Відсутнє	Навіть при натисканні на верхній край орбіти	1
У відповідь на біль	Біль при натисканні на груди́ну, кінцівку, верхній край орбіти	2
У відповідь на мову	Неспецифічна відповідь, не обов'язково на команду	3
Спонтанне	Очі відкриті, але хворий не обов'язково в свідомості	4
<b>Рухова відповідь*</b>		
Відсутня	На будь-який біль; кінцівки залишаються атонічними	1
Розгинальна відповідь	Приведення плеча, внутрішня ротація плеча та передпліччя	2
Згинальна відповідь	Реакція відсмикування або припущення про геміплегічну позу	3
Відсмикування	Відсмикування руки як спроба уникнути больового подразнення, відведення плеча	4
Локалізація болю	Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на груди́ну або верхній край орбіти	5
Виконання команд	Виконання простих команд	6
<b>Мовна відповідь**</b>		
Відсутня	Відсутність будь-якої вербалізації	1
Нечленороздільна відповідь	Стогін, нечленороздільні звуки	2
Недоречна відповідь	Відповідь зрозуміла, але недоречна, відсутність зв'язаних речень	3
Сплутаність мови	Підтримує розмову, однак відповідь сплутана, дезорієнтована	4
Орієнтована відповідь	Підтримує розмову, адекватна відповідь	5
<b>Всього (3-15):</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*Примітка:*

- \* Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу з однієї чи обох сторін.
- \*\* При відсутності мови, «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності, слід мати на увазі можливість афатичних порушень.

Відповідність рівня свідомості і сумарної оцінки по шкалі ком Глазго

Ясна свідомість	15
Оглушення	13-14
Сопор	9-12
Кома	4-8
Смерть мозку	3

*Джерело:*

Teasdale G, Jennett B. "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." The Lancet, 1974; 2 (7872): 81-4.

## Рівні порушення свідомості за Шахновичем

Шкала Шахновича — шкала для орієнтовної оцінки глибини пригнічення свідомості. Широко використовується в Росії.

### Помірне оглушення

1. Мовний контакт можливий, але затруднений.
2. Орієнтація у власній особистості, місці, часі, обставинах порушена.
3. Команди виконує.

### Глибоке оглушення

1. Мовний контакт практично неможливий.
2. Орієнтація відсутня.
3. Команди виконує (намагається виконувати).

### Сопор

1. Команди не виконує.
2. Відкриття очей спонтанне, на оклик, біль.
3. Цілеспрямована рухова реакція на біль.
4. Тонус м'язів (шиї) збережений.

### Кома помірної глибини

1. Очі не відкриває.
2. Нецілеспрямована реакція на біль (згинання, розгинання кінцівок).
3. Тонус м'язів (шиї) збережений, дихання не порушено.

### Глибока кома

1. Реакція на біль не цілеспрямована, знижена.
2. Тонус м'язів (шиї) знижений.
3. Порушення дихання центрального, обструктивного, змішаного типів.

### Термінальна кома

1. Реакція на біль відсутня.
2. Атонія м'язів.
3. Важке порушення дихання.
4. Двосторонній мідріаз.

### Зіставлення оцінок по шкалах Глазго та Шахновича

Рівень свідомості за Шахновичем	Оцінка за шкалою коми Глазго
Помірне і глибоке оглушення	> 10 балів
Сопор	8-10 балів
Помірна кома	6-7 балів
Глибока кома	5 балів
Термінальна кома	<5 балів

## Піттсбурзька шкала оцінки порушення функцій стовбуру мозку (Pittsburgh Brain Stem Score -PBSS)

Піттсбурзька шкала застосовується для оцінки стовбурових рефлексів у хворих в коматозному стані

Стовбуровий рефлекс	Наявність	Оцінка
Війковий рефлекс	Наявний хоча б з однієї сторони	2
	Відсутній з обох сторін	1
Рогівковий рефлекс	Наявний хоча б з однієї сторони	2
	Відсутній з обох сторін	1
Лялькові очі і/або калоричний рефлекс з льодяною водою	Наявний хоча б з однієї сторони	2
	Відсутні з обох сторін	1
Реакція правої зіниці на світло	Наявна	2
	Відсутня	1
Реакція лівої зіниці на світло	Наявна	2
	Відсутня	1
Блювотний та/або кашльовий рефлекс	Наявні	2
	Відсутні	1
Всього:		

Сумарна оцінка рівна сумі оцінок кожного з рефлексів

### Інтерпретація:

- Мінімальна оцінка = 6
- Максимальна оцінка = 12
- Чим вища оцінка, тим краще.
- Оцінка за Піттсбурзькою шкалою може застосовуватись в поєднанні з оцінкою за шкалою коми Глазго, і в такому випадку діапазон оцінок складає 9-27.

### Варіанти:

- В дослідженні «Brain Resuscitation Clinical Trial» (дослідження оживлення головного мозку) оцінювались тільки війковий та рогівковий рефлекс.
- В дослідженні Edgren et al. застосовувалась модифікована Піттсбурзька шкала (визначення не наведено), в якій найкраща оцінка склала 20, а найгірша - 4.

### Джерела:

1. Brain Resuscitation Clinical Trial II Study Group (Kelsey SF, et al). A randomized clinical trial of calcium entry blocker administration to comatose survivors of cardiac arrest. *Controlled Clinical Trials*. 1991; 525-545.
2. Edgren E, Hedstrand U, et al. Assessment of neurological prognosis in comatose survivors of cardiac arrest. *Lancet*. 1994; 343: 1055-1059.
3. Schuster H-P, Dick W. Scoresysteme in der Notfallmedizin? *Anaesthesist*. 1994; 43: 30-35



## **Шкала догоспітальної оцінки інсульту Цинциннаті (Cincinnati prehospital stroke scale - CPSS)**

Шкала догоспітальної оцінки інсульту Цинциннаті базується на суттєво скороченій і спрощеній шкалі інсульту NIH і включає всього лише три пункти. Оцінка за даною шкалою, як лікарями, так і середнім медичним персоналом служби швидкої допомоги, дає можливість виявляти хворих з інсультом, які можуть бути кандидатами для проведення тромболізу. Виявлення аномалій в будь-якому з цих трьох пунктів свідчить з високою чутливістю (66%) і специфічністю (87%) про наявність у хворого інсульту.

### **Слабкість половини обличчя**

Оцінюється симетричність обличчя при замружуванні, піднятті брів, посмішці, вищирянні.

*Норма:* Симетричний рух обох половин обличчя

*Аномалія:* Одна сторона обличчя не рухається

### **Несиметричне утримування рук**

Оцінюється симетричність утримування або мимовільного опускання піднятих рук. Хворого просять витягнути руки перед собою (якщо він сидить) або підвести їх над ліжком (якщо він лежить) і утримувати в такому стані.

*Норма:* Обидві руки однаково утримуються або мимовільно опускаються з однаковою швидкістю.

*Аномалія:* Одна рука не може бути піднята або мимовільно опускається швидше другої.

### **Мова**

Оцінюється адекватність змісту мови та її розбірливість.

*Норма:* Хворий використовує вірні слова та говорить розбірливо.

*Аномалія:* Використання в мові недоречних слів, незрозуміла мова, або втрата здатності говорити.

### *Джерело:*

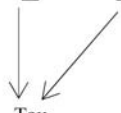
Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. "Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity." *Ann Emerg Med* 1999; 33 (4): 373-8

# Шкала догоспітальної оцінки інсульту Лос-Анджелес (Los Angeles prehospital stroke scale - LAPSS)

1. Хворий: Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_
2. Інформація отримана у:
  - Хворого
  - Члена сім'ї
  - Іншого
 } Прізвище \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_
3. Останній зафіксований момент часу, коли хворий був в нормальному стані, без неврологічного дефіциту та у повній свідомості:  
 Час |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_|      Дата: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### Критерії скринінгу:

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | Так                      | Невідомо                 | Ні                       |
| 4. Вік старше 45 років  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. В анамнезі <b>відсутні</b> дані про судоми або епілепсію                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Тривалість симптомів <b>менше</b> 24 годин                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Пацієнт попередньо <b>не був</b> «прикутий» до інвалідного візка або ліжка | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. Концентрація глюкози в крові в межах 60-400 мг% (3,3-22,2 ммоль/л) | Так                      | Ні                       |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 9. Дослідження:

#### Зверніть увагу на очевидну асиметрію

- |                  | Норма                    | Справа                                | Зліва                                 |
|------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Посмішка/гримаса | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Слабкість    | <input type="checkbox"/> Слабкість    |
| Рукоктискання    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Слабке       | <input type="checkbox"/> Слабке       |
| Піднята рука     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Відсутнє     | <input type="checkbox"/> Відсутнє     |
|                  |                          | <input type="checkbox"/> Опускається  | <input type="checkbox"/> Опускається  |
|                  |                          | <input type="checkbox"/> Швидко падає | <input type="checkbox"/> Швидко падає |

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Так                      | Ні                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

За результатами дослідження у хворого є **однобічна** (не двостороння) слабкість

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Так                      | Ні                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Якщо в пунктах 4,5,6,7,8,9 всі відповіді «Так» або «Невідомо», - хворий відповідає критеріям скринінгу інсульту LAPSS | Так                      | Ні                       |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. При відповідності хворого критеріям інсульту LAPSS, необхідно повідомити лікувальний заклад, куди буде доставлений хворий, про необхідність підготуватися до госпіталізації, в іншому випадку – слідувати положенням відповідного протоколу.

