

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

Оценка боли в суставах у подростков с ювенильным артритом

Т. А Шелепина.
НИИР РАМН, Москва

Резюме

Цель. Изучить общий показатель оценки боли подростками с ювенильным артритом (ЮА), а также его значения в группах, отличающихся по полу, варианту течения, показателям активности, степени функциональных нарушений.

Материал и методы. 73 пациента (18 с системным, 42- полиартикулярным, 13 — олигоартикулярным вариантом ЮА). Ср. возраст — $14,7 \pm 1,7$ лет. Ср. длительность болезни — $7,2 \pm 4,4$ лет. 16 больных обследовано повторно с интервалом более года, 17 пациентов — при поступлении и выписке из стационара (общее число наблюдений составило 94.). Боль регистрировалась пациентом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также по опроснику боли Мак- Гилла (83 наблюдения), включающего три шкалы: сенсорную (описание болевых ощущений), аффективную (их влияния на эмоциональное состояние) и эвалюативную (словесная оценка интенсивности боли). У 59 больных по шкале ВАШ оценивалось общее состояние здоровья, из них у 8 при поступлении и выписке из отделения. Анализировались суммарные средние показатели, а также их значения в группах, различающихся по полу, варианту течения, показателю активности, функциональному классу, при поступлении и выписке 6-ных из клиники НИИ ревматологии РАМН. Статистическая обработка проводилась по программе Biomed (Описательная статистика, метод Хи квадрат, парный критерий Стьюдента).

Результаты. Средний показатель боли по шкале ВАШ в общей группе подростков с ЮА равнялся $31,3 \pm 17,3$ мм. Он был достоверно выше у мальчиков, при системном варианте (при сравнении с полиартикулярным); у пациентов с СОЭ выше 30 мм/час, у пациентов с ФК не ниже третьего, при поступлении в отделение. Показатель боли был достоверно ниже у пациентов с олигоартикулярным вариантом по сравнению со средним показателем и у больных с полиартритом. Боль выше 70мм по шкале ВАШ отмечена у больных с активным полиартикулярным поражением при системном и полиартикулярном вариантах и при выраженных функциональных нарушениях. Суммарный (по сенсорной и аффективной шкалам) средний показатель индекса боли составила $2,4 \pm 1,4$. Суммарный средний ранг боли, равный $4,4 \pm 3,2$, был достоверно выше, чем индекс боли.

Выводы. Боль у подростков с ЮА (по их оценке) была умеренной, более выраженной в активной фазе заболевания и у инвалидизированных пациентов, имели эмоциональную окраску. Методики регистрации боли целесообразно использовать в динамике (при поступлении и выписке из стационара) в качестве критерия оценки пациентом результатов лечения.

Ключевые слова: ювенильный артрит, боль, шкала ВАШ, Мак-Гилловский опросник

Боль в суставах — основная жалоба пациентов, страдающих ювенильным артритом (ЮА). В возникновении боли описывается два основных механизма: 1. повышение чувствительности ноцицепторов в результате воздействия медиаторов воспаления и 2. изменения в спинном мозге, вызывающие повышение чувствительности ноцицептивных нейронов задних рогов. Выброс медиаторов воспаления сенситизирует первичные афферентные ноцицепторные нейроны, отвечающие за усиление болевых ощущений и чувствительности в поврежденной зоне (зоне воспаления). Болевой синдром возникает в результате стимуляции тканевых рецепторов (ноцицепторов), обусловленной воспалением. Повреждение ткани ведет к усилению ответов на болезненные и даже безболезненные в норме стимулы. Так, нервные волокна, передающие сигнал в спинной мозг, начинают воспринимать холодовые и механические стимулы вследствие повышения их чувствительности [1,2]. Хроническая соматическая боль, влияющая на качество жизни больного, может приобретать черты болезни [3].

Многомерный характер боли обнаруживается в модели Loeser, оценивающего «боль как болезнь». «Яйцо Loeser» состоит из 4 кругов, отражающих взаимоотношения между ноцицепцией (органический компонент боли), ощущением (регистрация центральной нервной системой), переживанием (страдание от боли) и болевым поведением [4].

