

И.В. Кастыро

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва)

В статье рассмотрены эпидемиологические вопросы острого болевого синдрома в ургентной и плановой оториноларингологии. Был опрошен 161 человек (1-я группа) с острой болью на фоне острых заболеваний ЛОР-органов и 130 человек (2-я группа) в первые часы после плановых хирургических вмешательств. В 1-й группе суммарные значения острого болевого синдрома показали, что 27,32 % испытывали слабую боль, 30,43 % — боль средней интенсивности, 31,05 % — сильную боль, а 11,18 % — очень сильную боль. Во 2-й группе у 25,38 % был выявлен слабый болевой синдром, у 40,76 % — болевой синдром средней интенсивности, у 26,92 % — сильный болевой синдром, а 6,92 % — очень сильный болевой синдром. Понимание структуры болевого синдрома при различной ЛОР-патологии помогает с выбором адекватной анальгетической терапии и предотвращает развитие хронического болевого синдрома.

Ключевые слова: болевой синдром, структура боли, острое воспаление

EPIDEMIOLOGY OF ACUTE PAIN SYNDROME IN OTORHYNOLARYNGOLOGY

I.V. Kastyro

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

The article reviews epidemiology of acute pain syndrome in urgent and elective otorhinolaryngology. 161 patients with acute pain on the background of acute ENT diseases (group 1) and 130 patients immediately after routine surgery were questioned. Total values on the pain level of the patients of the group 1 showed that 27,32 % of patients had mild pain, 30,43 % of patient had medium pain, 31,05 % had strong pain and 11,18 % had very strong pain. In the group 2 25,38 % of patients had low pain level, 40,76 % had medium pain level, 26,92 % had high pain level and 6,92 % had very high pain level. Understanding of pain syndrome structure at different ENT disorders helps in choice of adequate analgetic therapy and prevents development of chronic pain syndrome.

Key words: pain syndrome, pain structure, acute inflammation

С определением боли Всемирной организацией здравоохранения как проблемы глобального масштаба [8] и с публикацией болевых стандартов Совместной комиссией по Аккредитации организаций здравоохранения [10] боль признана пятым жизненно-важным знаком, наряду с уровнем артериального давления, частотой сердечных сокращений и частотой дыхательных движений [4, 10, 11, 13]. В отличие от хронической боли, которая не является реакцией адаптации [22], острая боль является нормальным физиологическим ответом на ишемию или повреждение тканей и имеет огромное адаптивное значение, выступая в качестве предупреждения об опасности и нарушении целостности организма. Большинство случаев острой боли излечимо, либо их можно просто предупредить, особенно в условиях клиники. Если острую боль лечить плохо или совсем не лечить, то она может прогрессировать в хронический болевой синдром [6, 14, 18]. Таким образом, эффективная коррекция как ответ на острую боль может считаться верным шагом на пути к профилактике развития хронического болевого синдрома.

Послеоперационный болевой синдром является одним из наиболее распространенных форм острой боли [5, 7, 20]. Её неоптимальное управление является признанной проблемой многими клиницистами на протяжении почти 60 лет [15, 17, 19] и было официально отнесено к разряду вопросов

общественного здравоохранения различными научными обществами и государственными структурами США, Австралии и Европы [16, 21, 23].

Существование проблемы оценки, адекватного управления и купирования острого болевого синдрома в российской оториноларингологии на сегодняшний день несомненно [1, 3]. Острый болевой синдром в ЛОР-болезнях имеет, как правило, природу воспалительного генеза. Боль может сопровождать множество ургентных заболеваний ЛОР-органов, таких, как: острый бактериальный и вирусный риносинусит, острый фарингит, различные формы ангины, фурункул наружного носа и полости носа, фурункул ушной раковины, острые средние отиты, евстахеиты, острое воспаление наружного слухового прохода, острые ларингиты, паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс и др. В плановой ЛОР-хирургии болевой синдром развивается зачастую после проведенных вмешательств (риносеptoпластика, полипотомия полости носа, уха, глотки и гортани, тонзилэктомия, ларингэктомия, операции на ухе и полости среднего уха и др.).

В доступной отечественной и зарубежной литературе работ, посвященных оценке структуры и интенсивности болевого синдрома при различных ЛОР-заболеваниях, нами найдено не было.

