

УДК 616.832-004.2-08

ШКАЛА ОЦЕНКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Я.Я. Гордеев, Т.М. Шамова, В.В. Семашко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Предложена шкала для оценки неврологического статуса больных рассеянным склерозом, позволяющая объективизировать неврологический дефицит у каждого конкретного больного. Установлены критерии степени тяжести болезни, их соотношение с группой инвалидности и сохранностью трудоспособности.

Ключевые слова: рассеянный склероз, шкала оценки неврологического статуса.

The rating scale for estimation of the neurological status in patients with multiple sclerosis has been suggested. It gives an opportunity to objectify neurological deficiency in every certain patient. The criteria of the disease severity level, their correlation with the invalidity group and maintenance of a working ability have been established.

Key words: multiple sclerosis, neurological status rating scale.

Полиморфность клинических проявлений рассеянного склероза (РС), наличие различных вариантов течения заболевания, трудности в интерпретации результатов патогенетической и симптоматической терапии, необходимость динамического наблюдения за больными в течение довольно длительного времени послужили причиной попыток создать способ объективной оценки состояния неврологического статуса у больных с данной патологией. В настоящее время в неврологических клиниках Европы и Америки используется шкала клинической оценки функционального состояния проводящих систем (Functional Systems, FS), предложенная J.F.Kurtzke [2, 3, 4, 5]. Данная шкала включает характеристику основных проводниковых систем головного и спинного мозга, в частности:

- поражение кортикоспинального (пирамидного) пути;
- поражение мозжечковых путей (переднего и заднего);
- поражение проводников чувствительности;
- поражение черепных нервов (кроме II пары);
- расстройства функции тазовых органов;
- нарушения зрения (поражение зрительного нерва);
- патопсихологические расстройства.

Поражение каждой проводниковой системы оценивается в баллах в зависимости от глубины поражения тех или иных отделов нервной системы. На основании шкалы FS, J.F.Kurtzke [6] разработаны шкалы оценки тяжести состояния больных РС (Disability Status Scale, DSS et Expanded Disability Status Scale, EDSS). Кроме того, для оценки воз-

можностей передвижения используется Ambulation Index («амбулаторный индекс») [7]. Представленные оценочные шкалы рекомендованы к клиническому использованию IFMSS и ECTRIMS, организациями, курирующими проблему РС в мире и Европе. В основе указанных оценочных шкал лежит феномен нарушения передвижения, и в меньшей степени учтены другие признаки поражения нервной системы, которые в ряде случаев являются доминирующими в потере трудоспособности больных РС (нарушения зрения, координации, функции тазовых органов).

В неврологической клинике Гродненского медицинского университета на основе клинических данных с использованием информационной меры Кульбака [1] была разработана и применяется более 25 лет шкала оценки неврологического статуса у больных РС (табл. 1).

Представленная шкала принципиально отличается от известных введением десятичной системы расчета, содержанием только объективных признаков поражения головного и спинного мозга, исключает элементы субъективной интерпретации полученной информации как со стороны больного, так и со стороны исследователя.

Длительный опыт консультативной и лечебной работы с больными РС, проведение корреляционного анализа между патологическими признаками болезни и заключениями МРЭК позволили вывести критерии степени тяжести болезни, их соотношение с группой инвалидности и сохранностью трудоспособности (табл. 2). Выявлена высокая зависимость ($r = 0,82$) между выраженностью дви-

