

А. Г. Кононова, канд. мед. наук, доцент

Л. Н. Коричкина, д-р мед. наук, профессор

О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ВИЗУАЛЬНЫЕ АНАЛОГОВЫЕ ШКАЛЫ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Построение эффективных коммуникативных отношений между врачом и пациентом предусматривает использование не только вербальных, но и наглядных методик, которые облегчают трактовку субъективных ощущений. Визуальные аналоговые шкалы широко используются врачами разных специальностей, однако до сих пор нет единого подхода к интерпретации полученных результатов. В статье обсуждаются основные проблемы «измерения» таких распространенных клинических симптомов как боль, одышка и тревожность. Делается вывод о необходимости глубокого комплексного подхода к пониманию жалоб пациента, что является основой правильной диагностики заболеваний и высокой приверженности лечению.

A. G. Kononova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

L. N. Korichkina, Doctor of Medical Sciences, Professor

O. Yu. Zenina, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

VISUAL ANALOGUE SCALES AS AN IMPORTANT ELEMENT OF PHYSICIAN- PATIENT COMMUNICATION

Building effective communication between physician and patient requires the use of not only verbal but also visual techniques that facilitate the interpretation of subjective sensations. Visual analog scales are widely used by physicians across various specialties, but there is still no unified approach to interpreting the results. This article discusses the key challenges in measuring common clinical symptoms such as pain, shortness of breath, and anxiety. It concludes that a comprehensive, comprehensive approach to understanding patient complaints is essential, as it underlies accurate diagnosis and high treatment adherence.

Ключевые слова: визуальные аналоговые шкалы, боль, одышка, тревога, коммуникативные отношения врач-пациент

Key words: visual analog scales, pain, shortness of breath, anxiety, physician-patient communication

“— Где болит?

«Там, где никому не видно, — подумал я...» ”

Рэй Брэдбери

Визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) давно и успешно применяются в медицинской практике. Они призваны объективизировать такие жалобы пациента, как боль, одышку, тревогу и другие. ВАШ включены в клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического болевого синдрома, бронхиальной астмы, остеоартрита. Рассмотрим достоинства и недостатки некоторых популярных вариантов ВАШ.

Наиболее часто в клинической практике врачи используют **ВАШ боли**. Пациенту предлагается отразить болевые ощущения на прямой линии (обычно 100 мм), крайние точки которой символизируют «полное отсутствие боли» и «непереносимый болевой синдром». Пациент делает отметку на шкале, а врач фиксирует итоговую цифру (в числовом значении, от 0 до 10 баллов), которую он может занести в медицинскую документацию. Удобство методики, с одной стороны, несомненно. Вместо субъективно окрашенной, часто с выраженным эмоциональным компонентом жалобы, врач получает конкретное количественное значение, с которым можно работать в динамике и следить за изменениями на фоне лечения. С другой стороны, личностное восприятие и переживание боли крайне индивидуально. Оно опирается на сравнение с имеющимся опытом переживания боли, зависит от индивидуального порога болевой чувствительности, а также черт личностного реагирования. Так, если это первый опыт болевых ощущений, они могут показаться человеку «нестерпимыми», что приводит к неправильным оценкам.

Кроме того, с помощью ВАШ можно оценить только один параметр: интенсивность боли. Другие же характеристики боли, такие как характер, длительность, иррадиация или сопутствующие элементы остаются неисследованными. Есть и другие существенные моменты. Количественная оценка боли у пациента может зависеть от конкретной ситуации (острая травма, колика, онкологическое заболевание, нахождение дома или в стационаре, время ожидания медицинской помощи, повышенная тревожность). Большое значение имеет уровень образования, наличие психических расстройств, прием медикаментов. Поэтому у одного и того же пациента цифры на шкале могут сильно варьировать.

Нет полного понимания, как градировать результат и что считать слабой, умеренной или сильной болью. Среди исследователей отсутствует единое мнение на этот счет. Иногда для

наглядности отмечается середина ВАШ, в ряде случаев предлагается разделять шкалу на три равные части, что соответственно отражает слабую, среднюю и выраженную интенсивность боли. По мнению А. Бунстра и соавторов, в клинической практике следует выделять три класса боли (от 0,1 до 3,8 см – легкая, от 3,9 до 5,7 см – умеренная и от 5,8 до 10 см – тяжелая) [4]. В других исследованиях предлагались альтернативные схемы пороговых значений. При этом значение одинаковых точек на шкале может интерпретироваться по-разному. Для одного человека число на шкале означает «среднюю, повседневную боль», другой пациент считает, что та же точка на шкале ВАШ соответствует «едва переносимой боли».

