

И.В. Кастыро ¹, В.И. Попадюк ¹, М.Л. Благодравов ¹, О.С. Ключникова ¹, Ж.В. Кравцова ²

ОПРОСНИК БОЛИ МАК-ГИЛЛА КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ И ПОЛИПОТОМИИ НОСА

¹ ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва)

² ГБУЗ «Брянская областная больница № 1» (Брянск)

Проведено исследование острой послеоперационной боли у пациентов с искривлением перегородки носа (1-я группа, 25 пациентов) и полипозным риносинуситом (2-я группа, 31 пациент) с помощью аналоговых шкал и опросника боли Мак-Гилла. Получены высокие коэффициенты корреляции между аналоговыми шкалами и опросником Мак-Гилла в 1-й и 2-й группах – 0,8 и 0,77 соответственно. Доказана достоверная ($p < 0,01$) сильная связь между аналоговыми шкалами и опросником Мак-Гилла. При оценке сенсорного, эмоционального, оценочного компонентов опросника Мак-Гилла выявлено, что болевой синдром обеих групп соответствует низкому.

Ключевые слова: опросник боли Мак-Гилла, болевой синдром, риносептопластика, полипотомия носа

MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE AS A METHOD OF IDENTIFICATION OF PAIN SYNDROME LEVEL IN PATIENTS AFTER RHYNOSEPTOPLASTY AND POLYPOTHOMY

I.V. Kastyro ¹, V.I. Popadyuk ¹, M.L. Blagonravov ¹, O.S. Kluchnikova ¹, Zh.V. Kravtsova ²

¹ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

² Bryansk Regional Hospital N 1, Bryansk

We researched acute postoperative pain in patients with nasal septum deviation (group 1; 25 patients) and with polypoid rhinosinusitis (group 2; 31 patient) by means of analogue scales (AS) and McGill Pain Questionnaire (MPQ). High correlation coefficients between AS and MPQ values – 0,80 and 0,77 in group 1 and group 2 agreeably – were obtained. Strong reliable connection ($p < 0,01$) between AS and MPQ values was proved. While evaluating sensory, affective and evaluative components of MPQ low level of pain in both groups was revealed.

Key words: McGill Pain Questionnaire, pain syndrome, rhynoseptoplasty, polypothomy

Предметом оперативной ринологии являются хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух, требующие хирургической коррекции для устранения дефектов носового дыхания и санации очагов хронической инфекции. Одним из важных вопросов, помимо различных техник и методик операций, является послеоперационное обезболивание. Качественное описание боли и субъективная оценка пациентом её интенсивности служат ценным источником информации при постановке диагноза и разработке программы лечения, которая приведёт к улучшению состояния пациента [10]. Во многих исследованиях было показано, что некорректное определение уровня боли может привести к назначению неадекватного обезболивания. Только регулярная и рутинная оценка боли, наряду с оценкой других физиологических параметров, может дать достаточную информацию для врача, который ведет пациента с болевым синдромом, и, таким образом, позволит оптимизировать лечение [2]. Одним из таких методов является опросник Мак-Гилла.

Опросник боли Мак-Гилла (ОБМ) предполагает, что боль определяется многими факторами. Она включает в себя сенсорный, эмоциональный и оценочный аспекты. ОБМ включает цифровую шкалу интенсивности боли, набор слов-дескрипторов и описание боли [7]. Пациенты выбирают характери-

зующие болевые ощущения слова, распределенные по 20 группам. Пациентам предлагается выбрать не более одного слова из группы. Слова из 1 – 10-й групп характеризуют чувствительность, эмоциональность – из 11 – 15-й групп.

Для изучения надежности опросника R. Melzack (1975) предлагал пациентам полную форму опросника три раза с интервалом от 3 до 7 дней и обнаружил 70,3% совпадений. В пользу валидности полной версии опросника свидетельствует чувствительность к изменениям болей, связанным с лечением [7].

Хотя в отдельных работах показана воспроизводимость результатов при повторном тестировании [7] и обоснован трёхфакторный подход к оценке боли. Wilkie et al. (1990) установили наличие высокой корреляции сенсорного и эмоционального факторов, нормы для основной формы опросника на базе анализа 51 исследования, в котором было обследовано 3624 больных с различными видами болевых состояний [9]. Эти данные позволяют использовать итоговое значение общего рейтинга боли (ОРБ) и паттернов интересующих нас подклассов вместо тех, что отражают главные факторы. Также на основании этих данных представляется возможным предложить паттерн выбора боли ОРБ в качестве удобного инструмента определения характера испытываемой боли и его сравнения у разных пациентов.