**Увага:** У хворого, що не відповідає критеріям LAPSS, інсульт все ж таки можливий.

### Джерело:

Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver JL. "Identifying stroke in the field. Prospective validation of the Los Angeles prehospital stroke screen (LAPSS)." Stroke 2000; 31 (1): 71-6

## Шкала ABCD (ABCD Score)

Шкала ABCD застосовується для прогнозування ризику інсульту протягом перших 7 днів після виникнення транзиторної ішемічної атаки. Згідно результатів досліджень, при оцінці за шкалою ABCD =6, ризик розвитку інсульту перевищує 30%, а при низьких оцінках – інсульт зазвичай не виникає. Шкала ABCD може бути застосована в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A ( <i>Age of patient</i> ) Вік хворого	≥60 років	1
	<60 років	0
B ( <i>Blood pressure at assessment</i> ) Артеріальний тиск на час обстеження	АТсис>140 мм рт.ст.	1
	або АТдіаст≥90 мм рт.ст.	1
	Інший	0
C ( <i>Clinical features presented with</i> ) Перші клінічні прояви	Однобічна слабкість	2
	Порушення мови	1
	(слабкості немає)	0
	Інші	0
D ( <i>Duration of TIA Symptoms</i> ) Тривалість симптомів ТІА	≥60 хвилин	2
	10-59 хвилин	1
	<10 хвилин	0
<b>Всього</b>		

*Джерело:*

Rothwell P, Giles M, Flossmann E, Lovelock C, Redgrave J, Warlow C, & Mehta Z (2005). A simple tool to identify individuals at high early risk of stroke after a transient ischaemic attack: the ABCD score. *The Lancet*; 366:29-36.

## Шкала ABCD-2 (ABCD-2 Score)

Шкала ABCD-2, у порівнянні зі шкалою ABCD, приймає до уваги наявність у пацієнта діагнозу цукрового діабету. Згідно результатів досліджень, оцінка за шкалою ABCD =6-7 супроводжується високим ризиком розвитку інсульту (2-денний ризик перевищує 8%), оцінка 4-5 – помірним ризиком, оцінка 0-3 – низьким ризиком.

Шкала ABCD може використовуватися в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A ( <i>Age of patient</i> ) Вік хворого	≥60 років	1
	<60 років	0
B ( <i>Blood pressure at assessment</i> ) Артеріальний тиск на час обстеження	АТсист>140 мм рт.ст.	1
	або АТдіаст≥90 мм рт.ст.	1
	Інший	0
C ( <i>Clinical features presented with</i> ) Перші клінічні прояви	Однобічна слабкість	2
	Порушення мови (слабкості немає)	1
	Інші	0
D ( <i>Duration of TIA Symptoms</i> ) Тривалість симптомів ТІА	≥60 хвилин	2
	10-59 хвилин	1
	<10 хвилин	0
( <i>Diabetes</i> ) Діабет	Наявність діабету	1
	Діабету немає	0
<b>Всього</b>		

### Джерело:

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet*. 2007; 369 (9558): 283-92

## **Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIH)** (National Institutes of Health Stroke Scale –NIHSS)

### **Загальні правила**

При оцінці стану пацієнта необхідно послідовно дотримуватись розділів шкали, реєструючи бали в кожному із підрозділів по черзі . Повертатися назад та змінювати раніше виставлені бали **заборонено**. Оцінка за шкалою повинна відображувати те, *що робить пацієнт*, виконуючи ваші команди, а не те, що, на думку дослідника, *пацієнт може зробити*. Реєструйте відповіді та бали пацієнта впродовж дослідження, працюйте швидко. Не тренуйте хворого, щоб добитися виконання тієї чи іншої команди, якщо це не передбачено інструкціями.

---

## Інструкції

---

### **1 а. Рівень притомності.**

Якщо повноцінне обстеження пацієнта неможливе (наприклад, інтубаційна трубка, неможливість спілкування із-за мовного бар'єру або ушкодження оротрахеальної області), можна оцінити загальний рівень відповідей та реакцій. Оцінка **3** ставиться тільки якщо пацієнт не здійснює рухів (крім зворотного прийняття пози) у відповідь на больові стимули.

---

### **1 б. Рівень притомності: відповіді на запитання.**

Пацієнта просять назвати поточний місяць року та свій вік. Відповіді повинні бути точними, відповідь не зараховується, якщо вона близька до правильної. Якщо пацієнт не сприймає питання внаслідок афазії, чи значного зниження рівня притомності, ставиться оцінка **2**. Якщо пацієнт не може говорити внаслідок механічних перешкод (ендотрахеальна трубка, ушкодження щелепно-лицьової області), тяжкої дизартрії внаслідок будь-яких причин, мовного бар'єру, або інших проблем, не обумовлених афазією, ставиться оцінка **1**. Важливо, щоб оцінювалася тільки перша відповідь, і дослідник не допомагав пацієнту.

---

### **1 в. Рівень притомності: виконання команд.**

Пацієнта просять відкрити, а потім заплющити очі, стиснути і розтиснути кулак непаралізованої руки. Якщо існує якась перешкода (наприклад, неможливо використати для дослідження руку), замініть виконання цієї команди на іншу, що також передбачає одноетапну дію.

Якщо пацієнт намагається виконати завдання, але дія не завершена внаслідок м'язової слабкості, результат зараховується. Якщо пацієнт не реагує на промову команд, дослідник може особисто продемонструвати, що він вимагає від пацієнта, а потім оцінити результат (пацієнт повторив обидві команди, тільки одну або ні одну). Оцінюється тільки перша спроба.

---

Оцінка за шкалою (бали)	Оцінка
-------------------------	--------

- 0 = Ясна свідомість, живі реакції.
- 1 = Оглушення, та/або сомноленція, можливо добитися виконання інструкцій при мінімальній стимуляції.
- 2 = Глибоке оглушення або сопор, реагує тільки на сильні та больові подразники, але рухи не стереотипні.
- 3 = Атонія, арефлексія та відсутність реакції або відповіді на подразники складаються із рефлекторних, нецілеспрямованих рухів а/або вегетативних реакцій.

- 
- 0 = Вірні відповіді на обидва запитання.
- 1 = Вірна відповідь на одне запитання.
- 2 = Не дав вірної відповіді на жодне із запитань.

- 
- 0 = Вірно виконав обидві команди.
- 1 = Вірно виконав одну команду.
- 2 = Не виконав вірно жодної команди.
-

---

## Інструкції

---

### 2. Рухи очних яблук.

Досліджуються лише горизонтальні рухи. Оцінюються довільні або рефлекторні (окулоцефалічний рефлекс) рухи, калорична стимуляція не виконується. Якщо спостерігається сполучене відведення обох очних яблук в сторону, але воно може бути подолане довільно або рефлекторно, ставиться оцінка 1. Якщо у пацієнта є порушення одного із окоорухових нервів (III, IV або VI), ставиться оцінка 1. Рухи очних яблук можна оцінити у всіх пацієнтів із афазією. У пацієнтів із травмою ока, пов'язками на обличчі, сліпотю або іншими порушеннями гостроти зору досліджують рефлекторні рухи (метод обирається дослідником). Виявити частковий парез по́зору можна, встановивши очний контакт з пацієнтом, а потім змінюючи своє положення відносно хворого з однієї сторони до іншої.

---

### 3. Поля зору.

Поля зору (верхні та нижні квадранти) досліджуються методом конфронтації, шляхом підрахування кількості пальців або лякаючими різкими рухами від периферії до центру ока пацієнта. Пацієнта можна заохочувати, але якщо він дивиться в напрямку пальців, що рухаються, це можна оцінити як норму. Якщо одне око у пацієнта не бачить або відсутнє, досліджується друге око. Оцінка 1 ставиться тільки у випадку виявлення чіткої асиметрії (включаючи квадрантанопсію). Якщо пацієнт сліпий (з будь якої причини), ставиться оцінка 3. Тут же виконується одночасна стимуляція з обох сторін і, якщо виявляється згасання, ставиться оцінка 1 і результат зараховується у розділі 11.

---

### 4. Порушення лицьового нерву.

Попросіть пацієнта показати ясна, підняти брови і замружити очі (можна продемонструвати подібні рухи за допомогою пантоміми). При порушенні контакту оцінюється симетричність гримаси у відповідь на больові подразники. Якщо обличчя закрите пов'язками, пластирними наліпками, та т.ін., - їх слід зняти, наскільки це можливо.

---



Оцінка за шкалою (бали)	Оцінка
-------------------------	--------

0 = Норма.

1 = Частковий парез по́зору; порушений рух одного або обох очей, але немає тонічної девіації очних яблук та повного паралічу по́зору.

2 = Тонічна девіація очних яблук або повний параліч по́зору, який зберігається при перевірці окулоцефалічних рефлексів.

0 = Поля зору не порушені.

1 = Часткова геміанопсія.

2 = Повна геміанопсія.

3 = Двостороння геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову)

0 = Нормальні симетричні рухи м'язів.

1 = Легкий парез м'язів (згладжена носогубна складка, асиметрична посмішка).

2 = Частковий параліч (повний або майже повний параліч м'язів нижньої частини обличчя).

3 = Повний параліч однієї чи обох сторін обличчя (відсутність рухів верхньої та нижньої частин обличчя).

