УДК 616.216.1 – 002-009.7

ОЦЕНКА ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ

Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Г.С. Арзыкулова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра оториноларингологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье проведена оценка болевого симптома у 140 больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста», выявлено, что при остром риносинусите основным компонентом болевого симптома является соматическая боль, а у больных с хроническим ринитом преобладает психогенный характер боли. Оценка компонентов, составляющих болевой симптом (соматический, сенсорный и психогенный), позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.
Ключевые слова: риносинуситы, лицевые боли, болевой симптом.

КУЛАК, МУРУН, ТАМАК МЕНЕН БАЙЛАНЫШКАН БЕТ ООРУГА БАА БЕРҮҮ

Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Г.С. Арзыкулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Кулак, мурун, тамак оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Мурун оорулары менен ооруган бейтаптарды баалоо 140 бет оору менен бейтаптардын ичинде баалуу өткөрүлгөн «Вербалдуу-түс тест» менен . Риносинусит оорусунда биринчи бир бөлүк соматикалык оору деп аныкталган, курчуу өнөкөт болгон риносинуситте сезүү оору белги болгон. Өнөкөт болгон ринитте психогендик оору белгиси баамдылык кылат. Оору белгилер баалуу түзгөн компонентке оорунун патогенезин өзгөчөлүктөрүнө баа берип жана даарылоо стратегиясын аныктайт.
Негизги сөздөр: риносинусит, бет оору, ооруу белгиси.

ASSESSMENT OF FACIAL PAINS IN DISEASES OF ENT ORGANS

B.N. Zhumabaeva, A.A. Salybaeva, G.S. Arzykulova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Otorhinolaryngology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this state comprehensive assessment of facial pain symptoms in patients with diseases of the nose and paranasal sinuses. The evaluation of pain symptoms in 140 patients with diseases of the nose and paranasal sinuses with the « Pain verbal color test» 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. 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.
Key words: facial pain, paranasal sinuses, pain symptom.

Введение

Большая часть заболеваний уха, горла и носа сопровождается болевым синдромом. Сложность диагностики связана с тем, что иннервация органа слуха, носа, околоносовых пазух, глотки и гортани обеспечивается теми же нервами, которые снабжают кожу лица и головы, мышцы (жевательные, мимические, шейные), структуры ротовой полости (слизистую оболочку, язык, десны, зубы), слюнные железы. Чувствительная иннервация головы и лица осуществляется тройничным (V пара), языкоглоточным (IX пара), блуждающим (X пара) черепными нервами и верхне-шейными позвоночными нервами (C1, C2, C3). Ощущения, вызываемые патологическим процессом в тканях и связанные с повреждением самих нервов, разветвляющихся в этих тканях, часто практически неотличимы. Болевой синдром при синуситах имеет сложную природу и является следствием раздражения окончаний тройничного нерва в слизистой оболочке пазух

продуктами метаболизма микроорганизмов и медиаторами воспаления, повышения давления экссудата в просвете пазухи при затруднении оттока, болезненной пульсации в результате избыточного пульсового растяжения артерий. Для синусита характерна тупая, постоянная распирающая боль, чаще в проекции пораженной пазухи, ощущение тяжести, напряжения. Иногда боль принимает пульсирующий характер. Интенсивность боли меняется в течение суток, что связано с изменением условий оттока из пазух в зависимости от положения головы. Дифференциально-диагностическим тестом может служить ослабление болевого синдрома после анемизации слизистой оболочки полости носа в результате улучшения оттока экссудата из пазухи. Локализация, характер, местная и отдаленная иррадиация боли зависят от топики поражения околоносовых пазух. При остром неосложненном фронтите наблюдается распирающая боль в лобной области, усиливающаяся при движении глазных яблок, при наклонах головы вперед с ощущением «прилива» к пазухе. Наибольшей интенсивности боль достигает по утрам, что связано с ухудшением дренажа пазухи в горизонтальном положении. При остром этмоидите давящая боль локализуется в области корня носа, переносья и внутреннего угла глаза. Боль иррадиирует в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, часто сопровождается слезотечением, отеком век, иногда – гиперемией конъюнктивы. Возможно появление болезненности глазного яблока.Болевой синдром при сфеноидитах наблюдается в 96% случаев и имеет различную локализацию. Типичный признак головной боли при сфеноидите - это «проекция постоянного места» в результате ее иррадиации в то или иное место головы. Заболевания ЛОР органов могут стать причиной возникновения неврогенных прозопалгий. К этой группе можно отнести невралгию тройничного нерва, невралгию крылонебного узла, невралгию носоресничного нерва, прозопалгии неясного генеза.

