

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	10
Список сокращений и условных обозначений	11
Введение	12
Глава 1. Эндокринология	13
1.1. Индекс Уэйна (Wayne's index)	13
1.2. Шкала Биллевича	15
1.3. Шкала TI-RADS (Thyroid imaging reporting and data system)	17
1.4. Система TBSRTC (The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology)	20
1.5. Шкала Людвига (Ludwig scale)	23
1.6. Шкала Ферримана–Голлвея (Ferriman–Gallwey score)	23
1.7. Шкала FINDRISK (Finnish diabetes risk score)	26
1.8. Шкала клинической активности эндокринной офтальмопатии CAS (Clinical activity score)	29
1.9. Оценка риска падений	31

1.10. Шкала оценки риска падений Морсе (Morse fall scale)	33
1.11. Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, рассматривающих менопаузальную гормональную терапию.	36
1.12. Шкала Грина (Greene climacteric scale)	37
1.13. Международный индекс эректильной функции IIEF-5 (International index of erectile function)	39
1.14. Опросник DQOL (Diabetes quality of life measure)	42
1.15. Шкала модифицированного невропатического дисфункционального счета.	49
1.16. Опросник AddiQoL (Addison's disease-specific quality-of-life questionnaire) . . .	51
1.17. Опросник GO-QOL (Graves' ophthalmopathy quality of life)	55
1.18. Восстановление локуса контроля	58
1.19. Опросники для выявления нарушений пищевого поведения DEBQ (Dutch eating behaviour questionnaire)	63
Глава 2. Кардиология	69
2.1. Шкала SCORE (Systematic coronary risk evaluation)	69

2.2. Индекс Кетле и риск сердечно-сосудистых заболеваний.	70
2.3. Оценка общего сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией	71
2.4. Шкала различных стратегий вмешательства в зависимости от общего риска развития сердечно-сосудистой патологии	74
2.5. Целевые значения холестерина липопротеинов низкой плотности по категориям риска (рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза 2019 года)	76
2.6. Шкала оценки клинического состояния при хронической сердечной недостаточности	77
2.7. Опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью Миннесоты MLHFQ (Minnesota living with heart failure questionnaire)	81
2.8. Тест с 6-минутной ходьбой	84
2.9. Индекс риска GRACE (Global registry of acute coronary events)	85
2.10. Индекс риска CRUSADE (CRUSADE score)	90
2.11. Шкала риска TIMI (Thrombolysis in myocardial infarction risk score)	93
2.12. Шкала EHRA (European heart rhythm association)	95

ШКАЛЫ И АЛГОРИТМЫ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

2.13. Шкала CHA2DS2-VASc (Congestive heart failure, hypertension, age, diabetes mellitus, stroke, vascular disease, age, sex)	96
2.14. Шкала HAS-BLED [Hypertension, abnormal renal-liver function, stroke, bleeding history or predisposition, labile international normalized ratio, elderly (65 years), drugs or alcohol concomitantly]	97
2.15. Шкала Голдмана (Goldman score)	99
2.16. Шкала DAPT (Dual antiplatelet therapy score)	101
2.17. Шкала CADILLAC (Controlled abciximab and device investigation to lower late angioplasty complications)	102
2.18. Шкала SAME-TT2R2 (Sex, age, medical history, treatment, tobacco use, race) для текущего контроля качества терапии антикоагулянтами	104
2.19. Номограмма для оценки риска рецидива тромбоза глубоких вен или тромбоза легочной артерии (Vienna prediction model)	106
2.20. Шкала Уэллса (Wells score) для оценки риска развития тромбоза глубоких вен	106
2.21. Шкала Корана (Khorana score)	109
2.22. Шкала сонливости Эпворта (Epworth sleepiness scale)	110

Глава 3. Пульмонология	115
3.1. Индекс тяжести пневмонии PSI (Pneumonia severity index)	115
3.2. Шкала CURB-65 (Confusion, urea, respiratory rate, blood pressure, 65-age) . . .	119
3.3. Шкала SMART COP (Systolic blood pressure, multilobar infiltration, albumin, respiratory rate, tachycardia, confusion, oxygenation, pH)	121
3.4. Шкала CPIS (Clinical pulmonary infection score)	122
3.5. Шкала MASCC (Multinational association of supportive care in cancer)	125
3.6. Индекс PESI (Pulmonary embolism severity index)	127
3.7. Модифицированный женеvский индекс (Revised Geneva score)	129
3.8. Шкала Уэллса (Wells score) для оценки риска тромбоэмболии легочной артерии	131
3.9. Шкала Падуа (Padua score)	133
3.10. Опросник ACQ-5 (Asthma control questionnaire)	135
3.11. Опросник АСТ (Asthma control test)	137
Глава 4. Нефрология	140
4.1. Оценка прогноза хронической болезни почек, острого почечного повреждения, сердечно-сосудистых заболеваний KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), 2012 г.	140

4.2. Классификация хронической болезни почек по уровню альбуминурии . .	143
4.3. Стратификация риска прогрессирования мембранозной нефропатии . . .	144
Глава 5. Неврология	146
5.1. Шкала HEMORR2HAGES [Hepatic or renal disease, ethanol (alcohol) abuse, malignancy history, older (age >75), reduced platelet count or function, rebleeding risk, hypertension, anemia, genetic factors, excessive fall risk, stroke history]	146
5.2. Пятипроцентная шкала оценки риска инсульта	148
5.3. Стратификация риска ишемического инсульта при остром коронарном синдроме и шкала определения 14-дневного риска ишемического инсульта при остром коронарном синдроме.	149
5.4. Шкала NIHSS (National institutes of health stroke scale).	152
5.5. Скандинавская шкала инсульта	159
5.6. Шкала ABCD2 (Age, blood pressure, clinical features, duration of TIA, diabetes)	163
5.7. Шкала Хачинского	164
5.8. Шкала Эшворта (Ashworth scale).	166

5.9. Опросник для выявления невропатической боли (French neuropathic pain group), 2004 г.	167
5.10. Визуально-аналоговая шкала боли	169
5.11. Цифровая рейтинговая шкала.....	170
5.12. Лицевая шкала боли	170
5.13. Шкала модифицированного невропатического дисфункционального счета.....	171
5.14. Опросник Мак-Гилла для многомерной оценки боли.....	173
Глава 6. Психиатрия	181
6.1. Опросник PHQ-9 (Patient health questionnaire).....	181
6.2. Опросник для оценки генерализованного тревожного расстройства ГТР-7 (GAD-7)	184
6.3. Шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale).....	186
6.4. Шкала депрессии Бека	189
6.5. Шкала-опросник Центра эпидемиологических исследований депрессии CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale).....	198
Список использованной литературы	202

Авторский коллектив

Волкова Наталья Ивановна — д-р мед. наук, зав. кафедрой внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Давиденко Илья Юрьевич — канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Джериева Ирина Саркисовна — д-р мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Зибарев Александр Леонидович — ассистент кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Сорокина Юлия Алексеевна — канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Решетников Игорь Борисович — ассистент кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ганенко Лилия Александровна — ассистент кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Чернова Анастасия Николаевна — ординатор кафедры внутренних болезней № 3 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Список сокращений и условных обозначений

♦	— торговые наименования лекарственных средств
АГ	— артериальная гипертензия
АД	— артериальное давление
ДАД	— диастолическое артериальное давление
ДАТТ	— двойная антитромбоцитарная терапия
ИМ	— инфаркт миокарда
ИМТ	— индекс массы тела
ЛПНП	— липопротеины низкой плотности
МГТ	— менопаузальная гормональная терапия
ОРДС	— острый респираторный дистресс-синдром
САД	— систолическое артериальное давление
СКФ	— скорость клубочковой фильтрации
ССЗ	— сердечно-сосудистые заболевания
ТАБ	— тонкоигольная аспирационная биопсия
ТГВ	— тромбоз глубоких вен
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УЕ	— условные единицы
ФК	— функциональный класс
ХБП	— хроническая болезнь почек
ХСН	— хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭОП	— эндокринная офтальмопатия

Введение

В основе всех решений, касающихся медицинской помощи, лежит правильная оценка состояния здоровья и его динамики под воздействием проводимого лечения. Одним из важных инструментов в данном процессе служат шкалы риска оценки тяжести состояния, прогноза и выбора тактики лечения больных. Данные шкалы используют во всех областях медицины, однако наиболее широкое применение они получили в терапевтической практике. В эндокринологии, кардиологии, пульмонологии используют десятки шкал.

Мы предприняли попытку собрать все имеющиеся шкалы в одном руководстве и структурировали их по разделам, чтобы врачам всех терапевтических специальностей было максимально удобно использовать эти шкалы в клинической практике.

Представленные в руководстве шкалы — результат высококачественных клинических исследований и тщательного анализа данных. Все шкалы валидированы. В них объединены клиническая мудрость, опыт и данные современных исследований, в том числе данные, полученные с использованием методов клинической эпидемиологии и медицинской статистики.

На наш взгляд, использование разнообразных шкал в повседневной практике значительно упрощает процесс диагностики и лечения и минимизирует риск возникновения ошибки. Мы надеемся, что эти шкалы будут полезны и на амбулаторном приеме пациента, и в терапевтических стационарах. Данное руководство поможет как начинающим, так и опытным врачам терапевтических специальностей в их ежедневной рутинной практике принимать верные клинические решения, а также улучшить прогноз заболевания и качество жизни их пациентов.

Глава 1

Эндокринология

1.1. Индекс Уэйна (Wayne's index)

Цель — диагностика гипертиреоза [1].

Методика проведения

Имеющиеся у больного признаки и симптомы оценивают согласно табл. 1.1, представленной ниже. Таблица включает 9 симптомов и 10 признаков, каждый с разной значимостью. Признаки оценивают как положительно, так и отрицательно, т.е. отсутствие некоторых дает отрицательную оценку; часть симптомов также имеют отрицательные оценки. Баллы суммируют.

Таблица 1.1

Симптомы, возникшие недавно и/или повышение степени тяжести	Балл	Признак	Есть	Нет
Диспноэ	+1	Щитовидная железа пальпируется	+3	-3
Учащенное сердцебиение	+2	Шум над щитовидной железой при аускультации	+2	-2
Усталость	+2	Экзофтальм	+2	
Предпочтение тепла	-5	Ретракция века	+2	-
Предпочтение холода	+5	Симптом Грефе	+1	-
Чрезмерное потоотделение	+3	Гиперкинез	+4	-2
Нервозность	+2	Теплые ладони	+2	-2
Повышение аппетита	+3	Влажные ладони	+1	-1
Уменьшение аппетита	-3	ЧСС* в покое >80 в минуту	-	-3
		ЧСС >90 в минуту	+3	-
Увеличение массы тела	-3	Фибрилляция предсердий	+4	-
Уменьшение массы тела	+3			

* ЧСС — частота сердечных сокращений.

Интерпретация

По сумме баллов делают предположительное заключение о наличии синдрома гипертиреоза:

- >19 баллов — токсический гипертиреоз;
- <11 баллов — эутиреоз;
- 11–19 баллов — серая зона.

1.2. Шкала Биллевица

Цель — скрининг-диагностика гипотиреоза [1].

Методика проведения

Имеющиеся у больного признаки и симптомы оценивают согласно табл. 1.2, представленной ниже. Таблица для оценки состояния щитовидной железы и диагностики гипотиреоза включает 8 симптомов и 6 признаков. Оценка может варьировать от +15 до –6, при этом самый высокий вес имеют медленное подергивание лодыжки и замедленные движения. Полученные баллы суммируют.

Таблица 1.2

Симптомы	Есть	Нет
Уменьшение потоотделения	+6	-2
Сухая кожа	+3	-6
Непереносимость холода	+4	-5
Увеличение массы тела	+1	-1
Запор	+2	-1
Хрипота	+5	-4
Глухота	+2	0
Признаки	Есть	Нет
Замедленные движения	+11	-3
Грубая кожа	+7	-7
Холодная кожа	+3	-2
Периорбитальный отек	+4	-6
Брадикардия	+4	-4
Ахиллов рефлекс	+15	-6

Интерпретация

По сумме баллов делают предварительное заключение о наличии синдрома гипотиреоза:

- $> +25$ баллов — наличие гипотиреоза;
- < -30 — отсутствие гипотиреоза.

1.3. Шкала TI-RADS (Thyroid imaging reporting and data system)

Цель — оценка узлов щитовидной железы по данным ультразвукового исследования для принятия решения о дальнейшей тактике ведения [2].

Методика проведения

С помощью ультразвукового исследования определяют ряд параметров: эхоструктуру, эхогенность, форму, контур, включения. Результаты сопоставляют с баллами в табл. 1.3. Баллы суммируют.

Таблица 1.3

Параметр	Количество баллов
Эхоструктура (выбрать одно)	
Кистозная или почти полностью кистозная	0
Губчатая	0
Смешанная Солидно-кистозная	1
Солидная или почти полностью солидная	2
Эхогенность (выбрать одно)	
Анэхогенное	0
Гипер- или изоэхогенная	1
Гипоэхогенная	2
Выраженно гипоэхогенная	3
Форма (выбрать одно)	
«шире-чем-выше»	0
«выше-чем-шире»	3

Параметр	Количество баллов
Контур (выбрать одно)	
Ровный	0
Не определяется	0
Неровный или дольчатый	2
Экстратиреоидное распространение	3
Включения (выбрать все, что подходит)	
Нет или большие артефакты типа «хвост кометы»	0
Макрокальцинаты	1
Периферическое обызвествление	2
Микрокальцинаты	3

Интерпретация

По сумме баллов согласно табл. 1.4 определяют степень TI-RADS и тактику ведения больного.

Таблица 1.4

Сумма баллов	Степень TI-RADS	Тактика ведения
0	TR1 — доброкачественное образование	Без ТАБ*
2	TR2 — без подозрений на злокачественность	Без ТАБ
3	TR3 — вероятно, доброкачественные изменения	<ul style="list-style-type: none"> • $\leq 1,5$ см — наблюдение. • $\geq 2,5$ см — ТАБ
4–6	TR4 — подозрительные изменения	<ul style="list-style-type: none"> • $\leq 1,0$ см — наблюдение. • $\geq 1,5$ см — ТАБ
7	TR5 — высокий риск злокачественности	<ul style="list-style-type: none"> • $\leq 0,5$ см — наблюдение. • $\geq 1,5$ см — ТАБ

* ТАБ — тонкоигольная аспирационная биопсия.

1.4. Система TBSRTC (The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology)

Цель — оценка цитологии щитовидной железы [3].

Методика проведения и интерпретация

Диагностический критерий сопоставляют с риском злокачественности и тактикой ведения согласно табл. 1.5.

Таблица 1.5

Диагностический критерий	Риск злокачественности, %	Тактика врача
I. Недиагностический или неудовлетворительный пунктат <ul style="list-style-type: none">• Только кистозная жидкость• Практически бесклеточный образец (<10 клеток).• Другое (затемнен кровью, свернувшийся артефакт и т.д.)	1–4	Повторить ТАБ под контролем ультразвукового исследования
II. Доброкачественный <ul style="list-style-type: none">• Соответствует доброкачественному фолликулярному узлу (аденоматозный узел, коллоидный узел и т.д.).• Соответствует лимфоцитарному тиреоидиту (тиреоидиту Хасимото) в соответствующем клиническом контексте.• Соответствует гранулематозному (подострому) тиреоидиту.• Другое	0–3	Клиническое наблюдение

Диагностический критерий	Риск злокачественности, %	Тактика врача
III. Атипия неопределенного значения или фолликулярные изменения неопределенного значения	5–15	Повторить ТАБ
IV. Фолликулярная неоплазия или фолликулярные изменения неопределенного значения	15–30	Гемитиреоидэктомия (лобэктомия)
V. Подозрение на рак <ul style="list-style-type: none"> • Подозрение на злокачественность. • Подозрение на папиллярный рак. • Подозрение на медуллярный рак. • Подозрение на метастазы в щитовидную железу. • Подозрение на лимфому. • Другое 	60–75	<ul style="list-style-type: none"> • Субтотальная тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия (лобэктомия). • Необходимо оценить гистологию интраоперационного материала. • При подозрении на метастазы в щитовидную железу операция не показана

1.5. Шкала Людвига (Ludwig scale)

Цель — определение степени интенсивности выпадения волос на голове для оценки андрогенной алопеции [4].

Методика проведения

Осматривают волосистую часть головы на предмет отсутствия волос.

Интерпретация

Градация степени алопеции соответствует стадиям от 1 до 3 (рис. 1.1).

1.6. Шкала Ферримана–Голлвея (Ferriman–Gallwey score)

Цель — оценка гирсутизма у женщин [5].

Методика проведения

Осматривают андрогензависимые зоны (верхняя губа, подбородок, параареолярная область, белая линия живота, надлобковая область, область плеча, внутренняя поверхность бедер, спина, ягодицы), выбирают соответствие по шкале, представленной на рис. 1.2, и подсчитывают сумму баллов. Каждой из зон может быть присвоен балл от 0 (нет волос) до 4 (избыточный рост волос).

