

Количественная оценка выраженности болевого синдрома у больных и инвалидов, возможности ее использования в практике медико-социальной экспертизы

*В.Б. Смычек, Н.Г. Аринчина, А.Л. Пушкарев, Е.В. Катько,
И. С. Сикорская*

В практике медико-социальной экспертизы выделяется достаточно большой контингент больных с болевыми синдромами, которые часто обращаются к врачам, нуждаются в многократном обследовании, нередко с использованием инвазивных методов, постоянно применяют болеутоляющие препараты.

Цель исследования – разработать критерии количественной оценки болевого синдрома с учетом выраженности психосоматического компонента жалоб, оценки уровня депрессии, невротических нарушений у больных терапевтического, неврологического, ортопедотравматологического профиля.

Обследовано 145 больных трудоспособного возраста с патологией различного профиля, из них II группа инвалидности – у 24%, III – у 43%, без группы – 33%. Независимую многомерную оценку боли проводили при помощи модифицированного Мак-Гилловского опросника (Кузьменко В.В. и соавт., 1986). Также применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) (Downie W.W. et al., 1978; Akhras K.S. et al., 1998) и вербальную ранговую шкалу (ВРШ) (Jerish M.R., 1981; Helf M.W. et al., 1984). Из инструментальных методов диагностики боли использовали баростезиометрию (Хамитова Р.Я., Курмышкин А. А., 1991) и электродиагностику на универсальном электроимпульсаторе УЭИ-1. Выраженность психосоматического компонента жалоб оценивали при помощи Гиссенского опросника психосоматических жалоб (1993). Кроме того, оценивали выраженность депрессии и невротической симптоматики.

Определено, что для полноценной и адекватной оценки болевых проявлений при медико-социальной экспертизе и реабилитации больных различного профиля целесообразно проводить комплексную оценку боли, включающую применение Мак-Гилловского болевого опросника, ВАШ, ВРШ. Эти методы оценки боли являются стандартными, принятыми в ряде наиболее развитых зарубежных стран, не требующими специального оборудования. С учетом нозологических форм заболеваний изучены показатели оценки болевого синдрома. Получены четкие критерии по Мак-Гилловскому болевому опроснику: по оценке уровней сенсорного, аффективного и эвалюативного компонентов боли, а также интегральных показателей – индекса числа дескрипторов боли и рангового индекса боли. По ВАШ также получены четкие критериальные уровни.

Применение простых инструментальных методик – баростезиометрии и электродиагностики – позволило также выделить дополнительные количественные критерии оценки боли.

Интенсивность болевого ощущения у обследуемых больных тесно связана с величиной психосоматического компонента жалоб. Основные факторы, коррелирующие с болевым синдромом, - болевой и нервного истощения.

По мере усиления болевого синдрома и снижения гамма-адаптивных возможностей у больных усиливаются депрессивные тенденции, которые приводят к ограничению способов борьбы с болью, нарушению социальной и профессиональной адаптации. Высокий уровень невротизации больных, который повышается по мере усиления болевого синдрома, является предпосылкой более высокой чувствительности к боли.