

МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ БОЛИ В УРГЕНТНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

Кастыро И.В., Попадюк В.И., Чибисов С.М., Гемуев С.Н., Коль К.Г., Тремасов В.А., Дроздова Г.А.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6), e-mail: kalcna@mail.ru

В статье представлено исследование, посвященное сравнению эффективности визуально-аналоговой шкалы, цифровой рейтинговой шкалы и «шкалы-молнии», предложенной авторами, при оценке интенсивности острой боли у пациентов (240 человек) и пациентов с острым пульпитом и периоститом (42 человека). В условиях клиники Российского университета дружбы народов нами было опрошено 240 человек (130 мужчин и 110 женщин) с оториноларингологической патологией. 160 пациентов с болевым синдромом было опрошено при поступлении в отделение оториноларингологии по экстренным показаниям. 80 пациентов опрашивалось на предмет испытываемой боли через 1 час после планового или экстренного оперативного вмешательства. В поликлинических условиях стоматологической клиники было опрошено по 21 пациенту (28 мужчин и 14 женщин) с острым пульпитом и периоститом, соответственно. Предложенная вербальная шкала-молния оценки боли может быть рекомендована к применению в ургентной оториноларингологии и стоматологии при постановке диагноза и выборе анальгетика для купирования болевого синдрома.

Ключевые слова: острая боль, оториноларингология, стоматология, анальгетики.

THE PAIN OBJEKTIVIZATSYS METHODS IN URGENTNA OF OTORHINOLARYNGOLOGY AND STOMATOLOGY

Kastyro I.V., Popadyuk V.I., Chibisov S.M., Gemuyev S.N., Kohl K.G., Tremasov V.A., Drozdova G.A.

Russian people friendship university, Moscow, Russia (117198, st. Mikluho-Maclay, 6), e-mail: kalcna@mail.ru

The research devoted to comparison of efficiency of a visual and analog scale, digital rating scale and the "scale lightning" offered by authors is presented in article, at an assessment of intensity of sharp pain at patients (240 people) and patients with a sharp pulpitis and periostity (42 persons). In the conditions of clinic of the Russian university of friendship of the people we interrogated 240 people (130 men and 110 women) with otorhinolaryngologicheskyy pathology. 160 patients with a pain syndrome were interrogated at receipt in otorhinolaryngology office according to emergency indications. 80 patients were interrogated about felt pain in 1 hour after planned or emergency surgery. In polyclinic conditions of dental clinic we interrogated on 21 patients (28 men and 14 women) were with a sharp pulpitis and periostity, respectively. The offered verbal scale lightning of an assessment of pain can be recommended for application in urgentny otorhinolaryngology and stomatology at statement of the diagnosis and an analgetic choice for knocking over of a pain syndrome.

Key words: sharp pain, otorhinolaryngology, stomatology, analgetics.

Введение

Болевой синдром – один из важнейших синдромов, учитывающихся при постановке диагноза в условиях оказания экстренной помощи пациенту. Точная и объективная оценка боли необходимы для диагностики, выбора лечения и оценки дальнейшей его эффективности в оториноларингологии.

Поскольку боль – это субъективный и многомерный опыт самого человека, оценка болевых ощущений на данный момент представляет собой отдельную серьезную проблему. Интенсивность и характер боли зависят от психоэмоционального фона, пола, возраста, пластичности нервной системы, нозологии и других факторов. Помимо этого, уровень боли

может быть различным при его оценке врачом, самим пациентом, бригадой скорой помощи, родителем и др., что создает определенные трудности на начальном этапе госпитализации.

Так как боль субъективна, она может быть оценена только косвенно, на основании самооценки пациента, которая сильно зависит от множества внутренних и внешних факторов. Поэтому определение интенсивности боли у одного пациента с использованием различных шкал может давать несколько отличные результаты. О вариабельности боли в зависимости от пола также сообщают многие авторы: женщины, по сравнению с мужчинами, более чувствительны к болезненным стимулам в эксперименте, воспринимают клиническую боль с более высокой серьезностью чаще, чем мужчины [2]. Принимая во внимание фактор пола, представляется трудным объективно оценить «среднюю» боль группы, включающей пациентов обоих полов. Однако индивидуальная оценка боли конкретным человеком важнее, чем совокупность болевых ощущений нескольких больных [9].

В условиях отсутствия «золотого стандарта» в современной клинической практике разработан и используется ряд методов оценки боли: визуально-аналоговая шкала (ВАШ) [6], цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ), невербальная шкала боли [8], вербальная рейтинговая шкала (ВРШ), манчестерская шкала боли [3], опросник боли МакГилла и другие. На данный момент M.S.M. Mark et al., по результатам опроса 400 пациентов, обратившихся с острым болевым синдромом в отделение скорой помощи окружного госпиталя Гонконга, установили минимальные клинически значимые цифры для болевого синдрома, которые составили от 13,6 до 20,6 мм (среднее значение – 17 мм) [7].