---

## Інструкції

---

### 5. Сила м'язів верхньої кінцівки.

Випрямлену руку розміщують під кутом 90° (якщо пацієнт сидить) або 45° (якщо пацієнт лежить) відносно тіла долонями донизу і просять пацієнта утримати кінцівку в такому положенні. Неспроможність утримування руки оцінюється, якщо хворий не може утримувати руку в такому положенні впродовж 10 секунд. При афазії можна допомогти пацієнту прийняти вихідне положення руки за допомогою жестів, але не больовими подразниками. Спочатку оцінюють непаретичну кінцівку, а потім паретичну. Якщо дослідити силу верхньої кінцівки неможливо внаслідок її відсутності, анкілозу плечового суглобу або перелому, даний розділ позначається «ДН» (дослідити неможливо)\*, і наводиться причина, що зашкодила визначенню сили руки.

5а. Ліва рука

5б. Права рука

---

### 6. Сила м'язів нижньої кінцівки.

При положенні пацієнта лежачи його просять підняти ногу під кутом 30° до горизонтальної поверхні та утримати її в такому положенні. Неспроможність утримування ноги оцінюється, якщо хворий не може утримувати ногу в такому положенні впродовж 5 секунд. При афазії можна допомогти пацієнту прийняти вихідне положення ноги і заохочувати його утримувати її піднятою за допомогою жестів, але не больовими подразниками. Спочатку оцінюють непаралізовану кінцівку, а потім паралізовану. Якщо дослідити силу нижньої кінцівки неможливо внаслідок її відсутності, анкілозу кульшового суглобу або перелому, даний розділ позначається «ДН», і наводиться причина, що зашкодила визначенню сили ноги.

6а. Ліва нога

6б. Права нога

---

### 7. Атаксія в кінцівках.

Даний розділ передбачає виявлення ознак ураження мозочка з однієї сторони. Дослідження проводять у пацієнта із відкритими очима. Якщо попередньо було виявлено обмеження поля зору, то дослідження проводять в тій зоні, де порушення відсутні. Виконується пальце-носо-пальцева\*\* та колінно-п'яткова проба з обох сторін. Бали нараховуються тільки в тому випадку, коли прояви атаксії перевищують прояви парезу. Якщо пацієнт недоступний контакту або паралізований, атаксія відсутня. Якщо пацієнт не бачить, проводиться пальцево-носова проба\*\*. Якщо тест провести неможливо внаслідок відсутності кінцівки анкілозу, перелому, даний розділ позначається «ДН», і наводиться причина, що зашкодила проведенню тесту.

---

\* в оригіналі UN (від англ. «untestable»)

\*\* пацієнта просять доторкнутися своїм пальцем до протягнутого пальця дослідника, потім до свого носу, а потім знову до пальця дослідника – тест на виявлення інтенційного тремору

---

Оцінка за шкалою (бали)	Оцінка
-------------------------	--------

0 = Рука утримується піднятою під кутом  $90^\circ$  (чи  $45^\circ$ ) впродовж 10 секунд.

1 = Рука утримується піднятою під кутом  $90^\circ$  (чи  $45^\circ$ ), але починає опускатися до закінчення 10 секунд, та протягом цього часу не торкається поверхні ліжка або іншої опори.

2 = Рука не може бути піднята до обумовленого рівня або утримана в такому положенні і одразу починає опускатися до поверхні ліжка, але хворий здійснює зусилля подолати силу тяжіння.

3 = Відсутність зусилля подолати силу тяжіння, кінцівка падає.

4 = Рухи в руці відсутні.

ДН = дослідити неможливо (кінцівка відсутня, анкілоз).

Причина \*: \_\_\_\_\_

0 = Нога утримується піднятою під кутом  $30^\circ$  впродовж 5 секунд.

1 = Нога починає опускатися до закінчення 5 секунд, але протягом цього часу не торкається поверхні ліжка або іншої опори.

2 = Нога опускається і торкається поверхні ліжка до закінчення 5 секунд, але хворий здійснює зусилля подолати силу тяжіння.

3 = Нога одразу падає на поверхню ліжка, але в ній збережені рухи.

4 = Рухи в нозі відсутні.

ДН = дослідити неможливо (кінцівка відсутня, анкілоз).

Причина \*: \_\_\_\_\_

0 = Атаксія відсутня

1 = Атаксія однієї кінцівки.

2 = Атаксія обох кінцівок.

ДН = дослідити неможливо (кінцівка відсутня, анкілоз).

Причина \_\_\_\_\_

---

## Інструкції

---

### 8. Чутливість.

Наявність відчуття або гримаса при уколі булавкою, або реакція відсмикування кінцівки у хворого з порушенням свідомості чи афазією. До уваги береться лише утрата чутливості, що обумовлена інсультом, і для точного визначення односторонньої втрати чутливості слід порівняти реакцію на уколи в якомога більшій кількості частин тіла (передпліччя (передпліччя та плече (не кисть), стегно, тулуб, обличчя). Оцінка **2** (тяжка або повна втрата чутливості) ставиться лише у випадках, коли тяжка або повна втрата чутливості не викликає сумніву. Тому у пацієнтів із афазією або в ступорозному стані свідомості, імовірно, ставиться оцінка **0** або **1**, При двобічній втраті чутливості, викликаній стовбуровим інсультом, ставиться оцінка **2**, Пацієнти в комі (оцінка  $1a=3$ ) в цьому пункті автоматично отримують оцінку **2**.

---

### 9. Найкраще мовлення.

Дані відносно розуміння звернутої до пацієнта мови значною мірою вже були отримані протягом дослідження попередніх розділів. Для оцінки за цим пунктом шкали пацієнта просять описати події на представленому сюжетному малюнку, назвати намальовані предмети, прочитати запропоновані речення (див. додатки). Про розуміння судять як на підставі результатів цього тесту, так і виконання команд протягом попереднього неврологічного обстеження. Якщо дослідженню мовлення заважають розлади зору, попросіть пацієнта назвати вкладені йому в руку предмети, повторити сказане вами, щось розповісти. Заінтубованого пацієнта слід попросити виконати завдання письмово. Хворі в комі (оцінка  $1a=3$ ) в цьому пункті автоматично отримують оцінку **3**. При порушенні свідомості або здатності до спілкування оцінку визначає дослідник, але оцінка **3** ставиться лише при мутизмі і повному ігноруванні простих команд дослідника.

---

### 10. Дизартрія.

У пацієнта з нормальною артикуляцією не виникає проблем із вимовлянням складних сполучень звуків при читанні або повторенні слів з наведеного списку. У хворого з тяжкою афазією можна оцінити чіткість вимовляння звуків при спонтанному мовленні. Оцінка «ДН» (дослідити неможливо) може бути поставлена тільки якщо хворий заінтубований або в нього наявні інші фізичні перешкоди для мовлення, і в такому випадку слід чітко позначити, чому поставлена така оцінка. Не слід пояснювати пацієнту, чому буде виконуватися це дослідження.

---

---

**Оцінка за шкалою (бали)**

---

**Оцінка**

---

0 = Норма.

1 = Легка чи помірна втрата чутливості; на ураженій стороні пацієнт відчуває уколи як менш гострі, або в нього втрачене відчуття поверхневого болю при уколах, але збережене відчуття дотику.

2 = Тяжка або повна втрата чутливості; пацієнт не відчуває ні уколів, ані дотиків на обличчі, руці, нозі.

---

0 = Афазії немає; нормальне висловлення і сприйняття мовлення.

1 = Легка чи помірна афазія; деякою мірою очевидно порушена вільність мовлення або порушене розуміння, без суттєвого обмеження висловлення думок або форми вираження. Однак порушення мовлення та/або розуміння ускладнює або унеможлиблює бесіду по наданим матеріалам. Наприклад, в бесіді про надані матеріали дослідник може з відповіді пацієнта визначити зміст сюжетного малюнка чи назви зображених на малюнках предметів.

2 = Тяжка афазія; спілкування можливе лише фрагментарними висловленнями; щоб зрозуміти хворого, дослідник мусить домислювати, додатково розпитувати хворого, вгадувати сказане ним. Зі слів пацієнта дослідник не може зрозуміти, що представлено на малюнках.

3 = Мутизм (німота), тотальна афазія; пацієнт неспроможний висловити хоч щось зрозуміле, та абсолютно не розуміє звернену до нього мову.

---

0 = Норма.

1 = Легка або помірна дизартрія, нечітке вимовляння принаймні деяких слів; сказане пацієнтом можна зрозуміти, в найгіршому випадку, з деякими труднощами.

2 = Тяжка дизартрія; слова спотворені до невпізнання при відсутності афазії або невідповідно до її тяжкості, або відзначається анартрія/мутизм.

ДН = Дослідити неможливо, оскільки хворий заінтубований, або у нього наявні інші фізичні перешкоди мовленню.

