



УДК: 616.839:616.21

И.В. Стагниева

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ ПРОЗОПАЛГИЙ У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра болезней уха, горла и носа.
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,
E-mail: irinastagnieva@yandex.ru*

Цель: изучение состояния вегетативной нервной системы при заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с различной выраженностью болевого симптома.

Материалы и методы: у 140 больных с риносинуситами с различной выраженностью болевого симптома определяли тонус вегетативной нервной системы.

Результаты: у всех больных была отмечена дисфункция вегетативной нервной системы, причем значительные нарушения были в группах больных с максимально выраженным болевым симптомом и с отсутствием боли.

Выводы: наличие расстройств функционирования вегетативной нервной системы влияет на патогенез заболевания, определяя его клинические проявления в виде интенсивности болевого симптома.

Ключевые слова: лицевая боль, синусит, ринит, вегетативная нервная система.

I.V. Stagnieva

IN THE MANIFESTATION OF AUTONOMIC DYSFUCTION IN PATIENTS WITH PROSOPALGIA RHINOSINUSITIS

*Rostov State Medical University,
ENT department
29 Nakhichevansky st, Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: irinastagnieva@yandex.ru*

Purpose: To study the state of the autonomic nervous system in diseases of the nose and paranasal sinuses in patients with varying severity of pain symptoms.

Materials and Methods: in 140 patients with rhinosinusitis with varying severity of pain symptoms measured tone of the autonomic nervous system.

Results: All patients had marked dysfunction of the autonomic nervous system, and significant alterations were in groups of patients with the most pronounced symptom of pain and the absence of pain.

Summary: The presence of disorders of the functioning of the autonomic nervous system influences the pathogenesis of the disease, determining its clinical manifestations in the form of the intensity of the pain symptom.

Key words: facial pain, sinusitis, rhinitis, autonomic nervous system.

Введение

В настоящее время в патогенезе развития хронических заболеваний околоносовых пазух большое внимание уделяется функциональному состоянию вегетативной нервной системы [1, 2, 3]. Вегетативная нервная система относится к числу интегративных регулирующих систем [4]. Известно, что существует общность вегетативной иннервации слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и сердца. Информа-

ционные процессы в сердечно-сосудистой системе изменяются раньше, чем выявляются гемодинамические, метаболические и энергетические нарушения. Именно ЛОР органы представляют собой периферические отделы тех исполнительных функциональных систем, которые тесно связаны с внешней средой и первыми реагируют на любые ее изменения [3,4].

Эффект взаимного влияния воспалительных изменений в слизистой оболочке верхних дыхательных путей и тонуса ВНС не однозначен. Структурные перестройки,



имеющие поначалу компенсаторно-приспособительный характер и являющиеся обратимыми, постепенно закрепляются, переходят в патологические, и на основе обратных связей включаются в «порочный круг» заболевания.

По данным А.Г. Волкова и соавт. [3] функциональное состояние ВНС зависит от длительности воспалительного процесса, а исследование параметров вегетативного индекса и кардиоритмографии может служить критерием оценки и прогнозирования эффективности лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Болевой симптом - один из ведущих критериев дифференциальной диагностики воспалительных и вазомоторных и/или аллергических заболеваний носа и околоносовых пазух. Наиболее вероятно, что в генезе различных вариантов болевого симптома на первый план выступает дисфункция центральных, в других – периферических механизмов и медиаторных гуморальных систем вегетативной нервной системы.

Целью нашей работы является изучение состояния вегетативной нервной системы при заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с различной выраженностью болевого симптома.

Материалы и методы

Из многочисленных показателей, характеризующих исходный тонус вегетативной нервной системы, мы выбрали вегетативный индекс (ВИ) Кердо и изменение этого показателя при ортостатической пробе. Информативность абсолютных и векториальных характеристик ВИ значительно возрастает при исследовании их измерений в процессе ортостатической пробы. Оценку болевого симптома мы провели с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста» [5], который позволяет оценить выраженность компонентов болевого синдрома на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности и получить интегральную в баллах/процентах (количественную и качественную) оценку боли. Шкала невротизации данного теста позволяет оценить степень выраженности таких поведенческих компонентов, связанных с восприятием боли, как тревожность, эмоциональная лабильность, агрессия, депрессия, ипохондрические и вегетативные проявления.

Изучение изменений ВИ в ортостатической пробе мы провели у 140 пациентов. Всем 140 больным мы провели подробное клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию и перкуссию доступных стенок околоносовых пазух, переднюю и заднюю риноскопию, КТ околоносовых пазух. При углубленном сборе анамнеза оказалось, что у 63 больных (45%) наблюдался острый воспалительный процесс в околоносовых пазухах, у 41 (29,3%) – обострение хронического риносинусита с давностью заболевания от 7 месяцев до 12 лет. 36 (25,7%) больных - с различными формами хронического ринита, связывали цефалгический симптом с затруднением носового дыхания. На КТ у всех больных определялись признаки воспалительного процесса слизистой оболочки носа и/или околоносовых пазух разной степени выраженности.

Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от выраженности болевого симптома по интегративному показателю, максимальное значение которого 6 баллов, а

минимальное 0 баллов. В 1 группу вошли пациенты без болевого симптома (0 баллов), во 2-ю группу – пациенты со слабым болевым симптомом (1-2 балла), в 3 – с умеренной болью (3-4 балла), в 4 группу – пациенты с выраженным болевым симптомом (5-6 баллов). По возрастному и половому составу группы были относительно однородными. Возраст в этих группах колебался от 15 до 62 лет.

Мы провели оценку гемодинамических показателей при проведении ортостатической пробы во всех 4-х группах больных. Оценивались систолическое и диастолическое артериальное давление и ЧСС. По этим показателям вычислялся ВИ по формуле: $ВИ = (1 - ДАД/ЧСС) \times 100$. По данным литературы нормальные значения ВИ колеблются от (-)10 до (+) 10.

Результаты и обсуждение

У всех больных были отмечены высокие значения ВИ, причем значительно высокие значения были в группах больных с максимально выраженным болевым симптомом и с отсутствием боли (табл. 1).

Таблица 1.

Значение ВИ у больных с различной выраженностью болевого симптома

Группы больных	ВИ	
	Лежа	Стоя
1 группа (0 баллов)	24,6+4,4	20,7+5,6
2 группа (1-2 балла)	12,5+1,4	27,1+1,8
3 группа (3-4 балла)	21,2+3,4	29,4+3,2
4 группа (5-6 балла)	- 40,0+3,4	-19,2+2,2

По изменению показателей ВИ различают три типа функционирования ВНС: эйтонический, симпатикотонический и асимпатикотонический. При адекватном варианте лежания преобладает парасимпатическая регуляция функций сердечно-сосудистой системы, стоя – симпатическая. Данный тип регуляции отражает физиологический режим работы систем регуляции сосудистого тонуса. Второй – вариант с избыточным симпатическим обеспечением рефлексов положения характеризуется преобладанием симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему лежания с их последующим усилением стоя. Подобный тип говорит об усилении регуляторных симпатических влияний. Третий вариант – с недостаточным симпатическим обеспечением рефлексов положения, характеризуется выраженным преобладанием парасимпатических влияний на сердечно-сосудистую систему лежания, сохраняющимся при переходе в положение стоя, что говорит об ослаблении влияния ВНС, прежде всего, симпатического отдела. У больных с различной выраженностью болевого симптома преобладал симпатикотонический тип реагирования. Асимпатикотонический вариант чаще всего был отмечен у группы больных с максимально выраженным болевым симптомом и с отсутствием боли (1 и 4 группы). Эйтонический тип был характерен для больных с умеренным проявлением болевого симптома (табл. 2).



Таблица 2.

Варианты функционирования ВНС у больных с различной выраженностью болевого симптома

Группы больных	Количество больных		
	Эйтонический вариант	Симпатикотонический вариант	Асимпатикотонический вариант
1 группа (0 баллов)	1 (0,7%)	0	9 (6,4%)
2 группа (1-2 балла)	19 (13,6%)	27 (19,3%)	3 (2,1%)
3 группа (3-4 балла)	13 (9,3%)	19 (13,6%)	12 (8,6%)
4 группа (5-6 балла)	2 (1,4%)	11 (7,9%)	24 (17,1%)

Выводы

По нашему мнению, такие изменения функционирования ВНС доказывают роль рефлекторных и вазомоторных расстройств в патогенезе болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух. Таким образом, наличие расстройств функционирования

ВНС влияет на патогенез заболевания, определяя его клинические проявления в виде интенсивности болевого симптома. Для повышения эффективности лечения в алгоритм лечения необходимо включать средства и методы, направленные на нормализацию вегетативного статуса пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманова А.А., Белозеров Ю.М., Маккаев Х.М. Оценка вегетативного статуса и гемодинамических показателей при вазомоторном и аллергическом рините у детей // Российская оториноларингология. -2006. -№4(23). -С.39-44.
2. Василенко А.М. Нейроэндокринные механизмы в патогенезе головной боли // Русский медицинский журнал.-2002.-№1.-С.54-58.
3. Роль вегетативной дисфункции в патогенезе заболеваний ЛОР органов / А.Г.Волков [и др.] // Российская оторинолар. - 2004. - №3(10). - С.15-18.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 752с.
5. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой тест // Боль. -2005. -№1(6). - С. 26-33.

ПОСТУПИЛА: 23.04.2012