В различных работах предпринимались попытки провести сравнение некоторых шкал. В частности, много работ по сравнению ВАШ, ЦРШ и ВРШ. Так, Sergio Ponce de Leon et al. на кафедре аудиологии, проведя опрос 30 студентов Автономного университета штата Пуэбла (Мексика), показали, что коэффициент корреляции для ВАШ составил $r=0,818$, для ЦРШ – $r=0,735$, а для ВРШ – $r=0,796$. В другом своем исследовании эти же авторы рекомендуют для опроса пациентов на предмет испытываемой боли среди указанных шкал именно вербально-рейтинговую шкалу [10]. Интересные результаты по оценке послеоперационной боли и болевого стресса у пациентов после септопластики с помощью ВАШ приводят M.T.M. Araújo et al.: стресс-реакции (подъем артериального давления, изменения некоторых параметров кардиоритма и др.) наступали при средней оценке боли пациентами $5,0 \pm 0,9$ см и выше [1].

Цель исследования: провести аппроксимационный анализ результатов оценки болевого синдрома у пациентов с острой болью воспалительного генеза с помощью

известных аналоговых шкал (ВАШ, ЦАШ) и предложенной нами вербальной шкалы-молнии оценки боли (рис. 1).

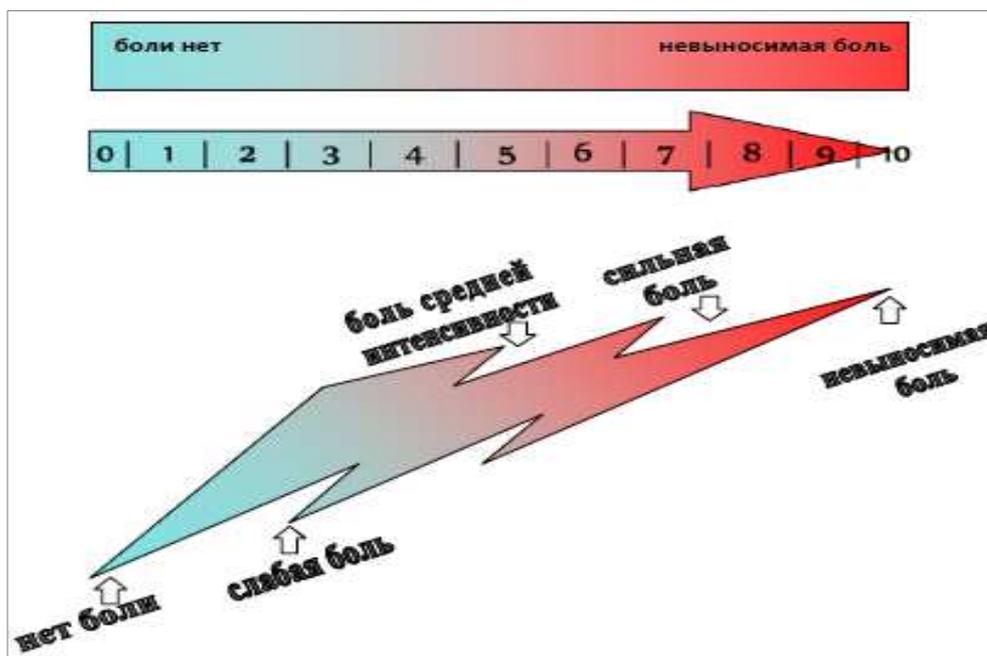


Рисунок 1. Шкалы оценки интенсивности боли: а – визуально-аналоговая шкала, б – цифровая аналоговая шкала, в – вербальная шкала-молния оценки боли.

Материалы и методы. В условиях ЛОР-клиники Российского университета дружбы народов (РУДН) нами было опрошено 240 человек (130 мужчин и 110 женщин) с оториноларингологической патологией. 160 пациентов с болевым синдромом было опрошено при поступлении в отделение оториноларингологии по экстренным показаниям. 80 пациентов опрашивалось на предмет испытываемой боли через 1 час после планового или экстренного оперативного вмешательства.

В поликлинических условиях стоматологической клиники РУДН мы опросили по 21 пациенту (28 мужчин и 14 женщин) с острым пульпитом и периоститом соответственно.

На этапе опроса пациентов с помощью ВАШ и ЦАШ мы столкнулись с затруднением при оценке боли пациентами, поэтому нами была разработана вербальная шкала-молния, наглядно демонстрирующая уровни боли, ее возможные минимум и пик. В шкалу мы также внесли элементы ВРШ и цветовую окраску боли. Процесс опроса заключался в раздельной демонстрации шкал для исключения тенденциозности ответов.