Причина: \_\_\_\_\_

---

### **11. Послаблення сприйняття та неуважність (раніше застосовувалася назва «неглект», тобто ігнорування чи зневажання)\***

Для визначення *зневажання* зазвичай достатньо даних, отриманих при дослідженні попередніх розділів шкали. Якщо при наявності у хворого тяжкого порушення зору, що унеможливує одночасну двосторонню зорову стимуляцію, відповідь на шкірну стимуляцію нормальна, цей пункт шкали оцінюється як нормальний (оцінка = 0). Якщо у хворого наявна афазія, але складається враження, що він приділяє увагу обом сторонам простору, цей пункт шкали оцінюється як нормальний. Свідченням порушення може бути наявність зорового ігнорування простору або анозагнозії. Оскільки в цьому розділі шкали підставою для оцінки може бути тільки наявність порушення, в даному випадку не може бути оцінки «дослідити неможливо»

---

\* Під сенсорним геміігноруванням (тобто зневажанням половини простору) розуміють порушення сприйняття на половині тіла (зазвичай лівій) при нанесенні стимулів одночасно з обох сторін при відсутності гемігіпестезії. Під візуальним геміігноруванням розуміють порушення сприйняття об'єктів у лівій половині поля зору при відсутності лівосторонньої геміанопсії.

Оцінка за шкалою (бали)	Оцінка
-------------------------	--------

- 0 = Відсутність порушення.
- 1 = Зорова, дотикова, слухова, просторова, або особиста неухважність або послаблення сприйняття у відповідь на двостороннє одночасне подразнення одного з видів відчуттів. □
- 2 = Виражена неухважність до половини простору або послаблення сприйняття половини простору більше ніж одним з видів відчуттів; хворий не визнає власну руку чи орієнтується лише в половині простору.

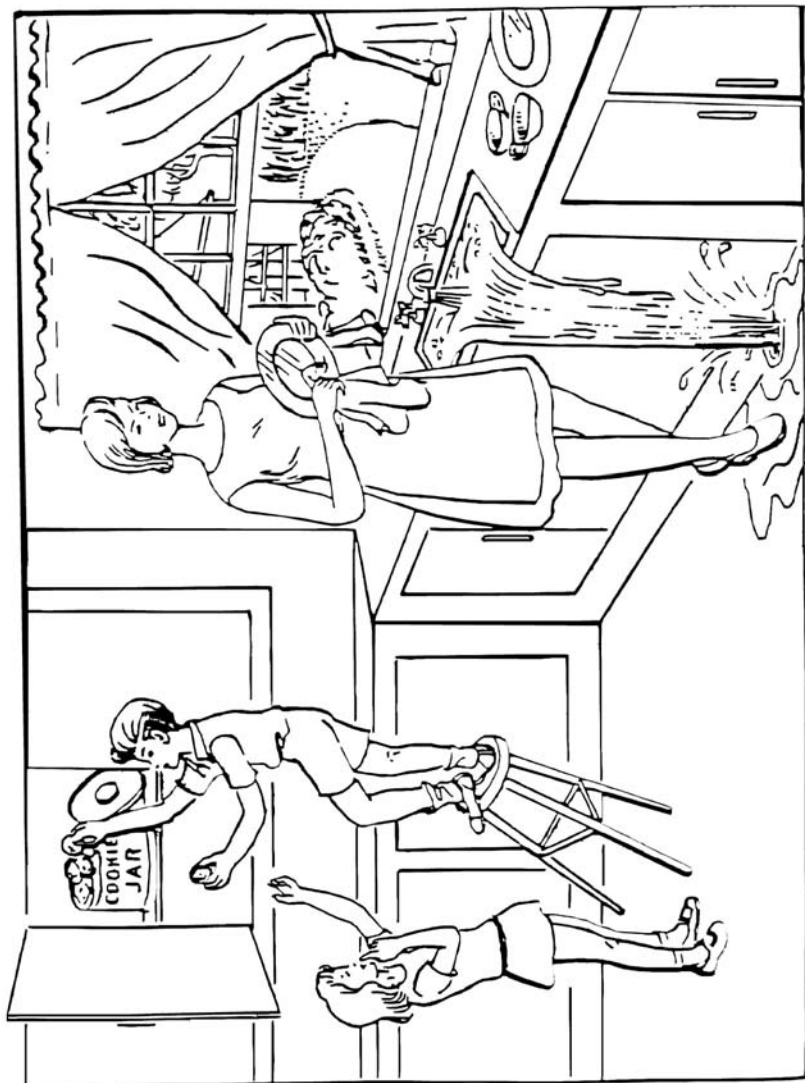
**Підсумкова оцінка:** □

*Джерело:*

Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989 Jul;20(7):864-70.

*Додаток 1.*

Ілюстрація для оцінки описування пацієнтом у ході обстеження, позичена із оригінальної англійської версії NIHSS. Придатна до використання тільки умовно до розробки та валідації української версії шкали з урахуванням національних та культурних особливостей.

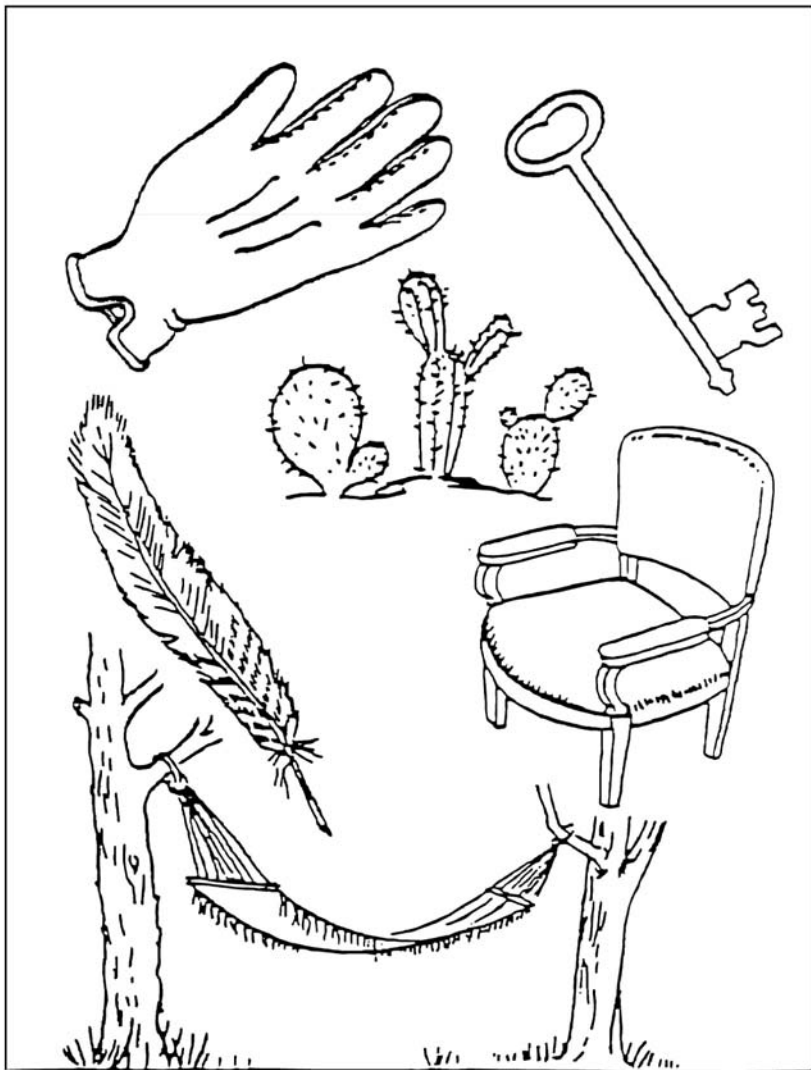




Додаток 2.

**Ілюстрація для оцінки називання пацієнтом предметів.**

Позичена із оригінальної англomовної версії NIHSS. Придатна до використання тільки умовно до розробки та валідації українomовної версії шкали з урахуванням національних та культурних особливостей.



*Додаток 3 А. Речення для оцінки афазії, приведені в оригінальній англomовній версії шкали NIHSS.*

*You know how.*

*Down to earth.*

*I got home from work.*

*Near the table in the dining room.*

*They heard him speak on the radio last night.*

*Додаток 3 Б. Речення для оцінки афазії, що викладені в перекладі оригінальної англійської версії шкали NIHSS. Придатні до використання тільки умовно до розробки та валідації україномовної версії шкали з урахуванням національних та культурних особливостей.*

Ти знаєш як

Спуститися з небес на землю

Я повернувся з роботи додому

Біля обіднього столу на кухні в столовій  
кімнаті

Вони чули його виступ по радіо вчора  
увечері

*Додаток 4 А. Слова для виявлення дизартрії, приведені в оригінальній англомовній версії шкали NIHSS.*

MAMA

TIP – TOP

FIFTY – FIFTY

THANKS

HUCKLEBERRY

BASEBALL PLAYER

*Додаток 4 Б. Слова для виявлення дизартрії. Приведені слова не є повним перекладом слів в оригінальній версії шкали. Проведена спроба використати україномовний варіант вимовлення слів для виявлення дизартрії у хворих, що говорять виключно українською мовою. Запропоновані слова придатні до використання тільки умовно до розробки та валідації україномовної версії шкали з урахуванням національних та культурних особливостей.*