Проводится параллель между страданием и болью. Некоторые больные с хронической болью страдают из-за того, что болезнь меняет их личность [5].

Боль может изменять поведение больного. Так называемое болевое поведение человека зависит от многих факторов, включающих особенности личности, воспитание, образование [3,6]

Исследования больных с депрессией, хронической болью и другими заболеваниями выявили общие поведенческие признаки, включающие усталость, мышечную слабость, снижение физической активности, нарушение сна [7]. Следствием хронической боли могут являться ограничение жизненной активности вплоть до инвалидности, изменение в настроении и поведении, в том числе расстройства сна, неблагоприятные психологические нарушения, включая потерю чувства самоуважения, трудности в общении и социальную изоляцию [1].

Имеются данные о корреляции боли при ревматоидном артрите с тревожностью, активностью и функциональным статусом пациента [8]. На небольшом клиническом материале была показана эффективность amitriptilina для купирования болевого синдрома у больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) [9].

Для оценки боли применяются различные шкалы, позволяющие определить интенсивность боли даже у новорожденных детей, причем доказано, что у недоношенных она выше. У детей раннего возрас-

та используются шкалы поведенческого наблюдения и регистрации физиологических показателей, а у более старших — самооценочные лицевые шкалы. У пациентов старше 12 лет могут использоваться визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и Мак-Гилловский опросник боли [4]. Данный опросник, адаптированный для России [10], имеет три шкалы и позволяет определять характер болевых ощущений и выявлять их влияние на психику пациента [2].

Доказано, что при ЮА имеются патогенетические механизмы для развития хронической соматической боли, которая может оказывать негативное влияние на качество жизни, вызывая психологические и поведенческие расстройства. В то же время нет четкой зависимости между выраженностью боли и течением заболевания, в частности наличием анатомических изменений, выявляемых при рентгенологическом исследовании суставов [11]. Анализ боли по субъективной оценке пациента, страдающего ЮА, в сопоставлении с его объективными показателями представляется актуальным.

Целью исследования было изучение боли по оценке пациента у подростков с различными вариантами ЮА, анализ значения показателя по группе, сопоставление данных в подгруппах, отличающихся по полу, варианту течения, показателям активности и функциональному классу.

Материал и методы

В исследование включено 73 пациента с различными вариантами ЮА: 18 — с системным, 42 — полиартикулярным, 13 — олигоартикулярным. Ср. возраст больных — $14,7 \pm 1,7$ лет. Ср. давность заболевания — $7,3 \pm 4,4$ года. 17 пациентов были обследованы дважды во время одной госпитализации — при поступлении и выписке из стационара. 16 пациентов были обследованы неоднократно в среднем через 18 мес., поэтому общее число наблюдений составило 94.

Боль оценивалась по двум показателям: визуальной аналоговой шкале ВАШ (94 наблюдения) и опроснику Мак-Гилла (83 наблюдения). Исследование проводилось в присутствии исследователя. Каждому пациенту объяснялось, что нулевой показатель на шкале означает отсутствие боли, а 100мм — показатель свидетельствует об очень сильной, нестерпимой боли. При оценке общего здоровья (ОСЗ) по шкале ВАШ объяснялось, что нулевой показатель говорит о хорошем самочувствии, а отметка 100мм свидетельствует об очень плохом общем состоянии. ОСЗ проведена у 50 б-ных (67 наблюдений), из них у 8 во время одной госпитализации при поступлении и выписке из стационара.

