



И.В. Стагниева, Е.Л. Гукасян

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИМПТОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

*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: комплексная оценка болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы: проведена оценка орофациального болевого симптома у 140 больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста».

Результаты: выявлено, что при остром риносинусите основной компонент болевого симптома – это соматическая боль. При обострении хронического синусита основным компонентом болевого симптома является сенсорный. У больных с хроническим ринитом преобладает психогенный характер боли.

Выводы: оценка компонентов, составляющих болевой симптом (соматический, сенсорный и психогенный), позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

Ключевые слова: лицевая боль, невралгия тройничного нерва, синусит.

I.V. Stagnieva, E.L. Gukasyan

FACIAL PAIN IN DISEASES NOSE AND PARANASAL SINUSES

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

Purpose: Comprehensive assessment of pain symptoms in patients with diseases of the nose and paranasal sinuses.

Materials and Methods: The evaluation of orofacial pain symptoms in 140 patients with diseases of the nose and paranasal sinuses with the «Multidimensional Pain verbal color test.»

Results: Revealed that acute rhinosinusitis main component of the pain symptoms - is somatic pain. During exacerbation of chronic sinusitis, the main component of pain is a symptom of touch. In patients with chronic rhinitis predominant psychogenic nature of the pain.

Summary: Evaluation of components that make up the painful symptoms (somatic, sensory and psychogenic), allows you to define the features of the pathogenesis of the disease and determine treatment strategy.

Keywords: facial pain, trigeminal neuralgia, sinusitis.

Введение

Для врача оториноларинголога наиболее значимыми представляются орофациальные боли. Их отличают большое разнообразие, недостаточная изученность этиологии и патогенеза многих форм, и связанные с этим трудности дифференциальной диагностики и лечения. Это обусловлено многообразием анатомического строения и функциональными особенностями отдельных образований и структур области лица и рта, а также большим количеством различных специ-

алистов, участвующих в лечении болей данной локализации [1,2].

Особенности болевых ощущений в области лица связаны со сложной структурно-функциональной организацией как самой лицевой области, так и её нервной системы. Особенностью иннервации кожи и слизистых оболочек лицевой области является высокая плотность рецепторов, многие из которых могут быть активизированы различными по модальности раздражителями (болевыми, температурными, химическими, механическими). Это обстоятельство создает предпосылки для



реализации различных механизмов возникновения болевых ощущений [3]:

- туннельно-компрессионный (невралгия тройничного нерва);
- воспалительный (биологически активные медиаторы воспаления);
- рефлекторный (миофасциальные синдромы);
- сосудистый (в результате изменения тонуса сосудов).

Болевая афферентация от краниофациальной области передаётся от ноцицепторов, клетки которых формируют ганглии тройничного нерва (гассеров узел), а их аксоны вступают в мозг, образуя стволотворный сенсорный ядерный комплекс тройничного нерва. Мозговые сосуды иннервируются волокнами тройничного нерва, что послужило основанием для выделения тригемино-васкулярной системы, которая включает нервные волокна, выполняющие функцию вазодилататоров и вазоконстрикторов, регуляция которых происходит с помощью нейромедиаторов и нейропептидов [4,5]. Раздражение ганглия тройничного нерва нейротрансмиттерами увеличивает кровоток через тригемино-васкулярный комплекс. Общие механизмы ноцицептивной и иммунологической сенситизации действуют не только на уровне периферических ноцицепторов, но и воспроизводятся на спинальном и супрасегментарном уровнях сочетанной регуляции болевой чувствительности и иммунитета [6,7]. Генерализованное состояние ноцицептивной и иммунологической гиперчувствительности представляет компонент общего синдрома болезни, проявляющийся соматическим, вегетативным и эмоциональным дискомфортом, изменениями мотиваций и поведения, развитием стресса, невроза, депрессии прочими известными неспецифическими проявлениями болевого симптома. Одним из наиболее трудных диагностических моментов является объективный анализ болевого симптома. Большинство разработанных методов, предназначенных для изучения боли в общей медицинской практике, основывается на субъективной оценке исследуемых, т.е. на ощущениях самого больного [8,9], что уже не может быть объективно.

Цель работы: провести комплексную оценку болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы

В клинике болезней уха, горла и носа РостГМУ мы провели оценку орофациального болевого симптома у 140 больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста» [10]. Это комплексный экспресс-метод оценки и измерения боли. Тест оценивает выраженность компонентов болевого синдрома по 7-ми факторам-шкалам на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности и позволяет получить интегральную в баллах / процентах (количественную и качественную) оценку боли. Исследования проводили с помощью компьютерной версии теста – программы «Пересвет Антиболь». Тест содержит 7 шкал, в каждой из которых результат тестирования минимально равен нулю, максимально равен 6 баллам. Шкалы: лжи, частоты боли, длительности боли, интенсивности боли, сенсорных ощущений боли, эмоционального отношения к боли, невротизации,

модальностей (адаптивности). Это позволяет оценить восприятие боли на уровне ноцицепции, ощущения, переживания, болевого поведения и адаптивности. Всем 140 больным мы провели подробное клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию и перкуссию доступных стенок околоносовых пазух, переднюю и заднюю риноскопию, КТ околоносовых пазух.

