

7. Серикова Л.Н., Конопля Е.Н., Локтионов А.Л. Иммунокорригирующие и антиоксидантные эффекты дерината и диквертина у больных внебольничной пневмонией // Курский науч.-практ. вестн. "Человек и его здоровье". – 2007. – № 3. – С. 46–52.
8. Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты // Современные методы в биохимии. – М.: Медицина, 1977. – С. 67–69.
9. Тарасенко В.С., Смолягин А.И., Кубышкин В.А. Особенности иммунного статуса при остром панкреатите // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 51–54.
10. Шабалин А.Р., Гаврилюк В.П., Гертнер Л.В., Конопля А.И. Применение фармакологических и нефармакологических способов иммуноткоррекции у больных урогенитальной герпес-вирусной инфекцией в сочетании с уреаплазмозом // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т. XIII, № 1. – С. 118–119.
11. Шебан Л.И., Гаврилюк В.П., Конопля Е.Н. Иммуномодулирующие и антиоксидантные эффекты кудесана и его компонентов // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 436.
12. Щербаков В.И. Применение НСТ-теста для оценки чувствительности нейтрофилов к стимуляторам // Лаб. дело. – 1989. – № 1. – С. 30–33.
13. Cornblath D.R., Chaudhry V., Carter K. et al. Total neuropathy score Validation and reliability study // Neurology. – 1999. – Vol. 53. – P. 1660.
14. Morcos M., Borcea V., Isermann B. Effect of the antioxidant lipoic acid on the progression of endothelial cell damage and albuminuria in patient with diabetes mellitus // Diabetes Res Clin Pract. – 2001. – Vol. 52. – P.175–183.
15. Wu D., Cederbaum A.I. Alcohol // Res Health. – 2003. – Vol. 27, № 4. – P. 277–284.

УДК 616.833.15:615.812

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ ЛИЦЕВОЙ БОЛИ С ПОМОЩЬЮ МНОГОМЕРНОГО ВЕРБАЛЬНО-ЦВЕТОВОГО БОЛЕВОГО ТЕСТА

© Тишков Д.С., Бобынцев И.И., Северьянова Л.А.

Кафедра терапевтической стоматологии, кафедра патофизиологии
Курского государственного медицинского университета

Хронический болевой синдром у 42 больных невралгией тройничного нерва изучали с помощью анкетной формы многомерного вербально-цветового болевоего теста. Курс терапии невралгии тройничного нерва включал препараты карбамазепин (доза не превышала более 1200 мг в сутки) и amitriptilin (50-150 мг в сутки), а также физиотерапевтические методы лечения. При поступлении в стационар у больных отмечался значительный уровень невротизации на фоне высокой степени включения эмоциональной сферы во внутреннюю картину переживания боли и сосредоточенности внимания на провоцирующих факторах внешней среды. Данные характеристики превалировали над количественными и качественными показателями ноцицепции. Традиционно проводимое лечение оказывает наиболее выраженное влияние на ноцицептивные компоненты пароксизмальной лицевой боли, а не на доминирующие, которые остаются достаточно выраженными и после выписки из стационара. Поэтому наряду с традиционной терапией достаточно перспективным может являться использование психотерапевтических методов коррекции невротических расстройств.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, многомерный вербально-цветовой болевой тест, оценка боли.

STUDYING THE CHARACTER OF TRIGEMINAL PAIN WITH THE HELP OF MULTIVARIATE VERBAL-COLOR PAINFUL TEST

Tishkov D.S., Bobyntsev I.I., Severyanova L.A.

Therapeutic Stomatology Department, Pathophysiology Department of the Kursk State Medical University

Chronic painful syndrome in 42 patients with neuralgia of a trigeminal nerve was studied with the help of the biographical form of the multivariate verbal-color painful test. The course of therapy of trigeminal neuralgia included preparations of Carbamazepine (the doze did not exceed more than 1200 mg a day) and Amitriptyline (50-150 mg a day), and also physiotherapeutic methods of treatment. In admitting to a hospital patients were noted the significant level of neurotization against the background of the high degree of involving the emotional sphere in an internal picture of experiencing pain and concentrating attention on provoking factors of environment. The given characteristics prevailed above quantitative and quality indicators of nociception. The traditional treatment renders the most expressed influence on the nociceptional components of paroxysmal pain, instead of dominating, which remain expressed enough after discharging from a hospital. Therefore alongside with the traditional therapy the use of psychotherapeutic methods of correction of neurotic frustration can be perspective enough.

Key words: neuralgia of a trigeminal nerve, the multivariate verbal-color painful test, an estimation of pain.