С помощью Мак-Гилловского опросника были обследованы 65 больных (83 наблюдения). Данный опросник состоит из подклассов (дескрипторов), которые составили слова, сходные по своему смысловому значению, но отличающиеся по интенсив-

ности передаваемого ими болевого ощущения. Он включает три шкалы: сенсорную, аффективную и эвалюативную [2]. Сенсорная шкала состоит из 13 подклассов- прилагательных, расположенных под номерами. Высокий номер говорит об интенсивности болевого ощущения. Так, в 3 подклассе колющая боль идет под номером 1, а пробивающая под номером 5. Индекс боли по сенсорной шкале – это число прилагательных, которыми пациент описывает свои болевые ощущения. Например, пульсирующая и подобная выстрелу боль – индекс боли 2 (два прилагательных). Ранг боли – это сумма номеров прилагательных, в данном случае 4 (1+3). Аффективная шкала (14-19 подклассы) отражает эмоциональную сторону боли и состоит в основном из глаголов, свидетельствующих о влиянии, оказываемом болью. Индекс боли по аффективной шкале говорит о количественной стороне данного влияния. Например, боль утомляет, угнетает, боль – мучение, в данном случае индекс боли равен 3. Ранг боли (сумма номеров) равен 6(1+1+ 4). Ранг боли отражает степень влияния на эмоциональное состояние больного. Эвалюативная шкала (20-й подкласс) состоит из 5 слов, выражающих субъективную оценку боли. При работе с опросником пациент сам определял индекс боли по сенсорной и аффективной шкалам, а также интенсивность боли по эвалюативной шкале, ранг боли определялся исследователем.

Анализировались средние показатели (по всей группе обследованных), а также в группах, отличающихся по варианту течения, полу, показателю СОЭ, функциональному классу.

Результаты

Средний показатель боли по шкале ВАШ по оценке пациентов равнялся $31,3 \pm 17,3$ мм т, е соответствовал слабой боли (показатель до 40 мм относится к слабой боли [12]). Данные представлены в табл. 1. Показатель боли был достоверно выше у больных с системным вариантом ЮА по сравнению с общей группой и больными с олигополиартритом, у мальчиков выше, чем у девочек. При олигоартрикулярном варианте указанный показатель был достоверно ниже, чем в общей группе и при полиартрикулярном варианте ЮА. В активной фазе заболевания (СОЭ выше 30 мм/час и выпот в суставе/ах) и у инвалидизированных больных при поступлении в отделение средний показатель боли был выше, чем средний по общей группе, но также соответствовал слабой боли. Сильная боль (показатель выше 70 мм) отмечена у 6 пациентов (3 с системной формой, 3 с полиартрикулярной 4 из них были инвалидизированы, активная фаза заболевания была у 5 больных. Умеренная боль (ВАШ боли от 40-70 мм) была зафиксирована у 16 больных (17 наблюдений), из них у 12 была активная фаза заболевания, в том числе у 5- в сочетании с тяжелыми функциональными нарушениями.

Таблица 1
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (ВАШ БОЛИ, ВАШ ЗДОРОВЬЯ, мм)

Группы больных	М	σ	м	Ме	Мин	Макс
1. Общая группа (94) ВАШ боли	31,3	17,3	4,2	30	0	70
а. Системный вариант (n=21)	32,4	24,8	5,4	30	0	80
б. Полиартрикулярный (n= 59)	31,5	19,3	2,5	30	0	75
в. Олигоартрикулярный (n=14)	20,8	12,1	2,9	22	0	35
2. ВАШ здоровья, мм Общая группа (n=67)	36,9	22,1	2,8	30	2	100
а. Системная форма (n=12)	33,2	22,1	6,4	25	5	70
б Полиартрит (n=38)	35,2	21,9	3,5	30	5	100
в Олигоартрит (n=17)	38,3	23,8	5,8	30	5	78
3. Мальчики (n=19)	31,3	18,3	4,2	30	0	70
Девочки (n=75)	29,8	20,4	2,4	30	0	80
4. Пациенты в акт. фазе заб. (СОЭ>30 мм./ч) n=16	39,1	26,1	6,5	35	2	80
а. Пациенты с СОЭ <30 мм./ч (n= 57)	28,8	17,8	2,3	27,5	0	70
5 При поступлении в отд. (n=17)	41,9	23,2	5,6	40	10	80
а. При выписке из отд. (n=17)	15,9	19,3	4,7	10	0	80
б Пациенты с ФК=3 n= 15	40,0	19,1	4,6	40	10	80
а Пациенты с ФК < 3 n= 58	27,5	17,8	2,25	24,5	0	80

6>6a(p= 0,000), 5>5a (p=0. 0 5), 4>4a(p=0,000)

Средний показатель ОСЗ приближался к умеренному и оказался несколько выше (38,3 мм), т. е хуже, при олигоартрикулярном варианте и лучше при системном варианте(33,1мм), при поступлении выше (48,8мм), чем при выписке (16,2мм) (разница статистически недостоверна).