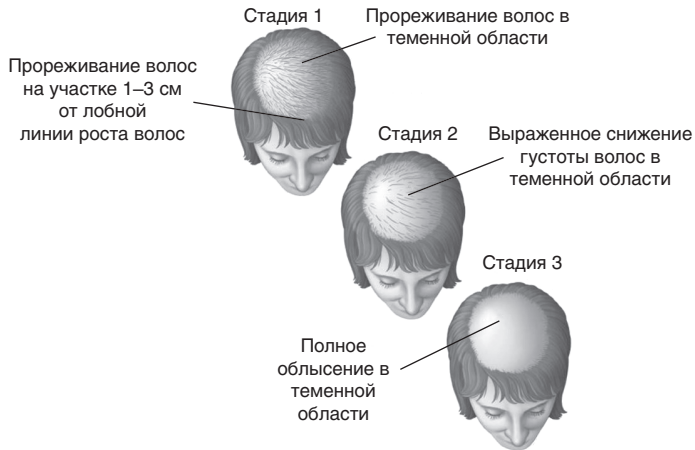


Рис. 1.1. Стадии выпадения волос на голове согласно шкале Людвига

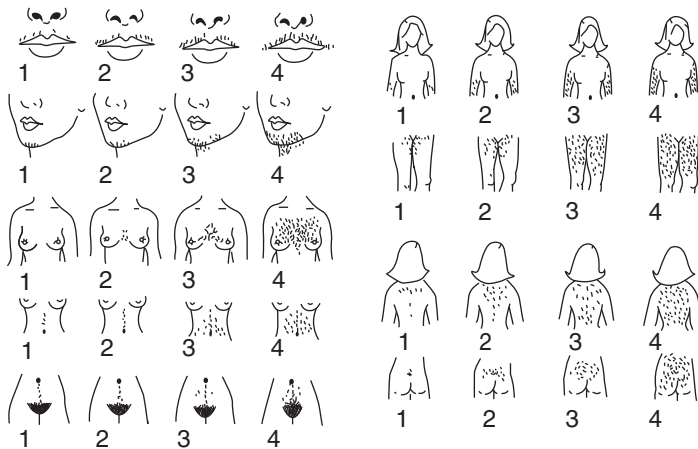


Рис. 1.2. Шкала Ферримана–Голлвея

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие гирсутизма.

- Европейская раса:
 - 0–8 баллов — нормальное распределение волос;
 - >8 баллов — гирсутизм.
- Азиатская раса:
 - 0–3 балла — нормальное распределение волос;
 - >3 баллов — гирсутизм.

1.7. Шкала FINDRISK (Finnish diabetes risk score)

Цель — определение риска развития сахарного диабета [6].

Методика проведения

Пациенту предлагают ответить на вопросы, представленные в табл. 1.6. Каждому ответу на вопрос соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 1.6

Общее количество баллов			
1. Возраст		2. ИМТ*, кг/м²	
<45 лет	0 баллов		
45–54 года	2 балла	<25	0 баллов
55–64 года	3 балла	25–30	1 балл
>65 лет	4 балла	>30	3 балла
3. Окружность талии на уровне пупка			
Мужчины		Женщины	
<94 см	0 баллов	<80 см	0 баллов
94–102 см	3 балла	80–88 см	3 балла
>102 см	4 балла	>88 см	4 балла
4. Как часто вы едите овощи, фрукты или ягоды?		5. Делаете ли вы физические упражнения, ходите ли в среднем темпе по 30 мин каждый день, не менее 3 ч в течение недели?	
Каждый день	0 баллов	Да	0 баллов
Не каждый день	1 балл	Нет	2 балла

6. Принимали ли вы когда-либо лекарства для снижения АД** регулярно?		7. Был ли у вас когда-либо уровень сахара крови выше нормы (на профосмотрах, во время болезни или беременности)?	
Нет	0 баллов	Нет	0 баллов
Да	2 балла	Да	5 баллов
8. Был ли у ваших родственников сахарный диабет 1-го или 2-го типа?			
Нет		0 баллов	
Да: дедушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры		2 балла	
Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок		5 баллов	

* ИМТ — индекс массы тела. Рассчитывают по формуле: масса тела (кг) / рост (м²).

**АД — артериальное давление.

Интерпретация

По сумме баллов определяют риск развития сахарного диабета:

- <7 баллов — низкий риск;
- 7–11 баллов — слегка повышенный риск;

- 12–14 баллов — умеренный риск;
- 15–20 баллов — высокий риск;
- >20 баллов — очень высокий.

1.8. Шкала клинической активности эндокринной офтальмопатии CAS (Clinical activity score)

Цель — оценка активности и тяжести эндокринной офтальмопатии [7].

Методика проведения

Активность эндокринной офтальмопатии определяют по 7 основным и 3 дополнительным параметрам (табл. 1.7), выделяя активную и неактивную стадии. Каждому параметру присваивают 1 балл. Баллы суммируют. Дополнительные параметры определяют при динамическом наблюдении офтальмологом неактивной эндокринной офтальмопатии.

Таблица 1.7

Параметр	Да (1 балл)	Нет (0 баллов)
Основные параметры		
Спонтанная ретробульбарная боль		

Параметр	Да (1 балл)	Нет (0 баллов)
Боль при взгляде вверх или вниз		
Покраснение век		
Инъекция конъюнктивы		
Отек век		
Хемоз		
Покраснение и отек полулунной складки и слезного мясца		
Дополнительные параметры		
Увеличение экзофтальма более чем на 2 мм за последние 2 мес		
Уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении за последние 2 мес		
Снижение зрения более чем на 0,1 остроты зрения за последние 2 мес		

Интерпретация

По сумме баллов определяют стадию эндокринной офтальмопатии:

- 1–2 балла — неактивная;
- ≥ 3 баллов — активная.

1.9. Оценка риска падений

Цель — оценка риска падений у пациентов с остеопорозом и саркопенией [8].

Методика проведения

Шаг 1. Проводят опрос пациента по пунктам 1–6 табл. 1.8; ответ на пункт 7 формулируют на основе результатов лабораторного исследования уровня креатинина. При наличии хотя бы одного ответа «Да» переходят к шагу 2. Если все ответы «Нет», риск падений для данного пациента считают низким.

Таблица 1.8

Вопрос	Да	Нет
1. Падение >1 раза в течение последнего года		
2. Изменение походки или спотыкающаяся походка		
3. Частые головокружения		
4. Предшествующая длительная иммобилизация		
5. Прием >4 медикаментов одновременно		
6. Ежедневный прием психотропных и/или снотворных средств		
7. Уровень клиренса креатинина <5 мл/мин		

Шаг 2. Проводят тесты согласно табл. 1.9. Оценивают, смог ли пациент выполнить каждый тест, и вносят в таблицу значение «Да» или «Нет». В случае ответа «Да» фиксируют время, которое потратил пациент на выполнение теста в секундах.

Таблица 1.9

Название теста	Интерпретация результатов	Время, с	Да	Нет
1. Тест на вставание со стула	Высокий риск падений, если время выполнения >10–12 с			
<i>Пациент поднимается со стула с нормальной для него высоты со скрещенными руками на груди. Выполняют 5 раз с максимальной скоростью</i>				
2. Тандем-тест для оценки способности удерживать равновесие в покое	Высокий риск падений, если время выполнения <10 с			
<i>Пациент располагает ступни одну за другой в линию и пытается простоять 10 с</i>				
3. Тест «Встань и иди»	Высокий риск падений, если время выполнения >10 с			
<i>Пациент встает со стула, проходит 3 м, поворачивается на 180°, возвращается и садится</i>				

Название теста	Интерпретация результатов	Время, с	Да	Нет
4. Тандем-тест для оценки способности удерживать равновесие при ходьбе	<ul style="list-style-type: none"> • Равномерность ходьбы: максимально допустимое отклонение 4%. • Равновесие: колебания туловища — первый клинический признак недостатка равновесия 			
Пациент располагает ступни одну за другой в линию и делает 8 шагов «гуськом» вперед				

Интерпретация

При наличии положительного результата хотя бы одного теста риск падений считают высоким.

1.10. Шкала оценки риска падений Морсе (Morse fall scale)

Цель — оценка риска падений у пациентов с остеопорозом и саркопенией [8].

Методика проведения

Опрашивают пациентов по категориям, представленным в табл. 1.10. Каждому ответу присваивают определенный балл. Баллы суммируют.

Таблица 1.10

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
1. Падение в анамнезе	Нет	0
	Да	25
2. Сопутствующие заболевания (≥ 1)	Нет	0
	Да	15
3. Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения	Постельный режим / помощь медсестры	0
	Костыли/палки/ходунки	15
	При перемещении придерживается за мебель	30
4. Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	Нет	0
	Да	20
5. Функция ходьбы	Норма / постельный режим / обездвижен	0
	Слабая	10
	Нарушена	20

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
6. Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15

Интерпретация

По сумме баллов согласно табл. 1.11 определяют уровень риска падений.

Таблица 1.11

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Тщательный основной уход
Низкий уровень	5–20	
Средний уровень	25–45	Применение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥46	Применение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

1.11. Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, рассматривающих менопаузальную гормональную терапию

Цель — оценка противопоказаний к назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ) [9].

Методика проведения и интерпретация

Определяют риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по шкале SCORE (см. разд. 2.1), учитывают количество лет после наступления менопаузы и сопоставляют данные с табл. 1.12.

Таблица 1.12

Риск по шкале SCORE	Количество лет после начала менопаузы	
	<5 лет	6–10 лет
Низкий (<5%)	МГТ разрешена	МГТ разрешена
Средний (5–10%)	МГТ разрешена (трансдермальные формы)	МГТ разрешена (трансдермальные формы)
Высокий (>10%)	Следует избегать МГТ	Следует избегать МГТ

1.12. Шкала Грина (Greene climacteric scale)

Цель — оценка проявлений симптомов климактерического синдрома [10].

Методика проведения

Каждому симптому присваивают определенное количество баллов согласно табл. 1.13. Баллы суммируют.

Таблица 1.13

Симптомы	Нет (0 баллов)	Слабые (1 балл)	Умеренные (2 балла)	Тяжелые (3 балла)
Сердцебиение и тахикардия				
Чувство напряжения, нервозность				
Нарушение сна				
Возбудимость				
Панические атаки				
Нарушение концентрации				
Усталость				
Потеря интереса ко многим вещам				

Симптомы	Нет (0 баллов)	Слабые (1 балл)	Умеренные (2 балла)	Тяжелые (3 балла)
Депрессия				
Плаксивость				
Раздражительность				
Головокружение, обмороки				
Напряжение и сдавление в голове и теле				
Чувство онемения и дрожь в теле				
Головная боль				
Мышечные и суставные боли				
Слабость в конечностях				
Затруднения дыхания				
Приливы				
Ночная потливость				
Потеря интереса к сексу				

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень выраженности климактерического синдрома:

- 1–11 — слабые проявления;
- 12–19 — средние проявления;
- >20 — тяжелые проявления.

1.13. Международный индекс эректильной функции IIEF-5 (International index of erectile function)

Цель — оценка эректильной дисфункции [11].

Методика проведения

Пациенту предлагают заполнить опросник, состоящий из 15 пунктов, которые оценивают эректильную функцию, оргазмическую функцию, сексуальное желание, удовлетворение половым актом и общую удовлетворенность (табл. 1.14). Просят отметить наиболее подходящий ответ на представленные вопросы. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 1.14

Вопрос	Почти никогда или никогда / чрезвычайно трудно	Редко (реже чем в половине случаев) / очень трудно	Иногда (примерно в половине случаев) / трудно	Часто (более чем в половине случаев) / не очень трудно	Почти всегда / не трудно
Как часто у вас возникала эрекция при сексуальной активности в последнее время?	1	2	3	4	5
Как часто за последнее время возникающая у вас эрекция была достаточна для введения полового члена (для начала полового акта)?	1	2	3	4	5

Вопрос	Почти никогда или никогда / чрезвычайно трудно	Редко (реже чем в половине случаев) / очень трудно	Иногда (примерно в половине случаев) / трудно	Часто (более чем в половине случаев) / не очень трудно	Почти всегда / не трудно
При попытке полового акта как часто у вас получалось осуществить введение полового члена (начало полового акта)?	1	2	3	4	5
Как часто за последнее время вам удавалось сохранить эрекцию после начала полового акта?	1	2	3	4	5
Насколько трудным было сохранить эрекцию в течение и до конца полового акта?	1	2	3	4	5

Интерпретация

По сумме баллов оценивают степень эректильной дисфункции:

- 21–25 баллов — эректильная дисфункция отсутствует;
- 16–20 баллов — эректильная дисфункция легкой степени;
- 11–15 баллов — эректильная дисфункция умеренной степени;
- 5–10 баллов — выраженная эректильная дисфункция.

1.14. Опросник DQOL (Diabetes quality of life measure)

Цель — оценка качества жизни у больных сахарным диабетом [12].

Методика проведения

Пациента просят ответить на вопросы, представленные в табл. 1.15. Каждому ответу присваивают определенный балл, затем рассчитывают средний балл по каждому направлению:

- удовлетворенность;
- влияние;
- социальные и профессиональные проблемы;
- проблемы, связанные с сахарным диабетом.

Таблица 1.15

Удовлетворенность	Полностью удовлетворен	Достаточно удовлетворен	Удовлетворен	Немного удовлетворен	Совсем не удовлетворен
Баллы	1	2	3	4	5
1. Удовлетворены ли вы количеством времени, которое у вас занимает контроль сахарного диабета?					
2. Удовлетворены ли вы количеством времени, которое вы проводите в тестировании в общем?					
3. Удовлетворены ли вы количеством времени, которое занимает определение глюкозы в крови?					
4. Удовлетворены ли вы текущим лечением?					
5. Удовлетворены ли вы разнообразием вашей диеты?					
6. Удовлетворены ли вы степенью опасения осложнения вашего диабета у вашей семьи?					

Удовлетворенность	Полностью удовлетворен	Достаточно удовлетворен	Удовлетворен	Немного удовлетворен	Совсем не удовлетворен
Баллы	1	2	3	4	5
7. Удовлетворены ли вы вашими знаниями о сахарном диабете?					
8. Удовлетворены ли вы своим сном?					
9. Удовлетворены ли вы социальной жизнью и дружескими контактами?					
10. Удовлетворены ли вы своей сексуальной жизнью?					
11. Удовлетворены ли вы своей работой, учебой и домашним бытом?					
12. Удовлетворены ли вы своим телом?					
13. Удовлетворены ли вы временем, которое вы тратите на физические упражнения?					

Влияние	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
14. Удовлетворены ли вы своим досугом?					
15. Удовлетворены ли вы жизнью в целом?					
16. Как часто вы чувствуете боль, связанную с лечением сахарного диабета?					
17. Как часто вы испытываете стеснение по поводу того, что вам приходится проводить процедуры, связанные с лечением сахарного диабета, на публике?					
18. Как часто вы чувствуете физическое нездоровье?					
19. Как часто диабет мешает вашей семейной жизни?					
20. Как часто вы плохо спите ночью?					
21. Как часто вы ощущаете, что сахарный диабет ограничивает вашу социальную жизнь и дружеские контакты?					
22. Как часто вы себя чувствуете плохо?					

Влияние	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
23. Как часто вы чувствуете себя ограниченным в диете?					
24. Как часто сахарный диабет мешает вашей сексуальной жизни?					
25. Как часто сахарный диабет мешает вам водить машину или пользоваться устройствами?					
26. Как часто сахарный диабет мешает вашей физической активности?					
27. Как часто вы пропускаете работу/учебу или не можете выполнять работу по дому из-за сахарного диабета?					
28. Как часто вы объясняете себе, что такое диабет?					
29. Как часто вы думаете, что сахарный диабет прерывает ваш досуг?					
30. Как часто вы смущаетесь, говоря другим людям о наличии у вас сахарного диабета?					

Влияние	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
31. Как часто вы чувствуете беспокойство, показывающая наличие у вас сахарного диабета?					
32. Как часто вы чувствуете, что из-за наличия у вас сахарного диабета вы посещаете туалет чаще, чем другие люди?					
33. Как часто вы едите то, что не следует есть при сахарном диабете?					
Социальные и профессиональные проблемы	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
34. Как часто вы беспокоитесь, женитесь ли вы / выйдете ли вы замуж?					
35. Как часто вы беспокоитесь, будут ли у вас дети?					
36. Как часто вы беспокоитесь, будет ли у вас работа, которую вы хотите?					

Социальные и профессиональные проблемы	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
37. Как часто вы беспокоитесь, будет ли вам отказано в страховке?					
38. Как часто вы беспокоитесь, сможете ли вы закончить обучение?					
39. Как часто вы беспокоитесь, потеряете ли вы работу?					
40. Как часто вы беспокоитесь, будете ли вы способны поехать в отпуск или в путешествие?					
Проблемы, связанные с сахарным диабетом	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
41. Как часто вы думаете о смерти?					
42. Как часто вы беспокоитесь о том, что ваше тело выглядит как-то не так из-за сахарного диабета?					

Проблемы, связанные с сахарным диабетом	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Баллы	1	2	3	4	5
43. Как часто вы беспокоитесь о том, что у вас будут трудности, связанные с сахарным диабетом?					
44. Как часто вы беспокоитесь о том, будут ли встречаться с вами люди, потому что у вас сахарный диабет?					

Интерпретация

Чем ближе оценка к 1, тем лучше качество жизни.

1.15. Шкала модифицированного невропатического дисфункционального счета

Цель — оценка разных видов чувствительности для выявления полиневропатии [13].

Методика проведения

Определяют чувствительность каждой ноги согласно табл. 1.16. Каждому признаку соответствует определенное количество баллов. Для каждого вида нарушения чувствительности высчитывают среднее количество баллов по двум ногам: (правая нога + левая нога) / 2.

Сумма средних значений четырех видов чувствительности составляет модифицированную шкалу невропатического дисфункционального счета.

Таблица 1.16

Чувствительность	Результат	Балл	Правая конечность	Левая конечность	Средний балл
Температурная	Ощущает прикосновение	0			
	Не ощущает прикосновение	2			
Болевая	Чувствует боль от укола	0			
	Не чувствует боль от укола	2			
Температурная	Ощущает разницу температур	0			
	Не ощущает разницу температур	2			
Вибрационная	>7 УЕ*	0			
	3–6 УЕ	1			
	<3 УЕ	2			
Сумма баллов					

*УЕ — условные единицы.

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие и степень выраженности полиневропатии:

- 0–1 балл — отсутствие полиневропатии или наличие у пациента начальных признаков полиневропатии;
- 2–4 балла — умеренно выраженная полиневропатия;
- >5 баллов — выраженная полиневропатия.