Пароксизмальные лицевые боли – распространенная группа неврологических заболеваний человека, характеризующихся своеобразием клинической картины, выраженным влиянием на качество жизни и стойкой утратой трудоспособности. Среди них наиболее тяжело протекает невралгия тройничного нерва.

Невралгия тройничного нерва является хроническим заболеванием, проявляющимся внезапным, как правило, односторонним, сильнейшим, напоминающим удар электрического тока, болевым пароксизмом, локали-

зующимся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва [4, 6, 10, 12]. Чаще всего поражение возникает в зоне II и/или III ветви, реже обеих ветвей и крайне редко – I ветви тройничного нерва [11]. В болевой приступ может вовлекаться глаз, ухо, полость рта. При этом область распространения боли совпадает с зоной иннервации весьма условно и обычно выходит за границы иннервации участка той или иной ветви тройничного нерва. Нередко она распространяется вертикально по лицу, на обе щеки, по нижней челюсти или имеет форму круга. Приступ бо-

лей часто сопровождается вегетативными проявлениями в виде гиперемии лица, слезотечения, повышенного слюноотделения [4]. Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до 2–3 мин. Прекращаются они внезапно, резко обрываясь, и в межприступном периоде болей обычно не бывает. Однако, несмотря на длительное изучение тригеминальной лицевой боли, в литературе до настоящего времени отсутствует целый ряд качественных характеристик, которые необходимы для полной ее оценки и проведения эффективного адекватного лечения.

Во многом это обусловлено тем обстоятельством, что измерение и оценка боли представляют сложный комплекс проблем. Больные по-разному сообщают о локализации, характере и продолжительности болей. Нередко возникновение болевых ощущений, их распространение, длительность и интенсивность тесно связаны с личностными особенностями, эмоциональными потрясениями, неблагоприятными жизненными ситуациями, стрессами, социальными и психологическими факторами [1].

Целью настоящего исследования являлось изучение характера болевого синдрома у больных с тригеминальной лицевой болью с использованием многомерного вербально-цветового болевого теста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено в отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы № 1 с участием 42 больных невралгией тройничного нерва с хроническим болевым синдромом (23 мужчины и 19 женщин в возрасте от 35 до 65 лет). Длительность заболевания составляла от 12 до 15 лет. Оценку болевого синдрома проводили при поступлении и после проведенного лечения с помощью анкетной формы многомерного вербально-цветового болевого теста [1]. В его основе разработанный ранее Модифицированный болевой тест (МБТ) [2] и результаты последующих исследований авторов [3].

В предлагаемом способе впервые для оценки боли используются следующие параметры.

1. Семантическая цветовая категоризация интрацептивных болевых ощущений в зависимости от интенсивности боли и формы болевого синдрома.

2. Феномен сходства выборов предпочтения/отвержения цвета, представленный при болях высокой интенсивности предпочтением черного и серого, при болях средней интенсивности – коричневого и красного, при отсутствии боли – желтого и зеленого цветов.

3. Феномен цветовой перверсии, выявленный у пациентов с психогенным болевым синдромом при выборе цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений; цветовые предпочтения в этой группе представлены при болях высокой и средней интенсивности – желтым, фиолетовым, красным, при отсутствии боли – серым, зеленым цветами.

На основе цветовых феноменов сходства и перверсии разработан комплексный экспресс-метод оценки и измерения боли с использованием цветовой и вербальных шкал, который позволяет количественно (в баллах/процентах) определить выраженность компонентов болевого синдрома по представленным ниже 7 шкалам, охватывающим различные уровни переживания боли человеком.

1. Шкала длительности боли.
2. Шкала интенсивности боли (вербально-цветовая).
3. Шкала сенсорного восприятия боли.
4. Шкала эмоционального отношения к боли.
5. Шкала невротизации и шкала лжи.
6. Шкала модальностей, выявляющая зависимость выраженности болевых ощущений от времени суток, климатических условий, от положения тела, условий питания, стресс-факторов.

Шкалы 1, 2 и 3 характеризуют ноцицепцию, 4 – ощущение боли, 5 – переживание боли, 6 – болевое поведение, 7 – уровень адаптивности. По итогам тестирования представляется интегральная оценка болевого ощущения. Диапазон значений каждой из 7 шкал составляет от 0 до 6 баллов. Вычисление доли каждой шкалы от максимально возможного количества баллов (42) позволяет достаточно подробно оценить характер боли у больного. Наряду с балльной оценкой боли проводили и расчет процентного показателя,

отражающего выраженность компонентов болевого синдрома на различных уровнях психического отражения.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 28 дней. Курс терапии невралгии тройничного нерва включал препараты карбамазепин (доза не превышала более 1200 мг в сутки) и амитриптилин (50-150 мг в сутки), а также физиотерапевтические методы лечения: иглорефлексотерапия, импульсные токи низкого напряжения и низкой частоты, инфракрасное и ультрафиолетовое излучение, ультразвук, электрофорез лекарственных веществ (2% раствор ксидифона).