При использовании Мак-Гилловского опросника регистрировался индекс и ранг боли по сенсорной и аффективной шкалам (табл. 2а). Индекс дает в основном количественные описательные параметры боли, т. е сколько дескрипторами пациент ее характеризует. Ранг характеризует интенсивность болевых ощущений и выраженность их влияния на психику, являясь качественным показателем. Индекс и ранг боли были достоверно выше при системной форме ЮА по сравнению с общей группой больных и при полиартрикулярном варианте заболевания. В общей группе и при всех трех вариантах ЮА ранг боли был выше индекса боли. При выписке индекс и ранг боли по сенсорной шкале, и ранг боли по афферентной шкале были достоверно ниже, чем при поступлении. Индекс боли по афферентной шкале при поступлении был выше, чем при выписке, но разница статистически недостоверна. По эвалюативной шкале 70% пациентов оценили боль как умеренную, 20%- слабую, 7%

Таблица

ОЦЕНКА БОЛИ ПО ОПРОСНИКУ МАК-ГИЛЛА

Показатель	М	σ	м
Сенс. шк (индекс I	1,25	0,5	0,2
Сенс. шк. (индекс) II	0,75	0,5	0,2
Сенс. шкала (ранг) I	2,375	1,77	0,6
Сенс. шкала (ранг) II	1	0,76	0,3
Сенс. шк., суммарный пок. I	3,6		
Сенс. шк., суммарный пок II	1,75		
Аффективная шк. (индекс) I	1,125	0,8	0,295
Аффективная шкала (индекс) II	0,5	0,5	0,2
Аффективная шкала (ранг) пост I	2,625	2,4	0,8
Аффективная шкала (ранг) выписки II	1,125	1,8	0,6
Аффективная шкала, суммарный пок I	3,75		
Аффективная шкала, суммарный пок II	1,62		

I- при поступлении

II- при выписке

 Суммарный показатель по сенс. шк. 1 > 2 ($p=0,035$)

 Суммарный показатель по аффект. шк 1>>2 ($p=0,019$)

-сильную, по одному пациенту назвали боль сильной и невыносимой.

Обсуждение

Показатель боли по оценке пациента с ЮА по шкале ВАШ на основании анализа 94 наблюдений свидетельствовал о ее слабой выраженности (31,3мм). Если средний показатель боли по ВАШ соответствовал слабой боли, то по данным эвалюативной шкалы опросника Мак-Гилла – умеренной. Пациентам было проще словесное описание боли, чем работа со шкалой ВАШ. Для некоторых подростков оценка боли по ВАШ оказалась трудной задачей, и полученные результаты было сложно анализировать. Приводим некоторые конкретные примеры показателей боли по ВАШ и эвалюативной шкале (в скобках) : ВАШ боли -60мм (умеренная) ; ВАШ боли 60мм (сильная); ВАШ боли 30мм (сильная); ВАШ боли 50мм (слабая).

Средний показатель боли общий и при различных вариантах ЮА был сопоставим с данными, полученными в исследовании L. E Schanberg с соавт. [13], анализировавшими результаты ежедневной регистрации боли 41 пациентом с полиартикулярным вариантом ЮА на протяжении 2 месяцев. В этой работе средний показатель боли по шкале ВАШ равнялся $36,6 \pm 24,5$ мм, при минимальной активности заболевания – $23,1 \pm 15,6$ мм. В нашем исследовании при полиартикулярном варианте боль соответствовала $31,5 \pm 19,3$ мм, при СОЭ ниже 30мм/ч – $28,6 \pm 17,8$ мм). Данное исследование интересно ежедневным сопоставлением выраженности боли, общего самочувствия (усталость, скованность), социальной активности (посещение школы), настроения. С мнением авторов о важности социальной активности пациентов мы абсолютно солидарны.