Цель работы: провести эпидемиологический анализ острого болевого синдрома в условиях ургентной и плановой оториноларингологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике ЛОР-болезней кафедры оториноларингологии медицинского факультета РУДН был опрошен 161 человек (группа 1) с острым болевым синдромом, развившимся на фоне острого бактериального или вирусного воспаления (80 мужчин и 81 женщина) и 130 человек (группа 2) с острым постоперационным болевым синдромом после плановых хирургических вмешательств (75 мужчин и 55 женщин). Первая группа была разбита на подгруппы в зависимости от острой патологии: 1А — 121 человек с острой патологией носа и околоносовых пазух (острый риносинусит, нагноившаяся атерома носа, фурункул носа); 1Б — 14 человек с паратонзиллярным абсцессом; 1В — 26 человек с патологией наружного и среднего уха (нагноившаяся атерома уха, отогематома, катаральный средний отит). Во второй группе также были выделены подгруппы: 2А — 64 человека после ринопластики; 2Б — 42 человека после полипотомии носа; 2В — 24 человека после тонзилэктомии. В первой группе интенсивность болевого синдрома определялась при поступлении в стационар до начала манипуляций (пункция верхнечелюстной пазухи, вскрытие фурункула, атеромы, иссечение отогематомы, трепанопункция лобной пазухи и др.), а во второй — через 2 часа после окончания плановых хирургических вмешательств, при проведении которых использовалась местная аппликационная и/или инфильтрационная анестезия в зависимости от патологии.

Уровень болевого синдрома оценивался с помощью аналоговых шкал — визуально-аналоговой шкалы, цифровой рейтинговой шкалы и вербальной шкалы-«молнии», предложенной автором [2]. По результатам всех трех шкал вычислялось среднее значение уровня болевого синдрома для каждого пациента. Результаты средних значений распределялись на 4 класса интенсивности болевого синдрома: 1-й класс — слабая боль (от 0 до 25 мм), 2-й класс — боль средней силы (от 25 до 50 мм), 3-й класс — сильная боль (от 50 до 75 мм), 4-й класс — очень сильная боль (от 75 до 100 мм). Полученные данные обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В подгруппе 1А 30 человек (24,8 %) отметили слабую боль, 40 человек (33 %) — боль средней интенсивности, 36 человек (29,8 %) — сильную боль, 15 человек (13,4 %) — очень сильную боль. В подгруппе 1Б распределение по классам уровня болевого синдрома было следующим: 14,3 % (2 человека) — 2-й класс, 64,3 % (9 человек) — 3-й класс, 21,4 % (3 человека) — 4-й класс. У пациентов с острой патологией уха более половины (14 человек — 53,8 %) оценивали интенсивность испытываемой боли ниже 25 мм, 7 человек (26,9 %) — от 25 до 50 мм, а 5 человек (19,2 %) — от 50 до 75 мм.

После плановых хирургических вмешательств в подгруппе 2А у 21,87 % был отмечен слабый болевой синдром, у 46,88 % — боль средней интенсивности, а у 26,56 % — сильная боль. После полипотомии носа в первые часы после операции 40,48 % пациентов не отмечали или ощущали слабую боль, а 38,1 % — боль средней силы. После плановой тонзилэктомии половина пациентов (50 %) испытывала сильный болевой синдром, а 29,17 % — болевой синдром средней интенсивности (табл. 1).

Таблица 1
Структура болевого синдрома
после плановых хирургических вмешательств

Подгруппы	Уровень боли	1-й класс 0–25 мм	2-й класс 26–50 мм	3-й класс 51–75 мм	4-й класс 76–100 мм
2А	абс.	14	30	17	3
	%	21,87	46,88	26,56	4,69
2Б	абс.	17	16	6	3
	%	40,48	38,1	14,29	7,14
2В	абс.	2	7	12	3
	%	8,33	29,17	50	12,5

На рисунках 1 и 2 показан общий уровень болевого синдрома по всем подгруппам. Как видно из рисунка 1, в первых трех классах отмечается прак-

