

А. Б. Перминов, А. Р. Сакович

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛ И АНКЕТ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С РИНОСИНУСИТОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлены данные литературы о возможностях и информативности применения шкал и анкет в оценке состояния пациентов с острым и хроническим риносинуситом. Применение визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки тяжести состояния при риносинуситах рассматривается как один из стандартов обследования и оценки динамики состояния в ходе лечения. Показатели ВАШ не всегда имеют достоверную корреляцию с клинико-лабораторными показателями, КТ околоносовых пазух и морфологическими изменениями слизистой оболочки пазух. Тем не менее, даже с учетом субъективности метода, ВАШ рекомендуется в качестве стандартного исследования тяжести состояния пациентов с риносинуситами. ВАШ является простым и легко воспроизводимым тестом для оценки тяжести состояния пациентов с риносинуситом, а также качества жизни как важного критерия.

Ключевые слова: *визуально-аналоговая шкала, острый риносинусит, хронический риносинусит.*

A. B. Perminov, A. R. Sakovich

THE USE OF SCALES AND QUESTIONNAIRES IN THE EXAMINATION OF THE PATIENTS WITH RHINOSINUSITIS

The article presents literature data on the possibilities and informative use of scales and questionnaires in assessing the condition of patients with acute and chronic rhinosinusitis. The use of visual analogue scale (VAS) for assessing the severity of the condition in rhinosinusitis is considered as one of the standards of examination and assessment of the dynamics of the condition during treatment. The parameters of VAS do not always have a reliable correlation with clinical and laboratory parameters, CT of paranasal sinuses and morphological changes in the mucous membrane of the sinuses. Nevertheless, even taking into account the subjectivity of the method, VAS is recommended as a standard study of the severity of the condition of patients with rhinosinusitis. VAS is very simple and easy recording test for evaluation of the severity of the condition in rhinosinusitis and the quality of life of these patients.

Key words: *visual analogue scale, acute rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis.*

Традиционно диагностика острого риносинусита (ОРС) базируется на данных анамнеза, отражающих динамику симптомов ОРВИ, а также риноскопии и рентгенограммы околоносовых пазух (ОНП). В последние годы прослеживается тенденция к упрощению методов исследования, а также к сокращению показаний для методов лучевой диагностики у пациентов с ОРС [1–3]. Одна из возможных причин этого заключается в слабой корреляции данных дополнительных исследований с клинической картиной и оценкой пациентом своего состояния. Параллельно отметим имеющую место в последние десятилетия тенденцию к уменьшению проявлений общего интоксикационного синдрома в клинической картине ОРС. А в соответствии с Европейской концепцией EPOS 2012, дополнительные методы исследования (лучевые, лабораторные и др.) рекомендуются только при тяжелом течении ОРС с риском или при наличии осложнений, слабым эффектом от лекарственной терапии [3]. В свою очередь, в EPOS 2012 рекомендует-

ся определять степень тяжести ОРС по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) [4]. Считается, что оценка тяжести состояния самим пациентом позволяет врачу индивидуализировать процесс лечения и оценку динамики течения болезни, так как, в конечном итоге, именно собственные ощущения пациента определяют его удовлетворенность конечным результатом лечения при ОРС.

ВАШ, как инструмент стандартизации выраженности субъективных ощущений пациента, представляет собой различные варианты 10-сантиметровой линейки, на которой пациент произвольно, в любом ее месте от 0 до 10 включительно, после инструктажа со стороны медицинского работника, отмечает «место», т. е. выбирает «оценку» своего самочувствия или субъективной выраженности конкретного симптома. ВАШ может быть как специально существующее приспособление, так и приспособленная для этого обыкновенная линейка. В обоих случаях на одной стороне наносится сантиметровая (миллиметровая) шкала, а на другой стороне могут

быть различного типа рисунки, облегчающие оценку состояния. Наиболее распространенные типы рисунков:

- символические лица с улыбкой или гримасой боли различных степеней выраженности;
- цветная полоса, которая около отметки 0 интенсивно зеленая, далее, в средней трети – цвет переходит в желтый и к отметке 10 становится интенсивно красным;
- вертикальные штрихи, маленькие ближе к 0 и постепенно увеличивающиеся к 10, такого типа диаграмма часто используется в регуляторах громкости проигрывателей и, благодаря этому, знакома пациентам.