МАМА

ГУП-ГУП

НАФТА, КОФТА

ТАКСИСТ, СХОВАНКА

СКЛИКАННЯ, НАКЛЕП

ХЛІБ, БЛИСК

## Шкала тяжкості інсульту Оргогозо (Orgogozo Stroke Scale)

Характер порушень	Коментар	Бали	Оцінка
<b>Свідомість</b>			
Кома	Реакція на больові стимули відсутня або нецілеспрямована	0	
Ступор	Локалізація больових подразників	5	
Оглушення	Можливе пробудження і доступність контакту впродовж дослідження	10	
Норма	Ясна свідомість, швидка адекватна реакція на стимули	15	
<b>Мовний контакт</b>			
Неможливий	Контакт неможливий або різко затруднений (з будь-якої причини)	0	
Утруднений	Обмежений самими нагальними потребами, або дизартрія	5	
Норма	Контакт не обмежений, здатність до ведення змістовної розмови	10	
<b>Погляд</b>			
Параліч по́зору	Тонічна девіація очних яблук; очі не доводяться до середньої лінії	0	
Недостатність по́зору	Парез по́зору або односторонній «синдром заперечення»	5	
Норма	Нормальні симетричні рухи очних яблук	10	
<b>Руки обличчя</b>			
Параліч	Виражена одностороння слабкість, асиметрія обличчя	0	
Норма	Нормальна сила або легка слабкість, можлива легка асиметрія	5	
<b>Підняття руки</b>			
Неможливе	Рука не піднімається, відсутні також рухи в площині опори	0	
Неповне	Можливе деяке підняття руки, але в положенні сидячи рука не може бути піднята до горизонтального рівня	5	
Можливе	В положенні сидячи рука може бути піднята до горизонтального рівня з деякими труднощами	10	

<b>Рухи кисті</b>			
Неможливість застосування	Кисть «неспроможна», не утримує предмети	0	
Обмежене застосування	Можливі лише грубі рухи, здатність утримувати палицю	5	
Необмежене застосування	Основні функції кисті збережені; обмежені тільки тонкі рухи; незграбність рухів пальців	10	
Норма	Функція кисті не порушена	15	_ _ _
<b>М'язовий тонус в руці</b>			
Підвищений або знижений	Значна зміна тонузу (спастичність або атонія)	0	
Нормальний	Тонус нормальний або майже нормальний	5	_ _ _
<b>Підняття ноги</b>			
Неможливе	Нога не може бути піднята над ліжком	0	
Проти сили тяжіння	Нога може подолати силу тяжіння, але не долає опору	5	
Проти опору	Нога може бути піднята з подоланням опору, але м'язова сила знижена	10	
Нормальне	Нога може бути піднята над ліжком так само, як і на здоровій стороні	15	_ _ _
<b>Тильне згинання стопи</b>			
Стопа звисає	Активне тильне згинання стопи неможливе, стопа звисає	0	
Проти сили тяжіння	Можливо тильне згинання стопи проти сили тяжіння, стопа може бути трохи піднята над підлогою	5	
Проти опору	Можливе тильне згинання стопи проти опору; сила може бути дещо зниженою	10	_ _ _
<b>М'язовий тонус в нозі</b>			
Підвищений або знижений	Значна зміна тонузу (спастичність або атонія)	0	
Нормальний	Тонус нормальний або майже нормальний	5	_ _ _

**Всього:** |\_|\_|\_|\_|

*Джерело:*

1. Orgogozo JM, Capildeo R. "Development of a neurological score for clinical evaluation of infarctions in the Sylvian territory." Presse Med 1983; 12 (48): 3039-44.
2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей (ред. А.Н.Белова, О.Н.Щепетова). Москва, «Антидор» (комментарі)

## Скандинавська шкала інсульту (Scandinavian Stroke Scale - SSS)

Функція	Оцінка	Діагностична оцінка	Довготривала оцінка
<b>Свідомість</b>			
В ясній свідомості	6		
Сонливий, але може бути розбуджений до ясної свідомості	4		
Реагує на мовні команди, однак не повністю в свідомості	2		
Кома або сопор (реакція тільки на біль)	0	<input type="checkbox"/>	
<b>Рухи очних яблук</b>			
Відсутність парезу по́зору	4		
Парез по́зору	2		
Співдружнє відхилення очей	0	<input type="checkbox"/>	
<b>Рука, сила рухів (оцінюється тільки на ураженій стороні)</b>			
Піднімання з нормальною силою	6		
Піднімання зі зниженою силою	5		
Піднімання руки зі згинанням у лікті	4		
Рухи рукою можливі тільки в площині опори (без подолання сили тяжіння)	2		
Параліч	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Кисть, сила рухів (оцінюється тільки на ураженій стороні)</b>			
Нормальна сила	6		
Знижена сила, але рухи збережені в повному об'ємі	4		
Деякі рухи кистю збережені, але пальці не можуть бути приведені до долоні	2		
Параліч	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Нога, сила рухів (оцінюється тільки на ураженій стороні)</b>			
Нормальна сила	6		
Піднімання випрямленої ноги зі зниженою силою	5		
Піднімання ноги зі згинанням у коліні	4		
Рухи ногою можливі тільки в площині опори (без подолання сили тяжіння)	2		
Параліч	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Продовження на наступній сторінці*



<b>Орієнтація</b>		
Вірна в часі, місці, власній особистості	6	
Два з вище наведених	4	
Одне з вище наведених	2	
Повна дезорієнтація	0	<input type="checkbox"/>
<b>Мова</b>		
Відсутність афазії	10	
Обмеженість мовного запасу або незв'язана мова	6	
Більше ніж «так/ні», але відсутність довгих речень	3	
Тільки «так/ні» або менше	0	<input type="checkbox"/>
<b>Параліч м'язів обличчя</b>		
Відсутній або сумнівний	2	
Наявний	0	<input type="checkbox"/>
<b>Хода</b>		
Може пройти 5 м без допомоги або опори (палиці)	12	
Може йти з опорою (палицею)	9	
Може йти з сторонньою допомогою	6	
Сидить без підтримки	3	
«Прикутий» до ліжка або крісла		<input type="checkbox"/>
<b>Максимальна оцінка</b>	<b>22</b>	<b>48</b>

*Коментар:*

**Значне покращення стану хворих** передбачає регрес неврологічної симптоматики за Скандинавською шкалою на **10** і більше балів, а також позитивну динаміку лабораторних показників і результатів функціональних методів дослідження;

**Помірне покращення** – регрес неврологічного дефіциту менше ніж на 10 балів і покращення лабораторних показників і результатів функціональних методів дослідження;

**Незначне покращення** – мінімальний регрес неврологічної симптоматики (на 1-2 бали) при відсутності позитивної динаміки лабораторних показників і результатів функціональних методів дослідження.

*Джерело:*

Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke – background and study protocol. Scandinavian Stroke Study Group. Stroke 1985; 16 (5): 885-90.

## Канадська неврологічна шкала (Canadian Neurological Scale - CNS)

<b>Стан психічних функцій</b>		
Рівень свідомості	У свідомості	3,0
	Спутана свідомість	1,5
	Кома	0,0
Орієнтація	Орієнтований	1,0
	Дезорієнтований	0,0
	або не піддається оцінці	
Мова	Норма	1,0
	Експресивний дефіцит	0,5
	Рецептивний дефіцит	0,0
<b>Всього:</b>		<input type="text"/> <input type="text"/>

### Розділ А1.

#### **Рухові функції (при відсутності дефіциту сприйняття)**

Обличчя	Слабкість відсутня	0,5	
	Слабкість наявна	0,0	
Рука: Проксимальна частина	Слабкість відсутня	1,5	
	Легка слабкість	1,0	
	Виражена слабкість	0,5	
	Параліч	0,0	
	Рука: Дистальна частина	Слабкість відсутня	1,5
	Легка слабкість	1,0	
	Виражена слабкість	0,5	
	Параліч	0,0	
	Нога: Проксимальна частина	Слабкість відсутня	1,5
Легка слабкість		1,0	
Виражена слабкість		0,5	
	Параліч	0,0	
	Нога: Дистальна частина	Слабкість відсутня	1,5
		Легка слабкість	1,0
Виражена слабкість		0,5	
	Параліч	0,0	
<b>Всього:</b>		<input type="text"/> <input type="text"/>	

Розділ А2.		
Рухові функції (при наявності дефіциту сприйняття)		
Обличчя	Симетричне	0,5
	Асиметричне	0,0
Руки	Рівна сила	1,5
	Нерівна сила	0,0
Ноги	Рівна сила	1,5
	Нерівна сила	0,0
<b>Всього:</b>		<input type="text"/>

*Джерела:*

1. Cote, R, Hachinski, V. C., Shurvell, B. L., Norris, J. W., and Wolfson, C. "The Canadian Neurological: Scale A preliminary study in acute stroke." Stroke 1986; 17:731-737
2. Cote R, Battista RN, Wolfson C, Boucher J, Adam J, and Hachinski VC. "The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment." Neurology 1989; 39:638-643
3. Cheryl D. Bushnell, MD; Dean CC, Johnston, FRCPC; Larry B. Goldstein, MD. "Retrospective Assessment of Initial Stroke Severity. Comparison of the NIH Stroke Scale and the Canadian Neurological Scale." Stroke 2001;32:656

## Шкала Торонто (Toronto stroke scoring system)

		Оцінка			
(1)	Рівень свідомості (ясна свідомість, сонливість, ступор, легка кома, глибока кома)	0-4	×25	0-100	
(2)	Парез	{ Обличчя Рука Нога	0-3	×1	0-3
			0-4	×3,5	0-14
			0-4	×2,5	0-10
(3)	Порушення чутливості	{ Обличчя Рука Нога	0-2	×1,5	0-3
			0-2	×6	0-12
			0-2	×4,5	0-9
(4)	Геміанопсія	0-2	×3	0-6	
(5)	Афазія (відсутня, легка, помірна, важка, повна)	0-4	×10	0-40	
(6)	Вищі кіркові функції	{ Лобні Тім'яні	0-2	} ×12	0-48
			0-2		
(7)	Сплутаність мислення	0-3	×15	0-45	
(8)	Парез по́зору	0-2	×2	0-4	
(9)	Порушення координації рухів	0-3	×3	0-9	
(10)	Дизартрія	0-3	×2	0-6	
(11)	Дисфагія	0-2	×4	0-8	

Сумарна оцінка свідчить:

- 0-37 – про сприятливий прогноз,
- 38-72 – про сумнівний прогноз,
- ≥73 – про несприятливий прогноз

*Джерело:*

J.W.Norris, V.C.Hachinski. High dose steroid treatment in cerebral infarction.  
British Medical Journal 1986, 292 (1): 1-23

## Шкала Ханта і Хесса (Hunt&Hess Scale)

Для оцінки хворих  
з нетравматичним субарахноїдальним крововиливом.