Таблица 1. Шкала оценки неврологического статуса больных рассеянным склерозом

1. Движения (пирамидная система)		
Рука	Нога	Клинические проявления
0	0	-норма
5	10	-симптомы выпадения отсутствуют, оживление сухожильных рефлексов, расширение рефлексогенных зон, клonusы, наличие патологических знаков, анизорефлексия, (парезов нет)
п. 1		
10	20	-самостоятельно поднимает конечность, объем активных движений полный, признаки пирамидного поражения, преодолевает не только силу тяжести собственной конечности, но и дополнительное препятствие умеренной силы, положительный симптом Барре-Русецкого
п. 2		
15	40	-самостоятельно поднимает конечность, объем активных движений полный, не может длительно удержать конечность в заданном положении, не преодолевает дополнительного препятствия
п. 3		
20	60	-может оторвать конечность от плоскости, объем активных движений ограничен, не может удержать конечность в заданном положении
п. 4		
40	80	-не может оторвать конечность от плоскости, возможны активные движения в суставах пальцев, голеностопном и лучезапястном, локтевом, коленном суставах только на плоскости
п. 5		
50	100	-полное отсутствие движений (паралич)
п. 6		
2. Чувствительность		
а) поверхностная чувствительность		
0	-норма	
5	-парестезии, чувство жжения, онемения, похолодания конечности (без объективных нарушений)	
10	-явления гиперестезии или гипестезии	
15	-явления анестезии	
б) глубокая чувствительность		
0	-норма	
10	-расстройство суставно-мышечного чувства в мелких суставах	
20	-расстройство суставно-мышечного чувства до уровня средних суставов (лучезапястных, голеностопных)	
40	-расстройство суставно-мышечного чувства до уровня крупных суставов (локтевых, плечевых, коленных, тазобедренных)	
3. Координация		
0	-норма	
10	-неустойчивость, покачивание в сенсibilизированной пробе Ромберга, стоя на одной ноге, нерезко выраженное интенционное дрожание (при усложненной пробе), легкая атаксия при пяточно-коленной пробе, отклонение при ходьбе с закрытыми глазами	
40	-неустойчивость в простой позе Ромберга, атактическая походка с открытыми глазами с широко расставленными ногами, «пьяная», умеренно выраженное интенционное дрожание и атаксия при пяточно-коленной пробе	
100	-из-за атаксии не может передвигаться без посторонней помощи, резкая гипотония мышц, интенционное дрожание головы, туловища, грубое - верхних конечностей, грубая атаксия при пяточно-коленной пробе, дрожание верхних конечностей при попытке выполнить целенаправленное движение, скандированная речь	
4. Психо-эмоциональная сфера		
0	-норма	
10	-легкое нарушение интеллекта в сочетании с эйфорией, быстрая смена настроения, неврастенический синдром	
20	-эйфория, депрессия, снижение критики к своему состоянию, снижение памяти	
100	-тяжелое нарушение психики, полный интеллектуальный распад, Корсаковский синдром и др.	
5. Нистагм		
0	-норма	
5	-нистагм выявляется только при крайних отведениях (1 степень)	
10	-нистагм при взгляде прямо (2 степень)	
15	-резко выраженный бьющий нистагм, нистагм в обе стороны, даже в сторону медленного компонента (3 степень)	

Продолжение табл. 1

6. Состояние сфинктеров	
0	-норма
10	-императивные позывы, невозможность долго удерживать мочу, затруднения при мочеиспускании
20	-недержание мочи, задержка мочи, периодическое нарушение мочеиспускания, постоянные запоры
7. Половая функция	
0	-норма
5	-снижение половой активности у мужчин (периодически наступающая импотенция), половая холодность у женщин
10	-полная импотенция, нарушение менструального цикла у женщин
8. Глазное дно	
0	-норма
5	-нарушение сосудистого рисунка, сужение артерий, расширение вен, изменения при флуоресцентной офтальмохромоскопии
10	-частичная атрофия зрительных нервов (бitemпоральная бледность), неврит зрительного нерва
15	-полная атрофия зрительного нерва
9. Острота зрения	
0	-норма (зрение в пределах 1.0 или миопия)
5	-периодически наступающее затемнение зрения, быстрая утомляемость при чтении и выполнении работы без нарушения остроты зрения
10	-острота зрения от 0,9 до 0,7
15	-острота зрения от 0,6 до 0,4
20	-острота зрения от 0,3 до 0,1
25	-острота зрения от 0,1 и ниже
100	-слепота на один или оба глаза
10. Глазодвигательные нервы	
0	-норма (отсутствие субъективной и объективной симптоматики)
5	-скрытая недостаточность, без видимых нарушений функции одного из глазодвигательных нервов, синдром межъядерной офтальмоплегии
10	-наличие видимых нарушений легкой степени, видимая недостаточность одного или нескольких нервов, диплопия, птоз, анизокория
15	-сходящееся или расходящееся косоглазие
20	-полная офтальмоплегия (на одном или двух глазах)
11. Тройничный нерв	
0	-норма (отсутствие объективной и субъективной симптоматики)
5	-наличие субъективных ощущений в виде болей, онемения, чувства «ползания мурашек», стягивание в области лица
10	-наличие объективных признаков поражения, гипестезия, выпадение или снижение роговичного рефлекса
20	-грубые нарушения с выпадением всех функций тройничного нерва в сочетании с невралгическими расстройствами или без них
12. Лицевой нерв	
0	-норма
5	-легкая слабость мимических мышц (глаз закрывает полностью, но не может его активно зажмурить), асимметрия лобных и носогубных складок
10	-слабость мимических мышц средней степени (лагофтальм, положительный симптом Белла, асимметрия лица при оскале), при сохранности, в некоторой степени, мимических движений
20	-полный паралич мимических мышц
13. Бульбарная группа черепных нервов (9,10,11,12 нервов)	
0	-норма
5	-нерезко выраженные бульбарные явления (поперхивание при приеме жидкой пищи, изменение речи, без грубых органических симптомов выпадения)
10	-выраженная дисфагия, дизартрия, снижение рефлексов с мягкого неба и задней стенки глотки
100	-полный бульбарный паралич
14. Слуховой нерв	
0	-норма
5	-разговорная речь от 4 до 6 м, шепотная – от 1 до 3 м
10	-разговорная речь от 2 до 4 м, шепотная – от 0,5 до 1 м
15	-разговорная речь от 2 и меньше, шепотная от 0 до 0,5 м
20	-полная глухота на одно или оба уха