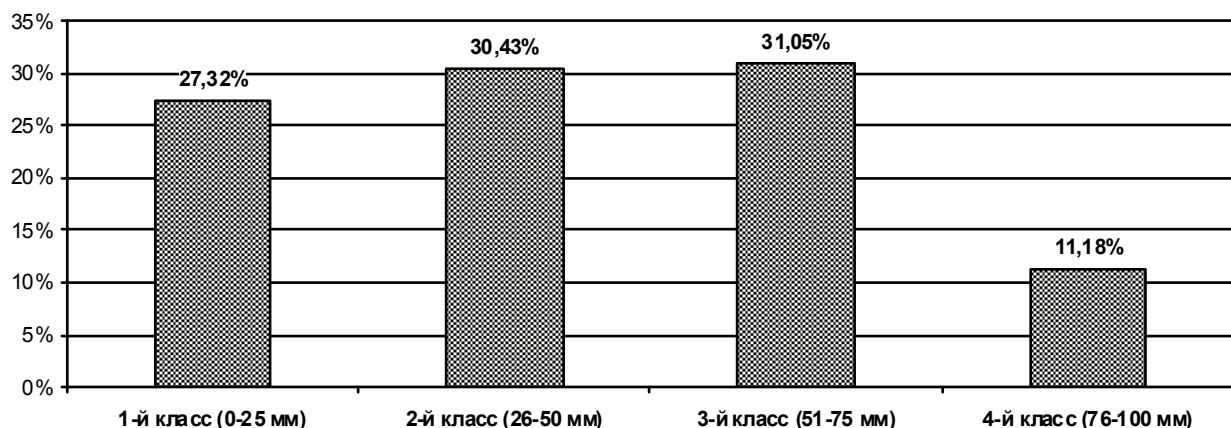


Рис. 1. Распределение пациентов по уровню болевого синдрома в 1-й группе (%).

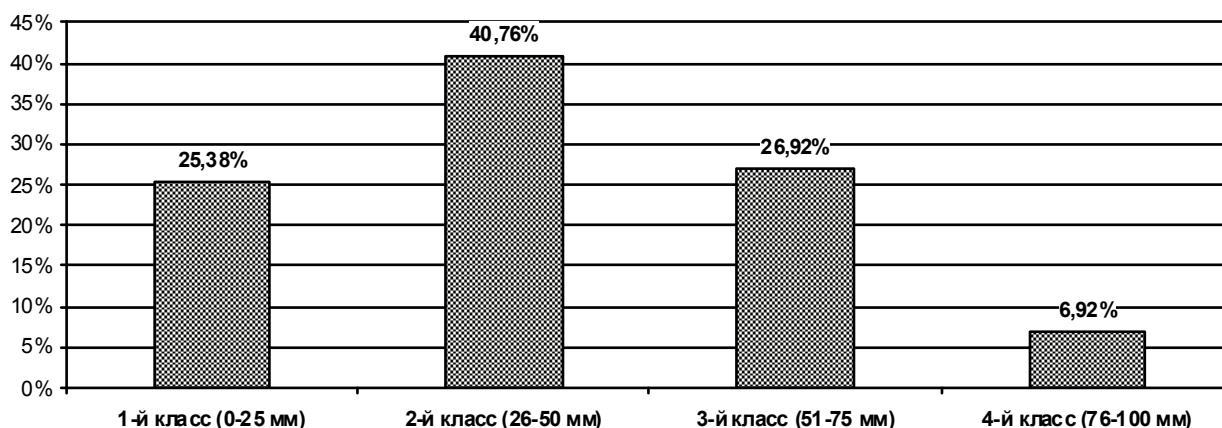


Рис. 2. Распределение пациентов по уровню болевого синдрома во 2-й группе (%).

тически равное количество пациентов. Во второй группе явно преобладает 2-й класс интенсивности болевого синдрома.

ВЫВОДЫ

Как показывают результаты исследования, контроль острого болевого синдрома в ЛОР-стационаре необходим как в скоромощных условиях, так и в условиях постоперационного ведения пациентов. Особое внимание необходимо уделять интенсивности боли при остром бактериальном или вирусном поражении околоносовых пазух, паратонзиллитах и паратонзиллярных абсцессах, так как это поможет определиться с дальнейшей тактикой лечения пациентов. Безусловно, в случаях выраженного болевого синдрома при острых заболеваниях ЛОР-органов необходимо включать в протокол медикаментозной терапии обезболивающие препараты, как правило, нестероидные противовоспалительные средства нового поколения (кеторолак, теносикам и др.). В постоперационном периоде контроль и правильное управление острой болью предотвратит хронизацию и запуск патологической периферической и центральной болевой импульсации.