Виберіть єдину оцінку,  
найбільш відповідну даному хворому.

Опис	Оцінка
Відсутність симптомів, легкий головний біль, слабка ригідність м'язів потилиці	1
Помірний або сильний головний біль, ригідність м'язів потилиці, відсутність неврологічного дефіциту, крім паралічу черепно-мозкових нервів	2
Оглушення або сплутаність свідомості, легкий вогнищевий неврологічний дефіцит	3
Ступор, помірний або виражений геміпарез	4
Кома, децеребраційна ригідність	5

Оцінка (1-5):

*Джерело:*

1. Hunt WE, Hess RM. "Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms." *Journal of Neurosurgery* 1968; 28 (1): 14-20.

## Шкала оцінки тяжкості субарахноїдального крововиливу Всесвітньої Федерації нейрохірургів (World Federation of Neurological Surgeons Grading System for Subarachnoid Hemorrhage (WFNS) Scale)

Система клінічної оцінки була розроблена як простий надійний і клінічно значущий спосіб класифікації хворих з субарахноїдальними крововиливами. Застосування даної системи дозволяє зменшити варіабельність оцінок одного хворого, виконаних різними спеціалістами, порівняно з деякими раніше застосованими системами класифікації.

Оцінка за шкалою коми Глазго *	Руховий дефіцит **	Оцінка
15	Відсутній	1
13-14	Відсутній	2
13-14	Наявний	3
7-12	Наявний або відсутній	4
3-6	Наявний або відсутній	5

\* Шкала коми Глазго представлена у даній книзі вище.

\*\* Під терміном «руховий дефіцит» розуміється виражений вогнищевий руховий дефіцит

### Інтерпретація:

- При максимальній оцінці за шкалою коми Глазго (15) – прогноз найкращий
- При мінімальній оцінці за шкалою коми Глазго (3) – прогноз найгірший
- При оцінці за шкалою коми Глазго  $\geq 8$  – шанси на відновлення високі
- Оцінка за шкалою коми Глазго в діапазоні 3-5 – потенційно фатальна, особливо якщо супроводжується фіксацією зіниць або відсутністю окуловестибулярних рефлексів
- Маленькі діти можуть бути не в змозі на мовну відповідь, що потребує внесення відповідних поправок в оцінку за шкалою виходів Глазго.

## Шкала виходів Глазго (Glasgow Outcome Scale)

Оцінка	Описання
1	<b>Смерть</b>
2	<b>Стійкий вегетативний стан</b> Хворий не проявляє кіркових функцій
3	<b>Тяжка функціональна неспроможність</b> (Хворий в свідомості, але функціонально неспроможний). Хворий залежний від оточуючих в повсякденному житті у зв'язку з наявністю у нього розумового чи фізичного дефіциту, або їх поєднання.
4	<b>Помірна функціональна неспроможність</b> (Хворий функціонально обмежений, але незалежний від оточуючих). Хворий незалежний в повсякденному житті. Обмеження функціональної спроможності може проявлятися у наявності різного ступеню дисфазії, геміпарезу, атаксії, а також недостатності інтелектуальних функцій або пам'яті і змін особистості.
5	<b>Добре відновлення</b> Відновлення нормальної активності, незважаючи на можливу наявність неврологічного або психологічного дефіциту

*Примітка:* Шкала виходів Глазго представлена тут в тому вигляді, як і в оригінальній публікації. Однак при виконанні клінічних досліджень оцінку наслідків нерідко представляють у зворотному порядку (добре відновлення = 1, помірна функціональна неспроможність = 2, і т. д.)

*Джерело:*

Jennett B, Bond M. "Assessment of outcome after severe brain damage." Lancet 1975, 1 (7905): 480-4

## Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale - mRS)

Оцінка	Описання
0	Відсутність симптомів
1	Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності
2	Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення функціональної спроможності, необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги
4	Помірно-тяжке порушення функціональної спроможності; нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби
5	Важка функціональна неспроможність; «прикутість» до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі

### *Джерела:*

1. Rankin J. "Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60." *Scott Med J* 1957;2:200-15
2. Bonita R, Beaglehole R. "Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke." *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500
3. Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. "Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients." *Stroke* 1988;19(5):604-7



## Шкали оцінки інтенсивності болю

### Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю (Visual analogue scale – VAS)

Хворому пропонують на наведеній нижче лінії позначити вертикальною рискою рівень свого болю. Інтенсивність болю (відстань від початку лінії до зробленої пацієнтом позначки) вимірюють лінійкою в сантиметрах. Тому довжина шкали має становити точно 10 см.



Біль  
відсутній

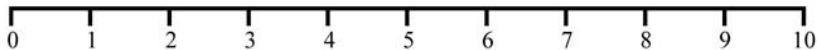


Найгірший біль  
що може бути

### Числова шкала оцінки інтенсивності болю (Numerical rating scale – NRS)

Хворому пропонують оцінити інтенсивність болю в балах від «0» (біль відсутній) до «10» (найгірший біль що може бути). Використовуються також версії шкали з іншими діапазонами оцінок (наприклад, від 0 до 5).

Цю шкалу інколи «доповнюють» розфарбуванням її в спектр поступового переходу кольорів від зеленого (відсутність болю) до жовтого (помірний біль) та яскраво-червоного (найгірший біль).



Біль  
відсутній

Помірний  
біль

Найгірший біль  
що може бути

#### Джерела:

Обидві з наведених вище шкал можна знайти з посиланнями на різні першоджерела, тому дізнатись точно, кому саме належить авторство, ми не змогли.

## Індекс активності у щоденному житті Бартел (Barthel ADL Index)

Вид активності	Оцінка
<b>Прийом їжі</b>	
0 = нездатний	
5 = потребує допомоги при нарізанні продуктів, намащуванні масла, і т.п., або потребує спеціальної дієти	
10 = незалежний від оточуючих	<input type="checkbox"/>
<b>Купання</b>	
0 = залежний від оточуючих	
5 = незалежний від оточуючих	<input type="checkbox"/>
<b>Особистий туалет (вмивання, чищення зубів, гоління, розчісування)</b>	
0 = потребує допомоги	
5 = здатний самостійно вмиватись, чистити зуби, голитись, розчісувати волосся	<input type="checkbox"/>
<b>Одягання</b>	
0 = залежний від оточуючих	
5 = потребує допомоги, але в змозі самостійно справитись наполовину	
10 = незалежний (включаючи застібання гудзиків, замків, зав'язуванні шнурків, і т.п.)	<input type="checkbox"/>
<b>Контроль дефекації</b>	
0 = нетримання калу (або необхідність клізм)	
5 = іноді трапляється неутримання калу	
10 = повністю контролює дефекацію	<input type="checkbox"/>
<b>Контроль сечовипускання</b>	
0 = нетримання сечі або необхідність катетеризації сечового міхура, нездатність самостійно справитись із сечовипусканням	
5 = іноді буває неутримання сечі	
10 = повністю контролює сечовипускання	<input type="checkbox"/>
<b>Користування туалетом</b>	
0 = залежний від оточуючих	
5 = потребує деякої допомоги, але здатний частково справлятися самостійно	
10 = незалежний від оточуючих (здатний самостійно сісти на унітаз і встати з нього, зняти і вдягти одяг, підтертися)	<input type="checkbox"/>
<b>Пересування (з ліжка в крісло і назад)</b>	
0 = нездатний, не утримує рівновагу в положенні сидячи	
5 = потребує певної допомоги (фізична допомога одній або двох осіб)	
10 = потребує незначної допомоги (вербальної або фізичної)	
15 = незалежний від оточуючих	<input type="checkbox"/>

(продовження на наступній сторінці)

### **Здатність до пересування по рівній площадці**

- 0 = нездатний до пересування або долає менше 45 метрів  
5 = здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстані більше 45 метрів, в тому числі – може повернути за рік  
10 = здатний ходити з допомогою одного або двох людей (вербальної або фізичної), проходить більше 45 метрів  
15 = незалежний від оточуючих (хоча і може користуватися допомогою, наприклад – використовувати палицю), долає більше як 45 метрів

### **Подолання сходів**

- 0 = нездатний  
5 = потребує допомоги (вербальної, фізичної, наприклад, щоб піднести речі)  
10 = незалежний

Всього

### *Інструкції*

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета заключається у встановленні ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати незалежним.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.
7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

### **Сумарна оцінка:**


45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги, 50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність, 75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

Разом з тим, навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно – стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі, і т.п.