Таблица 2. Шкала для оценки степени тяжести и глубины инвалидизации больных рассеянным склерозом в зависимости от двигательных расстройств в сочетании с другими признаками поражения нервной системы.

Группа инвалидности	Степень тяжести	Аналог EDSS	Клинические проявления (сочетание симптомов и синдромов)	Трудоспособность
III	1	1	-двигательные расстройства (п. 1)	Трудоспособен
		2	-двигательные расстройства (п. 1) и другие признаки поражения н.с. (зрение, глазное дно и т.д.)	Трудоспособен, (смена профессии)
		3	-двигательные расстройства (п. 2)	Трудоспособен, (смена профессии)
		4	-двигательные расстройства (п. 2) и другие признаки поражения н.с. (зрение, глазное дно, мозжечковые и чувствительные расстройства)	Относительно трудоспособен (интеллектуальный труд)
II	2	5	-двигательные расстройства (п. 3), передвигается без посторонней помощи	Относительно трудоспособен
		6	-двигательные расстройства (п. 3) и др. признаки поражения н.с., передвигается с помощью костылей, палочек	Нетрудоспособен
		7	-двигательные расстройства (п. 4), передвигается только с посторонней помощью	Нетрудоспособен
		8	-двигательные расстройства (п. 4) и др. признаки поражения н.с., не может передвигаться с посторонней помощью, элементарно себя обслуживает	Нетрудоспособен
I	3	9	-двигательные расстройства (пп. 5,6), прикован к постели, может самостоятельно принимать пищу	Нетрудоспособен
		10	- двигательные расстройства (пп. 5,6) и др. признаки поражения н.с., нуждается в постоянном постороннем уходе, лишен возможности к элементарному обслуживанию	Нетрудоспособен

гательных расстройств и степенью снижения трудоспособности. Другие признаки поражения нервной системы при проведении экспертизы трудоспособности в большинстве случаев РС не учитываются, что зачастую создает конфликтные ситуации. Нами используется шкала оценки тяжести РС, в основу которой положены как выраженность двигательных нарушений, так и сочетание последних с другими признаками поражения нервной системы. При определении группы инвалидности экспертом-неврологом вносится поправка относительно профессиональной деятельности больного (физический или интеллектуальный труд). Безусловно, использование цифровых шкал не может заменить эксперта-специалиста по МРЭК, однако существенно упрощает и делает более объективным весь экспертный процесс.

Предлагаемые оценочные шкалы не могут претендовать на свою законченность, однако их ис-

пользование, как показывают наши многолетние наблюдения, существенно повышают эффективность курации больных РС, так как позволяют следить за динамикой заболевания, своевременно решать вопросы о патогенетической и симптоматической терапии, более объективно проводить экспертизу трудоспособности.

Литература

1. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. –Медицина, 1978. –С.116-124.
2. Kurtzke J.F. A new scale for evaluating disability in multiple sclerosis // Neurology –1955. –V. 5. –P.580-583.
3. Kurtzke J.F. On the evaluation of disability in multiple sclerosis // Neurology –1961. –V. 11. –P.686-694.
4. Kurtzke J.F. Further notes on disability evaluation in multiple sclerosis, with scale modification // Neurology –1965. –V. 15. –P. 654-661.
5. Kurtzke J.F. Neurologic impairment in multiple sclerosis and disability status scale // Acta neurol. Scand. –1970. –V.46. –P. 493-512.
6. Kurtzke J.F. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) // Neurology –1983. –V. 33. –P. 1444-1452.
7. Weiner H., Ellison G. A working protocol to be used as a guideline for trials in multiple sclerosis // Arch. Neurol. –1983. –V. 40. –P. 704-710.