Пациент отмечает на рисунке шкалы место, наиболее соответствующее его состоянию в момент проведения теста. Эта точка совпадает с тем или иным числовым значением на линейке, находящейся с обратной стороны рисунка. Именно это число и является значением ВАШ. За «0» принимается состояние «не беспокоит совсем», а за 10 см – «беспокоит настолько сильно, насколько можно себе представить». Один сантиметр шкалы соответствует 1 баллу ощущений пациента. Самооценка состояния на 0–3 балла соответствует легкой степени тяжести заболевания, 3–7 баллов – средней, 7–10 баллов – тяжелому течению риносинусита [5].

Оценка степени тяжести риносинусита по ВАШ, в соответствии с рекомендациями EPOS 2012, существенно влияет на тактику лечения [3]. Оценка тяжести состояния по ВАШ может проводиться при каждом посещении врача пациентом, что помогает контролировать динамику общего состояния, эффективность лечения (включая антибиотикотерапию) и вносить коррективы при необходимости [6]. Данный метод входит в различные международные рекомендации, определяя тактику лечения пациента с ОРС [1, 3]. Метод, несомненно, очень прост и легко воспроизводим, а инструктаж о порядке использования ВАШ может проводить средний медперсонал, что экономит время врача [7].

В оториноларингологии оценка состояния пациента по ВАШ рекомендована международным сообществом при риносинуситах и аллергических ринитах. Однако, если при аллергических ринитах и хронических риносинуситах (ХРС) данные методики давно апробированы, то русскоязычных работ, оценивающих тяжесть состояния при остром гнойном риносинусите (ОГРС), в доступной научной литературе не найдено. Для пациентов с ХРС установлено, что при оценке ВАШ от 5 баллов и более воспалительный процесс в пазухах оказывает значимое влияние на качество жизни, достоверно ухудшая этот параметр [8], но аналогичных исследований при ОГРС в опубликованных источниках также не обнаружено.

В нескольких исследованиях сравнивалась чувствительность различных типов шкал. Так, было показано, что ВАШ и цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ) в равной степени чувствительны, например, для определения острой послеоперационной боли. Менее чувствительной является четырехзначная категориальная вербальная шкала (КВШ) [7]. КВШ состоит из четырех показателей интенсивности боли: отсутствие боли, слабая, умеренная и интенсивная боль. Однако, по мнению некоторых авторов [2], КВШ неточна в оценке боли и может использоваться только в качестве «грубого» скринингового

инструмента, а более корректным методом, в том числе для рутинного использования в клинической практике, являются ЦРШ и ВАШ. Все эти три шкалы предназначены для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования, но также могут использоваться для оценки динамики интенсивности боли в ходе лечения. Другим немаловажным критерием выбора типа шкалы является то, что ЦРШ представляет собой не интервальную, а порядковую шкалу, в связи с чем при статистическом анализе данных применяют преимущественно непараметрические методы. Принимая это во внимание, наибольшее распространение в научных работах получила так называемая визуальная аналоговая шкала (ВАШ), которую можно применять для оценки как локальных субъективных симптомов, так и общего состояния пациента. ВАШ, как инструмент оценки динамики процесса, активно применяется в ринологии [9–12].

Как вышеперечисленные шкалы, так и другие методы оценки выраженности болевого синдрома (невербальная шкала боли, вербальная рейтинговая шкала, манчестерская шкала боли, опросник боли МакГилла) чаще всего в оториноларингологии применяются для изучения послеоперационной боли, как модели патологического состояния [14, 15]. В исследовании Д. А. Якимова, Л. Г. Петровой (2011) проведено сравнение влияния индивидуальной чувствительности к острой боли и проведенного оперативного вмешательства на оценку эффективности ведения послеоперационного периода [17]. Показано, что в объеме оториноларингологических вмешательств индивидуальная чувствительность к боли оказывает существенное влияние на результат обезболивания, что требует ее учета в предоперационном периоде для рационального обезболивания как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Продемонстрировано, что система визуальных аналоговых шкал и методика оценки индивидуальной чувствительности к боли являются эффективными инструментами контроля ведения пациентов оториноларингологического профиля. Однако данные этих и других исследований с применением ВАШ в оториноларингологии акцентировали внимание преимущественно на оценке болевого синдрома [18–20].