Также была обнаружена значительная разница между показателями числовой рейтинговой шкалы и ВАШ для средней, текущей, минимальной и максимальной боли. Например, исследование Л. Гудмана и соавторов [5] не показало приемлемого согласования между числовой рейтинговой шкалой и ВАШ при оценке интенсивности боли взрослыми с хронической болью, несмотря на то что обе шкалы измеряют один параметр. Так, степень согласованности между категориями тяжести боли была классифицирована как «умеренная» для средней и минимальной боли и «существенная» для текущей и максимальной боли. Таким образом, до сих пор не существует общепринятых пороговых значений боли, а учитывая слабую или умеренную связь между показателями ВАШ и функциональным состоянием пациента, правильная трактовка результата в клинической практике представляется сомнительной.

Возможны также проблемы с пониманием определений, которые используют врачи, из-за отсутствия единого словесного подхода: «минимальная боль», «средняя боль», «умеренная боль», «нестерпимая боль», «мучительная боль», «самая сильная боль в жизни», «едва переносимая боль» особенно в неотложной ситуации. В итоге стандартная ВАШ боли не обладает универсальностью и может дать ненадежные, иногда непредсказуемые результаты.

Данная методика не подходит пациентам с выраженными когнитивными расстройствами, детям до 5 лет, людям с двигательными нарушениями, снижением зрения. Для детей и пациентов с проблемами коммуникации разработана особая форма оценки боли, основанная на эмодзи. Вместо привычной числовой шкалы используются рисунки, отображающие лица – от радостных и спокойных до выражающих страдание от боли. Эмодзи могут быть удобны при коммуникации с подростками и молодыми людьми, которые привыкли к такому виду общения. В этом случае, на наш взгляд, полезно сочетать две формы ВАШ, последовательно предлагая рисунок и шкалу, получая в итоге цифровое значение интенсивности боли.

Одышка – еще один пример частой субъективной жалобы пациента. Одышка по эмоциональной значимости может превалировать над болью, ассоциируется с чувством тревоги и страхом смерти. Б. Е. Вотчал и Н. А. Магазаник указывали: «Одышка — это в первую очередь жалоба, с которой обращаются к врачу. Не изменение дыхания, а именно тягостное и непреодолимое

чувство, называемое одышкой, вынуждает больного ограничивать свою физическую активность». Она характерна для пациентов с бронхолегочной, сердечно-сосудистой, онкологической патологией, наблюдается при анемии, ожирении, аллергических реакциях, истерии и других заболеваниях, не являясь специфичным клиническим признаком. Одышка является одним из наиболее частых симптомов у крайне тяжелых и умирающих больных, что отражает актуальность проблемы [1].

Врачи первичного звена обычно ограничиваются показателями дыхательной недостаточности, основанной на адаптации к физической нагрузке: одышка в покое, при умеренной или выраженной физической нагрузке. Популярное деление одышки на инспираторную (затрудненный вдох) и экспираторную (затрудненный выдох) также является недостаточным, а вариант «смешанной» одышки, который часто упоминается в медицинской документации, не имеет высокой диагностической ценности.

При наличии у больного одышки, врачи в первую очередь должны оценить интенсивность этого симптома. **ВАШ одышки** — это действительно удобный инструмент для субъективной оценки интенсивности нехватки воздуха, представляющий собой 100-мм горизонтальную или вертикальную линию (от «нет одышки» до «худшая одышка в жизни»). Это простой доступный способ априорного анализа диспноэ на этапе, предшествующем специализированным инструментальным методам диагностики. ВАШ используется для быстрого измерения тяжести состояния, но не учитывает дополнительные вербальные характеристики одышки, которые важны для дифференциальной диагностики заболеваний, ее вызывающих.

Пациенты могут очень по-разному описывать свои ощущения: «дышу чаще, чем обычно», «чувствую удушье», «у меня перехватывает дыхание», «я задыхаюсь», «не могу полностью вдохнуть/выдохнуть», «мне не хватает воздуха», «дышу чаще, чем обычно», «приходится глубже дышать», «мое дыхание тяжелое». Все это необходимо учитывать. Бесспорно, имеет значение уровень когнитивных способностей пациента для перевода одышки в измерение расстояния, поэтому предложенная врачом методика может быть воспринята негативно.