1.16. Опросник AddiQoL (Addison's disease-specific quality-of-life questionnaire)

Цель — оценка качества жизни больных хронической надпочечниковой недостаточностью (болезнью Аддисона) [14].

Методика проведения

Опросник (табл. 1.17) заполняют до начала лечения и в процессе лечения. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов, далее баллы суммируют.

Таблица 1.17

Вопрос	Иногда	Большинство времени	Согласен	Не согласен
Баллы	1	2	3	4
1. Я чувствую, что здоров(а)				
2. Я могу работать весь день без чувства усталости				
3. Нормальная дневная активность меня очень утомляет				
4. Мне приходится заставлять себя закончить работу				
5. Я заставляю себя делать какие-то дела				
6. Я теряю мысль о том, что хочу сказать				
7. Я хорошо сплю				
8. Я чувствую себя выспавшимся/выспавшейся, когда просыпаюсь утром				
9. Я плохо себя чувствую по утрам				
10. Я расслаблен(а)				
11. Я удовлетворен(а) своей половой жизнью				

Вопрос	Иногда	Большинство времени	Согласен	Не согласен
Баллы	1	2	3	4
12. Я чувствую себя подавленно				
13. Я раздражителен/раздражительна				
14. Мне трудно четко мыслить				
15. Меня беспокоят головокружения				
16. Я беспричинно потею				
17. У меня головная боль				
18. Меня тошнит				
19. Мои суставы и/или мышцы ломит				
20. Меня беспокоит боль в пояснице				
21. Я чувствую слабость в ногах				
22. Я переживаю по поводу своего здоровья				

Вопрос	Иногда	Большинство времени	Согласен	Не согласен
Баллы	1	2	3	4
23. Мои возможности выполнения работы ограничены				
24. У меня нет проблем с концентрацией внимания				
25. Я счастлив(а)				
26. Я полон/полна энергии				
27. Я чувствую себя физически здоровым/здоровой				
28. Я быстро простываю по сравнению с другими				
29. Я долго восстанавливаюсь после перенесенной болезни				
30. Я хорошо справляюсь с различными эмоциональными ситуациями				

Интерпретация

Увеличение количества баллов после начала лечения свидетельствует о наличии положительной динамики и улучшении качества жизни.

1.17. Опросник GO-QOL (Graves' ophthalmopathy quality of life)

Цель — определение качества жизни при офтальмопатии Грейвса до и после лечения [15].

Методика проведения

Опросник состоит из двух шкал (табл. 1.18). Первая предназначена для оценки зрительных функций (8 вопросов относительно степени ограничения зрительных способностей и/или диплопии), а вторая — для оценки внешнего вида (8 вопросов о психологических проблемах, возникающих в связи с изменением внешности).

Таблица 1.18

Оценка зрительных функций			
Вопрос	Да, значительные ограничения	Да, незначительные ограничения	Нет ограничения
Балл	1	2	3
Катание на велосипеде (никогда не умел кататься)			
Вожждение автомобиля (нет водительских прав)			

Оценка зрительных функций			
Вопрос	Да, значительные ограничения	Да, незначительные ограничения	Нет ограничений
Балл	1	2	3
Прогулки вокруг дома			
Прогулки вне дома			
Чтение			
Просмотр телепередач			
Хобби и развлечения			
Были ли у вас какие-либо затруднения, связанные с ЭОП*, на протяжении последней недели?			

Оценка внешнего вида			
Вопрос	Да, в значительной степени	Да, в некоторой степени	Совсем нет
Балл	1	2	3
Ощущаете ли вы, что ваша внешность изменилась вследствие ЭОП?			
Обращают ли на вас внимание на улице в связи с ЭОП?			
Есть ли у вас ощущение, что вы отталкиваете людей в связи с ЭОП?			
Ощущаете ли вы себя социально изолированным в связи с ЭОП?			
Ощущаете ли вы, что ЭОП мешает вам приобретать друзей?			
Ощущаете ли вы, что после начала ЭОП вы реже стали фотографироваться?			
Пытаетесь ли вы скрыть изменения внешности, связанные с ЭОП?			

*ЭОП — эндокринная офтальмопатия.

Интерпретация

Каждой степени ограничений соответствует определенное количество баллов:

- значительным ограничениям — 1 балл;
- незначительным — 2 балла;
- отсутствию ограничений — 3 балла.

Количество баллов, полученное в каждой из двух частей опросника, складывают, получая так называемый промежуточный балл (от 8 до 24) для каждой из частей. Окончательный балл рассчитывают по формуле:

$$(\text{промежуточный балл} - 8) / 16 \times 100.$$

Он может варьировать от 0 до 100; при этом чем он больше, тем лучше состояние пациента.

1.18. Восстановление локуса контроля

Цель — оценка уровня мотивации больного к восстановлению.

Методика проведения

Тест основан на учете мнения пациента относительно его собственной роли в выздоровлении. Больной, прочтя высказывание, должен выразить степень согласия с каждым из представленных в опроснике (табл. 1.19) утверждений.

Ответы на вопросы 1–5 оценивают следующим образом:

- «совершенно согласен» — 4 балла;
- «согласен» — 3 балла;
- «не знаю» — 2 балла;
- «не согласен» — 1 балл;
- «абсолютно не согласен» — 0 баллов.

Ответы на вопросы 6–9 оценивают в зеркальном порядке:

- «совершенно согласен» — 0 баллов;
- «согласен» — 1 балл;
- «не знаю» — 2 балла;
- «не согласен» — 3 балла;
- «абсолютно не согласен» — 4 балла.

Таблица 1.19

Утверждение	Степень согласия с утверждением	
1. То, что со мной будет, зависит от меня самого, а не от того, что для меня сделают другие люди	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	

Утверждение	Степень согласия с утверждением	
2. Реальные изменения зависят от того, что я сам делаю, чтобы помочь себе	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	
3. Я уверен, что, невзирая на обстоятельства, сделаю все возможное для достижения наиболее полного восстановления	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	
4. Достижение улучшения — это теперь вопрос моей собственной решимости, а не чьей-то чужой воли	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	

Утверждение	Степень согласия с утверждением	
5. Неважно, сколько помощи ты получаешь — в конечном счете важны собственные усилия	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	
6. Часто лучше всего подождать и посмотреть, что произойдет	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	
7. Мои собственные усилия не очень важны, в действительности восстановление зависит от окружающих	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	

Утверждение	Степень согласия с утверждением	
8. Мой собственный вклад в мое восстановление не должен быть очень большим	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	
9. Я почти не контролирую или совсем не контролирую процесс улучшения	Совершенно согласен	
	Согласен	
	Не знаю	
	Не согласен	
	Абсолютно не согласен	

Интерпретация

Суммарное количество баллов может варьировать от 0 до 36. Более высокое суммарное количество баллов свидетельствует о более высоком уровне мотивации к достижению улучшения собственного состояния.

1.19. Опросники для выявления нарушений пищевого поведения DEBQ (Dutch eating behaviour questionnaire)

Цель — выявление нарушений пищевого поведения [16].

Методика проведения

Пациент заполняет опросники (табл. 1.20–1.22). Баллы каждого отдельного опросника суммируют и рассчитывают среднее арифметическое результатов каждого из опросников.

Опросник для выявления степени эмоциогенного пищевого поведения

Таблица 1.20

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
1. Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?						
2. Возникает ли у вас желание есть, когда вам нечего делать?						
3. Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены?						

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
4. Возникает ли у вас желание есть, когда вам одиноко?						
5. Возникает ли у вас желание есть, когда вас кто-то подвел?						
6. Возникает ли у вас желание есть, когда вам что-либо препятствует, встает на вашем пути, нарушаются планы?						
7. Возникает ли у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?						
8. Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены?						
9. Возникает ли у вас желание есть, когда «все не так»?						
10. Возникает ли у вас желание есть, когда вы испуганы?						

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
11. Возникает ли у вас желание есть, когда вы разочарованы?						
12. Возникает ли у вас желание есть, когда вы взволнованы?						
13. Возникает ли у вас желание есть, когда вы скучаете, утомлены?						

Опросник для выявления степени экстернального пищевого поведения

Таблица 1.21

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
1. Едите ли вы больше, когда еда вкусная?						
2. Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли вы больше обычного?						

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
3. Если вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у вас желание есть?						
4. Если у вас есть что-то вкусное, съедите ли вы это немедленно?						
5. Если вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли вам купить что-нибудь вкусное?						
6. Когда вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?						
7. Можете ли вы остановиться, если едите что-то вкусное?						
8. Едите ли вы больше, чем обычно в компании (когда едят другие)?						
9. Когда вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?						

Опросник для выявления степени ограничительного пищевого поведения

Таблица 1.22

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
1. Если масса тела начинает нарастать, едите ли вы меньше обычного?						
2. Стараетесь ли вы есть меньше, чем хотелось бы, во время обычного приема пищи?						
3. Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о вашей массе тела?						
4. Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?						
5. Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?						
6. Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?						
7. Сознательно ли вы едите меньше, чтобы не поправиться?						

Окончание табл. 1.22

Вопросы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда
Балл	0	1	2	3	4	5
8. Часто ли вы стараетесь не есть между обычными приемами пищи из-за того, что следите за массой тела?						
9. Часто ли вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за массой тела?						
10. Имеет ли значение ваша масса тела, когда вы что-либо едите?						

Интерпретация

Результаты интерпретируют согласно табл. 1.23.

Таблица 1.23

Тип пищевого поведения	Норма	Нарушение пищевого поведения
Эмоциогенный	$<2,03$	$\geq 2,03$
Экстернальный	$<2,86$	$\geq 2,86$
Ограничительный	$<2,43$	$\geq 2,43$

Глава 2

Кардиология

2.1. Шкала SCORE (Systematic coronary risk evaluation)

Цель — оценка суммарного риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет [17].

Методика проведения

Согласно таблице на рис. 2.1 сопоставляют ряд показателей пациента (пол, возраст, курение, уровень общего холестерина, уровень АД) и определяют риск смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет в процентах.

Интерпретация

Уровень риска считают:

- низким — при значении $<1\%$;
- умеренным — при значении $\geq 1\%$ и $<5\%$;
- высоким — при значении $\geq 5\%$ и $<10\%$;
- очень высоким — при значении $\geq 10\%$.

2.2. Индекс Кетле и риск сердечно-сосудистых заболеваний

Цель — оценка риска ССЗ, исходя из ИМТ [18].

Методика проведения и интерпретация

Рассчитывают ИМТ (индекс Кетле), полученный индекс сопоставляют с уровнем риска ССЗ согласно табл. 2.1.

Внимание! ИМТ не рассчитывают у беременных и у людей с развитой мышечной массой.

Таблица 2.1

Масса тела	ИМТ, кг/м ²	Риск ССЗ
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий риск
Нормальная масса тела	18,5–24,9	Среднепопуляционный
Избыточная масса тела	25,0–29,9	Повышенный
Ожирение I стадии	30,0–34,9	Высокий
Ожирение II стадии	35,0–39,9	Очень высокий
Ожирение III стадии	≥40	Чрезвычайно высокий

2.3. Оценка общего сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией

Цель — оценка общего сердечно-сосудистого риска [19].

Методика проведения и интерпретация

Определяют факторы риска ССЗ, наличие пораженных органов-мишеней, стадии хронической болезни почек (ХБП), наличие сахарного диабета и манифестных ССЗ, измеряют АД. Полученные данные сопоставляют с уровнем риска ССЗ согласно табл. 2.2.

Таблица 2.2

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	АД, мм рт.ст.			
	Высокое нормальное (САД* — 130–139; ДАД** — 85–89)	АГ I степени (САД — 140–159; ДАД — 90–99)	АГ II степени (САД — 160–179; ДАД — 100–109)	АГ III степени (САД ≥180; ДАД ≥110)
Других факторов риска нет	—	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1–2 фактора риска	Низкий риск	Средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск

Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания	АД, мм рт.ст.			
	Высокое нормальное (САД* — 130–139; ДАД** — 85–89)	АГ I степени (САД — 140–159; ДАД — 90–99)	АГ II степени (САД — 160–179; ДАД — 100–109)	АГ III степени (САД \geq 180; ДАД \geq 110)
3 и более фактора риска	Низкий и средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Поражение органов-мишеней, ХБП III стадии или сахарный диабет	Средний и высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск и очень высокий риск
Явные ССЗ, ХБП IV стадии или выше или сахарный диабет с поражениями органов-мишеней или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

* САД — систолическое артериальное давление.

** ДАД — диастолическое артериальное давление.

Факторы риска подразделяют на модифицируемые и немодифицируемые.

- Немодифицируемые факторы риска
 - Возраст:
 - ✧ мужчины после 45 лет;
 - ✧ женщины после 55 лет;
 - ✧ женщины после 50 лет, если была ранняя менопауза.
 - Мужской пол.
 - Семейный анамнез ранних ССЗ (мужчины <55 лет; женщины <65 лет).
 - Ранний дебют АГ у родителей или у других родственников.
 - Генетическая предрасположенность.
- Модифицируемые факторы риска
 - Курение (в настоящее время или в прошлом).
 - Низкая физическая активность.
 - Избыточное потребление алкоголя.
 - Психосоциальные и социально-экономические факторы.
 - Диетические факторы.
 - Общий холестерин и холестерин липопротеинов высокой плотности.
 - Мочевая кислота.
 - Сахарный диабет.
 - Избыточная масса тела.
 - Ожирение.
 - ЧСС в покое >80 в минуту.

2.4. Шкала различных стратегий вмешательства в зависимости от общего риска развития сердечно-сосудистой патологии

Цель — выбор стратегии вмешательства в липидный обмен у пациентов с разным риском ССЗ [20].

Методика проведения и интерпретация

Определяют исходный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) пациента, определяют риск развития ССЗ по шкале SCORE. Сопоставляют данные с рекомендациями согласно табл. 2.3.

Таблица 2.3

Общий риск развития ССЗ (SCORE)	Уровень холестерина ЛПНП				
	<1,8 ммоль/л (<70 мг/дл)	1,8–2,5 ммоль/л (70–100 мг/дл)	2,5–4,0 ммоль/л (100–155 мг/дл)	4,0–4,9 ммоль/л (155–190 мг/дл)	>4,9 ммоль/л (>190 мг/дл)
<1%	Вмешательство в липидный обмен не требуется	Вмешательство в липидный обмен не требуется	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости

Общий риск развития ССЗ (SCORE)	Уровень холестерина ЛПНП				
	<1,8 ммоль/л (<70 мг/дл)	1,8–2,5 ммоль/л (70–100 мг/дл)	2,5–4,0 ммоль/л (100–155 мг/дл)	4,0–4,9 ммоль/л (155–190 мг/дл)	>4,9 ммоль/л (>190 мг/дл)
1–4%	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости
5–9%, высокий риск	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни, и немедленное начало лекарственной терапии
≥10%, очень высокий риск	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии

* Пациентам с инфарктом миокарда статины необходимо назначать независимо от уровня холестерина ЛПНП.

2.5. Целевые значения холестерина липопротеинов низкой плотности по категориям риска (рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза 2019 года)

Цель — определение целевых значений холестерина ЛПНП у пациентов с разными категориями риска ССЗ [20].

Методика проведения и интерпретация

Определяют риск развития ССЗ по шкале SCORE и соответствующую категорию риска. По табл. 2.4 определяют целевое значение холестерина ЛПНП, соответствующее этой категории.

Таблица 2.4

Категория риска	10-летний риск смерти от ССЗ, %	Снижение холестерина ЛПНП	Целевое значение холестерина ЛПНП
Очень высокий риск	>10	Не менее чем на 50% исходного уровня	<1,4 ммоль/л (<55 мг/дл). У пациентов с ССЗ со вторым сосудистым нарушением в течение 2 лет: <1,0 ммоль/л (<40 мг/дл)

Категория риска	10-летний риск смерти от ССЗ, %	Снижение холестерина ЛПНП	Целевое значение холестерина ЛПНП
Высокий риск	5–10	Не менее чем на 50% исходного уровня	<1,8 ммоль/л (<70 мг/дл)
Умеренный риск	1–5	—	<2,6 ммоль/л (<100 мг/дл)
Низкий риск	<1	—	<3 ммоль/л (<116 мг/дл)

2.6. Шкала оценки клинического состояния при хронической сердечной недостаточности

Цель — оценка эффективности проводимого лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) в динамике [21].

Методика проведения

Проводят опрос, осмотр и физикальное обследование пациента по критериям, указанным в табл. 2.5. Каждому пункту соответствует определенное количество баллов — от 0 до 3. Баллы суммируют.

Таблица 2.5

Клинические признаки		Баллы
1. Одышка	Нет	0
	При нагрузке	1
	В покое	2
2. Изменилась ли за последнюю неделю масса тела	Нет	0
	Увеличилась	1
3. Жалобы на перебои в работе сердца	Нет	0
	Есть	1
4. В каком положении находится в постели	Горизонтально	0
	Приподнятым головным концом (2+ подушки)	1
	Плюс просыпается от удушья	2
	Сидя	3

Клинические признаки		Баллы
5. Набухшие шейные вены	Нет	0
	Лежа	1
	Стоя	2
6. Хрипы в легких	Нет	0
	Нижние отделы (до 1/3)	1
	До лопаток (до 2/3)	2
	Над всей поверхностью легких	3
7. Наличие ритма галопа	Нет	0
	Есть	1
8. Печень	Не увеличена	0
	До 5 см	1
	>5 см	2

Клинические признаки		Баллы
9. Отеки	Нет	0
	Пастозность	1
	Отеки	2
	Анасарка	3
10. Уровень САД	>120 мм рт.ст.	0
	100–120 мм рт.ст.	1
	<100 мм рт.ст.	2

Интерпретация

По сумме баллов определяют функциональный класс (ФК) ХСН:

- 0 баллов — отсутствие ХСН;
- <4 баллов — ФК I;
- 4–6 баллов — ФК II;
- 7–9 баллов — ФК III;
- 9 баллов — ФК IV;
- 20 баллов — терминальная ХСН.