Цель: комплексная оценка болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух, позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

Материалы и методы

В отделении болезней уха, горла и носа мы провели оценку больных с различными нозологическими формами лицевой боли у 140 больных в возрасте от18 до 74 лет с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Вербально-цветового болевого теста». 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. Тест одновременно отражает особенности восприятия боли человеком на разных уровнях психики и позволяет определить локализацию боли, частоту возникновения, длительность, интенсивность болевых приступов (уровень ноцицепции), характер болевого ощущения (уровень восприятия боли) и вовлеченность эмоциональных компонентов (уровень эмоционального переживания),степень невротизации (поведенческий уровень) и зависимость появления у пациента болевых ощущений от влияния факторов внешней среды (уровень адаптивности). Вместе с вербальным описанием болевых ощущений используется невербальный символ – цвет. Это позволяет выявить неосознаваемое, часто скрытое для самого пациента отношение к своей болезни и определить выраженность психогенной составляющей в целостной картине восприятия 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 риноскопии, КТ околоносовых пазух.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных пациентов – 63 (45%) составили больные с невралгией тройничного нерва, 41 (29,3%) с невралгией носоресничного нерва и 36 (25,7%) с прозопалгиями неясного генеза, что отражено в следующей таблице 1.

Таблица 1

Показатели обследования

Нозологическая форма	Количество	% соотношение	Сопутствующее заболевание
Невралгия тройничного нерва	**63**	**45**	Острый риносинусит
Невралгия носоресничного нерва	**41**	**29,3**	Обострение хронического риносинусита
Прозопалгии	**36**	**25,7**	Прозопалгии неясного генеза

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. Гнойный процесс в пазухах, как правило, сопровождался 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 выраженным 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. На КТ у всех больных определялись признаки воспалительного процесса слизистой оболочки носа и/или околоносовых пазух разной степени выраженности.

Как было указано, исследование проводилось среди 140 больных в возрасте от 18 до 74 лет. Возрастные категории указывают следующее: наибольший процент больных наблюдался в возрастной категории от 26 до 45 лет, вторую группу составили больные от 18 до 25 лет, то есть лица, наиболее работоспособного возраста (Рис. 1).

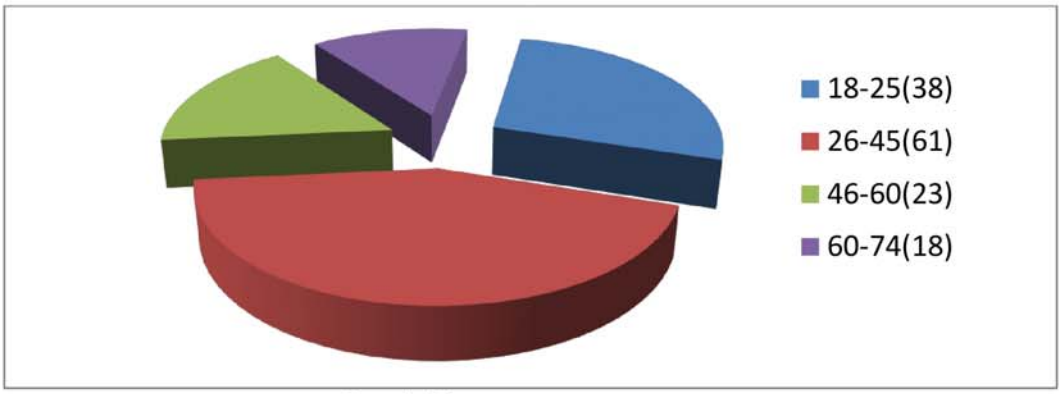

Рис. 1. Возрастные категории.

Невралгия тройничного нерва (ТН) встречается чаще других, проявляется короткими приступами жгучей боли высокой интенсивности в зоне первой, второй или третьей ветви ТН – лобная, верхнечелюстная или нижнечелюстная локализация (Рис. 2). Типичный приступ не вызывает сомнений: мучительная жгучая боль в области глазного яблока, спинке и половине носа. Болевой синдром сопровождается слезотечением и выделением из одной ноздри жидкого секрета. Триггеры в области внутреннего угла глазницы и крыла носа. Диагностический тест – смазывание лидокаином слизистой оболочки переднего отдела носовой полости, которая в течение 2 минут купирует боль.