*Джерела:*

1. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56-61.
2. Loewen SC, Anderson BA. "Predictors of stroke outcome using objective measurement scales." Stroke. 1990; 21: 78-81.
3. Gresham GE, Phillips TF, Labi ML. "ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes." Arch Phys Med Rehabil. 1980; 61: 355-358.
4. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. "The Barthel ADL Index: a reliability study." Int Disability Study. 1988; 10: 61-63.

## Коротке обстеження когнітивних функцій (Mini-Mental State Examination – MMSE)

Активність	Макс. оцінка	Оцінка
<b>Орієнтація у часі і просторі</b> – по одному балу за кожну вірну відповідь		
Спитайте:		
– Який/-а зараз: (рік), (пора року), (місяць), (дата), (день тижня)	5	<input type="checkbox"/>
– Де ми знаходимось: (країна), (область), (місто), (лікарня), (поверх)	5	<input type="checkbox"/>
<b>Регстрація (фіксація у пам'яті)</b> – по одному балу за кожне вірно повторене слово		
Назвіть з інтервалом 1 секунда три слова (наприклад: яблуко, стіл, монета). Попросіть пацієнта повторити. Повторюйте їх, поки хворий запам'ятає їх всі.		
	3	<input type="checkbox"/>
<b>Увага і рахування</b> – по одному балу за кожне вірне віднімання		
Попросіть хворого поступово віднімати від 100 по 7. Достатньо 5 віднімань (93, 86, 79, 72, 65).		
	5	<input type="checkbox"/>
<b>Згадування</b> – по 1 балу за кожну правильну відповідь		
Попросіть хворого назвати три слова, які були завчені (в п.3)		
	3	<input type="checkbox"/>
<b>Мова, гнозис , праксис</b>		
– Покажіть хворому 2 предмети (олівець і годинник) і попросіть назвати їх (по одному балу за кожне вірно назване слово)		
	2	<input type="checkbox"/>
– Запропонуйте пацієнту повторити вислів: «Ніяких якщо, і, але»		
	1	<input type="checkbox"/>
– Запропонуйте виконати дію в три етапи «Візьміть листок паперу в праву руку, зігніть його навпіл і покладіть на підлогу» (по одному балу за кожну вірно виконану дію)		
	3	<input type="checkbox"/>
– Запропонуйте пацієнту прочитати і виконати записану на листку команду : «Заплющити очі»		
	1	<input type="checkbox"/>
– Попросіть хворого написати самостійно одне речення (воно повинно містити підмет і присудок)		
	1	<input type="checkbox"/>
– Попросіть хворого перемалювати два п'ятикутника з кутами, що перетинаються (завдання оцінюється як виконане, якщо на виконаному хворим малюнком відображені дві фігури, кожна з яких має по п'ять кутів, і ці фігури перетинаються кутами)		
	1	<input type="checkbox"/>
		
	1	<input type="checkbox"/>
<b>Всього:</b>		30 <input type="checkbox"/>

### Критерії оцінки:

Найкращий можливий показник =**30**.

Оцінка **24** бали – поріг для діагностики когнітивних порушень.

### Джерело:

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-198.

## Шкала ішемії Хачінскі (Hachinski Ischemia Score)

Ознака	Оцінка
Раптовий початок	2
Ступінчасте наростання	1
Хвилеподібний перебіг	2
Сплутаність свідомості в нічний час	1
Відносна збереженість особистості	1
Депресія	1
Соматичні скарги	1
Емоційна нестриманість	1
Наявність в анамнезі артеріальної гіпертензії	1
Наявність в анамнезі перенесених інсультів	2
Прояви супутнього атеросклерозу	1
Суб'єктивні вогнищеві неврологічні прояви	2
Об'єктивні вогнищеві неврологічні прояви	2
<b>Всього:</b>	

### Примітка:

Якщо сума балів перевищує 7, природа деменції розцінюється як судинна. Сума балів 4 і менше вказує, що судинна етіологія деменції сумнівна.

### Джерела:

1. Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, Russell RW, Symon L. "Cerebral blood flow in dementia." Arch Neurol. 1975; 32:632-7.
2. Molsa PK, Paljarvi L, Rinne JO, Rinne UK, Sako E. "Validity of clinical diagnosis in dementia: a prospective clinicopathological study." J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1985;48:1085-90.

## Шкала тяжкості паркінсонізму по Хену і Яру (Hoehn & Yahr parkinsonism score)

Шкала Hoehn & Yahr (1967) в модифікації Lindvall (1989), Tetrud, Langston (1989) – найбільш часто застосована шкала прояву паркінсонічних порушень.

Виділяють такі стадії:

Стадія	Ознаки
0,0	Ознаки паркінсонізму відсутні
1,0	Тільки однобічні прояви
1,5	Односторонні прояви з залученням аксіальної мускулатури
2,0	Двобічні прояви без ознак порушення рівноваги
2,5	М'які двосторонні прояви. Збережена здатність долати викликану ретропульсію
3,0	Помірні або середньої тяжкості двобічні порушення. Невелика постуральна нестійкість. Однак хворий не потребує сторонньої підтримки при пересуванні.
4,0	Важка знерухомленість, однак хворий ще може пересуватися або стояти без підтримки
5,0	Без сторонньої допомоги хворий пересуватись не може, прикутий до крісла або ліжка

*Джерело:*

Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology 17 (1967), pp. 427-442

## Шкала Шваб і Інгланд денної активності у пацієнтів на хворобу Паркінсона (The Schwab&England Scale of Capacity for Daily Living)

Активність	Оцінка
<b>Повна незалежність.</b> Збереження здатності виконувати всю домашню роботу без сповільнень, труднощів, цілком вільно	100%
<b>Повна незалежність.</b> Виконує домашню роботу з певним ступенем сповільнення, із незначними труднощами, гірше ніж зазвичай	90%
<b>Повна незалежність.</b> Повністю незалежний при виконанні більшості домашніх обов'язків, але витрачає в 2 рази більше часу. Відчутні труднощі і сповільнення.	80%
<b>Пацієнт частково залежний.</b> Значні труднощі при виконанні певних видів домашньої роботи, для виконання якої витрачається в 3-4 рази більше часу, ніж звичайно	70%
<b>Пацієнт із середнім ступенем залежності.</b> Може виконувати більшу частину домашньої роботи, але дуже повільно, із великими зусиллями і помилками	60%
<b>Пацієнт із вираженим ступенем залежності.</b> Необхідна допомога у 50% випадків. Виражене сповільнення, труднощі при виконанні будь-якої роботи	50%
<b>Пацієнт із високим ступенем залежності.</b> Здатність виконувати без сторонньої допомоги лише деякі завдання	40%
<b>Пацієнт залежний від сторонньої допомоги.</b> Намагається виконувати деякі завдання із великим зусиллям	30%
<b>Тяжка знерухомленість.</b> Пацієнт лише незначно сприяє особі, що його доглядає, при виконання деяких завдань	20%
<b>Повна неспроможність.</b> Безпомічність і повна залежність від оточуючих	10%
<b>Інвалідність, хворий прикутий до ліжка.</b> Відсутність ковтання; порушення сечовипускання та дефекації	0%

*Джерело:* Schwab R.S., England A.C. Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. In: Gillingham F.J., Donaldson M.C., ed. Third symposium on Parkinson's disease. Edinburgh: ES Livingston, 1969.



## **Шкала оцінки функціональних систем у хворих на розсіяний склероз за J.F.Kurtzke (Kurtzke Functional Systems Scores – FSS)**

*В усіх розділах відсутність порушень оцінюється «0»*

### **Симптоми ураження пірамідного шляху (FS1).**

1. Патологічні пірамідні рефлекси без зниження сили
2. Незначне зниження сили
3. Незначний або помірний гемі- або парапарез (слабкість, що розцінена як підвищена втомлюваність при збереженні основних функцій після нетривалого відпочинку), тяжкий монопарез (значна втрата функцій)
4. Виразний гемі- або парапарез (з порушенням функцій), помірний тетрапарез (функція значною мірою відновлюється після короткотривалого відпочинку)
5. Параплегія, геміплегія, або виразний тетрапарез
6. Тетраплегія

### **Порушення координації (FS2)**

1. Неврологічні симптоми без порушення функції
2. Незначна атаксія (функція практично не порушена, але при відповідних пробах визначаються інтенційний тремор або невлучання)
3. Помірна атаксія тулуба або кінцівок – тремор та дисметрія (надмірність або недостатність цілеспрямованих рухів) перешкоджають рухам
4. Виразна атаксія в усіх кінцівках (спрямовані рухи дуже утруднені)
5. Неможливість виконання спрямованих дій через атаксію

### **Симптоми ураження черепних нервів, крім II пари (FS3)**

1. Симптоми без порушення функції
2. Помірно виразний ністагм або інші незначні порушення
3. Виразний ністагм, виразні симптоми ураження ококорухового або лицевого нерву, помірні симптоми ураження інших черепних нервів
4. Виразна дизартрія або інші виразні порушення
5. Неможливість ковтати або розмовляти

### **Порушення чутливості (FS4)**

1. Зниження вібраційної або м'язово-суглобової чутливості на одній або двох кінцівках
2. Деяке зниження дотикової або больової чутливості або відчуття натиску, та/або помірне зниження вібраційної чутливості на одній або двох кінцівках, або тільки зниження м'язово-суглобової чутливості на трьох або чотирьох кінцівках
3. Виразне зниження дотикової, больової чутливості або відчуття натиску, та/або втрата вібраційної чутливості на одній або двох кінцівках, та/або