Нами была предпринята попытка сопоставить показатели боли с некоторыми объективными параметрами: полом пациента, вариантом течения, активностью заболевания, выраженностью функциональных нарушений. Боль по ВАШ была достоверно выше при системном варианте (по сравнению со среднегрупповым показателем ($p=0,0001$) и при полиартрите ($p=0,004$), но в обеих группах значение среднего показателя соответствовало слабой боли. При олигоартикулярном варианте ВАШ боли был достоверно ниже, чем среднегрупповой показатель и при полиартрите ($p=0,0001$) и ($p=0,016$). В то же время статистической разницы между средними показателями у больных с системными вариантами и олигоартикулярным не получено, что, возможно, связано с малочисленностью групп. Изменения в данных группах, так же как и выявленная разница при обследовании мальчиков и девочек, не носили принципиального характера, так как интенсивность боли была практически одинаковой. Выявлена статистически достоверная разница при обследовании больных в активной фазе, т. е. при СОЭ выше 30мм/ч в сочетании с экссудативными изменениями в суставах, требовавших проведения внутрисуставной терапии глюкокортикоидами, при сравнении с больными в стадии стабилизации и ремиссии. Но корреляции между показателем боли и СОЭ при использовании рангового коэффициента корреляции Спирмена не получено (коэффициент ранговой корреляции Спирмена =0,134).

У шести из семи больных с сильной болью (70мм) их оценка боли соответствовала тяжести состояния. Но даже в этой группе корреляции интенсивности боли и СОЭ не выявлено. Среди подростков с диапазоном боли между 40-70 мм все 17 имели полиартикулярное поражение, 12 находились в активной фазе заболевания, из них у 5 определялись выраженные функциональные нарушения, у 3 была клиника активного полиартрита при отсутствии лабораторной активности. Но в этой группе были двое пациентов с олигоартикулярным поражением, выпотом в одном суставе при отсутствии лабораторной активности. В целом говорить о сопоставимости клинической картины и показателя боли мы могли только у 21 больного (22%). При исследовании R.E.Petty [14] у 22% больных с ЮРА отмечена корреляция интенсивности боли с активностью заболевания среди пациентов 8-15 лет, но не старше. В этом исследовании, так же как и в нашем, самый низкий показатель боли был при олигоартикулярном варианте ЮА.

Достоверная разница ($p=0,000$) получена при сравнении показателя боли по ВАШ у инвалидизированных детей, обучающихся на дому (ФК- III), и относительно сохранных (социально адаптированных) (41мм и 27мм соответственно)

Значительно изменялся показатель боли, регистрировавшийся при поступлении и выписке, особенно у пациентов в активной фазе, у которых за

время нахождения в стационаре были купированы явления артрита (ВАШ снизился на 40-80 мм). Менее значимая разница была у пациентов с большей давностью заболевания, выраженными функциональными нарушениями, низкой активностью воспалительного процесса, у которых значительных изменений в клинической картине за время нахождения в клинике не произошло (динамика 10-15 мм). У трех больных динамики в показателях боли не отмечалось, одна пациентка указала на усиление болевого синдрома. Это девочка 12 лет с системным вариантом ЮРА, давностью 10 лет, с двусторонним поражением тазобедренных суставов, передвигающаяся на костылях. За время ее нахождения в стационаре было достигнуто снижение активности воспалительного процесса (СОЭ-38-12мм/ч), но значительной динамики в функциональном статусе больной отмечено не было.

По нашему мнению, можно говорить о сопоставимости болевого синдрома и величины СОЭ у ряда больных с высокой активностью заболевания, однако корреляции этих показателей не отмечено. Разница в интенсивности боли при различных вариантах ЮА не была значимой. Достоверно более высокую интенсивность боли отметили инвалидизированные больные. Значимая разница имела в оценке боли пациентом при поступлении (41,9мм) и выписке из клиники (15,9мм).