2.7. Опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью Миннесоты MLHFQ (Minnesota living with heart failure questionnaire)

Цель — оценить качество жизни у больных ХСН [22].

Методика проведения

Пациенту предлагают опросник (табл. 2.6) и просят отметить наиболее подходящие варианты ответа. Каждому из полученных ответов соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.6

Мешала ли вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за:	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
	нет	очень мало	мало	средне	много	очень много
отеков голеней, стоп						
необходимости отдыхать днем						
трудности подъема по лестнице						

Мешала ли вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за:	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
	нет	очень мало	мало	средне	много	очень много
трудности работать по дому						
трудности с поездками вне дома						
нарушений ночного сна						
трудности общения с друзьями						
снижения заработка						
невозможности заниматься спортом, хобби						
сексуальных нарушений						
ограничений в диете						
чувства нехватки воздуха						
необходимости лежать в больнице						
чувства слабости, вялости						

Мешала ли вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за:	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
	нет	очень мало	мало	средне	много	очень много
необходимости платить						
побочного действия лекарств						
чувства обузы для родных						
чувства потери контроля						
чувства беспокойства						
ухудшения внимания, памяти						
чувства депрессии						
ИТОГО:						

Интерпретация

По сумме баллов определяют качество жизни больных ХСН:

- наивысшее качество жизни — 0 баллов;
- наиболее низкое — 105 баллов.

2.8. Тест с 6-минутной ходьбой

Цель — оценка уровня повседневной активности больных ХСН, эффективности лечения и реабилитации [23].

Методика проведения

Необходимое оборудование: часы с секундной стрелкой, сантиметр/рулетка, сфигмоманометр, пульсоксиметр (при возможности).

При проведении 6-минутной шаговой пробы больному ставят задачу пройти как можно большую дистанцию за 6 мин (по измеренному 30-метровому коридору, размеченному через 1 м, в своем темпе). Регистрируют пройденное расстояние. Пациентам разрешено останавливаться и отдыхать во время теста; они должны возобновлять ходьбу, когда сочтут это возможным. Перед началом и в конце теста оценивают одышку, пульс и, при возможности (при наличии пульсоксиметра), насыщение крови кислородом. *В целях безопасности рядом с местом проведения теста должен находиться источник кислорода.*

Критерии немедленного прекращения пробы:

- боль в грудной клетке;
- невыносимая одышка;
- судороги в ногах;
- нарушение устойчивости;
- головокружение;

- резкая бледность;
- снижение насыщения крови кислородом до 86%.

Интерпретация

По пройденному пациентом расстоянию определяют ФК ХСН:

- >550 м — 0 ФК;
- 550–426 м — I ФК;
- 425–301 м — II ФК;
- 300–151 м — III ФК;
- ≤150 — IV ФК.

2.9. Индекс риска GRACE (Global registry of acute coronary events)

Цель — оценка риска смерти при остром коронарном синдроме по данным, полученным при поступлении в стационар [24].

Методика проведения

Каждому клиническому признаку, из представленных в табл. 2.7 ниже, присваивают определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.7

Клинические признаки		Баллы
Возраст, лет	≤30	0
	30–39	8
	40–49	25
	50–59	41
	60–69	58
	70–79	75
	80–89	91
	≥90	100
ЧСС, в минуту	≤50	0
	50–69	3
	70–89	9
	90–109	15
	110–149	24
	150–199	38
	≥200	46

Клинические признаки		Баллы
САД, мм рт.ст.	≤80	58
	80–99	53
	100–119	43
	120–139	34
	140–159	24
	160–199	10
	≥200	0
Уровень креатинина сыворотки, ммоль/л*	0–35	1
	35–70	4
	71–105	7
	106–140	10
	141–176	13
	177–353	21
	≥354	28

Клинические признаки		Баллы
Класс сердечной недостаточности по классификации Киллипа**	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Остановка сердца на момент поступления	Да	39
Девиация сегмента ST	Да	28
Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов	Да	14

* Для перевода значения в микромолях на литр в миллиграммы на децилитры необходимо умножить это значение на 0,0113.

** Тяжесть сердечной недостаточности по классификации Киллипа оценивают следующим образом:

- класс I — отсутствие признаков застойной сердечной недостаточности;
- класс II — наличие хрипов в легких и/или повышенного давления в яремных венах;
- класс III — наличие отека легких;
- класс IV — наличие кардиогенного шока.

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень риска согласно табл. 2.8 и 2.9.

Риск смерти в стационаре

Таблица 2.8

Уровень риска	Общее количество баллов
Низкий риск (<1%)	≤108
Умеренный риск (1–3%)	109–140
Высокий риск (>3%)	>140

Риск смерти в ближайшие 6 мес

Таблица 2.9

Уровень риска	Общее количество баллов
Низкий риск (<3%)	1–88
Умеренный риск (3–8%)	89–118
Высокий риск (>8%)	119–263

2.10. Индекс риска CRUSADE (CRUSADE score)

Цель — оценка риска крупного кровотечения в стационаре при остром коронарном синдроме без стойких подъемов сегмента *ST* на электрокардиограмме [25].

Методика проведения

Каждому параметру присваивают определенное количество баллов согласно табл. 2.10. Баллы суммируют.

Таблица 2.10

Клинические признаки		Баллы
Исходный гематокрит, %	<31	9
	31–33,9	7
	34–36,9	3
	37–39,9	2
	>39,9	0

Клинические признаки		Баллы
Клиренс креатинина, мл/мин	<15,1	39
	>15–30	35
	>30–60	28
	>60–90	17
	>90–120	7
	>120	0
ЧСС, в минуту	<71	0
	71–80	1
	81–90	3
	91–100	6
	101–110	8
	111–120	10
	>120	11

Клинические признаки		Баллы
Пол	Мужской	0
	Женский	8
Признаки сердечной недостаточности при госпитализации	Нет	0
	Есть	7
Сосудистые заболевания в анамнезе (периферический атеросклероз или инсульт)	Нет	0
	Есть	6
Сахарный диабет	Есть	0
	Нет	6
САД, мм рт.ст.	<91	10
	91–100	8
	101–120	5
	121–180	1
	181–200	3
	>201	5

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень риска согласно табл. 2.11.

Таблица 2.11

Риск крупного кровотечения в стационаре	Сумма баллов
Очень низкий (3,1%)	≤20
Низкий (5,5%)	21–30
Умеренный (8,6%)	31–40
Высокий (11,9%)	41–50
Очень высокий (19,5%)	>50

2.11. Шкала риска TIMI (Thrombolysis in myocardial infarction risk score)

Цель — оценка риска смерти или инфаркта миокарда (ИМ) в ближайшие 2 нед [26].

Методика проведения

Проверяют наличие следующих факторов риска:

- возраст >65 лет;
- наличие трех и более факторов риска атеросклероза;

- ранее выявленный стеноз коронарной артерии диаметром >50%;
- подъем или депрессия сегмента *ST* на электрокардиограмме при поступлении;
- два и более приступа стенокардии за последние 24 ч;
- прием аспирина в течение последних 7 сут;
- повышение маркеров некроза миокарда.

Наличие каждого из этих признаков дает 1 балл, далее баллы суммируют.

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень риска согласно табл. 2.12.

Таблица 2.12

Количество баллов	Риск смерти или ИМ в ближайшие 2 нед, %
0–1	4,7
2	8,3
3	13,2
4	19,9
5	26,2
6–7	40,9

2.12. Шкала EHRA (European heart rhythm association)

Цель — оценка тяжести симптомов, связанных с фибрилляцией предсердий [27].

Методика проведения и интерпретация

Оценивают симптомы и повседневную активность пациента. В зависимости от клинических проявлений присваивают класс EHRA согласно табл. 2.13.

Таблица 2.13

Класс EHRA	Проявления
EHRA I	«Симптомов нет»
EHRA II	«Легкие симптомы», нормальная ежедневная активность не страдает
EHRA III	«Тяжелые симптомы», нормальная повседневная активность страдает
EHRA IV	«Симптомы отключения», нормальная повседневная активность прекращается

2.13. Шкала CHA2DS2-VASc (Congestive heart failure, hypertension, age, diabetes mellitus, stroke, vascular disease, age, sex)

Цель — оценка риска инсульта при фибрилляции предсердий и назначение антитромботической, антикоагулянтной терапии [28].

Методика проведения

Каждому фактору риска присваивают определенное количество баллов согласно табл. 2.14. Баллы суммируют.

Таблица 2.14

Фактор риска	Баллы
Инсульт, транзиторная ишемическая атака или артериальная тромбоэмболия в анамнезе	2
Возраст ≥ 75 лет	2
АГ	1
Сахарный диабет	1
Застойная сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка (в частности, фракция выброса $\leq 40\%$)	1

Фактор риска	Баллы
Сосудистое заболевание (ИМ в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротические бляшки в аорте)	1
Возраст 65–74 года	1
Женский пол	1

Интерпретация

По сумме баллов определяют необходимость того или иного вида терапии:

- 0 баллов — антитромботическая терапия не рекомендована;
- 1 балл — предпочтительна антикоагулянтная терапия, но возможна терапия аспирином;
- ≥ 2 баллов — рекомендована антикоагулянтная терапия.

2.14. Шкала HAS-BLED [Hypertension, abnormal renal-liver function, stroke, bleeding history or predisposition, labile international normalized ratio, elderly (65 years), drugs or alcohol concomitantly]

Цель — оценка риска кровотечения [29].

Методика проведения

Проверяют наличие следующих факторов риска:

- АГ (САД >160 мм рт.ст.);
- нарушение функции печени (тяжелое хроническое заболевание или повышение в 2 раза верхней границы нормального уровня билирубина в сочетании с повышением в 3 раза верхних границ активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы);
- нарушение функции почек (гемодиализ, трансплантация или креатинин ≥ 200 мкмоль/л);
- инсульт;
- кровотечение в анамнезе или предрасположенность к кровотечениям (в том числе анемия);
- лабильное международное нормализованное отношение;
- пожилой возраст (>65 лет);
- злоупотребление алкоголем;
- прием лекарств, повышающих риск кровотечения (антиагреганты, нестероидные противовоспалительные средства).

Наличие каждого из этих факторов дает 1 балл, далее баллы суммируют.

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень риска кровотечения: при сумме баллов ≥ 3 риск высокий.

2.15. Шкала Голдмана (Goldman score)

Цель — оценка риска сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных операциях [30].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов риска, перечисленных в табл. 2.15. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют. Максимальная сумма баллов — 53.

Таблица 2.15

Фактор риска	Баллы
Возраст ≥ 70 лет	5
ИМ в предшествующие 6 мес	10
Ритм галопа или расширение яремной вены	11
Выраженный аортальный стеноз	7
Эктопический ритм или предсердные экстрасистолы на электрокардиограмме перед операцией или желудочковые экстрасистолы >5 в минуту, зарегистрированные когда-либо до операции	

Фактор риска	Баллы
<ul style="list-style-type: none"> • $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. или $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. • $[\text{K}^+] < 3,0$ ммоль/л или $[\text{HCO}_3^-] < 20$ мэкв/л. • Концентрация азота мочевины $> 17,8$ ммоль/л (50 мг/дл) или креатинин $> 0,3$ ммоль/л (3 мг/дл). • Ненормальный уровень сывороточной глутаминоксалаттрансаминазы, признаки хронических заболеваний печени или постельный режим в связи с экстракардиальными заболеваниями 	3
Лапаротомия	3
Торакотомия или оперативные вмешательства на аорте	3
Экстренное оперативное вмешательство	4

Интерпретация

По сумме баллов определяют уровень риска сердечно-сосудистых осложнений:

- 0–5 баллов — нет риска сердечно-сосудистых осложнений;
- 6–12 баллов — малый риск сердечно-сосудистых осложнений;
- 13–25 баллов — высокий риск сердечно-сосудистых осложнений;
- ≥ 26 баллов — оперативное вмешательство можно выполнять лишь по жизненным показаниям.

2.16. Шкала DAPT (Dual antiplatelet therapy score)

Цель — принятие решений относительно увеличения длительности двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ) у пациентов, которым проведено коронарное стентирование [31].

Продолжительность стандартной ДАТТ — 12 мес, длительной ДАТТ — 30 мес.

Методика проведения

Проверяют наличие факторов, перечисленных в табл. 2.16. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.16

Фактор	Баллы
Возраст ≥ 75 лет	-2
Возраст 65–75 лет	-1
Возраст < 65 лет	0
Курение	+1
Сахарный диабет	+1
Инфаркт миокарда при поступлении	+1
Перенесенные чрескожное коронарное вмешательство или ИМ в анамнезе	+1

Фактор	Баллы
Стент с лекарственным покрытием паклитакселом	+1
Стент диаметром <3 мм	+1
Наличие сердечно-сосудистой недостаточности или фракция выброса левого желудочка <30%	+2
Стентирование венозных шунтов	+2

Интерпретация

По сумме баллов определяют длительность ДАТТ:

- ≥ 2 баллов — рекомендована длительная ДАТТ;
- < 2 баллов — рекомендована стандартная ДАТТ.

2.17. Шкала CADILLAC (Controlled abciximab and device investigation to lower late angioplasty complications)

Цель — прогнозирование смертельного исхода у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента *ST*, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству [32].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов, перечисленных в табл. 2.17. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.17

Фактор	Баллы
Фракция выброса <40%	4
СКФ* <60 мл/мин	3
Острая сердечная недостаточность II–III класса по классификации Киллипа	3
Послепроцедурный кровоток по TIMI 0–2	2
Возраст старше 65 лет	2
Анемия	2
Трехсосудистое поражение коронарных артерий	2

*СКФ — скорость клубочковой фильтрации.

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень риска смертельного исхода у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента *ST*, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству:

- 0–2 балла — низкий риск;
- 2–5 баллов — промежуточный риск;
- >6 баллов — высокий риск.

2.18. Шкала SAmе-TT2R2 (Sex, age, medical history, treatment, tobacco use, race) для текущего контроля качества терапии антикоагулянтами

Цель — оценка вероятности достижения оптимального антикоагулянтного эффекта терапии антагонистами витамина К у пациентов с впервые установленной фибрилляцией предсердий, ранее не получавших антикоагулянты [33].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов риска, перечисленных в табл. 2.18. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.18

Факторы риска	Баллы
Женский пол	1
Возраст <60 лет	1

Факторы риска	Баллы
Медицинский анамнез (более двух сопутствующих заболеваний: гипертония, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца / ИМ, поражение периферических артерий, инсульт, заболевания легких, печени, почек)	1
Стратегия лечения (контроль ритма)	1
Курение (в пределах 2 лет)	2
Раса (не европеоидная)	2

Интерпретация

По сумме баллов определяют вероятности достижения оптимального антикоагулянтного эффекта терапии антагонистами витамина К:

- 0–1 балл — можно ожидать устойчивости международного нормализованного отношения и хорошего клинического эффекта от приема варфарина;
- >2 баллов — лечение пациента новыми пероральными антикоагулянтами может быть предпочтительнее, так как вероятность адекватной гипокоагуляции антагонистами витамина К низкая.

При этом использование варфарина обязательно у пациентов с протезированными клапанами, при ХБП с СКФ <30 мл/мин.

2.19. Номограмма для оценки риска рецидива тромбоза глубоких вен или тромбоэмболии легочной артерии (Vienna prediction model)

Цель — оценить риск рецидива тромбоза глубоких вен (ТГВ) или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [34].

Методика проведения и интерпретация

Сопоставляют клинические (тип тромбоза, пол) и аналитические данные (уровень D-димера, определяемый после прекращения антикоагулянтной профилактики) по схеме (рис. 2.2). Проводят перпендикулярные линии от каждого из параметров (пол, локализация тромба, уровень D-димера) к верхнему ряду «Баллы». Сумму всех трех параметров откладывают на линии «Всего баллов» и от нее строят перпендикуляр к линии, определяющий кумулятивный риск рецидива тромбоза.

2.20. Шкала Уэллса (Wells score) для оценки риска развития тромбоза глубоких вен

Цель — определение вероятности наличия у пациента ТГВ нижних конечностей по совокупности клинических данных; используют в клинической диагностике [35].

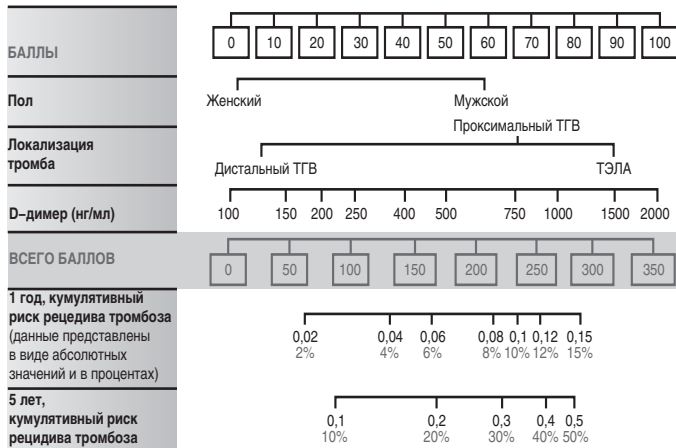


Рис. 2.2. Номограмма Vienna для оценки риска рецидива тромбоза глубоких вен или тромбозэмболии легочной артерии

Методика проведения

Определяют наличие факторов риска, представленных в табл. 2.19. Каждому фактору риска соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.19

Фактор риска	Баллы
Активное злокачественное новообразование (в настоящее время или в предшествующие 6 мес)	1
Паралич или недавняя мобилизация нижней(их) конечности(ей) с помощью гипса	1
Постельный режим 3 сут и более или крупная операция в течение последних 3 мес	1
Болезненность при пальпации по ходу глубоких вен	1
Отек всей ноги	1
Отек голени ≥ 3 см по сравнению с бессимптомной ногой (измеряют на 10 см ниже бугристости большеберцовой кости)	1
Отек с ямкой на больной ноге	1
Расширенные коллатеральные поверхностные вены (без варикоза)	1
Задokumentированный ТГВ в анамнезе	1
Другой диагноз, не менее вероятный, чем ТГВ	-2

Интерпретация

По сумме баллов определяют вероятность наличия ТГВ нижних конечностей:

- 0 баллов — низкая вероятность (~3%);
- 1–2 балла — средняя вероятность (~17%);
- ≥3 баллов — высокая вероятность (~75%).