Результаты исследования. *Боль у ЛОР-пациентов.* Сравняя результаты ВАШ и ШМ, мы получили коэффициент детерминации $R=0,80$. Коэффициент корреляции для ЦРШ и ШМ был $R=0,831$, а для ВАШ и ЦРШ – $R=0,84$ (диаграмма 1). *Сравнение шкал у пациентов стоматологического профиля.* Сравняя интенсивность болевого синдрома у пациентов с острым пульпитом с помощью ВАШ и ШМ, коэффициент детерминации был

равен 0,79, ЦРШ и ШМ — $R=0,81$, а ВАШ и ШМ — $R=0,83$ (диаграмма 2).

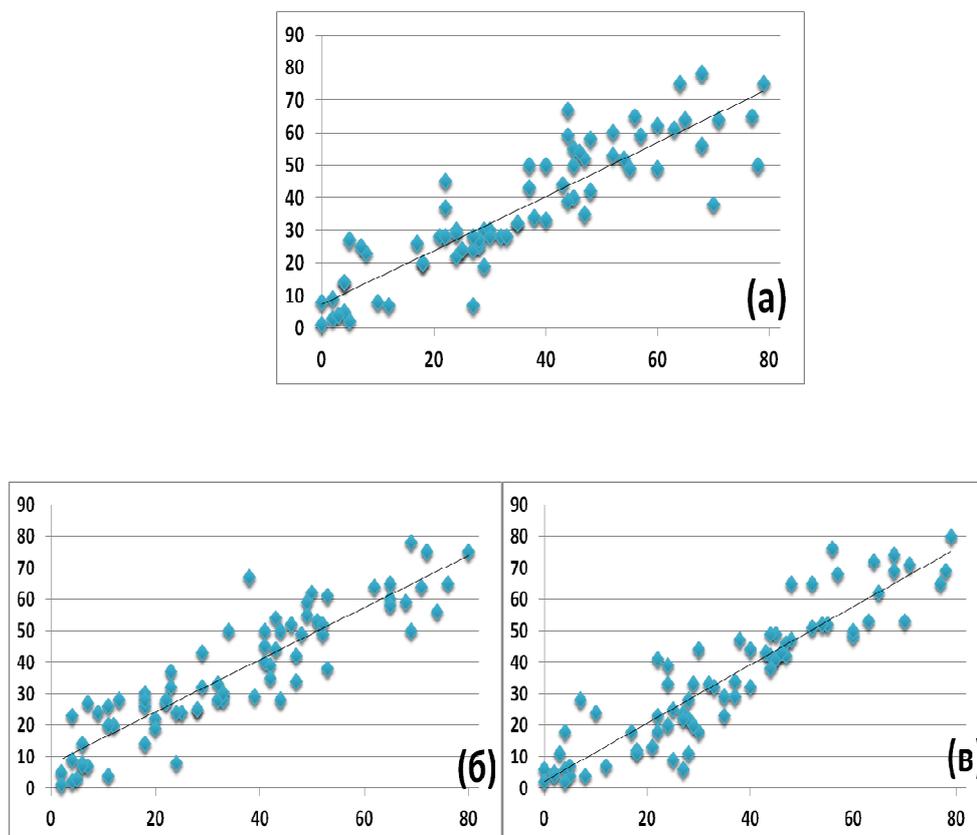
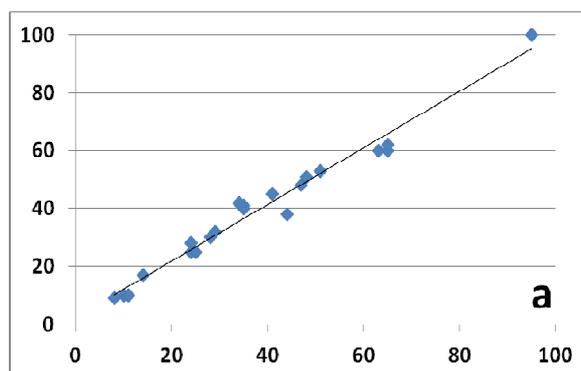


Диаграмма 1. Линейная регрессия результатов ВАШ и ШМ (а), ЦРШ и ШМ (б), ВАШ и ЦРШ (в) у ЛОР-пациентов.

Обсуждение результатов. Как видно, в ходе исследования нами были получены относительно высокие коэффициенты детерминации. Значение R для ВАШ и ШМ не превысило отметку 0,9 и выше не потому, что ШМ не обладает достаточной достоверностью, а потому, что ВАШ имеет свою высокую погрешность. Так, по Kaur K. et al., при сравнении ВАШ и ВРШ среди 540 китайцев, малайцев и индийцев коэффициент корреляции составил от 0,316 до 0,800 ($p < 0,01$) [5]. Fosnocht D.E. et al., сравнивая те же шкалы у 1499 пациентов, при коэффициенте корреляции 0.667 ($p < 0,001$) показали, что ВАШ не обладает достаточной валидностью [4].