Показатели ОСЗ оказались хуже, чем показатели боли, так как в это понятие наши пациенты, вероятно, включали и изменения внешности (отставание в росте и физическом развитии, синдром Кушинга), и ограничение физической активности, и особенно-необходимость использования дополнительной опоры при ходьбе. Значимой была разница в величине ОСЗ при поступлении и выписке из стационара (48мм-16мм ВАШ)

Определение интенсивности боли по шкале ВАШ пациентом или его родителями – довольно распространенный метод. Оценка качества жизни пациентом, его родителями и врачом иногда отличаются именно по этому показателю [15]. Менее распространен в широкой практике опросник Мак-Гилла. В частности, он использовался наряду со шкалой ВАШ при оценке дорсопатии у лиц молодого возраста. Средний показатель боли по ВАШ у этих больных был равен $57 \pm 20,2$ мм, у 76 % больносива ноющий характер [16].

Средний индекс боли по сенсорной шкале опросника в исследуемой нами группе был невысокий (табл. 3). 14% больных не смогли дать описательной характеристики своим болевым ощущениям. Подавляющее число пациентов выбирало один показатель-прилагательное, соответствующее его болевому ощущению, выделить наиболее часто встречающуюся характеристику им не представилось возможным. Исключение составили двое больных, у которых индекс боли равнялся 5 и 10 соответственно. У первого пациента 15 лет имелось сочетание

Таблица 3

ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛИ ПО ОПРОСНИКУ МАК-ГИЛЛА

Показатель	М	σ	м	Ме	Мин	Макс.
Общая группа (n=83)						
Индекс боли по сенсорной шкале	1,37	0,98	0,11	1	0	5
Ранг боли по сенсорной шкале	2,61	2,27	0,25	2	0	12
инд. боли по аффективной шкале	1,01	0,79	0,09	1	0	4
Ранг боли по аффективной шкале	1,76	1,65	0,18	1	0	7
Суммарный индекс боли (а)	2,4	1,44	0,16	2	0	6
Суммарный ранг боли (б)	4,37	3,2	0,35	4	0	16
Системный вариант (n=15)						
Сенсорная шкала (индекс) боли	1,13	0,83	0,22	1	0	3
Сенсорная шкала (ранг) боли	2,33	2,26	0,58	2	0	7
Аффективная шкала индекс боли	1	0,85	0,22	1	0	3
Аффективная шкала ранг боли	2,07	2,05	0,53	2	0	7
Суммарный индекс боли	2,13	1,46	0,38	2	0	5
Суммарный ранг боли	4,4	3,72	0,96	3	0	13
Полиартикулярный вариант n=49						
Сенсорная шкала (индекс) боли	1,37	1,06	0,15	1	0	5
Сенсорная шкала (ранг) боли	2,57	2,26	0,32	2	0	12
Аффективная шкала (инд) боли	1,10	0,71	0,10	1	0	3
Аффективная шкала (ранг) боли	1,67	1,18	0,17	2	0	5
Суммарный индекс боли	2,46	1,42	0,20	2	0	6
Суммарный ранг боли	4,22	2,9	0,42	4	0	16
Олигоартикулярный вариант n=19						
Сенсорная шкала инд боли	1,53	1,1	0,26	1	0	5
Сенсорная шкала (ранг) боли	2,73	2,4	0,55	2	0	9
Аффективная шкала (инд) боли	1,0	0,94	0,22	1	0	4
Аффективная шкала (ранг) боли	1,94	2,27	0,52	1	0	7
Суммарный индекс боли	2,4	1,54	0,35	2	0	6
Суммарный ранг боли	4,68	3,64	0,83	4	0	15

Суммарный ранг боли > суммарного индекса боли (p=0,024)

ювенильного анкилозирующего спондилоартрита (ЮАС) с онкологической патологией (опухоль большого вертела бедра); у второго пациента 12 лет с ЮРА в период обследования отмечалась неадекватность поведения, потребовавшая консультации психиатра, диагностировавшего острое психотическое состояние на фоне проводимой противовоспалительной терапии. Ранг боли по сенсорной шкале,

представляющий качественный показатель боли, во всех группах был выше, чем количественный индекс, но разница статистически недостоверна.