2.21. Шкала Корана (Khorana score)

Цель — оценка риска развития ТГВ и ТЭЛА у онкологических больных и больных, получающих химиотерапию [36].

Методика проведения

Определяют наличие факторов риска, перечисленных в табл. 2.20. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.20

Фактор риска		Баллы
Локализация опухоли (первичный очаг)	Высокий риск (поджелудочная железа, желудок)	2
	Низкий риск (легкое, лимфа, гинекология, мочевого пузыря, яичко)	1

Фактор риска	Баллы
Количество тромбоцитов до химиотерапии $\geq 350 \times 10^9/\text{л}$	1
Концентрация гемоглобина < 100 г/л или применение эритропоетина	1
Количество лейкоцитов до химиотерапии $> 11 \times 10^9/\text{л}$	1
ИМТ ≥ 35 кг/м ²	1

Интерпретация

По сумме баллов оценивают риск развития ТГВ и ТЭЛА:

- 0 баллов — низкий риск;
- 1–2 балла — умеренный риск;
- ≥ 3 баллов — высокий риск.

2.22. Шкала сонливости Эпворта (Epworth sleepiness scale)

Цель — оценка дневной сонливости. Такая оценка позволяет выявить гиперсомнию при различных заболеваниях, например при синдроме обструктивного апноэ сна, заболеваниях, сопровождающихся первичной недостаточностью систем бодрствования, аффективных нарушениях, приеме некоторых лекарственных средств, а также при различных неврологических заболеваниях [37].

Методика проведения

Пациенту предлагают заполнить анкету (табл. 2.21), где каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 2.21

<i>Насколько вероятно то, что вы можете задремать или уснуть в ситуациях, описанных ниже, по сравнению с ощущением обычной усталости? Речь идет об обычном вашем состоянии в последнее время. Даже если вы не были в подобных ситуациях в последнее время, то постарайтесь представить себе, как бы эти ситуации повлияли на вас. Используйте эту шкалу и выберите наиболее подходящее число для каждой ситуации.</i>	
Ситуация	Баллы
Когда сижу и читаю	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3

Когда смотрю телевизор	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
Когда сижу в общественном месте и не произвожу никаких активных действий (например, в театре, на собрании)	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
Когда еду в машине в качестве пассажира в течение часа без остановки	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1

Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
Когда лежу днем и отдыхаю, если позволяют обстоятельства	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
Когда сижу и с кем-то разговариваю	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
Когда спокойно сижу после обеда (без алкоголя)	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1

Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3
В машине, если на несколько минут остановился	
Никогда бы не заснул / не задремал	0
Очень небольшая вероятность заснуть или задремать	1
Вероятно, засну или задремлю	2
Большая вероятность заснуть или задремать	3

Интерпретация

По сумме баллов определяют уровень сонливости:

- 1–6 баллов — нормальный сон;
- 7–8 баллов — умеренная сонливость;
- 9–24 балла — аномальная (возможно, патологическая) сонливость.

Глава 3

Пульмонология

3.1. Индекс тяжести пневмонии PSI (Pneumonia severity index)

Цель — оценка прогноза и выбор места лечения больных внебольничной пневмонией [38].

Методика проведения и интерпретация

Шаг 1. Проверяют наличие факторов, представленных в табл. 3.1.

Таблица 3.1

На момент осмотра	
Возраст >50 лет	Да/нет
Нарушение сознания	Да/нет

На момент осмотра	
ЧСС ≥ 125 в минуту	Да/нет
Частота дыхания >30 в минуту	Да/нет
САД <90 мм рт.ст.	Да/нет
Температура тела <35 °С или ≥ 40 °С	Да/нет
В анамнезе	
Злокачественное новообразование	Да/нет
Застойная сердечная недостаточность	Да/нет
Цереброваскулярное заболевание	Да/нет
Заболевание почек	Да/нет
Заболевание печени	Да/нет

Если все ответы «Нет», то пациента относят к классу риска I. При наличии хотя бы одного ответа «Да» переходят к шагу 2.

Шаг 2. Проверяют наличие факторов, представленных в табл. 3.2. Количество баллов, соответствующее наличию каждого фактора, суммируют.

Таблица 3.2

Характеристика больного	Оценка в баллах
Демографические факторы	
Возраст, мужчины	Количество баллов соответствует возрасту (лет)
Возраст, женщины	Количество баллов вычисляют по формуле: возраст (лет) – 10
Пребывание в домах престарелых	10
Сопутствующие заболевания	
Злокачественное новообразование	20
Заболевание печени	20
Застойная сердечная недостаточность	10
Цереброваскулярное заболевание	10
Заболевание почек	10
Данные физикального осмотра	
Нарушение сознания	20
ЧСС ≥ 125 в минуту	20

Характеристика больного	Оценка в баллах
Частота дыхания >30 в минуту	20
САД <90 мм рт.ст.	15
Температура тела <35 °С или ≤40 °С	10
Данные лабораторных и инструментальных исследований	
рН артериальной крови <7,35	30
Уровень азота мочевины ≥9 ммоль/л	20
Уровень натрия ≥130 ммоль/л	20
Уровень глюкозы ≥14 ммоль/л	10
Гематокрит <30%	10
РаСО ₂ <60 мм рт.ст.	10
Наличие плеврального выпота	10

По сумме баллов согласно табл. 3.3 определяют степень риска и место лечения пациента.

Таблица 3.3

Сумма баллов	Класс риска	Степень риска	30-дневная летальность, %	Место лечения
<51	I	Низкая	0,1	Амбулаторно
51–70	II	Низкая	0,6	Амбулаторно
71–90	III	Низкая	0,9–2,8	Амбулаторно под тщательным контролем или непродолжительная госпитализация
91–130	IV	Средняя	8,2–9,3	Госпитализация
>130	V	Высокая	27,0–29,2	Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии

3.2. Шкала CURB-65 (Confusion, urea, respiratory rate, blood pressure, 65-age)

Цель — выбор места лечения больных внебольничной пневмонией [39].

Методика проведения

Проверяют наличие следующих факторов:

- нарушение сознания;
- уровень азота мочевины ≥ 7 ммоль/л;
- частота дыхания > 30 в минуту;
- САД < 90 мм рт.ст., ДАД < 60 мм рт.ст.;
- возраст ≥ 65 лет.

Наличие каждого фактора соответствует 1 баллу. Баллы суммируют.

Интерпретация

По сумме баллов согласно табл. 3.4 выбирают место лечения пациента.

Таблица 3.4

Сумма баллов	Группа риска	30-дневная летальность, %	Место лечения
0–1	1	1,5	Преимущественно амбулаторно
2	2	9,2	Амбулаторно под тщательным контролем или непродолжительная госпитализация
≥ 3	3	22	Неотложная госпитализация (при 4–5 баллах — в отделение реанимации и интенсивной терапии)

3.3. Шкала SMART COP (Systolic blood pressure, multilobar infiltration, albumin, respiratory rate, tachycardia, confusion, oxygenation, pH)

Цель — выделение групп пациентов с высоким риском возникновения необходимости интенсивной терапии [40].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов, представленных в табл. 3.5. Каждому фактору соответствует определенное количество баллов, баллы суммируют.

Таблица 3.5

Фактор	Баллы
САД <90 мм рт.ст.	2
Мультилобарная инфильтрация на рентгенограмме легких	1
Уровень альбумина в плазме крови <3,5 г/дл	1
Частота дыхания: • <50 лет — ≥ 25 в минуту; • >50 лет — ≥ 30 в минуту	1
ЧСС ≥ 125 в минуту	1

Фактор	Баллы
Нарушение сознания	1
Оксигенация: PaCO ₂ <70 мм рт.ст. при возрасте ≤50 лет; PaCO ₂ <60 мм рт.ст. при возрасте >50 лет; SpO ₂ <94% при возрасте ≤50 лет; SpO ₂ <90% при возрасте >50 лет	2
pH артериальной крови <7,35	2

Интерпретация

По сумме баллов выбирают место лечения:

- 1–2 балла — лечение в терапевтическом стационаре;
- ≥3 баллов — неотложная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

3.4. Шкала CPIS (Clinical pulmonary infection score)

Цель — оценка наличия нозокомиальной пневмонии [41].

Методика проведения

Проверяют наличие ряда показателей согласно табл. 3.6. Каждому показателю соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 3.6

Показатель	Баллы
Температура тела, °C	
≥36,5, но <38,4	0
≥38,5, но <38,9	1
≥39,0 или <36,0	2
Число лейкоцитов крови, мм³	
≥4000 или ≤11 000	0
<4000 или >11 000	1+1 (при наличии юных форм ≥50%)
Трахеальный секрет	
Отсутствие трахеального секрета	0
Наличие негнойного трахеального секрета	1

Показатель	Баллы
Наличие гнойного трахеального секрета	2
Оксигенация (PaO_2/FiO_2, мм рт.ст.)	
>240 или наличие ОРДС* (диагноз ОРДС ставят при соотношении $PaO_2/FiO_2 < 200$ или при давлении заклинивания в легочной артерии <18 мм рт.ст. и наличии двусторонних очагов инфильтрации)	0
≤240 и отсутствие ОРДС	2
Рентгенография грудной клетки	
Отсутствие инфильтратов	0
Диффузный инфильтрат	1
Очаговый инфильтрат	2
Прогрессирование процесса в легких	
Отсутствие рентгенологического прогрессирования	0
Рентгенологическое прогрессирование (после исключения ОРДС и застойной сердечной недостаточности)	2

Показатель	Баллы
Бактериологическое исследование трахеального аспирата	
Малое количество патогенных бактерий или отсутствие роста	0
Умеренное или значительное количество патогенных бактерий	1+1 (при наличии аналогичных бактерий при окраске по Граму)

*ОРДС — острый респираторный дистресс-синдром.

Интерпретация

По сумме баллов оценивают наличие заболевания: ≥ 7 баллов — подтверждение диагноза «пневмония».

3.5. Шкала MASCC (Multinational association of supportive care in cancer)

Цель — принятие решения о госпитализации при лихорадке у больных нейтропенией [42].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов, представленных в табл. 3.7. Наличие каждого фактора соответствует определенному количеству баллов. Баллы суммируют. Максимальная сумма баллов — 26.

Таблица 3.7

Фактор	Баллы
Отсутствие симптомов	5
Слабо выраженные симптомы	5
Умеренно выраженные симптомы	3
Отсутствие гипотензии	5
Отсутствие хронической обструктивной болезни легких	4
Солидная опухоль или отсутствие грибковой инфекции	4
Отсутствие дегидратации	3
Пребывание вне стационара в момент начала лихорадки	3
Возраст <60 лет	2

Интерпретация

По сумме баллов оценивают риск развития инфекционных осложнений: ≥ 21 балла — низкий риск развития инфекционных осложнений, госпитализация не требуется.

3.6. Индекс PESI (Pulmonary embolism severity index)

Цель — 30-дневный прогноз летального исхода у больных ТЭЛА [43].

Методика проведения

Проверяют наличие факторов, перечисленных в табл. 3.8; каждому фактору соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

При наличии шока и гипотонии для определения высокого риска смерти использовать шкалу PESI не обязательно.

Таблица 3.8

Фактор	Основная шкала PESI, баллы	Упрощенная шкала sPESI, баллы
Возраст	Количество баллов равно количеству лет	1, если возраст >80 лет
Мужской пол	10	—

Фактор	Основная шкала PESI, баллы	Упрощенная шкала sPESI, баллы
Рак	30	1
ХСН	10	1
Хроническое заболевание легких	10	1
Частота пульса >110 в минуту	20	1
САД <100 мм рт.ст.	30	1
Частота дыхания ≥ 30 в минуту	20	—
Дезориентация, летаргия, ступор, кома	20	—
Температура тела <36 °С	60	—
SaO ₂ <90%	20	1

Интерпретация

По сумме баллов оценивают вероятность смерти от любых причин в течение 30 дней и, для основной шкалы PESI, соответствующий класс риска.

- Основная шкала PESI:
 - <65 баллов — очень низкий риск (0–1,6%), класс I;
 - 66–85 баллов — низкий риск (1,7–3,5%), класс II;
 - 86–105 баллов — умеренный риск (3,2–7,1%), класс III;
 - 106–125 баллов — высокий риск (4–11,4%), класс IV;
 - >125 баллов — очень высокий риск (10–24,4%), класс V.
- Упрощенная шкала sPESI:
 - 0 баллов — риск смертельного исхода в течение 30 сут составляет 1%;
 - 1 балл — риск смертельного исхода в течение 30 сут составляет 10,9%.

3.7. Модифицированный женеvский индекс (Revised Geneva score)

Цель — оценка риска появления ТЭЛА по клиническим признакам [44].

Методика проведения

Проверяют наличие клинических признаков, перечисленных в табл. 3.9; каждому признаку соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 3.9

Признак	Баллы
Возраст ≥ 65 лет	1
ТГВ и ТЭЛА в анамнезе	3
Кровохарканье	2
Онкологическое заболевание (в настоящее время или излеченное в предшествующий год)	2
Операция или перелом нижней конечности в предшествующий месяц	2
Боль в ноге с одной стороны	3
Болезненная пальпация по ходу глубоких вен в сочетании с односторонним отеком	4
ЧСС 75–94 в минуту	3
ЧСС ≥ 95 в минуту	5

Интерпретация

По сумме баллов определяют риск появления ТЭЛА:

- 0–5 баллов — ТЭЛА маловероятна;
- ≥ 6 баллов — ТЭЛА вероятна.

3.8. Шкала Уэллса (Wells score) для оценки риска тромбоэмболии легочной артерии

Цель — оценка риска появления ТЭЛА по клиническим признакам [45].

Методика проведения

Проверяют наличие клинических признаков, перечисленных в табл. 3.10; каждому признаку соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 3.10

Клинический признак	Оригинальная версия, баллы	Упрощенная версия, баллы
Предрасполагающие факторы		
Предшествующие ТГВ или ТЭЛА	1,5	1
Недавняя хирургическая операция или иммобилизация в течение последних 4 нед	1,5	1
Злокачественное новообразование в активной стадии	1	1
Субъективные симптомы		
Кровохарканье	1	1

Клинический признак	Оригинальная версия, баллы	Упрощенная версия, баллы
Объективные симптомы		
ЧСС ≥ 100 в минуту	1,5	1
Симптомы ТГВ	3	1
Клиническая оценка		
Другой диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	3	1

Интерпретация

По сумме баллов с помощью табл. 3.11 оценивают клиническую вероятность появления ТЭЛА.

Таблица 3.11

Количество баллов	Клиническая вероятность
Трехуровневая оригинальная версия шкалы	
0–1	Низкая
2–6	Умеренная

Количество баллов	Клиническая вероятность
≥7	Высокая
Двухуровневая оригинальная версия шкалы	
0–4	ТЭЛА маловероятна
>4	ТЭЛА вероятна
Двухуровневая упрощенная версия	
0–1	ТЭЛА маловероятна
>2	ТЭЛА вероятна

3.9. Шкала Падуа (Padua score)

Цель — оценка риска венозной тромбоземболии у госпитализированных пациентов [46].

Методика проведения

Проверяют наличие клинических признаков, перечисленных в табл. 3.12; каждому признаку соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 3.12

Признак	Баллы
Активное онкологическое заболевание (пациенты с метастазами в региональные лимфатические узлы или с отдаленными метастазами, которые получали химиотерапию или лучевую терапию в течение последних 6 мес)	3
Венозная тромбоэмболия в анамнезе (кроме тромбоза поверхностных вен)	3
Иммобилизация (планируется постельный режим с возможностью пользоваться ванной/туалетом в связи со сниженной двигательной мобильностью больного или рекомендациями врача длительностью ≥ 3 сут)	3
Диагностированная тромбофилия (дефицит антитромбина, протеина С или S, фактора V Лейдена, мутация G20210A гена протромбина или антифосфолипидный синдром)	3
Недавняя (≤ 1 мес) травма или хирургическое вмешательство	2
Возраст ≥ 70 лет	1
Сердечная или дыхательная недостаточность	1
Острый ИМ или ишемический инсульт	1
Острая инфекция или ревматологическое заболевание	1
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	1
Лечение гормональными препаратами	1

Интерпретация

По сумме баллов оценивают риск возникновения венозной тромбоэмболии: ≥ 4 баллов — высокий риск.

3.10. Опросник ACQ-5 (Asthma control questionnaire)

Цель — оценка контроля над бронхиальной астмой [47].

Методика проведения

Пациенту предлагают заполнить опросник (табл. 3.13), выбрав наиболее подходящий вариант ответа. Каждому ответу соответствует определенное значение по 7-балльной шкале (0 — хороший контроль; 6 — плохой контроль). Баллы суммируют. Сумму баллов делят на количество вопросов; полученное значение (от 0 до 6) — так называемый общий индекс — используют для оценки контроля бронхиальной астмы.

