

О. С. Редькин

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
МАК-ГИЛЛОВСКОГО БОЛЕВОГО
ВОПРОСНИКА
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ
ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА**
*Кировская государственная медицинская
академия*

Известно, что головная боль (ГБ) – один из самых частых болевых феноменов в современной человеческой популяции [2, 3, 6]. Около 95% всех цефалгий составляют первичные или функциональные головные боли: мигрень и головная боль напряжения (ГБН). Несмотря на известные критерии различных типов цефалгий, отраженных в международной классификации, их дифференциальная диагностика может составлять определенные трудности, поэтому актуальным является применение простой методики, которая бы позволила не только разграничивать, но и количественно отражать все нюансы этого феномена. С этой целью нами был апробирован Мак-Гилловский болевой вопросник, предложенный R. Melzack [4] для количественного описания алгических синдромов.

Материалы и методы

С целью изучения особенностей болевого синдрома у пациентов с цефалгиями нами обследовано 86 пациентов с первичными головными болями. Из них 32 человека с мигренью, 28 с ГБН, 26 человек со смешанной головной болью (СГБ). Отнесение пациентов к группе мигрени и ГБН осуществлялось на основании международной классификации головной боли от 2003 года [5], группу СГБ

составили пациенты с картиной головной боли, не соответствовавшей критериям мигрени и ГБН. Для исключения вторичного характера цефалгии большей части пациентам было проведено нейровизуализационное исследование головного мозга (КТ, МРТ). Для независимой оценки болевого феномена мы применили метод многомерной семантической дескрипции боли, в основу которого положен отечественный вариант Мак-Гилловского болевого опросника [1]. Адаптированный вариант содержит 78 слов-дескрипторов, объединенных в 20 подклассов (субшкал) по принципу смыслового значения, образующих три главных шкалы: сенсорную, аффективную и эвалюативную (оценочную). Пациентам предлагалось самостоятельно описать свою головную боль, выбрав те или иные дескрипторы в любых (не обязательно в каждой) из 20 субшкал, но только один в субшкале. По данным вопросника вычислялись следующие показатели: 1) число выбранных дескрипторов (ЧД); 2) ранговый индекс боли (РИБ) – сумма рангов дескрипторов (ранг – порядковый номер дескриптора в субшкале). Данные параметры определялись по вопроснику в целом и по каждой отдельно взятой субшкале. Кроме того, оценивалась интенсивность болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Нами были применены непараметрические методы для анализа полученных данных, которые представлены в виде Me ($LQ+VQ$) (медиана, 25, 75 процентиля, соответственно). Достоверность различий измерений двух независимых выборок проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни, при этом различие считалось достоверным при вероятности возможной ошибки меньше 5% ($p<0,05$). Корреляционный анализ проводился по методу Спирмена.

Результаты

Проведенный сравнительный анализ данных показал, что группа пациентов с ГБН имела достоверные отличия ($p<0,05$) по всем параметрам от группы мигрени и СГБ (из таблицы видно, что все показатели при ГБН были значительно меньше, чем в других группах). Группа мигрени имела отличие от группы с СГБ по показателям ЧД в целом по шкале, числа рангов по сенсорной шкале (ЧДс), ранговому индексу боли по аффективной шкале (РИБа), интенсивности болевого синдрома.

Показатель ЧД отражает описательный компонент болевого синдрома в целом по вопроснику (иначе говоря, это количество слов, которыми пациент описывает свою боль). Этот показатель у пациентов с ГБН был самый низкий и составил в среднем 8 баллов (из 20 возможных), у пациентов с мигренью он был равен в среднем 14 баллам, а при СГБ – 19 баллам, то есть был

Баллированная оценка показателей по данным Мак-Гилловского болевого вопросника,
Me(LQ÷VQ)

	РИБ	ЧД	РИБс	ЧДс	РИБа	ЧДа	ИНТ
Мигрень	34* (29÷35)	14* (12÷16)	26* (20÷33)	7* (5÷9)	8* (6÷10)	5*	8* (7÷9)
ГБН	20 (11÷24)	8 (5÷11)	10 (4÷12)	4 (2÷6)	4 (2÷5)	3	5,5 (4÷7)
СГБ	41* (35÷42)	19** (18÷20)	27* (25÷29)	12** (11÷13)	6** (5÷8)	5*	6,5** (6÷8)

ЧД, РИБ – число дескрипторов и ранговый индекс боли по вопроснику в целом;

ЧДс, РИБс – число дескрипторов и ранговый индекс боли по сенсорной субшкале;

ЧДа, РИБа – число дескрипторов и ранговый индекс боли по аффективной субшкале;

Инт – интенсивность головной боли (по 10-балльной шкале).