Таким образом, на сегодняшний день эпидемиологический анализ острого болевого синдрома в ургентной и плановой оториноларингологии может помочь более тщательно понять и разобраться в вопросах оценки уровня болевого синдрома и его правильного купирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кастыро И.В. Интенсивность послеоперационной боли после септопластики и полипотомии носа: сравнение, стандартизация обезболивания // Российская оториноларингология. — 2012. — № 1 (56). — С. 79–82.
2. Кастыро И.В. Попадюк В.И. Острая боль у оториноларингологических больных разных возрастных групп // Нов. анест. и реанимат. — 2011. — № 3. — С. 6–8.
3. Кастыро И.В., Чулуунбаатар С. Послеоперационное обезболивание нестероидными противо-

воспалительными препаратами у больных с патологией носа и околоносовых пазух // Вестник РГМУ. Спец. вып. — 2011. — № 1. — С. 55–56.

4. Ashbaugh C.M. Assessing acute pain in the geriatric population. — Arizona, 2005. — 77 p.
5. Bruce J., Quinlan J. Chronic post-surgical pain // Br. J. Pain. — 2011. — Vol. 5, N 3. — P. 23–29.
6. Buvanendran A., Kroin J.S. Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain // Curr. Op. in Anaest. — 2009. — N 22. — P. 588–593.
7. Carr D.B., Goudas L.C. Acute pain. // Lancet. — 1999. — N 353. — P. 2051–2058.
8. Gureje O., von Korff M., Simon G.E., Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care // JAMA. — 1998. — Vol. 280. — P. 147–151.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook (CAMH) // Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. — Illinois: Oakbrook Terrace, 2000.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain management and assessment: an organizational approach. JCAHO publication PAM-100 // Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. — Illinois: Oakbrook Terrace, 2000.
11. Lanser P., Gesell S. Pain management: the fifth vital sign // Health Benchmarks. — 2001. — N 8. — P. 68–70.
12. Lynch M. Pain as the fifth vital sign. Comprehensive assessment leads to proper treatment // Adv. Nurse Pract. — 2001. — N 9. — P. 28–36.
13. Lynch M.E., Campbell F.A. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain // Pain. — 2008. — N 136. — P. 97–116.
14. Macrae W.A. Chronic post-surgical pain: 10 years on // Br. J. Anaesth. — 2008. — Vol. 1, N 101. — P. 77–86.
15. Marks R.M., Sacher E.J. Undertreatment of medical inpatient pain with narcotic analgesics // Ann. Intern. Med. — 1973. — N 78. — P. 173–181.

16. National Health and Medical Research Council. Management of severe pain. National Health and Medical Research Council. — Canberra, Australia, 1988.
17. Papper E.M., Brodie B.B., Rovenstein E.A. Postoperative pain: its use in the comparative evaluation of analgesics. // Surgery. — 1952. — N 32. — P. 107—109.
18. Petersen-Felix S., Curatolo M. Neuroplasticity — an important factor in acute and chronic pain // Swiss. Med. Weekly. — 2002. — N 132. — P. 273—278.
19. Reuben S.S. Chronic pain after surgery: What can we do to prevent it? // Current Pain and Headache Reports. — 2007. — N 11. — P. 5—13.
20. Rocchi A., Chung F., Forte L. Canadian survey of postsurgical pain and pain medication experiences // Can. J. Anesth. — 2002. — Vol. 10, N 49. — P. 1053—1056.
21. Royal College of Surgeons and College of Anaesthetists Working Party on Pain After Surgery. Pain after surgery. — London, UK: Royal College of Surgeons, 1990.
22. Stephens J., Laskin B., Pashos C. et al. The burden of acute postoperative pain and the potential role of the COX-2-specific inhibitors // Rheumatology. — 2003. — N 42. — P. iii40—iii52.
23. Task Force on Acute Pain. Management of acute pain. A practical guide. International Association for the Study of Pain (IASP). — Seattle, Washington, USA, 1992.

Сведения об авторах

Кастыро Игорь Владимирович — аспирант кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-оториноларинголог (117198, г. Москва, ул. М.-Маклая, 8; тел.: 8 (915) 266-07-87; e-mail: ikastyro@gmail.com)