Таблица 3.13

Вопросы	Баллы						
	0	1	2	3	4	5	6
1. В среднем за последнюю неделю как часто вы просыпаетесь ночью из-за приступа бронхиальной астмы?	Никогда	Почти никогда	Очень редко	Несколько раз	Много раз	Очень много раз	Не могу спать из-за бронхиальной астмы

Вопросы	Баллы						
	0	1	2	3	4	5	6
2. В среднем за последнюю неделю насколько выраженными были симптомы бронхиальной астмы при пробуждении утром?	Нет симптомов	Очень легкие симптомы	Легкие симптомы	Умеренные симптомы	Достаточно тяжелые симптомы	Тяжелые симптомы	Очень тяжелые симптомы
3. В общем за последнюю неделю насколько была ограничена ваша повседневная деятельность из-за бронхиальной астмы?	Совсем не ограничена	Ограничена совсем незначительно	Слегка ограничена	Ограничена умеренно	Очень ограничена	Чрезвычайно ограничена	Полностью ограничена
4. В общем за последнюю неделю опишите степень одышки, связанной с бронхиальной астмой	Нет	Очень небольшая	Небольшая	Умеренная	Достаточно выраженная	Значительная	Очень выраженная
5. В общем за последнюю неделю сколько времени вы испытывали затруднение дыхания?	Нисколько	Практически не испытывал	Небольшой период времени	Умеренное количество времени	Большое количество времени	Большую часть времени	Все время

Интерпретация

По общему индексу оценивают степень контроля бронхиальной астмы:

- <0,75 — контролируемая астма;
- 0,75–1,5 — частично контролируемая астма;
- >1,5 — неконтролируемая астма.

3.11. Опросник АСТ (Asthma control test)

Цель — оценка контроля бронхиальной астмы [48].

Методика проведения

Пациенту предлагают ответить на вопросы, представленные в табл. 3.14. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 3.14

Вопросы	Баллы				
	1	2	3	4	5
1. Как часто за последние 4 нед астма мешала вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?	Все время	Очень часто	Иногда	Редко	Никогда

Вопросы	Баллы				
	1	2	3	4	5
2. Как часто за последние 4 нед вы отмечали у себя затрудненное дыхание?	Чаще чем 1 раз в день	1 раз в день	3–6 раз в неделю	1 или 2 раза в неделю	Ни разу
3. Как часто за последние 4 нед вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, чувства стеснения или боли в груди)?	4 ночи в неделю или чаще	2–3 ночи в неделю	1 раз в неделю	1 или 2 раза	Ни разу
4. Как часто за последние 4 нед вы использовали быстродействующий ингалятор, например сальбутамол (Вентолин [®]), фенотерол (Беротек [®]), ипратропия бромид + фенотерол (Беродуал [®]), ипратропия бромид (Атровент [®]), сальбутамол (Саламол Стери-Неб [®] , Сальбен [®]), орципреналин (Астмопент [®]), или небулайзер (аэрозольный аппарат) с такими лекарственными средствами, как фенотерол (Беротек [®]), ипратропия бромид + фенотерол (Беродуал [®]), сальбутамол (Вентолин небулы [®])?	3 раза в день или чаще	1 или 2 раза в день	2 или 3 раза в неделю	1 раз в неделю или реже	Ни разу

Вопросы	Баллы				
	1	2	3	4	5
5. Как бы вы оценили, насколько вам удавалось контролировать астму за последние 4 нед?	Совсем не удавалось контролировать	Плохо удавалось контролировать	В некоторой степени удавалось контролировать	Хорошо удавалось контролировать	Полностью удавалось контролировать

Интерпретация

По сумме баллов оценивают степень контроля бронхиальной астмы:

- 25 баллов — полный контроль;
- 20–24 балла — частичный контроль;
- <20 баллов — отсутствие контроля.

Глава 4

Нефрология

4.1. Оценка прогноза хронической болезни почек, острого почечного повреждения, сердечно-сосудистых заболеваний KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), 2012 г.

Цель — оценка риска прогрессирования ХБП, острого почечного повреждения, ССЗ [49].

Методика проведения и интерпретация

Рассчитывают СКФ по формуле СКD-EPI, определяют наличие альбуминурии. На основе полученных данных согласно табл. 4.1–4.3 оценивают риск прогрессирования ХБП.

Таблица 4.1

Стадия	Персистирующая альбуминурия <30 мг/сут	Персистирующая альбуминурия 30–300 мг/сут	Персистирующая альбуминурия >300 мг/сут
	Риск прогрессирования ХБП		
C1	Низкий	Умеренный	Высокий
C2	Низкий	Умеренный	Высокий
C3A	Умеренный	Высокий	Очень высокий
C3B	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
C4	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
C5	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Таблица 4.2

Классификация ХБП (1)		
Стадия	Уровень СКФ, мл/мин на 1,73 м ²	Описание
C1	>90	Высокая или оптимальная
C2	60–89	Незначительно сниженная
C3A	45–59	Умеренно сниженная

Классификация ХБП (1)		
Стадия	Уровень СКФ, мл/мин на 1,73 м ²	Описание
С3В	30–44	Существенно сниженная
С4	15–29	Резко сниженная
С5	<15	Терминальная почечная недостаточность

Таблица 4.3

Классификация ХБП (2)			
Стадия	Описание	Уровень СКФ, мл/мин на 1,73 м ²	Дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений
1	Признаки повреждения почек с нормальной или повышенной СКФ	≥90	Небольшой
2	Повреждение почек с начальным снижением СКФ	60–89	Умеренный
3	Умеренное снижение СКФ	30–59	—
3А	—	45–59	Высокий

Классификация ХБП (2)			
Стадия	Описание	Уровень СКФ, мл/мин на 1,73 м ²	Дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений
3B	—	30–44	Очень высокий
C4	Выраженное снижение СКФ	15–29	Очень высокий
C5	Терминальная почечная недостаточность	<15 или начало заместительной почечной терапии	Очень высокий

4.2. Классификация хронической болезни почек по уровню альбуминурии

Цель — определение степени поражения почек [50].

Методика проведения и интерпретация

С помощью методов лабораторного анализа определяют скорость экскреции альбумина и уровни альбумина и креатинина. Сопоставляют данные в табл. 4.4.

Таблица 4.4

Категория	Отношение уровней альбумина/креатинина		Скорость экскреции альбумина (мг/24 ч)	Описание
	мг/ммоль	мг/г		
A1	<3	<30	<30	Норма или незначительно повышена
A2	3–30	30–300	30–300	Умеренно повышена
A3	>30	>300	>300	Значительно повышена

* Включая нефротический синдром, когда экскреция альбумина >2200 мг за 24 ч, отношение уровней альбумина/креатинина >220 мг/ммоль (>2200 мг/г).

4.3. Стратификация риска прогрессирования мембранозной нефропатии

Цель — оценка риска прогрессирования ХБП у больных мембранозной нефропатией [51].

Методика проведения и интерпретация

Определяют наличие протеинурии, рассчитывают СКФ для оценки функции почек. На основе полученных данных по табл. 4.5 определяют риск прогрессирования ХБП.

Таблица 4.5

Категория больных	Риск прогрессирования
<p>Больные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с мембранозной нефропатией; • протеинурией <4 г/сут; • нормальной функцией почек на момент диагноза и сохраняющие ее в течение 6 мес наблюдения (с вероятностью 85–90% протеинурия не разовьется в ближайшие 10 лет) 	<p>Низкий риск прогрессирования</p>
<p>Больные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с мембранозной нефропатией; • протеинурией 4–8 г/сут; • нормальной функцией почек и без ее ухудшения в течение 6 мес наблюдения (с вероятностью 50–55% протеинурия не разовьется в ближайшие 10 лет) 	<p>Средний риск прогрессирования</p>
<p>Больные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с мембранозной нефропатией; • протеинурией >8 г/сут; • независимо от состояния функции почек (с вероятностью 65–80% прогрессирование ХБП в течение 10 лет) либо с нарушенной функцией почек; • тубулоинтерстициальными изменениями в ткани почек 	<p>Высокий риск прогрессирования</p>

Глава 5

Неврология

5.1. Шкала HEMORR2HAGES [Hepatic or renal disease, ethanol (alcohol) abuse, malignancy history, older (age >75), reduced platelet count or function, rebleeding risk, hypertension, anemia, genetic factors, excessive fall risk, stroke history]

Цель — оценка риска геморрагического инсульта у больных фибрилляцией предсердий при выборе терапии между антикоагулянтами и антиагрегантами [52].

Методика проведения

Для каждой клинической характеристики, указанной в табл. 5.1, определяют соответствующее количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 5.1

Клиническая характеристика	Баллы
Заболевания печени и почек (цирроз печени, уровни активности аланинамино-трансферазы и аспартатаминотрансферазы на 2 и более выше нормальных уровней, концентрация альбумина <3,6 г/л, СКФ <30 мл/мин)	1
Злоупотребление алкоголем (алкогольная зависимость)	1
Новообразования (наличие опухолей с признаками метастазирования)	1
Пожилой возраст (>75 лет)	1
Снижение числа тромбоцитов или их функций (<75 000, прием антиагрегантов)	1
Повторные кровотечения (госпитализации по поводу кровотечений в анамнезе)	2
Гипертония (уровень САД >160 мм рт.ст.)	1
Анемия (гематокрит <30% или гемоглобин <100 г/л)	1
Генетические факторы (носительство аллелей CYP2C9*2 / CYP2C9*3)	1
Сниженный интеллект, деменция (болезни Альцгеймера и Паркинсона, шизофрения)	1
Инсульт (ишемический инсульт или инфаркт мозга)	1

Интерпретация

По сумме баллов согласно табл. 5.2 определяют степень риска геморрагического инсульта.

Таблица 5.2

Сумма баллов	0	1	2	3	4	≥5
Степень риска	Низкая		Промежуточная		Высокая	

5.2. Пятипроцентная шкала оценки риска инсульта

Цель — определение индивидуального риска ишемического инсульта [53].

Методика проведения и интерпретация

Для каждого фактора риска определяют соответствующий процент риска (табл. 5.3). При наличии двух или более синдромов проценты годового риска суммируют.

Таблица 5.3

Факторы риска	Годовой риск инсульта, %
Артериальная гипертензия (кризовое течение)	5
Атеросклеротический стеноз магистральных артерий головного мозга (>50%)	5

Факторы риска	Годовой риск инсульта, %
Фибрилляция предсердий	5
Гиперкоагуляционный синдром (лабораторные и клинические признаки)	5

5.3. Стратификация риска ишемического инсульта при остром коронарном синдроме и шкала определения 14-дневного риска ишемического инсульта при остром коронарном синдроме

Цель — определение вероятности развития ишемического инсульта у больных с острым коронарным синдромом на госпитальном этапе [54].

Методика проведения

Проводят физикальное обследование и опрос пациента. Каждому показателю присваивают определенное количество баллов (табл. 5.4). Баллы суммируют.

Таблица 5.4

Возраст, лет	Баллы
<30	0
30–39	1,5
40–49	3
50–59	4,5
60–69	6
70–79	7,5
80–89	9
>90	10,5
Масса тела, кг	Баллы
210–219	1
200–209	2
190–199	3
180–189	4

Масса тела, кг	Баллы
170–179	5
160–169	6
150–159	7
140–149	8
130–139	9
120–129	10
110–119	11
100–109	12
90–99	13
80–89	14
70–79	15
60–69	16
50–59	17

Другие факторы риска	Баллы
Фибрилляция / трепетание предсердий	4
Позитивные биомаркеры	4
САД >160 мм рт.ст.	3
Класс II–IV по классификации Киллипа	3
Острый коронарный синдром с подъемом ST	2
Не курильщик	2

Интерпретация

По сумме баллов оценивают риск развития ишемического инсульта на фоне острого коронарного синдрома:

- 4–27 баллов — сравнительно низкий риск;
- 28–31 балл — средний риск;
- >32 баллов — высокий риск развития.

5.4. Шкала NIHSS (National institutes of health stroke scale)

Цель — объективизация состояния пациента с ишемическим инсультом при поступлении, в процессе лечения и исхода инсульта к 21 сут нахождения в стационаре [55].

Методика проведения

Каждому показателю состояния пациента присваивают определенное количество баллов (табл. 5.5). Баллы суммируют.

Таблица 5.5

Показатель	Баллы
Уровень сознания	
В сознании, активно реагирует	0
Сомноленция, но можно разбудить при минимальном раздражении, выполняет команды, отвечает на вопросы	1
Сопор (требуется повторная стимуляция для поддержания активности) или заторможен (требуется сильная и болезненная стимуляция для произведения нестереотипных движений)	2
Кома (реагирует только рефлекторными действиями или не реагирует на раздражители)	3
Уровень сознания: ответы на вопросы. Спросить у больного, какой сейчас месяц и его возраст. Записать первый ответ	
Афазия или сопор	2
Эндотрахеальная трубка, сильная дизартрия, языковой барьер	1

Показатель	Баллы
Правильный ответ на оба вопроса	0
Правильный ответ на один вопрос	1
Ни одного правильного ответа	2
Уровень сознания: выполнение команд. Пациента просят открыть и закрыть глаза, сжать и разжать непарализованную руку. Засчитывают только первую попытку	
Правильно выполнены обе команды	0
Правильно выполнена одна команда	1
Ни одна команда не выполнена правильно	2
Движения глазных яблок. Учитывают только горизонтальные движения глаз	
Норма	0
Частичный паралич взора	1
Тоническое отведение глаз или полный паралич взора, не преодолеваемый вызыванием окулоцефалических рефлексов	2
Исследование полей зрения	
Норма	0

Показатель	Баллы
Частичная гемианопсия	1
Полная гемианопсия	2
Парез лицевой мускулатуры	
Норма	0
Минимальный паралич (асимметрия)	1
Частичный паралич (полный или почти полный паралич нижней группы мышц)	2
Полный паралич (отсутствие движений в верхней и нижней группах мышц)	3
Движение верхних конечностей. Больного просят поднять руки под углом 45° в положении лежа и под углом 90° в положении сидя. Если больной не понимает задание, врач должен поместить руки в требуемое положение сам. Баллы записывают отдельно для правой и левой конечностей	
Больной может удерживать конечность в течение 10 с	0
Больной может удерживать конечность менее 10 с	1
Больной не может поднять конечность или не может сохранить заданного положения, но при этом может в некоторой степени сопротивляться силе тяжести	2

Показатель	Баллы
Конечность падает без сопротивления силе тяжести	3
Нет активных движений	4
Невозможно проверить (конечность ампутирована, искусственный сустав)	5
Движения в нижних конечностях. Больного просят в положении лежа поднять конечность на 5 с под углом 30°. Баллы записывают отдельно для правой и левой конечностей	
Больной может удерживать конечность в течение 5 с	0
Больной может удерживать конечность <5 с	1
Больной не может поднять конечность или не может сохранить заданного положения, но при этом может в некоторой степени сопротивляться силе тяжести	2
Конечность падает без сопротивления силе тяжести	3
Нет активных движений	4
Невозможно проверить (конечность ампутирована, искусственный сустав)	5
Атаксия конечностей. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы проводят с двух сторон. Атаксию засчитывают в том случае, если она не обусловлена парезом	
Отсутствует	0

Показатель	Баллы
В одной конечности	1
В двух конечностях	2
Чувствительность. Учитывают только расстройство по гемитипу	
Норма	0
Легкие или средние нарушения	1
Значительное или полное нарушение чувствительности	2
Афазия. Пациента просят описать картинку, назвать предмет, прочитать предложение	
Нет афазии	0
Легкая афазия	1
Выраженная афазия	2
Полная афазия	3
Дизартрия	
Нормальная артикуляция	0

Показатель	Баллы
Легкая или средняя дизартрия, не выговаривает некоторые слова	1
Выраженная дизартрия	2
Интубация или другой физический барьер	3
Агнозия (игнорирование)	
Нет агнозии	0
Игнорирование к двусторонней последовательной стимуляции одной сенсорной модальности	1
Выраженная гемиагнозия или гемиагнозия более чем в одной модальности	2

Интерпретация

По сумме баллов определяют выраженность неврологических нарушений:

- 0 баллов — состояние удовлетворительное;
- 3–8 баллов — неврологические нарушения легкой степени;
- 9–12 баллов — неврологические нарушения средней степени;
- 13–15 баллов — тяжелые неврологические нарушения;
- 16–33 балла — неврологические нарушения крайней степени тяжести;
- 34 балла — кома.

5.5. Скандинавская шкала инсульта

Цель — комбинированная оценка степени тяжести пациентов в остром периоде ишемического инсульта и эффективности проведенного лечения [56].

Методика проведения

Система включает 10 критериев, соответствующих нарушению двигательных функций верхних и нижних конечностей, походки, движений глаз, речи и уровня сознания. Сумма баллов складывается из баллов по 10 перечисленным в табл. 5.6 группам, где минимальное количество баллов — 0, максимальное — 60.

Таблица 5.6

Критерий	Значение	Баллы
Сознание	Норма	6
	Оглушение	4
	Реакция на словесные команды	2
	Кома или ступор (реакция только на боль)	0

Критерий	Значение	Баллы
Ориентация	Норма во времени, месте и себе	6
	Два признака из них	4
	Один признак из них	2
	Полная дезориентация	0
Речь	Норма	10
	Ограничение произнесения или понимания	6
	Более чем «да/нет», но менее предложения	3
	Только «да» или «нет» или меньше	0
Движения глаз	Нет глазодвигательных нарушений	4
	Есть глазодвигательные нарушения	2
	Парез взора	0
Паралич лицевого нерва	Нет	2
	Есть	0

Критерий	Значение	Баллы
Походка	Может пройти >5 м без помощи	12
	Может ходить с помощью палки	9
	Может ходить с помощью другого человека	6
	Может сидеть без опоры	3
	Прикован к постели	0
Рука	Поднимание с нормальной силой	6
	Поднимание со сниженной силой	5
	Может поднять руку только с согнутым локтем	4
	Может поднять руку только в плоскости опоры (без преодоления силы тяжести)	2
	Паралич	0
Кисть	Нормальная сила	6
	Уменьшенная сила	4
	Не может сжать пальцы в кулак	2
	Паралич	0

Критерий	Значение	Баллы
Нога	Нормальная сила	6
	Поднятие ноги с уменьшенной силой	5
	Может поднять ногу лишь согнутой в колене	4
	Без преодоления силы тяжести	2
	Паралич	0
Стопа	Нет пареза	2
	Парез	0

Интерпретация

Эффективность лечения пациентов с инфарктом мозга определяют по результатам неврологического осмотра, на основе лабораторных и параклинических данных:

- регресс ≥ 10 баллов + положительная динамика лабораторных показателей и функциональных методов исследования — значительное улучшение состояния;
- регресс < 10 баллов + улучшение некоторых показателей лабораторных и функциональных методов исследования — умеренное улучшение;
- регресс на 1–2 балла + отсутствие положительной динамики лабораторных и функциональных методов исследования — незначительное улучшение.

