

Skale kliniczne oceny niesprawności — znaczenie praktyczne

Disability scales — in practice

Agata Walczak

Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, skala niesprawności, EDSS
Key words: multiple sclerosis, disability scale, EDSS

Objawy kliniczne występujące u pacjentów ze stwardnieniem rozszianym (SM, *sclerosis multiplex*) są bardzo różnorodne, w zależności od umiejscowienia zmian patologicznych w obrębie mózgowia i rdzenia kręgowego. Do najczęstszych objawów neurologicznych występujących w przebiegu SM należą: niedowłady piramidowe kończyn górnych i dolnych, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji, zaburzenia widzenia, zaburzenia kontroli zwieraczy. Do oceny stanu klinicznego chorych stosuje się różne skale kliniczne umożliwiające ocenę niesprawności pacjentów z SM. Umożliwiają one porównywanie stanu neurologicznego tych osób, ocenę progresji choroby, a także wiarygodną ocenę wyników leczenia.

Do najczęściej stosowanych skal oceny niesprawności należy *Expanded Disability Status Scale* (EDSS). Skalę EDSS (rozszerzoną skalę niesprawności) w 1955 roku stworzył amerykański neurolog Johna Kurtzke, z przeznaczeniem do oceny wpływu izoniazydu na przebieg SM — *Disability Status Scale* (DDS). W 1983 roku rozszerzył DDS, tworząc EDSS [1]. Zakres skali obejmuje 10 punktów opisujących sprawność pacjenta: od 0 — bez niesprawności, do 10 — zgon pacjenta z powodu SM. Skala EDSS obejmuje 8 podskal funkcyjnych, opisujących sprawność poszczególnych układów: widzenia, pnia mózgu, układu piramidowego, mózdkowego, układu czucia, funkcji zwieraczy, wyższych czynności mózgowych. W zakresie każdej z podskal pacjent otrzymuje pewną wartość punktową w zależności od sprawności danej funkcji, obecności lub braku deficytów neurologicznych. Na podstawie uzyskanych wartości oblicza się końcową wartość EDSS, która zwykle odpowiada najwyższej wartości punktowej uzyskanej w jednej z podskal. Dokładnie, w metrach, określone są odcinki drogi, jaką pacjent musi pokonać, aby uzyskać odpowiednią wartość EDSS. Skalę tę stosuje się powszechnie w badaniach klinicznych, wymagana jest jednak jej dobra znajomość i dlatego konieczne jest prowadzenie szkoleń dla stosujących ją lekarzy.

Kolejną często stosowaną skalą jest Skala Scripps [2] (SNRS, *Scripps Neurological Rating Scale*). Obejmuje ona 4 stopnie: od normalnego funkcjonowania, po znaczną niesprawność. Ocenia się 22 elementy badania neurologicznego, a pełna sprawność neurologiczna wynosi 100%. Wynik niesprawności w tej skali jest odwrotnie proporcjonalny do wyniku w EDSS [3].

Łatwą do wykonania metodą oceny sprawności, głównie pod kątem oceny szybkości chodzenia, jest indeks sprawności chodzenia (AI, *ambulation index*). Jest to skala 10-stopniowa, służąca do oceny szybkości przejścia przez pacjenta odcinka o długości 7,5 m (25 stóp).

Nowym wskaźnikiem oceny sprawności pacjentów z SM, służącym do oceny układu motorycznego i funkcji poznawczych, jest złożony wskaźnik oceny funkcji w SM (MSFC, *MS Functional Composite*) [4]. Badanie kończyn dolnych przeprowadza się z użyciem testu szybkości chodzenia na odcinku 7,5 m (25 stóp) (T25FW). Badanie kończyn górnych polega na pomiarze szybkości ułożenia 9 patyczków w 9 odpowiadającym im otworach (test *9-hole peg*). Do oceny funkcji poznawczych służy test dodawania ze słuchu (PASAT, *Paced Auditory Serial Addition Test*).

Coraz częściej stosuje się skale, w których wykorzystuje się ocenę niesprawności, przeprowadzoną przez samego pacjenta — *MS Impact Scale* (MSIS) [5]. Otrzymuje on 29 pytań dotyczących funkcji ruchowych kończyn, funkcji narządu wzroku, układu czuciowego, koordynacji, równowagi, zaburzeń chodu, zaburzeń zwieraczy, zaburzeń funkcji seksualnych. Odpowiedzi są klasyfikowane od 1 do 5 (1 oznacza brak zaburzeń danej funkcji, 5 — maksymalne nasilenie zaburzeń).

Inne, rzadziej stosowane do oceny niesprawności chorych na SM, skale to: KFSS (*Krupp's Fatigue Severity Scale*), *Incapacity Status Scale* (ISS), FIM (*Functional Independence Measure*).

Stosowanie skal oceny niesprawności pacjentów chorych na SM pozwala na mniej lub bardziej obiektywną ocenę ich stanu neurologicznego. Pozwala to na ocenę tempa postępu choroby, co jest szczególnie ważne i potrzebne, oraz na ocenę wyniku ewentualnie stosowanego leczenia. Zatem skale oceny niesprawności należy stosować w codziennej praktyce klinicznej, co umożliwi stałe monitorowanie stanu neurologicznego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Kurtzke J.F. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444–1452.
2. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006.
3. Whitaker J., McFarland H.F., Rudge P., Reingold S.C. Outcome assesment in multiple sclerosis clinical trials: a critical analysis. *Mult. Scler.* 1995; 1: 37–47.
4. Ruddick R.A., Cutter G., Baier M. i wsp. Use of the Multiple Sclerosis Functional Composite to predict disability in relapsing MS. *Neurology* 2000; 56: 1324–1330.
5. Hobart J.C., Lamping D., Fitzpatrick D. i wsp. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): a new patient-based outcome measure. *Brain* 2001; 124: 962–973.

Adres do korespondencji: dr med. Agata Walczak
Katedra i Klinika Neurologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 90–153 Łódź
tel.: 0 42 677 66 78, faks: 0 42 678 68 33
e-mail: awalczak@afazja.am.lodz.pl