Немаловажно, что результаты исследований с применением ВАШ оказываются схожими в различных странах, что, в свою очередь, подтверждает универсальность метода и указывает на возможность его широкого применения [2, 3]. Существуют разные данные о гендерных различиях в оценке боли. В исследовании Е. А. Wise et al. (2002) отмечено, что женщины более чувствительны к болезненным стимулам в эксперименте, в том числе и интенсивность острого послеоперационного болевого синдрома после септопластики у женщин достоверно выше, чем у мужчин [21]. Позже в работах И. В. Кастыро (2012, 2013) была установлена статистически достоверная возможность оценки болевого синдрома при помощи шкал острой боли вне зависимости от пола и возраста у взрослых пациентов при оториноларингологической патологии после хирургического вмешательства [14, 21, 23]. Также в исследовании В. И. Попадюка, И. В. Кастыро (2018), при оценке влияния гендерных

различий на интенсивность острого болевого синдрома после септопластики, был сделан вывод о том, что применять ВАШ для диагностики интенсивности острой боли у пациентов после септопластики можно независимо от пола [24].

В настоящее время признано перспективным проведение исследований по установлению степени корреляции отдельных симптомов с изменением отдельных показателей анализа крови, а также исследований по оценке выраженности отдельных симптомов ОРС и их влияния на общую оценку тяжести состояния пациентов. Закономерен вопрос, какие именно симптомы ОРС и как часто присутствуют у пациентов, насколько тот или иной симптом (или симптомы) определяют общую оценку состояния и, соответственно, степень тяжести ОРС, а также влияние на качество жизни.

Тяжесть состояния при том или ином заболевании, безусловно, оказывает определенное влияние на качество жизни. Существуют методики оценки качества жизни при помощи различных опросников, как универсальных (SF-36), так и авторских, специализированных для конкретной нозологии. Анкеты-опросники заполняются пациентом при методической помощи медицинского работника. Оцениваются результаты по различным специальным методикам. Несомненно, что применение любых методов оценки состояния здоровья, требующих активного участия в них пациента, возможно при соблюдении ряда пунктов. Таковыми, прежде всего, являются: 1) сохранение мнестических функций; 2) контакт врача (медицинского работника) и пациента (отсутствие языкового барьера и т. д.); 3) согласие пациента принимать участие в оценке своего состояния и результатов лечения.

В исследованиях, посвященных оценке влияния ХРС на качество жизни, установлено, что ХРС может привести к значительному ухудшению качества жизни. Наиболее распространенным симптомом ХРС является заложенность носа / назальная обструкция. Этот симптом, а также выделения из носа, снижение или потеря обоняния, лицевая боль или давление в проекции ОНП, головная боль, как отдельно взятые, так и в совокупности, зарегистрированы как наиболее влияющие на качество жизни при ХРС. Также изучалось влияние хирургического лечения на качество жизни у пациентов с ХРС. В этих исследованиях, наряду с другими методами, применялась и ВАШ [25, 26].

В работе P. Schalek (2011), посвященной исследованию взаимосвязи клинико-морфологических характеристик ХРС и оценки качества жизни, не выявлено корреляции между качеством жизни и гистологическими находками при ХРС, а также показателями мукоцилиарного клиренса. Автор высказывает мнение, что качество жизни не может служить в качестве параметра прогнозирования результатов лечения ХРС. Тем не менее, в выводах указывается, что оценка качества жизни должна стать повседневной практикой и применяться в оценке эффективности лечения [27].

Существуют отдельные исследования, посвященные выявлению взаимосвязей между оценкой состояния по ВАШ, качеством жизни (опросники SNOT-20 и CSS) и данными КТ при ХРС. Авторами была обнаружена ста-

тистически значимая корреляция между оценкой ВАШ (основанной на сумме пяти назальных симптомов) и балльной шкалой Lund-MacKay, используемой для оценки данных КТ пазух. Сделан вывод, – показатели качества жизни по опросникам SNOT-20 и CSS в целом не имеют достоверной корреляции с результатами оценки компьютерной томографии по шкале Lund-MacKay. Однако установлена корреляция между оценкой по опроснику CSS и шкалой Lund-MacKay в различных подгруппах пациентов [28]. Тем не менее, как отмечают А. С. Лопатин и соавт. (2017), на сегодняшний момент в доступной литературе не опубликовано исследований, подтвердивших достоверную корреляцию между субъективной оценкой выраженности симптомов и степенью патологических изменений в ОНП по данным КТ, а также эндоскопическими находками при ОРС [4].