Наибольший интерес для нас представляла оценка боли по аффективной шкале, свидетельствующая о влиянии боли на психику и эмоциональное состояние пациента, что отмечено 81 % больных. Ранг боли по аффективной шкале был выше, чем индекс боли, суммарный показатель боли был выше, чем по сенсорной шкале, разница статистически достоверна ($p = 0,019$). Среди описания боли по аффективной шкале преобладали следующие (по мере убывания): боль-помеха, изматывает, приводит в отчаяние, утомляет, вызывает тревогу, угнетает, раздражает, боль-мучение, боль-страдание.

При повторном исследовании пациентов через полтора-два года, при изменении клинической картины и ослаблении боли (шкала ВАШ), ранг боли по аффективной шкале оставался прежним.

Приводим клиническое наблюдение: 6-летняя 13-летняя, д-з ЮРА полиартикулярный вариант, РФ +. При поступлении акт. 3 ст. (СОЭ-47мм/ч), девочка не ходит, себя не обслуживает, ВАШ боли при поступлении 75мм, ВАШ ОСЗ -100 мм, боль по Мак-Гиллу невыносимая. При выписке на фоне купирования активности воспалительного процесса (СОЭ-7мм/ч), ВАШ боли 19мм, ВАШ ОСЗ 80мм, при обследовании через год: ВАШ боли 18мм, ВАШ ОСЗ 10мм, боль слабая, но как и при первом поступлении, при выписке и последующей госпитализации боль раздражает и вызывает тошноту и удушье. Данное наблюдение говорит о тяжести влияния боли на психику подростка, о длительной памяти о

пережитом болевом ощущении.

Наши данные соответствуют полученным ранее свидетельствам при исследовании взрослых больных с РА о большой значимости психологических и эмоциональных факторов в субъективном восприятии боли [16].

Все показатели боли (индекс и ранг) по сенсорной и аффективной шкалам опросника Мак-Гилла при выписке были ниже, чем при поступлении. (табл. 2), что отражает оценку (пациентом) динамики своего состояния.

На основании исследования боли у подростков с ювенильным артритом с использованием визуальной аналоговой шкалы боли и опросника Мак-Гилла мы можем сделать следующие выводы:

— Боль в суставах оценивалась подростками с ЮА как слабая и умеренная, ослабевающая на фоне противовоспалительной терапии. Показатель общего состояния здоровья был несколько хуже.

— Отмечена разница всех показателей при обследовании пациента при поступлении и выписке, поэтому целесообразно использовать метод самооценки больным боли и общего состояния в качестве критерия результата лечения.

— У значительной части пациентов боль имела эмоциональную окраску.

Сохраняющийся высокий ранг боли по аффективной шкале Мак-Гилла, на фоне положительной клинической динамики заболевания может свидетельствовать об изменении в эмоциональной сфере подростка и являться показанием к психологическому обследованию пациента и, возможно, к проведению психотерапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль и анальгезия. Рук. для практикующих врачей. Под ред. А. А. Буянтян., Е. Л. Насонова., В. В. Никода. М., ООО "Литтерра", 2004, 16-9, 30-2, 38-43, 45-8.
2. М. Л. Кукушкин, Н. К. Хитров. Общая патология боли. Рук. для врачей М., Медицина, 2004, 58-61, 106-7.
3. В. Л. Голубев. Боль-междисциплинарная проблема. РМЖ, 2008, 1382-4368, 3-6.
4. J. A. Hunfeld, J. Passchier. Боль и оценка степени боли у детей. РМЖ, 1997, 5, 7, 419-24.
5. А. Б. Данилов. Страдание и хроническая боль. РМЖ, 2008, 7-10.
6. Г. М. Дюкова. Лечение хронических болевых синдромов и депрессии. Справочник поликлинического врача, 12, 2007, 54-8.
7. W. A. Katz. Musculoskeletal pain and its socioeconomic implications. Clin. Rheum., 2002, 1 21, suppl, 1, 2-5.
8. S. Odegard, P. Fnset, T. Mowinckel. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., 2007, 66. 9, 1195-201.
9. A. M. Huber, G. A. Tomlinson, Amitriptyline to relieve pain in Juvenile Arthritis. A pilot study using Bayesian Metaanalysis of N-of-1 Clinical Trials. J. Rheumatol., 2007, 34, 5, 1125-31.
10. В. В. Кузьменко, В. А. Матиас Э. Р. Психологические методы количественной оценки боли. Сов. мед., 1986, 10, 44-8.
11. Е. Л. Насонов, В. А. Насонова. Фармакотерапия боли : взгляд ревматолога. Cons. Med., 2000, 2, 12, 509-13.
12. Л. П. Ананьева. Случай многолетнего лечения хронической неонкологической боли трамалом. Трудный пациент, 2007, 1, 20-5.
13. L. E. Schanberg, K. M. Gil et al. Pain stiffness and fatigue in Juvenile Polyarticular Arthritis contemporaneous stressful events and mood as predictors. Arthritis Rheum., 2005, 52, 4, 1196-204.
14. P. N. Malleson, D. A. Cabral, Ross E. Petty, Predictors of pain in children with established Juvenile Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheum., 2004, 51, 2, 15, 222-7.
15. A. Consolaro, R. Vitale, A. Pistorio et al. Physicians'