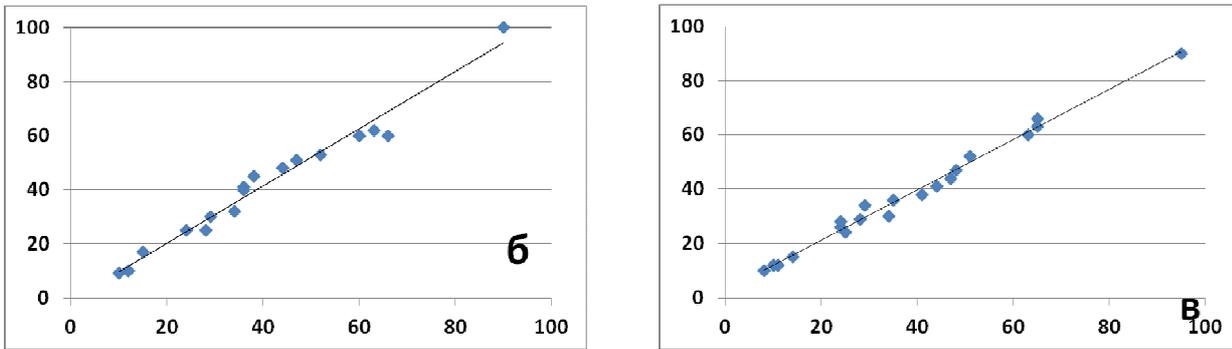


Диаграмма 2. Линейная регрессия результатов ВАШ и ШМ (а), ЦРШ и ШМ (б), ВАШ и ЦРШ (в) у пациентов стоматологического профиля.

Заключение. Таким образом, предложенная нами вербальная шкала-молния оценки боли может быть применима на практике: с помощью нее, наряду с ВАШ и ЦАШ, возможно адекватно определять уровень болевого синдрома и использовать ее для выбора метода анальгезии в условиях экстренных скорпомощных ситуаций как в отделениях оториноларингологии, так и в условиях стоматологической поликлиники.

Список литературы

1. Araújo M.T.M., Ouayoun M., Poirier J.M., Bayle M.M., Vasquez E.C., Fleury B.. Transitory increased blood pressure after upper airway surgery for snoring and sleep apnea correlates with the apnea-hypopnea respiratory disturbance index. *Braz J Med Biol Res*, December 2003, Volume 36(12); 1741-1749.
2. Berkley K.J. Sex differences in pain. *Behav. Brain Sci.* 1997; 20:371-80.
3. Fiona Lyon. The convergent validity of the Manchester pain scale. *Emergency Nurse*. Vol. 13, № 1, april, 2005: 34-38.
4. Fosnocht D.E., Chapman C.R., Swanson E.R., Donaldson G.W. Correlation of change in visual analog scale with pain relief in the ED. *Am J Emerg Med*. 2005. Jan; 23(1):55-9.
5. Kaur K., Ong B.C. Visual Analogue Scale vs Verbal Descriptor Scale for the measurement of pain in post-surgical patients in a population of Chinese, Malays and Indians. *ASEAN J Anaesthesiol*. 2000; 1: 3-8.
6. Leino KA, Kuusniemi KS, Lertola KK, Olkkola KT. Comparison of four pain scales in patients with hip fracture or other lower limb trauma. *Acta Anaesthesiol. Scand*. 2011, Apr; 55 (4): 495-502.
7. Mark M.S.M., Au T.T.S., Y.F. Choi, T.W. Wong. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score in a local emergency setting. *Hong Kong J.Emerg.Med*. 2009; 16:233-236.

8. Marmo L., Fowler S. Pain assessment tool in the critically ill post-open heart surgery patient population. *Pain Manag. Nurs.* 2010. Sep; 11(3):134-40.
9. Philadelphia Panel. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions: Overview and Methodology. *Phys. Ther.* 2001; 81: 1629-40.
10. Sergio Ponce de Leon, Carmen Lara-Muñoz, Alvan R Feinstein, Carolyn K Wells. A comparison of three ratings scales for measuring subjective phenomena in clinical research: II. Use of experimentally controlled visual stimuli. *Volume 35, Issue 2, Pages 157-162.*

Рецензенты:

Ушкалова Елена Андреевна, д.м.н., профессор, профессор кафедры фармакологии РУДН, г. Москва.

Шастун Сергей Антонович, д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии РУДН, г. Москва.