5.6. Шкала ABCD2 (Age, blood pressure, clinical features, duration of TIA, diabetes)

Цель — оценка риска развития раннего инсульта после перенесенной транзиторной ишемической атаки и выявления пациентов, которых следует госпитализировать [57].

Методика проведения

Выявляют наличие факторов риска, каждому фактору присваивают определенное количество баллов согласно табл. 5.7. Баллы суммируют.

Таблица 5.7

Фактор риска	Категория	Количество баллов
Возраст	≥60 лет	1
	<60 лет	0
АД	≥140/90	1
	Иное	0
Клинические признаки	Односторонняя слабость	2
	Нарушение речи (без парезов)	1
	Другие симптомы	0

Фактор риска	Категория	Количество баллов
Длительность симптомов	≥60 мин	2
	10–59 мин	1
	<10 мин	0
Сахарный диабет 2-го типа	—	1

Интерпретация

По сумме баллов определяют риск развития раннего инсульта:

- 0 баллов — низкая степень риска развития ТГВ и ТЭЛА;
- 1–2 балла — средняя степень риска развития ТГВ и ТЭЛА;
- ≥3 баллов — высокая степень риска развития ТГВ и ТЭЛА.

5.7. Шкала Хачинского

Цель — диагностика сосудистой деменции и ее дифференциальная диагностика с деменцией альцгеймеровского типа [58].

Методика проведения

Каждому клиническому признаку присваивают определенное количество баллов (табл. 5.8). Баллы суммируют.

Таблица 5.8

Признаки	Баллы
Внезапное начало	2
Ступенеобразное прогрессирование (например, снижение–плато–снижение когнитивных функций)	1
Флюктуирующее течение	2
Спутанность сознания в ночное время	1
Относительная сохранность личности	1
Депрессия	1
Соматические жалобы (например, боли в теле, в грудной клетке)	1
Эмоциональная лабильность	1
АГ	1
Инсульты в анамнезе	2
Наличие сопутствующего атеросклероза (например, поражение периферических артерий, ИМ в анамнезе)	1
Очаговые неврологические проявления (например, гемипарез, гомонимная гемианопсия, афазия)	2
Признаки очагового неврологического поражения (например, односторонняя мышечная слабость, нарушения чувствительности, асимметрия рефлексов, симптом Бабинского)	2

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие сосудистой деменции:

- <4 баллов — предполагают первичную деменцию (например, болезнь Альцгеймера);
- 4–7 баллов — промежуточные результаты;
- >7 баллов — предполагают сосудистую деменцию.

5.8. Шкала Эшворта (Ashworth scale)

Цель — оценка спастичности и эффекта ее лечения, а также степени тяжести и частоты сопротивления пассивным движениям [59].

Методика проведения

Пациент находится в положении сидя. Врач сгибает конечности пациента и субъективно оценивает мышечный тонус. Порядок сгибания: локти, запястья, пальцы.

Интерпретация

Спастичность и степень тяжести сопротивления пассивным движениям оценивают по 5-балльной шкале (от 0 до 4):

- 0 — тонус не повышен;
- 1 — легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся в начальном напряжении и быстром последующем облегчении;

- 2 — умеренное повышение тонуса по всему объему движения, однако конечность сгибается или разгибается достаточно легко;
- 3 — значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены;
- 4 — невозможно полностью согнуть или разогнуть паретичную часть конечности.

5.9. Опросник для выявления невропатической боли (French neuropathic pain group), 2004 г.

Цель — выявление невропатического компонента боли у пациентов [60].

Методика проведения

Пациента просят ответить на вопросы, представленные в табл. 5.9.

Таблица 5.9

Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?	Да	Нет
Ощущение жжения		
Болезненное ощущение холода		
Ощущение, как от ударов током		

Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?	Да	Нет
Пощипыванием, ощущением ползания мурашек		
Покалыванием		
Онемением		
Зудом		
Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома	Да	Нет
Пониженная чувствительность к прикосновению		
Пониженная чувствительность к покалыванию		
Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации	Да	Нет
Проведя в этой области кисточкой		

Интерпретация

При количестве ответов «Да» >5 делают заключение о наличии невропатической боли.

5.10. Визуально-аналоговая шкала боли

Цель — определение субъективного ощущения боли пациентом в момент исследования, определение динамики интенсивности боли в течение какого-либо срока [61].

Методика проведения

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)— прямая линия длиной 10 см (рис. 5.1). Пациенту предлагают сделать на линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли.

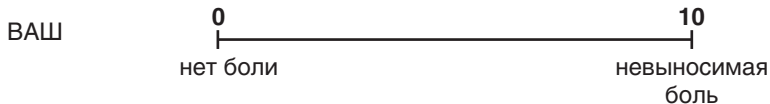


Рис. 5.1. Визуально-аналоговая шкала боли

Интерпретация

Начальная точка линии обозначает отсутствие боли (0), затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая (10) боль. Расстояние между левым концом линии и сделанной отметкой измеряют в миллиметрах.

5.11. Цифровая рейтинговая шкала

Цель — определение интенсивности боли [62].

Методика проведения и интерпретация

Пациенту предлагают сделать на линии (рис. 5.2) отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Шкала состоит из 11 пунктов от 0 (боль отсутствует) до 10 (боль, которую невозможно терпеть).

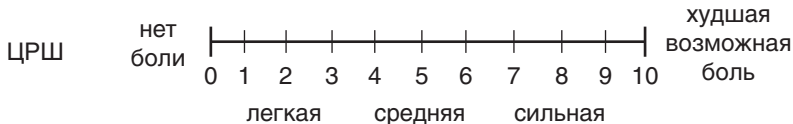


Рис. 5.2. Цифровая рейтинговая шкала боли

5.12. Лицевая шкала боли

Цель — определение интенсивности боли (чаще используют у детей) [61].

Методика проведения и интерпретация

Пациенту предлагают сделать на линии (рис. 5.3) отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Интерпретация — согласно отметке на шкале.



Рис. 5.3. Лицевая шкала боли

5.13. Шкала модифицированного невропатического дисфункционального счета

Цель — оценка разных видов чувствительности для выявления полиневропатии [13].

Методика проведения

Определяют чувствительность каждой ноги согласно таблице 5.10, представленной ниже. Каждому признаку соответствует определенное количество баллов. Для каждого

вида нарушения чувствительности высчитывают среднее количество баллов по двум ногам: (правая нога + левая нога) / 2. Сумма средних значений четырех видов чувствительности составляет модифицированную шкалу невропатического дисфункционального счета.

Таблица 5.10

Чувствительность	Результат	Балл	Правая конечность	Левая конечность	Средний балл
Температурная	Ощущает прикосновение	0			
	Не ощущает прикосновение	2			
Болевая	Чувствует боль от укола	0			
	Не чувствует боль от укола	2			
Температурная	Ощущает разницу температур	0			
	Не ощущает разницу температур	2			
Вибрационная	>7 УЕ	0			
	3–6 УЕ	1			
	<3 УЕ	2			
Сумма баллов					

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие и степень выраженность полиневропатии:

- 0–1 балл — отсутствие полиневропатии или наличие у пациента начальных признаков полиневропатии;
- 2–4 балла — умеренно выраженная полиневропатия;
- >5 баллов — выраженная полиневропатия.

5.14. Опросник Мак-Гилла для многомерной оценки боли

Цель — оценка болевого синдрома [62].

Методика проведения

Опросник состоит из 78 слов, описывающих боль, сведенных в 20 субшкал, объединенных в три основные шкалы (табл. 5.11):

- сенсорную (субшкалы 1–13);
- аффективную (субшкалы 14–19);
- эвалюативную (субшкала 20).

В каждой субшкале слова, описывающие боль (дескрипторы), расположены по нарастающему интенсивности боли. Больного просят дать описание его боли, отметив слова, которыми наиболее точно можно ее передать. Можно выбирать слова в любой (не обязательно в каждой) из 20 субшкал, но при этом нужно отмечать не более одного слова в одной субшкале.

Таблица 5.11

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Сенсорная шкала. Какими словами вы можете описать свою боль?	1	1. Пульсирующая
		2. Схватывающая
		3. Дергающая
		4. Стегающая
		5. Колотящая
		6. Долбящая
	2	1. Подобная электрическому разряду
		2. Подобная удару тока
		3. Подобная выстрелу
	3	1. Колющая
		2. Впивающаяся
		3. Буравящая
		4. Сверлящая
		5. Пробивающая

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Сенсорная шкала. Какими словами вы можете описать свою боль?	4	1. Острая
		2. Режущая
		3. Полосующая
	5	1. Давящая
		2. Сжимающая
		3. Щемящая
		4. Стискивающая
		5. Раздавливающая
	6	1. Тянущая
		2. Выкручивающая
		3. Вырывающая
	7	1. Горячая
		2. Жгучая
		3. Ошпаривающая
		4. Палящая

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Сенсорная шкала. Какими словами вы можете описать свою боль?	8	1. Зудящая
		2. Щиплющая
		3. Разъедающая
		4. Жалящая
	9	1. Тупая
		2. Ноющая
		3. Мозжащая
		4. Ломящая
		5. Раскалывающая
	10	1. Распирающая
		2. Растягивающая
		3. Раздирающая
		4. Разрывающая

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Сенсорная шкала. Какими словами вы можете описать свою боль?	11	1. Разлитая
		2. Распространяющаяся
		3. Проникающая
		4. Пронизывающая
	12	1. Царапающая
		2. Саднящая
		3. Дерущая
		4. Пилящая
		5. Грызущая
	13	1. Немая
		2. Сводящая
		3. Леденящая

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Аффективная шкала. Какое чувство вызывает у вас боль?	14	1. Утомляет
		2. Изматывает
	15	1. Вызывает ощущение тошноты
		2. Вызывает ощущение удушья
	16	1. Вызывает чувство тревоги, страха, ужаса
	17	1. Угнетает
		2. Раздражает
		3. Злит
		4. Приводит в ярость
		5. Приводит в отчаяние
18	1. Обессиливает	
	2. Ослепляет	

Основная шкала	Субшкала	Описание боли
Аффективная шкала. Какое чувство вызывает у вас боль?	19	1. Боль-помеха
		2. Боль-досада
		3. Боль-страдание
		4. Боль-мучение
		5. Боль-пытка
Эвалюативная шкала. Как вы оцениваете свою боль?	20	1. Слабая
		2. Умеренная
		3. Сильная
		4. Сильнейшая

Интерпретация

Для оценки болевого синдрома определяют три показателя:

- индекс числа выбранных дескрипторов — общее число выбранных слов (максимальное количество баллов — 20);
- ранговый индекс боли — сумма порядковых номеров дескрипторов в каждой субшкале сверху вниз (максимальное значение — 72);

- интенсивность боли — количество слов, описывающих боль в период данного исследования.

Таким образом, интерпретация результатов включает четыре последовательных шага.

- Шаг 1. Сопоставление баллов по основным шкалам: сенсорной, аффективной, эвалюативной.
- Шаг 2. Расчет индекса числа выбранных дескрипторов.
- Шаг 3. Расчет рангового индекса.
- Шаг 4. Анализ полученных данных и оценка болевого синдрома.

Пример заключения

По сенсорной шкале — 3 дескриптора.

По аффективной шкале — 2 дескриптора.

По эвалюативной шкале — 1 дескриптор.

Индекс числа выбранных дескрипторов равен 6 (максимально — 20).

Ранговый индекс боли (сумма порядковых номеров дескрипторов в каждой субшкале сверху вниз); в данном случае: $2+2+1+1+1+1=8$ баллов (максимально — 72).

Заключение. У пациента присутствует слабый болевой синдром. Умеренно выраженное повышение эмоциональной оценки боли (2 из 6 возможных по аффективной шкале).

Глава 6

Психиатрия

6.1. Опросник PHQ-9 (Patient health questionnaire)

Цель — оценка и мониторинг депрессии [63].

Методика проведения

Пациенту предлагают ответить на вопросы, представленные в табл. 6.1. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 6.1

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние 2 нед?	Баллы			
	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
1. У вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел	0	1	2	3

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние 2 нед?	Баллы			
	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
2. У вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, или у вас прерывистый сон, или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы были утомлены или у вас было мало сил	0	1	2	3
5. У вас плохой аппетит или вы переедали	0	1	2	3
6. Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были разочарованы, или считали, что подвели семью	0	1	2	3
7. Вам было трудно сосредоточиться на каждодневных делах, таких как чтение газет или просмотр передач	0	1	2	3

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние 2 нед?	Баллы			
	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
8. Вы двигались или говорили так медленно, что другие это отмечали, или, наоборот, вы были настолько суетливы или беспокойны, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9. Вас посещали мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-либо вред	0	1	2	3
10. Если у вас были какие-нибудь из вышеперечисленных проблем, то оцените, насколько сложно вам было работать, заниматься домашними делами или общаться из-за этих проблем	Совсем не сложно	Достаточно сложно	Очень сложно	Чрезвычайно сложно
Сумма баллов				

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие и степень депрессии:

- 0–4 — нет депрессии;
- 5–9 — депрессия легкой степени;
- 10–14 — умеренная депрессия;
- 15–19 — депрессия средней тяжести;
- 20–27 — тяжелая депрессия.

6.2. Опросник для оценки генерализованного тревожного расстройства ГТР-7 (GAD-7)

Цель — оценка тревожного расстройства [64].

Методика проведения

Пациенту предлагают ответить на вопросы, представленные в табл. 6.2. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 6.2

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние 2 нед?	Баллы			
	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабиться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства («не могу найти себе места»)	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Интерпретация

По сумме баллов определяют степень тревожности:

- 0–4 — минимальный уровень тревожности;
- 5–9 — умеренный уровень тревожности;
- 10–14 — средний уровень тревожности;
- 15–21 — высокий уровень тревожности.

6.3. Шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale)

Цель — оценка уровня тревоги и депрессии у госпитализированных больных, которым может понадобиться специализированная помощь [65].

Методика проведения

Пациенту предлагают оценить применимость к нему утверждений, представленных в табл. 6.3. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 6.3

Часть 1. Оценка уровня тревоги				
Утверждения	Баллы			
	Совсем не испытываю	Время от времени, иногда	Часто	Все время
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе	0	1	2	3
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	0	1	2	3
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	0	1	2	3
4. Я легко могу присесть и расслабиться	0	1	2	3
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	0	1	2	3
6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться	0	1	2	3
7. У меня бывает внезапное чувство паники	0	1	2	3

Часть 2. Оценка уровня депрессии				
Утверждения	Определенно, это так	Наверное, это так	Лишь в очень малой сте- пени, это не так	Это совсем не так
1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызовет у меня такое чувство	0	1	2	3
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0	1	2	3
3. Я испытываю бодрость	0	1	2	3
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	0	1	2	3
5. Я не слежу за своей внешностью	0	1	2	3
6. Я считаю, что дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	0	1	2	3
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, телевизионной программы	0	1	2	3

Интерпретация

По сумме баллов определяют уровень тревоги и наличие депрессии:

- 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);
- 8–10 баллов — субклиническая выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и более — клинически выраженная тревога/депрессия.

6.4. Шкала депрессии Бека

Цель — выявление симптомов депрессии [66].