До активного внедрения ВАШ оценивать степень тяжести течения риносинусита предлагалось по сочетанию жалоб и показателей объективного статуса по следующим критериям [29]:

- легкая степень характеризуется заложенностью носа, слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из носа и/или в носо- и ротоглотку, повышением температуры до 37,5 °С, головной болью, слабостью, гипосмией; толщиной слизистой оболочки менее 6 мм, выявляемой на рентгенограмме ОНП;

- средняя степень тяжести – заложенность носа, гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела выше 37,5 °С, боль и болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, гипосмия, может быть иррадиация боли в зубы, уши, общее недомогание, толщина слизистой оболочки более 6 мм; полное затемнение или уровень жидкости в 1 или 2 синусах на рентгенограмме ОНП;

- тяжелая – заложенность носа, часто обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку (но могут отсутствовать), температура тела выше 38 °С, сильная болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, аносмия, выраженная слабость, полное затемнение или уровень жидкости более чем в 2 синусах на рентгенограмме ОНП; в общем анализе крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ; орбитальные, внутричерепные осложнения или подозрение на них.

При этом в каждом конкретном случае степень тяжести клинического течения по мнению ряда авторов [30–32] должна оцениваться по совокупности наиболее выраженных симптомов. А в случаях орбитальных или внутричерепных осложнений течение заболевания рекомендовалось расценивать как тяжелое, независимо от выраженности других симптомов. Затем, в зависимости от степени тяжести риносинусита определялся уровень оказания помощи (амбулаторный или стационарный) [33]. С другой стороны, в последние 20 лет наблюдается устойчивая тенденция к изменению характера течения ОРС в сторону уменьшения частоты выявления повышения температуры и «стандартных» изменений в общем анализе крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ) при наличии выраженного воспалительного процесса в ОНП [34, 35].

В этой ситуации применение ВАШ позволит, с одной стороны, упростить оценку степени тяжести состояния (без данных общего анализа крови и рентгенограммы / КТ пазух), а с другой стороны – унифицировать методику, в том числе, для использования не только оториноларингологами, но и врачами общей практики.