Результаты и обсуждение

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. Слизистые выделения из носа имелись у 42 (30%) больных, слизисто-гнойные – у 73 (52,1%), у 25 (17,9%) – выделений из носа не было. Затруднение носового дыхания отмечали 133 (95%) больных. На КТ у всех больных определялись признаки воспалительного процесса слизистой оболочки носа и/или околоносовых пазух разной степени выраженности.

Показатель частоты боли отражает достоверность связи болевого ощущения с вызвавшим его заболеванием. Мимолетный, однократный характер боли исключает соматогенный характер болевого симптома. У больных с риносинуситами частота болевого симптома в среднем оценивается в 3-4 балла. Это средний показатель. Что доказывает связь патологического процесса и причины болевого симптома. Измерительная шкала длительности боли позволяет с помощью одной или нескольких характеристик подсчитать рейтинг болевых ощущений и, вместе со шкалой интенсивности, выявить соматогенный характер болевого ощущения. Высокие показатели по «соматическим» шкалам отражают выраженный болевой симптом. Чаще всего выраженный болевой симптом отмечен у пациентов с острыми гнойными процессами в околоносовых пазухах (4 и более баллов из 6) как раз за счет высоких показателей по шкалам интенсивности и частоты боли. У больных с хроническими процессами показатели по «соматическим» шкалам значительно ниже – в среднем 2 балла из 6-ти. А хронический ринит практически не вызывает интенсивной боли по этим шкалам: средний балл – 1,6.

Шкала сенсорного ощущения боли позволяет провести качественный и количественный анализ сенсорного компонента болевого ощущения, уточнить степень патологических изменений, связанных с заболеванием. Сенсорный показатель боли в основном соответствует общему уровню болевого симптома. При интенсивном болевом симптоме сенсорный показатель заметно выше, чем при низком значении интенсивности. Наиболее высокие значения по «сенсорным» шкалам мы получили у больных с хроническими риносинуситами – до 4-5 баллов. Это позволяет охарактеризовать боль при хронических риносинуситах как актуальную, имеющую прямую связь с патогенезом заболевания. Болевой симптом при рините, связанный с затруднением носового дыхания, также обусловлен в большой степени сенсорным компонентом – 3-4 балла. А вот острый гнойный процесс не дает высоких показателей по чувствительным шкалам – всего 2-3 балла.



Уровень переживания боли позволяет выделить субъективный компонент болевого симптома. Шкалы отражают включенность эмоциональной сферы пациента в картину переживания боли. В большинстве случаев больные с риносинуситами воспринимают болевой симптом достаточно тревожно, так как высока степень вегетативных проявлений. Средний балл по этим шкалам составил

2,9. Наиболее высокие значения мы выявили у больных с ринитами, когда затруднение носового дыхания приводит к повышенной тревожности и эмоциональной окраске боли.

Распределение компонентов болевого симптома по нозологиям видно из таблицы 1.

Таблица 1.

Распределение компонентов болевого симптома по нозологиям

Нозологические формы	Соматический показатель болевого симптома, баллы	Сенсорный показатель боли, баллы	Психогенный характер боли, баллы
Острый риносинусит	4,7 ($\pm 0,15$)	1,85 ($\pm 0,08$)	1,17 ($\pm 0,05$)
Обострение хронического риносинусита	2,1 ($\pm 0,06$)	4,15 ($\pm 0,17$)	1,25 ($\pm 0,06$)
Хронический ринит	0,9 ($\pm 0,02$)	1,74 ($\pm 0,11$)	4,13 ($\pm 0,14$)

Из таблицы 1 видно, что при остром риносинусите основной компонент болевого симптома – это соматическая боль. При обострении хронического синусита основным компонентом болевого симптома является сенсорный.

У больных с хроническим ринитом цефалгический симптом возникает за счет нарушения носового дыхания и преобладает психогенный характер боли (Рис. 1).