Методика проведения

Пациенту предлагают оценить применимость к нему утверждений, представленных в табл. 6.4. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 6.4

Утверждение	Баллы
1. Печаль	
Мне не грустно	0
Мне грустно	1

Утверждение	Баллы
Я все время печален и не могу освободиться от этого чувства	2
Я так печален и несчастлив, что я не могу этого вынести	3
2. Пессимизм	
Я не особенно тревожусь о своем будущем	0
Я чувствую, что озадачен будущим	1
Я чувствую, что мне не на что рассчитывать в будущем	2
Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему	3
3. Ощущение несостоятельности	
Я не чувствую себя неудачником	0
Я потерпел больше неудач в жизни, чем другие люди	1
Когда я оглядываюсь на свою жизнь, все, что я вижу, — это череда неудач	2
Я чувствую, что как личность я полный неудачник	3
4. Неудовлетворенность собой	
Я удовлетворен своей жизнью так же, как и раньше	0
Я не получаю такого же удовольствия, как раньше	1

Утверждение	Баллы
Я больше не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было	2
Я полностью не удовлетворен жизнью, и все мне надоело	3
5. Чувство вины	
Я не чувствую себя виноватым в чем-либо	0
Я чувствую себя виноватым значительную часть времени	1
Я чувствую себя виноватым большую часть времени	2
Я чувствую себя виноватым все время	3
6. Ощущение наказанности	
Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо	0
Я чувствую, что могу быть наказан за что-либо	1
Я ожидаю, что буду наказан	2
Я чувствую себя уже наказанным	3

Утверждение	Баллы
7. Самоотрицание	
Я не испытываю разочарования в себе	0
Я разочарован в себе	1
Я испытываю отвращение к себе	2
Я ненавижу себя	3
8. Самообвинение	
Я ни в чем не хуже других	0
Я критикую себя за свои слабости и ошибки	1
Я все время виню себя за свои ошибки	2
Я обвиняю себя во всем плохом, что происходит	3
9. Суицидальные мысли	
Я никогда не думал покончить с собой	0
У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю	1

Утверждение	Баллы
Я хотел бы покончить с собой	2
Я бы убил себя, если бы представился случай	3
10. Слезливость	
Я плачу не больше, чем обычно	0
Сейчас я плачу больше, чем обычно	1
Сейчас я все время плачу	2
Раньше я мог плакать, но сейчас не смогу, даже если мне захочется	3
11. Раздражительность	
Я не более раздражителен, чем обычно	0
Я раздражен чуть более обычного	1
Я довольно-таки раздражен и раздосадован значительную часть времени	2
Я всегда раздражен	3

Утверждение	Баллы
12. Социальная отчужденность	
Я не потерял интереса к другим людям	0
Я меньше интересуюсь другими людьми	1
Я практически потерял интерес к другим людям	2
Я полностью потерял всякий интерес к другим людям	3
13. Нерешительность	
Я принимаю решения так же, как всегда	0
Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно	1
Мне значительно сложнее принять решение, чем прежде	2
Я больше не могу принимать какие-либо решения	3
14. Восприятие тела	
Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно	0
Я беспокоюсь, что выгляжу постаревшим или непривлекательным	1

Утверждение	Баллы
Я чувствую, что произошедшие с моей внешностью необратимые изменения делают меня непривлекательным	2
Я уверен, что выгляжу уродливо	3
15. Работоспособность	
Я могу работать так же хорошо, как и раньше	0
Мне необходимо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать	1
Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать	2
Я вообще не могу выполнять никакую работу	3
16. Бессонница	
Я могу спать так же хорошо, как и раньше	0
Сейчас я сплю хуже, чем обычно	1
Я просыпаюсь на 1–2 ч раньше обычного, и мне сложно снова заснуть	2
Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и более не могу заснуть	3

Утверждение	Баллы
17. Утомляемость	
Я устаю не больше, чем обычно	0
Я устаю легче обычного	1
Я устаю практически от всего, что я делаю	2
Я слишком устал, чтобы что-то делать	3
18. Потеря аппетита	
Мой аппетит не хуже, чем обычно	0
Мой аппетит не так хорош, как раньше	1
Сейчас мой аппетит гораздо хуже	2
У меня вообще нет никакого аппетита	3
19. Потеря массы тела	
Мой вес если и изменился, то незначительно	0
За последнее время я потерял в весе >2 кг	1

Утверждение	Баллы
За последнее время я потерял в весе >4 кг	2
Я потерял >7 кг	3
Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше	0
20. Озабоченность состоянием здоровья	
Я беспокоюсь о своем здоровье не больше обычного	0
Меня беспокоят проблемы моего физического здоровья: болевые ощущения, расстройства желудка, запор	1
Я очень обеспокоен своим физическим здоровьем, что мне сложно думать о чем-либо еще	2
Я настолько обеспокоен своим физическим здоровьем, что просто не могу думать о чем-то еще	3
21. Потеря сексуального влечения	
Я не заметил никаких изменений в своем интересе к сексу	0
Секс интересует меня меньше, чем раньше	1
Я почти потерял интерес к сексу	2
Я полностью потерял интерес к сексу	3

Интерпретация

По сумме баллов определяют наличие и степень депрессии:

- 0–9 — нормальное состояние;
- 10–18 — от легкой до умеренной депрессии;
- 19–29 — выраженная депрессия (депрессия средней тяжести);
- 30–63 — тяжелая депрессия.

6.5. Шкала-опросник Центра эпидемиологических исследований депрессии CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale)

Цель — оценка симптомов депрессии [67].

Методика проведения

Пациенту предлагают оценить применимость к нему утверждений, представленных в табл. 6.5. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Баллы суммируют.

Таблица 6.5

Утверждение	Баллы			
	Очень редко или никогда	Иногда	Значительную часть времени	Практически все время
1. Я нервничаю по поводу того, что раньше меня не беспокоило	0	1	2	3
2. Я не получаю удовольствия от еды, у меня плохой аппетит	0	1	2	3
3. Несмотря на помощь друзей и членов моей семьи, мне не удается избавиться от чувства тоски	0	1	2	3
4. Мне кажется, что я не хуже других	0	1	2	3
5. Мне трудно сконцентрироваться на том, чем приходится заниматься	0	1	2	3
6. Я чувствую подавленность	0	1	2	3
7. Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий	0	1	2	3

Утверждение	Баллы			
	Очень редко или никогда	Иногда	Значительную часть времени	Практически все время
8. Я надеюсь на хорошее будущее	0	1	2	3
9. Мне кажется, что моя жизнь сложилась неудачно	0	1	2	3
10. Я испытываю беспокойство, страхи	0	1	2	3
11. У меня плохой ночной сон	0	1	2	3
12. Я чувствую себя счастливым человеком	0	1	2	3
13. Мне кажется, что я стал меньше говорить	0	1	2	3
14. Меня беспокоит чувство одиночества	0	1	2	3
15. Окружающие настроены ко мне недружелюбно	0	1	2	3
16. Жизнь доставляет мне удовольствие	0	1	2	3
17. Я легко могу заплакать	0	1	2	3
18. Я испытываю грусть, хандру	0	1	2	3

Утверждение	Баллы			
	Очень редко или никогда	Иногда	Значительную часть времени	Практически все время
19. Мне кажется, что люди меня не любят	0	1	2	3
20. У меня нет сил и желания начинать что-либо делать	0	1	2	3
Сумма баллов				

Интерпретация

По сумме баллов определяют:

- 0–17 баллов — норма;
- 18–26 баллов — легкая депрессия;
- 27–30 баллов — депрессия средней тяжести;
- 31 балл и выше — тяжелая депрессия.

Список использованной литературы

1. Kalra S., Khandelwal S.K., Goyal A. Clinical scoring scales in thyroidology: A compendium // *Indian J. Endocrinol. Metab.* 2011. Vol. 15. P. 89–94.
2. Tessler F.N., Middleton W.D., Grant E.G. et al. ACR thyroid imaging, reporting and data system (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee // *J. Am. Coll. Radiol.* 2017. Vol. 14 (5). P. 587–595.
3. Cibas E.S., Ali S.Z. The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology // *Thyroid.* 2017. Vol. 27 (11). P. 1341–1346.
4. Kanti V., Messenger A., Dobos G. et al. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men—short version // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2018. Vol. 32 (1). P. 11–22.
5. Martin K.A., Anderson R.R., Chang R.J. et al. Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an Endocrine society clinical practice guideline // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2018. Vol. 103 (4). P. 1233–1257.
6. Stiglic G., Fijacko N., Stozer A. et al. Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) questionnaire for undiagnosed type 2 diabetes screening in the Slovenian working population // *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2016. Vol. 120. P. 194–197.
7. Barrio-Barrio J., Sabater A.L., Bonet-Farriol E. et al. Graves' ophthalmopathy: VISA versus EUGOGO classification, assessment, and management // *J. Ophthalmol.* 2015. Vol. 2015. ID 249125.
8. Morse J.M., Morse R.M., Tylko S.J. Development of a scale to identify the fall-prone patient // *Can. J. Aging.* 1989. Vol. 8. P. 366–367.
9. Stuenkel C.A., Davis S.R., Gompel A. et al. Treatment of symptoms of the menopause: an Endocrine society clinical practice guideline // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2015. Vol. 100 (11). P. 3975–4011.
10. Greene J. A factor analytic study of climacteric symptoms // *J. Psychosom. Res.* 1976. Vol. 20 (5). P. 425–430.
11. Rosen R.C., Cappelleri J.C., Smith M.D. et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction // *Int. J. Impot. Res.* 1999. Vol. 11 (6). P. 319–326.

12. Burroughs T.E., Desikan R., Waterman B.M. et al. Development and validation of the diabetes quality of life brief clinical inventory // *Diabetes Spectrum*. 2004. Vol. 17 (1). P. 41–49.
13. Benzon H.T. The neuropathic pain scales // *Reg. Anesth. Pain. Med.* 2005. Vol. 30 (5). P. 417–421.
14. Øksnes M., Bensing S., Hulting A.L. et al. Quality of life in European patients with Addison's disease: validity of the disease-specific questionnaire AddiQoL // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2012. Vol. 97 (2). P. 568–576.
15. Sawicka-Gutaj N., Bednarczuk T., Daroszewski J. et al. GO-QOL — disease-specific quality of life questionnaire in Graves' orbitopathy // *Endokrynol. Pol.* 2015. Vol. 66 (4). P. 362–366.
16. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // *International Journal of Eating Disorders*. 1986. Vol. 5.P. 295–315.
17. D'Agostino R.B.Sr., Vasan R.S., Pencina M.J. et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham heart study // *Circulation*. 2008. Vol. 117 (6). P. 743–753.
18. National Institutes of Health (NIH), National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. NIH publication 00-4084. National Institutes of Health, Bethesda, 2000.
19. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. ESC scientific document group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension // *Eur. Heart. J.* 2018. Vol. 39 (33). P. 3021–3104.
20. François M., Colin B., Alberico L.C. et al. ESC scientific document group, 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: the task force for the management of dyslipidaemias of the European society of cardiology (ESC) and European atherosclerosis society (EAS) // *European heart journal*. Vol. 41. P. 111–188.
21. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // *Сердечная недостаточность*. 2013. №7 (81). С. 379–472.
22. Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire // *Heart failure*. 1987. Vol. 3. P. 198–209.

23. Shah M.R., Hasselblad V., Gheorghiade M. et al. Prognostic usefulness of the six-minute walk in patients with advanced congestive heart failure secondary to ischemic or nonischemic cardiomyopathy // *Am. J. Cardiol.* 2001. Vol. 88 (9). P. 987–993.
24. Mohammad Sallehuddin H., Azman S.F., Md Noor S. Global registry of acute coronary events (GRACE) risk score in predicting outcome in elderly patients with ST elevation myocardial infarction at 6 months after primary percutaneous coronary intervention in hospital serdang // *International journal of cardiology.* 2017. Vol. 249. P. 32–33.
25. Subherwal S., Bach R.G., Chen A.Y. et al. Baseline risk of major bleeding in non-ST-segment-elevation myocardial infarction: the CRUSADE (can rapid risk stratification of unstable angina patients suppress adverse outcomes with early implementation of the ACC/AHA Guidelines) bleeding score // *Circulation.* 2009. Vol. 119 (14). P. 1873–1882.
26. Feder S.L., Schulman-Green D., Geda M. et al. Physicians' perceptions of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) risk score in older adults with acute myocardial infarction // *Heart lung.* 2015. Vol. 44 (5). P. 376–381.
27. Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: recommendations from a consensus conference organized by the German atrial fibrillation competence network and the European heart rhythm association// *Europace.* 2007. Vol. 9 (11). P. 1006–1023.
28. Lip G.Y., Nieuwlaat R., Pisters R. et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation // *Chest.* 2010. Vol. 137 (2). P. 263–272.
29. Pisters R., Lane D.A., Nieuwlaat R. et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro heart survey // *Chest.* 2010. Vol. 138 (5). P. 1093–1100.
30. Goldman L., Caldera D.L., Nussbaum S.R. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures // *N. Engl. J. Med.* 1977. Vol. 297. P. 845–850.
31. Valgimigli M., Bueno H., Byrne R.A. et al. ESC scientific document group; ESC Committee for practice guidelines (CPG); ESC National cardiac societies. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS // *Eur. Heart. J.* 2018. Vol. 39 (3). P. 213–260.

32. Halkin A., Singh M., Nikolsky E. et al. Prediction of mortality after primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: the CADILLAC risk score // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. Vol. 45 (9). P. 1397–1405.
33. Apostolakis S., Sullivan R.M., Olshansky B., Lip G.Y. Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin: the SAME-TT2R2 score // *Chest.* 2013. Vol. 144 (5). P. 1555–1563.
34. Eichinger S., Heinze G., Jandeck L.M., Kyrle P.A. Risk assessment of recurrence in patients with unprovoked deep vein thrombosis or pulmonary embolism: the Vienna prediction model // *Circulation.* 2010. Vol. 121 (14). P. 1630–1636.
35. Scarvelis D., Wells P.S. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis // *CMAJ.* 2006. Vol. 175 (9). P. 1087–1092.
36. Wang Y., Attar B.M., Fuentes H.E. et al. Performance of Khorana risk score for prediction of venous thromboembolism in patients with hepatocellular carcinoma // *Clin. Appl. Thromb. Hemost.* 2018. Vol. 24 (3). P. 471–476.
37. Ibáñez V., Silva J., Cauli O. A survey on sleep questionnaires and diaries // *Sleep Med.* 2018. Vol. 42. P. 90–96.
38. Kim M.A., Park J.S., Lee C.W., Choi W.I. Pneumonia severity index in viral community acquired pneumonia in adults // *PLoS One.* 2019. Vol. 14 (3). e0210102.
39. Lim W., Boudouin S.V., George R.C. et al. Pneumonia guidelines committee of the BTS standards of care committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009 // *Thorax.* 2009. Vol. 64. Suppl. 3. P. 1–55.
40. Charles P.G., Wolfe R., Whitby M. et al. Australian community-acquired pneumonia study collaboration. Grayson M.L. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia // *Clin. Infect. Dis.* 2008. Vol. 47 (3). P. 375–384.
41. Singh N., Rogers P., Atwood C.W. et al. Short-course empiric antibiotic therapy for patients with pulmonary infiltrates in the intensive care unit: a proposed solution for indiscriminate antibiotic prescription // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000. Vol. 162. P. 505–511.
42. Paesmans M., Klastersky J., Maertens J. et al. Predicting febrile neutropenic patients at low risk using the MASCC score: does bacteremia matter? *Support Care Cancer.* 2011. Vol. 19 (7). P. 1001–1008.

43. Aujesky D., Obrosky D.S., Stone R.A. et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005. Vol. 172 (8). P. 1041–1046.
44. Le Gal G., Righini M., Roy P.M. et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score // *Ann. Intern. Med.* 2006. Vol. 144 (3). P. 165–171.
45. Wells P.S., Anderson D.R., Bormanis J. et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management // *Lancet.* 1997. Vol. 350 (9094). P. 1795–1798.
46. Barbar S., Noventa F., Rossetto V. et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua prediction score. *J. Thromb. Haemost.* 2010. Vol. 8 (11). P. 2450–2457.
47. Juniper E.F., O'Byrne P.M., Guyatt G.H. et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control // *Eur. Respir. J.* 1999. Vol. 14. P. 902–907.
48. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M. et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. Vol. 113 (1). P. 59–65.
49. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury // *Nephron Clin. Pract.* 2012. Vol. 120 (4). P. 179–184.
50. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под общ. ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 9-й выпуск (дополненный). М., 2019. 2012 с.
51. Шилов Е.М., Бобкова И.Н., Колина И.Б., Камышова Е.С. Клинические рекомендации по диагностике и лечению IgA-нефропатии // *Нефрология.* 2015. №19 (6). С. 83–92.
52. Gage B.F., Yan Y., Milligan P.E. et al. Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: results from the National registry of atrial fibrillation (NRAF) // *Am. Heart J.* 2006. Vol. 151 (3). P. 713–719.
53. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Превентивная кардионеврология. СПб.: Фолиант, 2008. 224 с.
54. Park K.L., Budaj A., Goldberg R.J. et al. Grace investigators. Risk-prediction model for ischemic stroke in patients hospitalized with an acute coronary syndrome (from the Global registry of acute coronary events [GRACE]) // *Am. J. Cardiology.* 2012. Vol. 110 (5). P. 628–635.
55. Kwah L.K., Diong J. National institutes of health stroke scale (NIHSS) // *Journal of physiotherapy.* 2014. Vol. 60 (1). Vol. 61.

56. Luvizutto G.J., Monteiro T.A., Braga G. et al. Validation of the scandinavian stroke scale in a multicultural population in Brazil // *Cerebrovasc. Dis. Extra.* 2012. Vol. 2 (1). P. 121–126.
57. Johnston S.C., Rothwell P.M., Nguyen-Huynh M.N. et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack // *Lancet.* 2007. Vol. 369 (9558). P. 283–292.
58. Hachinski V.C., Iliff L.D., Zilhka E. et al. Cerebral blood flow in dementia // *Arch. Neurol.* 1975. Vol. 32 (9). P. 632–637.
59. Bohannon R.W., Smith M.B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity // *Phys. Ther.* 1987. Vol. 67. P. 206.
60. Martinez V., Attal N., Vanzo B. et al. Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: results of a cross-sectional, randomized, «e» case-vignette survey // *PLoS One.* 2014. Vol. 9 (4). e93855.
61. Marsh-Richard D.M., Hatzis E.S., Mathias C.W. et al. Adaptive visual analog scales (AVAS): a modifiable software program for the creation, administration, and scoring of visual analog scales. *Behav. Res. Methods.* 2009. Vol. 41 (1). P. 99–106.
62. Шиленок В.Н., Никитина Е.В. Сравнительный анализ различных методов обезболивания у пациентов с острым панкреатитом при помощи шкал боли // *Казанский медицинский журнал.* 2016. Т. 97. №2. С. 217–221.
63. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., Löwe B. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2010. Vol. 32 (4). P. 345–359.
64. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 // *Arch. Intern. Med.* 2006. Vol. 166 (10). P. 1092–1097.
65. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital anxiety and depression scale. An updated literature review // *J. Psychosom. Res.* 2002. Vol. 52 (2). P. 69–77.
66. Beck A.T., Guth D., Steer R.A., Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck depression inventory for primary care // *BBehav. Res. Ther.* 1997. Vol. 35 (8). P. 785.
67. Radloff L.S. The CES-D scale: a self-report depression scale for reserach in the general population // *Appl. Psychol. Meas.* 1977. Vol. 1. P. 385.