помірне зниження пропріоцептивної чутливості на трьох або чотирьох кінцівках

4. Суттєве зниження дотикової, больової чутливості або втрата пропріоцептивної чутливості (або в сполученнях) на одній або двох кінцівках, або помірне зниження дотикової, больової чутливості та/або виразні порушення пропріоцептивної чутливості на трьох або чотирьох кінцівках
5. Втрата чутливості на одній або двох кінцівках, або помірне зниження дотикової або больової чутливості та/або втрата пропріоцептивної чутливості на всьому тілі нижче голови
6. Повна втрата чутливості на всьому тілі нижче голови

#### **Порушення функцій тазових органів (FS5)**

*(Оцінка гіршої з функцій – сечовипускання чи випорожнення кишечника)*

1. Незначне порушення сечовипускання (імперативні поклики, або затримка)
2. Помірні затримки, імперативні поклики, або нечасті епізоди невтримання
3. Часті епізоди невтримання сечі
4. Необхідність в наявності постійного катетера в сечовому міхурі та регулярних додаткових заходах для спорожнення кишечника
5. Повне нетримання сечі
6. Повне нетримання сечі та калу

#### **Симптоми ураження зорового нерву (FS6)**

1. Скотома, гострота зору краще ніж 0,6
2. Око з гіршим зором має скотому, та максимальну гостроту зору 0,6-0,4
3. Око з гіршим зором має велику скотому або помірне звуження полів зору, та максимальну гостроту зору 0,4-0,2
4. Око з гіршим зором має звуження полів зору та максимальну гостроту зору 0,2-0,1, або симптоми з п. 3 в сполученні з максимальною гостротою зору 0,2-0,1
5. Око з гіршим зором має максимальну гостроту зору нижче 0,1, або симптоми з п. 4 в сполученні з гостротою зору ока з кращим зором 0,4 або нижче
6. Око з гіршим зором має максимальну гостроту зору нижче 0,1, в сполученні з гостротою зору ока з кращим зором 0,4 або нижче

#### **Зміни інтелекту (FS7)**

1. Погіршення пам'яті (без впливу на працездатність)
2. Незначне погіршення інтелекту
3. Помірне погіршення інтелекту
4. Суттєве погіршення інтелекту
5. Деменція

**Розширена шкала інвалідності хворих на розсіяний склероз за J.F.Kurtzke**  
(Kurtzke Expanded Disability Status Scale – EDSS)

EDSS	Зв'язок з оцінками за шкалами FS
1.0 Тільки мікросимптоми (пірамідні знаки або зниження вібраційної чутливості)	Одна з оцінок FS=1
1.5 Тільки мікросимптоми	Більше ніж одна з оцінок FS=1
2.0 Невелика слабкість, маловизначні порушення ходи, порушення чутливості або окорухові порушення, <b>здатність до пересування збережена</b>	Одна з оцінок FS=2, решта 0 або 1
2.5 Невелика слабкість, маловизначні порушення ходи, порушення чутливості або окорухові порушення, <b>здатність до пересування збережена</b>	Дві з оцінок FS=2, решта 0 або 1
3.0 Помірно виразна слабкість або монопарез, атаксія або їх сполучення, <b>здатність до пересування збережена</b>	Одна з оцінок FS=3; або 3-4 оцінки FS=2
3.5 Помірно виразна слабкість або монопарез, атаксія або їх сполучення, <b>здатність до пересування збережена</b>	Одна з оцінок FS=3, та 1-2 оцінки FS=2; або 2 оцінки FS=3; або 5 оцінок FS=2
4.0 Відносно виразна слабкість, хворий може знаходитися в підведеному стані до 12 годин на добу, <b>здатність до пересування збережена</b> , може себе обслуговувати, може пройти без допомоги та відпочинку 500 м	Дві з оцінок FS=4, решта 0 або 1; або менш тяжкі сполучення
4.5 Хворий потребує деякої допомоги, <b>може працювати весь день</b> , може пройти без допомоги та відпочинку 300 м	
5.0 Може пройти без допомоги та відпочинку 200 м, але <b>працювати весь день вже важко</b>	Дві з оцінок FS=5, решта 0 або 1; або інші сполучення більш тяжкі, ніж в п. 4.0
5.5 Може пройти без допомоги та відпочинку 100 м, <b>працювати повний день не може</b>	
6.0 Щоб пройти 100 м, необхідна непостійна або одностороння підтримка	Кілька оцінок FS=3
6.5 Щоб пройти 20 м без відпочинку, необхідна постійна підтримка з обох сторін	Кілька оцінок FS=3 або вище

7.0	Не може пройти 5 м навіть з допомогою, лише в інвалідному візку, в якому може знаходитись увесь день	Кілька оцінок FS=4; або тільки за шкалою пірамідної системи FS=5 та вище
7.5	Не може ходити, потребує допомоги навіть для пересування в інвалідному візку, в якому не може знаходитись увесь день	
8.0	Може перебувати лише в ліжку або кріслі, здатний ефективно використовувати руки для самообслуговування	Кілька оцінок FS=5
8.5	Ефективно використовує руки, але наявні труднощі при самообслуговуванні	
9.0	«Прикутий» до ліжка, зберігає здатність до спілкування та прийому їжі	Більшість оцінок FS=4 або вище
9.5	Безпорадний, не може розмовляти, їсти, ковтати	
10	Смерть внаслідок розсіяного склерозу	

*Джерело:*

Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983; 33 (11): 1444-52.

## Рекомендована література (замість післямови)

Певна річ, укладачі цієї книги були б раді, якби вона допомогла Читачеві. Але разом з тим, ми були б надзвичайно засмучені, якщо б Читач, який визнав цю книгу корисною, не спробував скористатися більш вичерпними «джерелами знань». Причин тому дві. По-перше, наша книжка неприпустимо лаконічна в порівнянні з тими «колодязями мудрощів», які ми запропонуємо читачеві нижче. По-друге, хоча твори Шекспіра цікаві і в україномовному перекладі, в оригінальному англійському викладенні вони, безумовно, багатші та змістовніші. Якщо Читач намагається використати наведену в нашій книзі ту чи іншу шкалу в серйозній науковій діяльності, ми настійливо пропонуємо скористатися їх оригінальними версіями, або ж хоча б ретельно співставити наведені вище переклади з оригіналами.

Переважна більшість з приведених в цій книзі шкал, що найбільш широко використовуються в інсультології, вільно доступні в оригінальних версіях на сайті «інсультологічного інтернет-центру» (Internet Stroke Center – «[www.strokecenter.org](http://www.strokecenter.org)»)

Найбільш вичерпними з наявних на цей час книг, що містять не тільки самі шкали, а й коментарі стосовно їх застосування, є такі світові бестселери:

- Harald Mazur (with K.Papke, S.Althoff, C.Oberwittler) Scales and Scores in Neurology. Quantification of Neurological Deficits in Research and Practice. Thieme (Stuttgart, New York), 2004, 448 pages.
- Robert M. Herndon (Editor). The Handbook of Neurologic Rating Scales.

Їх можна придбати в інтернет-магазини «Амазон» ([amazon.com](http://amazon.com)). З обома цими книжками можна ознайомитися, задавши в пошуковій системі «[www.google.com.ua](http://www.google.com.ua)» або «[books.google.com](http://books.google.com)» їх назви: «Scales and Scores in Neurology. Quantification of Neurological Deficits in Research and Practice» або «The Handbook of Neurologic Rating Scales». Вони доступні безкоштовно, хоча в не дуже добре читабельному вигляді.

Подібних книг українською мовою ми не змогли знайти взагалі, та і російською мовою таких книжок небагато. Ось деякі з них (якщо навіть не все наявне):

- А.Н. Белова. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии» Руководство для врачей и научных работников. М., Самарский дом печати, 2004, 434 с.
- Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников (под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Шепетовой. Москва, Антидор, 2002

Не можемо не згадати тут і про два видання російськомовної збірки шкал, що користалась великим попитом серед лікарів України та Росії і стала прототипом для цієї книги:

- Шкалы в клинической неврологии (составители Д.В.Гуляев, М.В.Гуляева). Киев, издатель Д.В.Гуляев, 2008, 64 с., 1 та 2 стереотипне видання.

Працюючи з приведеними в цих книжках російськомовними шкалами, не слід забувати про притаманні їм обмеження, згадані у передмові до нашої книги.





**Довідкове видання**

**Шкали в клінічній неврології**  
(українською мовою)

Укладачі Д.В.Гуляєв, М.В.Гуляєва  
Науковий редактор М.Є.Поліщук

Видавець Д.В.Гуляєв  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК №582 від 03.08.2001

**Шкали в клінічній неврології** (Укладачі Д.В.Гуляєв, М.В.Гуляєва).  
— К.: видавець Д.В.Гуляєв, 2009. - 56 с.

ISBN 978-966-96604-9-7

© Д.В.Гуляєв, 2009

---

Комп'ютерна верстка Б.О.Пасинков. Підп. до друку з оригінал-макета 06.05.2009. Формат 60х90/16.  
Гарн. Таймс. Папір крейдований 90 г/м<sup>2</sup>. Друк офсетний. Ум. друк. арк. 0,93. Обл.-вид. арк. 0,80. Зам. № 280.  
Наклад 1000 прим.