Нам представляется, что лишь подробный анализ качественных и количественных проявлений нехватки воздуха, охватывающий широкий спектр дыхательных ощущений пациента, могут привести врача к верному пониманию проблемы. Для количественной оценки диспноэ эксперты рекомендуют применять дополнительные шкалы: MRC, функциональную Шкалу одышки Борга и шкалу CRPT. Поэтому ВАШ одышки следует рассматривать как скрининговый, но не основной метод. Только комплексное разностороннее изучение характеристик одышки с использованием визуальных, функциональных и инструментальных исследований может привести к пониманию возможного механизма возникновения диспноэ.

ВАШ тревожности, разработанная Хейсом и Паттерсоном в 1921 году, простая психометрическая методика, представляющая собой прямую линию (обычно 10 см или 100 мм), где пациент отмечает текущий уровень беспокойства. Она используется для быстрой количественной оценки субъективных ощущений от «нет тревоги» (0 баллов) до «максимальная тревога» (10 баллов). Расстояние в миллиметрах или сантиметрах от «нулевого» конца до отметки пациента считается баллом тревожности. Тест может использоваться в виде скрининга тревоги, он быстр и прост в заполнении.

Была показана высокая эффективность применения ВАШ тревоги, например, для изучения психоэмоционального статуса испытуемых в нейролингвистическом эксперименте [3]. Известно, что с высоким уровнем (≥ 8 баллов по ВАШ) ассоциируется смерть от всех причин и / или риском развития тяжелых неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [2]. Поэтому применение ВАШ тревожности в широкой клинической практике полезно и оправданно.

Однако следует отметить, что ВАШ тревожности предназначена для оценки эмоционального состояния, ощущения или переживания, которое существует у пациента непосредственно в момент исследования. Как и в случае ВАШ боли, рассчитанный балл тревоги может зависеть от множества условий и сильно варьировать у одного и того же пациента в течение суток.

Интерпретация личностной тревожности представляет сложности для пациента, требуя понимания собственных переживаний. Нельзя исключить возможное желание больного скрыть информацию и ввести врача в заблуждение. Так, сомнения и страх последующих медицинских вмешательств, отрицание и игнорирование личностных переживаний могут привести к ложным заниженным результатам. С другой стороны, возможна гиперболизация собственных ощущений и жалоб с целью привлечь внимание врача у истероидных субъектов. Поэтому существенными недостатками ВАШ тревоги являются ее неточность и вариабельность. Важно понимать, что оценка психоэмоциональных расстройств у больного должна быть комплексной и включать различные, более подробные методики исследования, в противном случае могут быть существенные ошибки в диагностике тревожных состояний.

Таким образом, популярность ВАШ объясняется простотой и удобством ее использования в условиях напряженной медицинской практики, когда нужно быстро получить числовое отражение жалоб пациента и проследить их динамику. Вместе с тем, рассмотренные виды ВАШ имеют общие существенные недостатки, которые необходимо учитывать: вариабельность, неточность, зависимость от экзогенных и эндогенных факторов, отсутствие единообразия в оценке результатов. Эффективные коммуникативные отношения в системе врач-пациент в настоящее время должны опираться на сочетание вербальных и визуальных методик и требуют взвешенного комплексного подхода.

Литература

1. Давыдова, О. А. Паллиативная помощь больным раком легкого с тяжелой одышкой / О. А. Давыдова [и др.] — Текст : непосредственный // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2007. — № 1. — С. 28-30.
2. Погосова, Н. В. Тревожная, депрессивная симптоматика и стресс как факторы, повышающие риск неблагоприятных исходов у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: результаты 1,5-годичного наблюдения в многоцентровом исследовании КОМЕТА. / Н. В. Погосова [и др.] // Кардиология. — 2023. — Т. 63, № 12. — С. 3-10.
3. Попова, М. С. Апробация визуальной аналоговой шкалы в пилотном нейролингвистическом эксперименте / М. С. Попова, Е. Г. Вергунов, И. В. Брак // Комплексные исследования детства. — 2023. — Т. 5, № 4. — С. 272–282. <https://doi.org/10.33910/2687-0223-2023-5-4-272-282>.
4. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain / Boonstra A. M. [и др.] // Pain. — 2014. — № 155(12). — P. 2545-2550. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.014>.
5. The level of agreement between the numerical rating scale and visual analogue scale for assessing pain intensity in adults with chronic pain. / Goudman L., Pilitsis J.G., Billet B. [и др.] // Anaesthesia. — 2024. — № Feb;79(2). — P. 128-138. <https://doi.org/10.1111/anae.16151>.