Было показано, что, несмотря на адаптированность ОБМ для многих языков мира, не представляется возможным установить межкультурное соответствие перевода из-за отсутствия в доступной научной литературе достоверных клинометрических характеристик существующих вариантов опросника [8]. Согласно определению различия между измерением и оценкой по McGuire [6], ВАШ можно назвать средством измерения боли, так как она является попыткой объективного нахождения количества боли, тогда как ОБМ – наиболее известный инструмент оценки боли. Он позволяет получить более полную картину болевого ощущения, пригодную для большинства клинических исследований.

Лист опросника составлен из 78 дескрипторов боли, распределённых по 20 подклассам (табл. 1), которые отражают 3 главных болевых аспекта (сенсорный, эмоциональный и оценочный) и 1 смешанный фактор. Сенсорный аспект – Sensory Pain Rating (SPR) – определяется 1 – 10-м субклассами, эмоциональный – Affective Pain Rating (APR) – 11 – 15-м субклассами, оценочный – Evaluative Pain Rating (EPR) – 16-м субклассом. 17 – 20-й субклассы отражают другое разнообразие болевого синдрома – Miscellaneous Pain Rating (MPR). Все факторы и подклассы ранжированы по балльной системе, отражающей усиление интенсивности боли. Каждый подкласс содержит от 2 до 5 дескрипторов, описывающих уровень интенсивности

боли в данном подклассе. Итоговое значение ОРБ (ранговый индекс боли – Pain Rating Index, PRI) выводится на основе суммирования всех выбранных дескрипторов из всех 20 подклассов и изменяется от 0 до 78. Итоговые суммы могут быть также подсчитаны для каждого фактора сложением значений дескрипторов, соответствующих фактору подклассов. Итоговая сумма для сенсорного фактора варьирует от 0 до 42, для эмоционального – от 0 до 14, для оценочного – от 0 до 5, а для MPR – от 0 до 20. Настоящее ощущение интенсивности боли (НИБ) оценивается по шкале от 0 до 5. Общее число выбранных слов (ОЧС) также является самостоятельной оценкой боли. Таким образом, опросник Мак-Гилла даёт семь оценок испытываемой боли.

К. Mystakidou et al. (2007) показывают значительную корреляцию настоящего ощущения интенсивности боли с типом испытываемой боли. Методом многомерного регрессионного анализа установлено, что пациенты, выбирающие дескрипторы «колющая» и «вызывающая чувство тревоги», с большей вероятностью имеют ноцицептивный нежели нейропатический характер боли. Дальнейший анализ данных показал, что для дифференциации ноцицептивной и нейропатической боли наибольшее значение, по-видимому, имеют сенсорные дескрипторы [4].

Дескрипторы качества боли оказались полезны при различении нейропатического, ноцицептивного и смешанного характера боли. Нейропатическая

Таблица 1

Опросник боли Мак-Гилла [6]

1. Схватывающая пульсирующая, дергающая стегающая колотящая долбящая	7. Горячая жгучая прижигающая палящая	14. Грубая изнурительная злая жесточкая убийственная	Настоящее ощущение интенсивности боли: 0 – нет боли 1 – слабая 2 – умеренная 3 – сильная 4 – сильнейшая 5 – непереносимая
	8. Покалывающая зудящая разъедающая жалящая	15. Сокрушительная ослепляющая	
2. Боль, подобная: электрическому разряду сильному удару тока выстрелу	9. Тупая ноющая ломающая размозжающая раскалывающая	16. Раздражающая обессиливающая интенсивная мучительная непереносимая	Моментальная Краткосрочная Преходящая
3. Колющая впивающаяся сверлящая буравящая взрывная	10. Распирающая тянущая пилящая разрывающая	17. Обширная разлитая проникающая пронизывающая	Ритмическая Периодическая Переменяющаяся
4. Острая полосующая разрывающая	11. Утомляющая изнуряющая	18. Угнетающая вводящая в оцепенение злая приводящая в ярость приводящая в отчаянье	Длительная Неизменная Постоянная
5. Щемящая давящая грызущая стискающая раздавливающая	12. Тошнотворная удушающая	19. Холодящая сковывающая леденящая	Н – наружная В – внутренняя
6. Тянущая выкручивающая выламывающая	13. Тревожающая страшная ужасающая	20. Мешающая досаждающая навязчивая мучающая пытающая	<u>Комментарий:</u>

боль часто описывается как полосующая, жгучая, сжимающая, подобная электрическому разряду или удару тока, колющая, зудящая [1, 5]. Ноцицептивную боль обычно характеризуются другими определениями – такими, как острая, ломящая, пульсирующая, давящая [3].