- and parents' ratings of inactive disease are frequently discordant in Juvenile Idiopathic Arthritis. J. Rheumatol., 2007, 34, 4, 1773-77.*
16. Н. Г. Правдюк. Клинико-инструментальная характеристика дорсопатий у лиц молодого возраста. Автореф. дисс к. м. н. ., М., 2007.
17. Н. С. Крыжановская. Особенности клинико-психологических взаимоотношений при ревматоидном артрите. Автореф. дисс к. м. н. М., 2000.

Поступила 26.02.09

Abstract

T.A. Shelepina

Assessment of joint pain in teenagers with juvenile arthritis

Objective. To assess mean total pain score in teenagers with juvenile arthritis (JA) and its values in groups differing on sex, variant of course, activity measures, degree of functional disturbances. To assess advisability of application of these parameters in real clinical practice.

Material and methods. 73 pts with JA (mean age $14,7 \pm 1,7$ years, mean disease duration $7,2 \pm 4,4$ years) were included. 18 from them had systemic, 42 – polyarticular and 13 – oligoarticular variant. 16 pts were examined repeatedly with interval exceeding one year. Total quantity of examinations was 94. 17 pts were examined at admission and at discharge. Pain was measured on visual analog scale (VAS) and on McGill Pain Questionnaire (83 examinations) including 3 scale: sensor (description of pain), affective (their influence on emotional state) and evaluative (verbal assessment of pain intensity). General health assessment on VAS was performed in 59 pts (in 8 from them at admission and at discharge). Summary mean measures and their values in groups differing in sex, course variant, activity measure, functional class at pts admission to and at discharge from the Institute of Rheumatology of RAMS. Statistical treatment was performed with Biomed program (descriptive statistic, χ^2 , Student's paired test).

Results. Mean pain score on VAS in all teenagers with JA was $31,3 \pm 17,3$. It was significantly higher in boys with systemic variant (in comparison with polyarticular), in pts with ESR elevation above 30, in pts with functional class 3 and higher at admission to the department. Pain score was significantly lower in pts with oligoarticular variant in comparison with mean value and with value in polyarthritis. Pain above 70 mm on VAS was found in pts with polyarticular damage in systemic and polyarticular variants in active phase of the disease and in severe functional disability. Summated (on sensor and affective scales) mean pain score value was $2,4 \pm 1,4$. Summated mean range of pain ($4,4 \pm 3,2$) was significantly higher than pain score ($2,4 \pm 1,4$).

Conclusion. Teenagers with JA had moderate (on their assessment) pain, more intensive in active phase of the disease and in disabled pts. Pain had emotional tint. Pain measurement should be performed repeatedly (at admission to and at discharge from hospital) to assess results of treatment.

Key words: juvenile arthritis, pain, VAS, McGill Pain Questionnaire