

И. В. Яценко, Д. С. Аветиков, С. А. Ставицкий

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Объективизация боли – одна из трудноразрешимых проблем как в научной, так и в клинической практике врачей различных специальностей.

В настоящее время для оценки наличия, степени и локализации боли в клинике используются психологические, психофизиологические и нейрофизиологические методы. Эти методы в основном основаны на субъективной оценке своих ощущений самим пациентом.

В последнее время значительно увеличилось количество пациентов с нестабильностью височно-нижнечелюстного сустава, которая сопровождается болевым синдромом различной выраженности (Рыбалов О. В., Москаленко П. А., 2010; 2011). Измерение интенсивности боли у этой категории пациентов также представляет значительный научный интерес.

Работа является фрагментом инициативной общекафедральной темы «Врожденные и приобретенные морфофункциональные нарушения зубочелюстной системы, органов и тканей головы и шеи, их диагностика, хирургическое и консервативное лечение» (№ государственной регистрации 0111 У 006301).

Целью нашего исследования было определение степени выраженности болевого синдрома у пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава различными методами оценки боли.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 32 пациента с нестабильностью височно-нижнечелюстного сустава в возрастной группе 30–50 лет (18 мужчин и 14 женщин). Пациенты оценивали болевые ощущения – до лечения, на 7, 14 дни лечения и через месяц после начала лечения.

Лечебный комплекс включал в себя следующие мероприятия. После устранения причины заболевания, например, протезирование зубов с восстановлением окклюзионной высоты, проводили релаксацию путем местных новокаиновых блокад триггерных зон. Кроме этого назначали препарат сирдалуд, который обладает свойствами миорелаксанта и анальгетика; дозы подбирали индивидуально: 8–16 мг/сут. Из физиотерапевтических процедур назначали электрофорез с гидрокортизоном, новокаином (лидокаином) на область сустава, местные парафиновые аппликации, дарсонвализацию.

Для объективизации боли нами использовались следующие методики.

Числовая ранговая шкала. Она состоит из последовательного ряда чисел от 0 до 10. Пациентам предлагалось оценить свои болевые ощущения цифрами от 0 (нет боли) до 10 (максимально возможная боль).

Вербальная ранговая шкала состоит из набора слов, характеризующих интенсивность болевых ощущений. Слова выстраива-

ются в ряд, отражающий степень нарастания боли, и последовательно нумеруются от меньшей тяжести к большей. Чаще всего используется следующий ряд дескрипторов: боли нет (0), слабая боль (1), умеренная боль (2), сильная боль (3), очень сильная (4) и нестерпимая (невыносимая) боль (5). Пациент выбирал слово, наиболее точно соответствующее его ощущениям.

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли – «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – «нестерпимая боль». Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу.

Пациентам предлагали сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых ими болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряли в сантиметрах и округляли до целого.

Мак-Гилловский болевой опросник («McGill Pain Questionnaire»). Пациенты читали все слова-определения и отмечали только те из них, которые наиболее точно характеризовали их боль, только по одному слову в любом из 20 вопросов.

Опросник состоит из подклассов вопросов. Каждый подкласс составили слова, сходные по своему смысловому значению, но

различаючися по інтенсивності передаваного ими болювощущення. Підкласи образували три основні класи: сенсорну шкалу, афективну шкалу і евалюативну (оценочну) шкалу. Дескриптори сенсорної шкали (1 – 13 підкласи) характеризують біль в термінах механічного впливу, змінення просторових або часових параметрів. Афективна шкала (14 – 19 підкласи) відображає емоційну сторону болю в термінах напруження, страху, гніву або вегетативних проявів. Евалюативна шкала (20-й підклас) складається з 5 слів, виражаючих суб'єктивну оцінку інтенсивності болю пацієнтом.

При заповненні опросника пацієнт вибирав слова, що відповідають його відчуттям в даний момент, в будь-якому з 20 підкласів (не обов'язково в кожному, але тільки одне слово в підкласі). Кожне вибране слово мало числовий показуваль, що відповідає порядковому номеру слова в підкласі. Підрахунок зводився до визначення двох показуваль: (1) індекса числа вибраних дескрипторів, який представляє собою суму вибраних слів, і (2) рангового індекса болю – суму порядкових номерів дескрипторів в підкласах. Обидва показуваль

підраховувалися для сенсорної і афективної шкали окремо або разом. Евалюативна шкала по своїй суті представляла вербальну рангову шкалу, в якій вибране слово відповідає певній рангу. Отримані дані заносилися в таблицю і представлялися в вигляді діаграми.

Результати дослідження різними методами визначили, що у всіх пацієнтів в досліджуваній групі було відзначено мінімальне зменшення інтенсивності болювого синдрому на 7-й день, помірне полегшення болю на 14-й день лікування і зникнення болю на 13-й день після початку лікування.

Порівнюючи різні методи визначення болю, можна сказати наступне.

Числова рангова шкала проста, наглядна і зручна при заповненні документації і може бути використана в час лікування. Вона дозволяє отримати інформацію про динаміку болю: порівнюючи попередні і наступні показуваль болювощущення, можна судити про ефективність проводимого лікування.