Целью нашего исследования являлось определение возможности применения ОБМ для диагностики острого болевого синдрома в послеоперационном периоде у больных с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом, сравнение достоверности и степени корреляции между ОБМ и аналоговыми шкалами (АШ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 25 пациентов с искривлением перегородки носа (1-я группа – 8 женщин и 17 мужчин), 31 пациент с полипозным риносинуситом (2-я группа – 11 женщин и 20 мужчин). Возраст пациентов составлял от 17 до 73 лет. Для оценки боли с помощью АШ мы использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), цифровую рейтинговую шкалу (ЦРШ) и вербальную шкалу-молнию (ШМ), предложенную нами.

Хирургические вмешательства проводились под местной анестезией 2% или 10% раствором лидокаина в зависимости от вида патологии. Послеоперационное обезболивание проводилось внутримышечным введением 50% раствора анальгина при необходимости.

Опрос пациентов проводился через 24 часа после окончания операции.

Интенсивность боли, оцениваемая с помощью аналоговых шкал, измерялась в миллиметрах (каждая шкала имела размер 100 мм). Пациентам предлагалось оценить боль с помощью вертикальной линии. Вычислялось среднее значение интенсивности боли по трем шкалам для каждого пациента. Все средние значения интенсивности боли по результатам аналоговых шкал были разделены на 6 равных групп для соответствия 6 определениям НИБ. Корреляционный анализ проводился между 6 группами средних значений уровня боли по результатам аналоговых шкал и баллами шкалы НИБ для каждой из групп. Силу корреляционной связи мы оценивали при помощи вербально-цифровой шкалы Харрингтона. Также мы оценивали для каждой группы SPR, APR, EPR, MPR, PRI. Суммарный показатель по каждому значению мы распределяли от 0 до 5, от 5 до 10 и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В первой группе коэффициент корреляции (*r*) между средними значениями АШ и шкалой НИБ составил 0,8, связь была прямая, сильная и достоверная (*p* < 0,01). Во второй группе *r* = 0,77, связь также была прямая, сильная и достоверная (*p* < 0,01) (рис. 1)

Результаты диапазонов значений для обеих групп SPR, APR, EPR, MPR и PRI представлены в таблицах 2 и 3.

В первой группе большинство пациентов (60 %) набрало сумму до 5 баллов, 16 % опрошенных набрали сумму в пределах от 5 до 10 баллов, а 12 % – от 10 до 15 баллов (табл. 2).

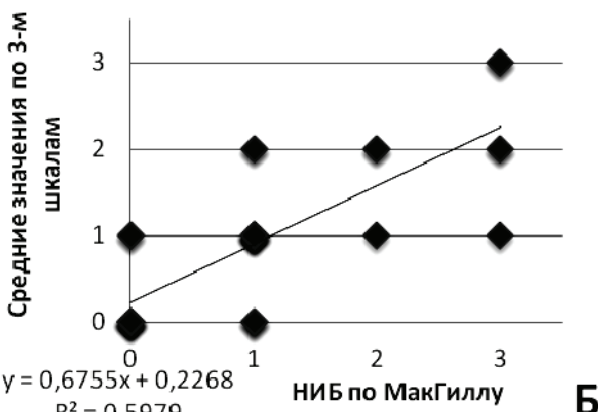
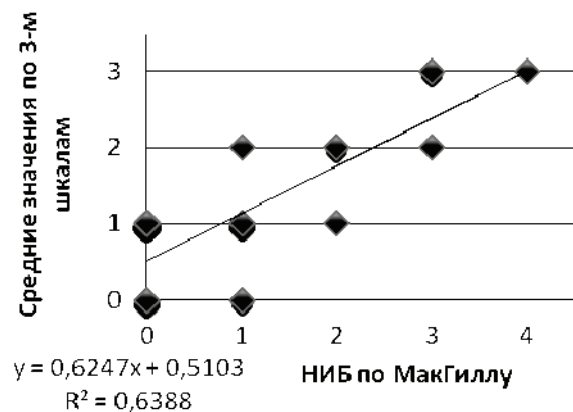


Рис. 1. Линейная регрессия соотношения средних значений АШ и шкалой НИБ для 1-й (А) и 2-й (Б) группы.

Значения параметров шкалы Мак-Гилла для 1-й группы

Таблица 2

Диапазон суммы баллов	PRI	%	SPR	%	APR	%	MPR	%	баллы	EPR	%
< 5	15	60	19	76	23	92	24	96	0	20	80
5 ≤ x < 10	4	16	3	12	1	4	0	0	1	2	8
10 ≤ x < 15	3	12	1	4	1	4	1	4	2	2	8
15 ≤ x < 20	0	0	1	4	0	0	0	0	3	1	4
20 ≤ x < 25	0	0	1	4	0	0	0	0	4	0	0
≥ 25	3	3	0	0	0	0	0	0	5	0	0

