

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

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

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

**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.

**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 14<sup>th</sup> day of treatment and complete pain absence on the 30<sup>th</sup> 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.

### **Литература**

1. Вальдман А. В. Центральные механизмы боли / А.В. Вальдман, Ю.Д. Игнатов.- 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. Игнатов.— 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. Opiaten 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.

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 U 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 выстраиваются 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 различающиеся по интенсивности передаваемого ими болевого ощущения. Подклассы образовали три основных класса: сенсорную шкалу, аффективную шкалу и эвалюативную (оценочную) шкалу. Дескрипторы сенсорной шкалы (1 – 13 подклассы) характеризуют боль в терминах механического воздействия, изменения пространственных или временных параметров. Аффективная шкала (14 – 19 подклассы) отражает эмоциональную сторону боли в терминах напряжения, страха, гнева или вегетативных проявлений. Эвалюативная шкала (20-й подкласс) состоит из 5 слов, выражающих субъективную оценку интенсивности боли пациентом.

При заполнении опросника пациент выбирал слова, соответствующие его ощущениям в данный момент, в любом из 20 подклассов (не обязательно в каждом, но только одно слово в подклассе). Каждое выбранное слово имело числовой показатель, соответствующий порядковому номеру слова в подклассе. Подсчет сводился к определению двух показателей: (1) индекса числа выбранных дескрипторов, который представляет собой сумму выбранных слов, и (2) рангового индекса боли – сумма порядковых номеров дескрипторов в подклассах. Оба показателя подсчитывались для сенсорной и аффективной шкал отдельно или вместе. Эвалюативная шкала по своей сути представляла вербальную ранговую шкалу, в которой выбранное слово соответствует определенному рангу. Полученные данные заносились в таблицу и представлялись в виде диаграммы.

**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.

Сравнивая же различные методы определения боли, можно сказать следующее.

Числовая ранговая шкала проста, наглядна и удобна при заполнении документации и может быть использована во время лечения. Она позволяет получить информацию о динамике боли: сопоставляя предыдущие и последующие показатели болевых ощущений, можно судить об эффективности проводимого лечения.

Вербальная ранговая шкала проста в использовании, адекватно отражает интенсивность боли у пациента. Данные вербальной ранговой шкалы хорошо сопоставляются с результатами измерений интенсивности боли при помощи других шкал.

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) является достаточно чувствительным методом для количественной оценки боли и данные, полученные при помощи этой шкалы, хорошо коррелируют с другими методами измерения интенсивности боли.

Мак-Гилловский болевой опросник оценивает боль не только количественно, не учитывает качественные особенности боли. Опросник позволяет охарактеризовать в динамике не только интенсивность боли, но и ее сенсорный и эмоциональный компоненты, что может быть использовано в дифференциальной диагностике заболеваний.

Как показал сравнительный анализ, данные различных методов объективизации боли в целом сопоставимы между собой и дополняют друг друга.

В дальнейших исследованиях у пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава, кроме психологических, психофизиологических и нейрофизиологических методов, планируется определять болевую чувствительность при помощи инструментальных методов обследования.