Литература

1. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / A. W. Chow [et al.] // Clin Infect Dis. – 2012. – № 54. – P. 72–112.
2. Assessment of pain / H. Breivik [et al.] // Brit J. Anaesthesia. – 2008. – № 101. – P. 17–24.
3. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 / W. J. Fokkens [et al.] // Rhinol. Suppl. – 2012. – № 23. – 298 p.
4. Острый риносинусит: клинические рекомендации российского общества ринологов / А. С. Лопатин [и др.]; под ред. А. С. Лопатина. – М., 2017. – 36 с.
5. Лопатин, А. С. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения: учеб. пособие / А. С. Лопатин, В. П. Гамов. – М.: МИА, 2011. – 72 с.
6. Петрова, Л. Г. Новые возможности использования кларитромицина для лечения инфекций верхних дыхательных путей / Л. Г. Петрова // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2012. – № 1. – С. 20–22.
7. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В. А. Бывальцев [и др.]. – Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, 2013. – 32 с.
8. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis / M. Lim [et al.] // Rhinology. – 2007. – Vol. 45, № 2. – P. 144.
9. Кормазов, М. Ю. Оценка клинической эффективности фитотерапевтического лекарственного препарата в лечении и профилактике рецидивов острых риносинуситов у детей г. Челябинска / М. Ю. Кормазов, К. С. Зырянова, А. С. Белошангин // Медицинский совет. – 2016. – № 7. – С. 90–93.
10. Кривопапов, А. А. Новые возможности терапии и профилактики осложнений инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей / А. А. Кривопапов, С. В. Рязанцев, В. А. Шаталов // Медицинский совет. – 2016. – № 18. – С. 24–32.
11. Острый синусит: клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов / С. В. Рязанцев [и др.]. – М., 2016. – 30 с.
12. Петрова, Л. Г. Распределение чувствительности к боли среди пациентов лор-отделения / Л. Г. Петрова, Д. А. Якимов, Е. В. Вьюхина // Новые технологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи: материалы Респ. науч.-практ. конф. оториноларингологов с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. оториноларингологии УО «ГрГМУ» (19–20 мая 2011 года) / отв. ред. О. Г. Хоров. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – С. 75–77.
13. Марочков, А. В. Измерение острой боли в клинической практике: монография / А. В. Марочков, Д. А. Якимов. – Могилев: УО «МГУ им. А. А. Кулешова», 2011. – 188 с.
14. Кастыро, И. В. Влияние пола на результаты объективизации болевого синдрома / И. В. Кастыро // Вестник Российского университета дружбы народов (серия: медицина). – 2012. – № 1. – С. 83–87.
15. Карасева, Р. С. Оптимизация анестезиологического пособия в хирургии носа и околоносовых пазух / Р. С. Карасева // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 76–76.
16. Горбонос, И. В. Влияние тонзилэктомии на качество жизни взрослых пациентов / И. В. Горбонос, М. С. Вартачан // Russian otorhinolaryngology. – 2008. – С. 80.
17. Якимов, Д. А. Пути повышения эффективности купирования острой боли у пациентов оториноларингологического профиля / Д. А. Якимов, Л. Г. Петрова // Оториноларингология в Беларуси. – 2011. – № 4. – С. 44–53.
18. Возрастной аспект при оценке острого болевого синдрома в оториноларингологии / В. И. Попадюк [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2012. – № 2. – С. 94–99.
19. Якимов, Д. А. Сравнительный анализ результатов операций при различных видах анестезии и степени обезболивания / Д. А. Якимов // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – № 3 (37). – С. 48–52.
20. Кунельская, Н. Л. Эндоназальный электрофорез на ранних сроках после септопластики и подслизистой лазерной вапоризации нижних носовых раковин / Н. Л. Кунельская, Г. Ю. Царапкин, М. Ю. Поляева // Лечебное дело. – 2012. – № 3. – С. 74–78.
21. Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception / E. A. Wise, D. D. Price, C. D. Myers [et al.] // Pain. – 2002. – № 96. – P. 335–342.
22. Кастыро, И. В. Патогенетическое обоснование фармакотерапии острого постоперационного болевого синдрома у пациентов после риносептопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 27 с.
23. Кастыро, И. В. Корреляционный анализ влияния гендерного фактора при измерении интенсивности болевого синдрома / И. В. Кастыро [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2011. – Т. 13, № 3. – С. 12–16.
24. Попадюк, В. И. Влияние гендерных различий на интенсивность острого болевого синдрома после септопластики [Электронный ресурс] / В. И. Попадюк, И. В. Кастыро // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. – № 1 (10). – 2018. - Режим доступа: http://umedp.ru/articles/vliyaniye_gendernykh_razlichiy_na_intensivnost_ostrogo_bolevogo_sindroma_posle_septoplastiki.html. – Дата доступа: 27.08.2018.
25. The economic burden and symptom manifestations of chronic rhinosinusitis / N. Bhattacharyya // Am J. Rhinol. – 2003. – Vol. 17, № 1. – P. 27–32.
26. Symptom-based presentation of chronic rhinosinusitis and symptom-specific outcomes after endoscopic sinus surgery / Z. M. Soler, J. Mace, T. L. Smith // American journal of rhinology. – 2008. – Vol. 22, № 3. – P. 297–301.
27. Schalek, P. Rhinosinusitis - Its Impact on Quality of Life [Electronic resource] / P. Schalek. Peculiar Aspects of Rhinosinusitis. – InTech, 2011. – 2011. – Mode of access: <http://www.intechopen.com/books/peculiar-aspects-of-rhinosinusitis/rhinosinusitis-its-impact-on-quality-of-life>. – Date of access: 28.08.2018.
28. Correlation between preoperative symptom scores, quality-of-life questionnaires, and staging with computed tomography in patients with chronic rhinosinusitis / D. A. M. Wabnitz, S. Nair, P. J. Wormald // Am J. Rhinol. – 2005. – Vol. 19, № 1. – P. 91–96.
29. Страчунский, Л. С. Антибактериальная терапия синусита. Методические рекомендации для клиницистов / Л. С. Страчунский, Е. И. Каманин, А. А. Тарасов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 1999. – № 1. – С. 83–88.
30. Рекомендации по ведению взрослых пациентов с острым риносинуситом: достигим ли консенсус? / В. М. Свиштухин [и др.] // Лечащий врач. – 2012. – № 11. – С. 90–96.
31. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов / Х. Т. Абдулкеримов [и др.]; под ред. С. В. Рязанцева. – СПб.: Полифорум Групп, 2013. – 43 с.
32. Пискунов, С. З. Риносинусит / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов. – М.: Изд-во «МИА», 2013. – 168 с.

33. *Кривопалов, А. А.* Риносинусит: классификация, эпидемиология, этиология и лечение / А. А. Кривопалов // Медицинский совет. – 2016. – № 6. – С. 22–25.

34. *Мирошниченко, А. П.* Информативность гематологических показателей у больных острым гнойным риносинуситом / А. П. Мирошниченко, Е. Н. Степанов // Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 2, № 9. – С. 259–262.

35. *Алешкин, В. А.* Значение С-реактивного белка для диагностики и мониторинга острых и хронических инфекций / В. А. Алешкин, Л. И. Новикова // Медицинские новости. – 1996. – № 5. – С. 7–12.

Поступила 15.09.2018 г.