Значения параметров шкалы Мак-Гилла для 2-й группы

Диапазон суммы баллов	PRI	%	SPR	%	APR	%	MPR	%	баллы	EPR	%
< 5	22	70,96	24	77,41	31	100	30	96,77	0	29	93,54
5 ≤ x < 10	4	12,9	3	9,67	0	0	1	3,22	1	1	3,22
10 ≤ x < 15	4	12,90	3	9,67	0	0	0	0	2	0	0
15 ≤ x < 20	0	0	1	3,22	0	0	0	0	3	1	3,22
20 ≤ x < 25	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
≥ 25	1	3,22	0	0	0	0	0	0	5	0	0

Во второй группе (табл. 3) сумма до 5 баллов была зафиксирована у большего количества человек — 70 %, а в интервалах от 5 до 10 и от 10 до 15 — по 12,9 %. Сумма сенсорного компонента также в основном распределялась до 5 баллов у обеих групп (в 1-й группе — у 76 %, во 2-й группе — у 100 %), но в 1-й группе у 12 % сумма находилась во втором интервале, а у 12 % она превысила отметку в 10 баллов.

Сумма баллов по эмоциональному компоненту и смешанному компоненту (MPR) у 1-й и 2-й групп находилась в пределах 1-го диапазона.

ВЫВОДЫ

1. На основании высокого коэффициента корреляции и достоверной и сильной связи между средними значениями аналоговых шкал и значениями НИБ у обеих групп мы можем говорить о возможности применения опросника боли Мак-Гилла для оценки интенсивности болевого синдрома у пациентов с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом в послеоперационном периоде.

2. Так как суммы значений SPR, APR, EPR, MPR и PRI у большинства человек обеих групп находились в диапазоне до 10–15 баллов, то выраженность острого послеоперационного болевого синдрома у пациентов с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом можно назвать низкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boureau F., Luu M., Doubrere J.F. Qualitative and quantitative study of a French pain McGill adapted questionnaire in experimental and clinical conditions // Pain. — 1984. — N 21, Suppl. 2. — P. 422.

2. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain // Br. J. Anaest. — 2008. — Vol. 101, N 1. — P. 17–24

3. Cherny N.I., Thaler H.T., Friedlander-Klar H. et al. Opioid responsiveness of cancer pain syndromes caused by neuropathic or nociceptive mechanisms: a combined analysis of controlled, single-dose studies // Neurology. — 1994. — Vol. 44, N 5. — P. 857–861.

4. Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E. et al. Comparison of pain quality descriptors in cancer patients with nociceptive and neuropathic pain // In Vivo. — 2007. — Vol. 21, N 1. — P. 93–97.

5. Masedo Al., Esteve R. Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV) // Pain. — 2000. — N 85. — P. 451–456.

6. McGuire D.B. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain // J. Pain Symptom Manage. — 1992. — N 7. — P. 312–319.

7. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods // Pain. — 1975. — Vol. 1, N 3. — P. 277–299.

8. Menezes C.L.C., Maher C.G., McAuley J.H., Costa L.O. Systematic review of cross-cultural adaptations of McGill Pain Questionnaire reveals a paucity of clinimetric testing // J. Clin. Epidemiol. — 2009. — Vol. 62, N 9. — P. 934–943.

9. Wilkie D.J., Savedra M.C., Holzemer W.L., Tessler M.D. et al. Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: a meta-analysis // Nursing Research. — 1990. — Vol. 39, N 1. — P. 36–41.

10. Vickers E.R., Cousins M.J., Woodhouse A. Pain description and severity of chronic orofacial pain conditions // Aust. Dent. J. — 1998. — Vol. 43, N 6. — P. 403–409.

Сведения об авторах

Кастыро Игорь Владимирович — аспирант кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-оториноларинголог (117198, г. Москва, ул. М.-Маклая, 8; тел.: 8 (915) 266-07-87; e-mail: ikastyro@gmail.com)

Попадюк Валентин Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-оториноларинголог (117198, г. Москва, ул. М.-Маклая, 8; тел.: 8 (495) 955-65-64; e-mail: lorval@mail.ru)

Благонравов Михаил Львович — доктор медицинских наук, доцент кафедры общей патологии и патологической физиологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-хирург (117198, г. Москва, ул. М.-Маклая, 8; тел.: 8 (495) 955-65-64; e-mail: blagonravovm@mail.ru)

Ключникова Ольга Сергеевна — студентка V курса медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (117198, г. Москва, ул. М.-Маклая, 8; тел.: 8 (495) 955-65-64; e-mail: olgakluch@yandex.ru)

Кравцова Жанна Валентиновна — врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Брянская областная больница № 1» (241033, г. Брянск, пр-т Станке Димитрова, 86; тел.: 8 (4832) 41-49-44; e-mail: kristina1459@mail.ru)