Вербальна рангова шкала проста в використанні, адекватно відображає інтенсивність болю у пацієнта. Дані вербальної рангової шкали добре спів-

відносяться з результатами змін інтенсивності болю при використанні інших шкал.

Візуальна аналогова шкала (ВАШ) є достатньо чутливим методом для кількісної оцінки болю і дані, отримані при використанні цієї шкали, добре корелюють з іншими методами вимірювання інтенсивності болю.

Мак-Гилловський болювий опросник оцінює біль не тільки кількісно, але враховує якісні особливості болю. Опросник дозволяє охарактеризувати в динаміці не тільки інтенсивність болю, але і її сенсорні і емоційні компоненти, що може бути використано в диференціальній діагностиці захворювань.

Як показав порівняльний аналіз, дані різних методів об'єктивізації болю в цілому співставимі між собою і доповнюють один одного.

В наступних дослідженнях у пацієнтів з патологією височноріжнечелюстного сугуга, крім психологічних, психофізіологічних і нейрофізіологічних методів, планується визначати болювощувствителюсть при використанні інструментальних методів дослідження.

Литература

1. Вальдман А. В. Центральні механізми болю / А. В. Вальдман, Ю. Д. Ігнатов. – Л.: Наука, 1976. – 191 с.
2. Вейн А. М. Боль и обезболивание / А. М. Вейн, М. Я. Авруцкий. – М.: Медицина, 1997. – 279 с.
3. Кукушкин М. Л. Нейрогенные болевые синдромы и их патогенетическая терапия / М. Л. Кукушкин, В. К. Решетняк, Я. М. Воробейчик // Анестезиология и реаниматология. – 1994. – № 4. – С. 36-41.
4. Михайлович В. А. Болевой синдром / В. А. Михайлович, Ю. Д. Ігнатов. – Л.: Медицина, 1990. – 336 с.
5. Шухов В. С. Боль: механизмы формирования и исследования в клинике / В. С. Шухов // Медицина и здравоохранение. Серия: невропатология и психиатрия. – Вып. 1. – М., 1990. – С. 25-62.
6. Freye E. *Opäaten in der Medizin* / E. Freye. – Berlin: Springer, 1994. – 300 S.
7. Hommel J. Rationelles Konzept einer Analgosedierung von Intensivpatienten / J. Hommel // *Medizin im Dialog*. – 1995. – Bd. 1. – S. 17.
8. Lerch C. Sedation and analgesia / Lerch C., Park G. R. // *Brit. Med. Bull.* – 1999. – Vol. 55, № 1. – P. 76-95.

Стаття надійшла
4.09.2012 р.

Резюме

Работа посвящена исследованию степени выраженности болевого синдрома у пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава различными методами оценки боли. Интенсивность боли определяли у 52 пациентов с нестабильностью височно-нижнечелюстного сустава при помощи числовой ранговой шкалы, вербальной ранговой шкалы, визуальной аналоговой шкалы и Мак-Гилловского болевого опросника. Данные различных методик в целом сопоставимы между собой и дополняют друг друга. Результаты исследования различными методиками определили, что у всех пациентов в исследуемой группе было отмечено минимальное снижение интенсивности болевого синдрома на 7-й день, умеренное облегчение боли на 14-й день лечения и исчезновение боли на 13-й день после начала лечения.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, боль, болевой синдром, числовая ранговая шкала, вербальная ранговая шкала, визуальная аналоговая шкала, Мак-Гилловский болевой опросник.

Резюме

Робота присвячена дослідженню ступеня інтенсивності болювального синдрому в пацієнтів із патологією скронево-нижньощелепного суглоба різними методами оцінки болю. Інтенсивність болю визначали в 52 пацієнтів із нестабільністю скронево-нижньощелепного суглоба за допомогою числової рангової шкали, вербальної рангової шкали, візуальної аналогової шкали та Мак-Гілловського болювального опитувальника. Дані різних методик у цілому з'являються між собою і взаємодоповнювальні. Результати дослідження різними методиками показали, що у всіх пацієнтів досліджуваної групи було виявлено мінімальне зниження інтенсивності болювального синдрому на 7-й день, помірне полегшення болю на 14-й день лікування і зникнення болю на 13-й день після початку лікування.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, біль, болювий синдром, числова рангова шкала, вербальна рангова шкала, візуальна аналогова шкала, Мак-Гілловський болювий опитувальник.

Summary

The work is devoted to the study of the severity of pain in patients with the pathology of temporomandibular joint with the use of different methods of pain evaluation. Pain intensity was determined in 52 patients with instability of temporomandibular joint with the help of numerical rank scale, verbal rank scale, visual analogue scale and McGill Pain Questionnaire. These various techniques are broadly comparable and complement each other. The results of study using various techniques determined that all patients in the study group noted minimal reduction in pain intensity on the seventh day, moderate pain relief on the 14th day of treatment and complete pain absence on the 30th day after the beginning of treatment.

Key words: temporomandibular joint, pain, pain syndrome, numerical ranking scale, verbal rank scale, visual analogue scale, McGill Pain Questionnaire.