* – достоверные различия от группы ГБН

** – достоверные различия от группы мигрени и ГБН, $p < 0,05$

практически максимальным. Показатель ЧДс отражает описательный компонент боли по сенсорной шкале. Он также был самым низким у пациентов с ГБН (в среднем 4 балла), при мигрени – 7 баллов, а при СГБ – 12 баллов (при максимуме в 13 баллов). Именно увеличение показателя ЧДс давало прирост ЧД по вопроснику в целом в группе СГБ. Иными словами, пациентам с СГБ приходилось «хуже всего» в описании своих цефалгий, что выявлялось и при анализе жалоб на этапе сбора анамнеза. Так, если пациенты с ГБН или мигренью довольно четко характеризовали свои боли («давящие», «пульсирующие» и т.д.), то пациенты с СГБ описывали свой болевой синдром, применяя множество определений, иногда описывали свою боль метафорически, так как не могли подобрать нужного слова («голова как чугунная», «в голове как будто что-то закипает» и т.д.). Интересным моментом, на наш взгляд, является примерное равенство показателя РИБ по сенсорной шкале в группах мигрени и СГБ – 26 и 27 баллов. Так как данный показатель отражает суммарную балльную оценку определений (слов, дескрипторов), которыми пациент характеризует свою боль, то можно сделать вывод, что при мигрени головная боль в сенсорном аспекте значительно интенсивнее, чем при СГБ, так как описывается меньшим количеством определений.

Особенности головных болей проявились и в оценке аффективного ее компонента, то есть того, какие чувства вызывает боль и ее воздействие на психику человека. При ГБН число рангов по аффективной шкале (ЧДа) равнялось в среднем 3 баллам (максимум по шкале 5 баллов) при РИБа, равном 4 баллам, что говорит об умеренном воздействии болевого синдрома на психоэмоциональный фон. При мигрени ЧДа равнялось в среднем 5 баллам при РИБа, равном 8 баллам, а в группе с СГБ эти же показатели были равны 5 и 6 баллам соответственно. Таким образом, при одинаковом ЧДа группа мигрени имела достоверное отличие ($p < 0,05$) от группы с СГБ по показателю РИБа, что свидетельствует о более интенсивном воздействии мигренозной цефалгии на психоэмоциональную сферу у пациентов.

Показатель интенсивности головной боли в группах также имел достоверное отличие друг от друга ($p < 0,05$). При ГБН он был равен в среднем 5,5 баллов (по 10-балльной ВАШ), то есть головная боль в данной группе была умеренной; в группе пациентов с мигренью интенсивность боли в среднем равнялась 8 баллам, что характеризовало ее как очень сильную. Эти показатели согласуются с литературными данными о слабой или умеренной степени выраженности головной боли при ГБН и высокой интенсивности боли при мигрени. В группе с СГБ интенсивность боли по аналоговой шкале была в среднем 6,5 баллов, что характеризует ее показатель выше среднего.

Корреляционный анализ между интенсивностью головной боли и другими показателями Мак-Гилловского вопросника выявил следующие связи. В группе пациентов с ГБН интенсивность боли имела достоверную сильную положительную связь с РИБ ($r = 0,73$), связь средней силы с ЧД ($r = 0,55$), ЧДс ($r = 0,56$), РИБс ($r = 0,62$), ЧДа ($r = 0,54$), РИБа ($r = 0,57$). Таким образом, интенсивность боли в группе с ГБН влияла как на сенсорную, так и на аффективную составляющую болевого синдрома. В группе пациентов с мигренью показатель интенсивности коррелировал с РИБа ($r = 0,73$), что свидетельствует о значительном влиянии ее на аффективный компонент боли. В группе с СГБ не было выявлено достоверных связей интенсивности головной боли ни с одним из показателей, что, на наш взгляд, свидетельствует о большей субъективности в оценке своей боли и даже о некоторой аггравации ее тяжести этими пациентами.

По результатам Мак-Гилловского болевого вопросника нами предложен **метод дифференциальной диагностики** цефалгического синдрома, который может быть применен в практической деятельности. Так ГБН можно диагностировать при РИБ до 24 баллов (или ЧД до 11 баллов), при этом РИБа должен быть до 5 баллов. Для мигрени РИБ составляет от 29 до 35 баллов (или ЧД от 12 до 16 баллов). Если РИБ превышает 35 баллов (или ЧД > 16 баллов), то можно говорить о смешанной головной боли, не соответствующей критериям мигрени или ГБН.

Заключение

По данным Мак-Гилловского вопросника имеются достоверные различия в структуре болевого синдрома при различных типах головной боли, что имеет значение для их дифференциальной диагностики и может быть использовано в практике.

Список литературы:

1. Кузьменко В. В., Фокин В. А., Маттис Э. Р. с соавт. Психологические методы количественной оценки боли // Советская медицина. – 1986. – № 10. – С. 44-48.
2. Bassols A., Ganellas M., Banos J.E. the prevalence of pain in a general population: a telephone survey in Catalonia (Spain) // World Congress on Pain, 8-th: Seattle, 1996. – P. 68.
3. James F.R., Large R.G., Bushnell J.A. et al. Epidemiology of pain in New Zealand // Pain. – 1991. – Vol. 44. – P. 279–283.
4. Melzack R., Torgerson W.S. // Anaesthesiology. – 1971. – Vol. 34. – P. 50–59.
5. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society // Cephalalgia. – 2003. – Vol. 24 (Supplement 1). – P. 1-151.
6. Von Korff M., Dworkin S.F., Le Resche L. et al. An epidemiologic comparison of pain complaints // Ibid. – 1988. – Vol. 32. – P. 173–183.

O.S. Redkin

**USAGE OF MCGILL PAIN
QUESTIONNAIRE
IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF
HEADACHES**

Kirov state medical academy

Elaboration of an informative method for differential diagnostic of headaches is an important problem of practical neurology. The author proposes a method of differential diagnostics of headaches with use of McGill pain questionnaire. The reliable differences are observed between patients with any type of headaches: migraine, tension-type headache and mixed headache.