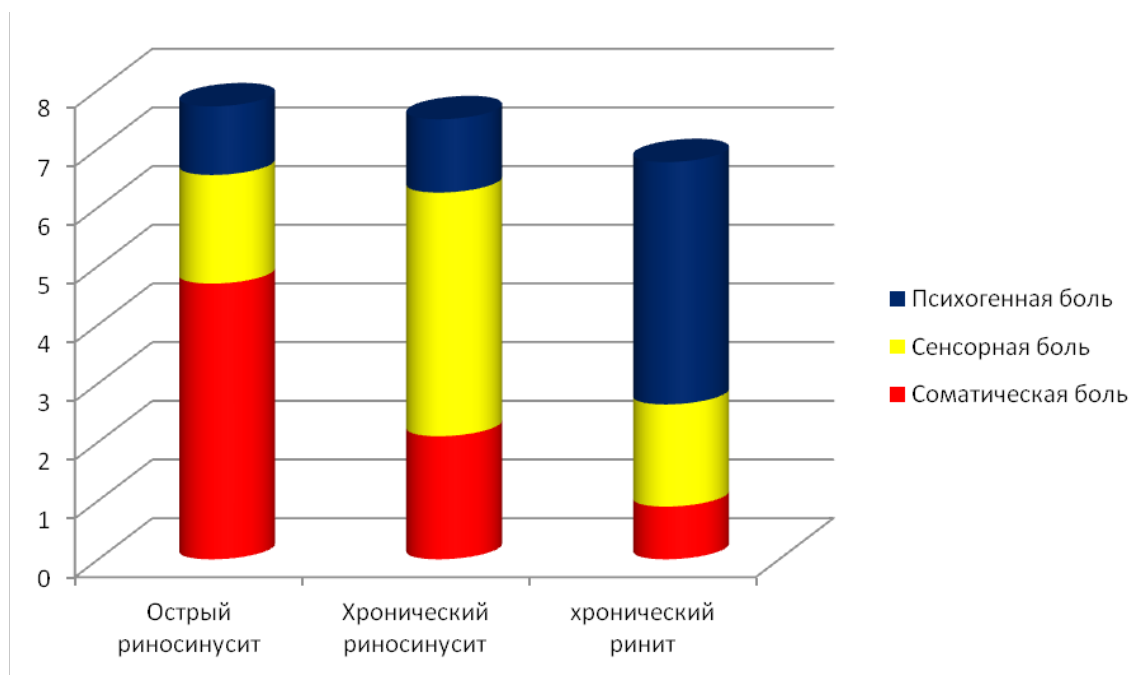


Рис. 1. Компоненты болевого симптома.

Гнойный процесс в пазухах как правило сопровождается выраженным болевым симптомом, а катаральный синусит не дает значительной боли, но 17,2% больных с отсутствием гнойного процесса в околоносовых пазухах дали высокий общий показатель болевого симптома за счет высоких баллов по шкалам эмоционального восприятия и невротизации. При этом у 13% пациентов с выра-

женным тяжелым гнойным процессом в околоносовых пазухах мы выявили низкий (0-2 балла) средний показатель болевого симптома (слабый болевой симптом), в том числе и по шкалам интенсивности и частоты.

По шкале модальности отмечено влияние на болевой симптом переутомления, физического и умственного перенапряжения, стресса. При этом физические факторы



окружающей среды (изменение погоды, шум, вибрация, положение тела) не имели решающего значения.

Таким образом, болевое ощущение, возникающее у пациента, никак не коррелировало с причиной и тяжестью течения патологического процесса. Это объясняется тем, что в этиологии головных болей имеется много патогенетических механизмов, многие из которых еще недостаточно изучены. В клинической практике значимость болевого симптома достаточно высока и требует более тщательного анализа всех сторон этого важнейшего признака.

Выводы

1. Болевое ощущение не коррелирует с причиной и тяжестью течения патологического процесса.
2. Оценка компонентов, составляющих болевой симптом (соматический, сенсорный и психогенный), позволяет определить особенности патогенеза заболевания.
3. В схему лечения риносинуситов необходимо включать средства, воздействующие на патогенетические звенья болевого симптома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль: руководство для студентов и врачей: учебное пособие/ под ред. акад. РАМН Н.Н.Яхно. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 304с.
2. Zakrzewska JM. Facial pain: an update // Curr Opin Support Palliat Care. - 2009. - N3(2). -P. 125-130.
3. Шавкута Г.В., Бойко Н.В. Головная боль и головокружение в амбулаторно-поликлинической практике. - Ростов н/Д, изд. РостГМУ, 2010. - 82с.
4. DeLeo J.A., Tanga F.Y., Tawfik V.L. Neuroimmune activation and neuroinflammation in chronic pain and opioid tolerance // Hyperalgesia. neurologist. - 2004. - № 10. - P.40-52.
5. Jones N.S. The prevalence of facial pain and purulent sinusitis. // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. - 2009. - Vol.17(1). - P. 38-42.
6. Ren K., Dubner R. Interactions between the immune and nervous systems in pain // Nat Med. - 2010. - Vol. 16. - N11. - P.1267-1276.
7. Lin S.H., Ho C.Y. Paranasal sinus pathologies in patients presenting with headache as the primary symptom // Cephalalgia. - 2006. - Vol. 26(4). - P. 423-430.
8. Коркмазов М.Ю., Корнова Н.В., Чиньков Н.А. Характер цефалгий при острых и хронических синуситах, их влияние на качество жизни // Рос. оторинолар. - 2009. -№2(39). - С.96-101.
9. Thornton M.A., Brown C. Up front about frontal headaches and sinusitis // Ir Med J. - 2009. - Vol. 102(4). - P. 120-122.
10. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой тест // Боль. -2005. -№1(6). -С. 26-33.

ПОСТУПИЛА: 23.04.2012