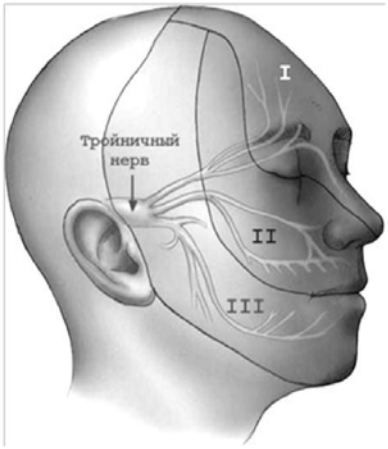

Рис. 2. Зоны иннервации ветвей тройничного нерва.
** (http://tutbolinet.ru/golova/nevralgiya-trojnichnogo-nerva.html)*

Невралгия носоресничного нерва может возникнуть при патологии ЛОР органов (гипертрофии нижних носовых раковин и вазомоторном рините, искривлении носовой перегородки, острых и хронических верхнечелюстных синуситах, острых и хронических этмоидитах, острых и хронических фронтитах, острых и хронических сфеноидитах), а также при одонтогенных гайморитах, а также при отёках слизистой оболочки носа и вирусных заболеваниях. Боли носят пароксизмальный характер и локализуются в области глазницы, носа, верхней челюсти и зубов (рис. 3). Вегетативные нарушения выражаются в гиперемии конъюнктивы, усиленном слезо и слюнотечении, отёчности слизистой оболочки носа и ринорее; нередко наблюдается отёчность половины лица или отдельных его участков. Приступы могут сопровождаться одышкой, тошнотой. На высоте приступов часто отмечаются светобоязнь и нарушения зрения.

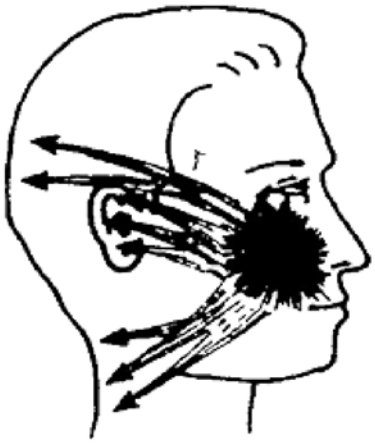

Рис. 3. Распространение болей при невралгии носоресничного нерва.
** (http://stom4you.ru/nevralgiya-nosoresnichnogo-nerva-sindrom-charlina.html)*

В дифференциальный ряд также попадает идиопатическая персистирующая лицевая боль (ранее – атипичная лицевая боль), определяемая как постоянная боль в лице, не отвечающая диагностическим критериям ни одной из описанных форм краниальных невралгий и не связанная с другой патологией (таблица 2).

Таблица 2

Локализация болей при поражении лицевых нервов

Источник боли	Система	Зона распространения
Крылонебный узел	Тройничный нерв (V ч.н.)	верхняя челюсть, твердое небо, глазн. яблоко, корень носа
Ресничный узел		глазное яблоко, надбровье, спинка и половина носа
Носоресничый нерв		
Видиев нерв	Лицевой нерв (VII ч.н.) + сплетение ВСА	ткани орбиты (не глазное яблоко)
Верхний шейный симпатический узел	Шейный симпатический ствол	половина лица, головы, шеи, надплечья
Идиопатическая персистирующая лицевая боль		все лицо или любая его часть

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.

Выводы:

1. Показатель частоты боли отражает достоверность связи болевого симптома 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.
2. Болевое ощущение не коррелирует с причиной и тяжестью течения патологического процесса. В схему лечения риносинуситов необходимо включать средства, воздействующие на патогенетические звенья болевого симптома.

Литература

1. *Яхно, Н.Н. Боль: руководство для студентов и врачей/ Н.Н. Яхно. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 304 с.*
2. *Бойко, Н.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей /Н.В. Бойко, И.В. Стагниева//Российская ринология. - 2012. - №4. - С. 39-41.*
3. *Адашинская, Г.А. Многомерный вербально-цветовой тест/ Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров // Вестник оториноларингологии. - 2005. - №4. – С. 26-33.*
4. *Zakrzewska, J.M. Facial pain: an update / J.M. Zakrewska // Curr Opin Support Palliat Care. - 2009. – №3. - P. 125-130.*