Достоверность различий определяли с использованием парного t-критерия Стьюдента [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Использование многомерного вербально-цветового болевого теста у больных невралгией тройничного нерва позволило определить ряд характеристик боли, которые представлены в табл. 1. При поступлении в стационар наибольшие значения имели шкалы модальностей, эмоционального отношения к боли и шкала невротизации. Данные показатели свидетельствуют о преобладании в структуре болевого синдрома таких компонентов, связанных с болевым поведением, адаптивностью, эмоциями.

Шкалы частоты проявления боли, длительности боли и вербально-цветовая шкала интенсивности боли, отражающие ноцицеп-

цию, имели наименьшие показатели. Значения ощущения боли (сенсорное восприятие) занимали промежуточное значение.

Таким образом, при поступлении на лечение в стационар у больных отмечался значительный уровень невротизации на фоне высокой степени включения эмоциональной сферы во внутреннюю картину переживания боли и сосредоточенности внимания на факторах внешней среды, провоцирующих или усиливающих болевые ощущения. Данные характеристики, обусловленные особенностями хронической пароксизмальной боли, существенно превалировали над количественными и качественными показателями ноцицепции.

Проведенное лечение оказало влияние как на величину отдельных показателей, так и на их долю в выраженности болевого синдрома. При этом наиболее значительно снижались параметры шкал, отражающие уровень ноцицепции и имевшие исходно более низкие значения. Так, частота проявления боли уменьшилась на 50% ($p<0,001$). Длительность болевых приступов – на 36% ($p<0,001$), интенсивность боли – на 45% ($p<0,001$). Напротив, показатели шкал, исходно имевшие наибольшие значения, в гораздо меньшей степени подвергались коррекции. При этом адаптивность больных к провоцирующим факторам внешней среды фактически оставалась на уровне, наблюдавшемся при поступлении в стационар. Степень снижения значений остальных шкал была в 2–3 раза меньше, чем показателей ноцицепции, однако во всех случаях также имела достоверный характер. Так, сенсорное восприятие боли при этом умень-

Таблица 1

Показатели оценочных шкал (в баллах, $M\pm m$) многомерного вербально-цветового болевого теста

№	Шкала	Показатель	
		До лечения	После лечения
1	Частота появления боли	4,08±0,2	2,05±0,2*
2	Длительность боли	4,07±0,2	2,62±0,2*
3	Вербально-цветовая шкала интенсивности боли	3,86±0,1	2,11±0,2*
4	Сенсорное восприятие боли	4,33±0,01	3,80±0,2*
5	Эмоциональное отношение к боли	5,56±0,2	4,57±0,2*
6	Невротизация	4,51±0,2	3,85±0,2*
7	Шкала модальностей	6,0±0,0	5,96±0,05
8	Средний показатель	4,62±0,1	3,52±0,1*

Примечание: * – $p<0,001$.

Выраженность (в %, $M \pm m$) компонентов болевого синдрома

УРОВЕНЬ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ	До лечения	После лечения
Ноцицепция	28,7 $\pm$ 0,9	16,2 $\pm$ 0,9*
Сенсорные ощущения	10,3 $\pm$ 0,2	9,0 $\pm$ 0,4*
Переживание боли	13,2 $\pm$ 0,5	10,9 $\pm$ 0,5*
Болевое поведение	10,8 $\pm$ 0,5	9,2 $\pm$ 0,4*
Адаптивность	14,8 $\pm$ 0,02	14,7 $\pm$ 0,07
Суммарный показатель	77,7 $\pm$ 1,5	59,8 $\pm$ 1,5*

Примечание: * – $p < 0,001$.

шилось на 12% ($p < 0,001$), невротизация – на 15% ($p < 0,001$), эмоциональное отношение к боли – на 18% ($p < 0,001$). Средний показатель шкал в результате проведенного лечения снизился на 24% ($p < 0,001$).

Выраженность компонентов болевого синдрома на различных уровнях психического отражения представлена в табл. 2. Как видно из таблицы, при поступлении в стационар наибольшую долю в симптоматике болевого синдрома имели характеристики боли, связанные с ноцицептивным уровнем ее восприятия. При этом изменения на уровнях сенсорного ощущения, переживания боли и болевого поведения в отдельности были в 2–3 раза менее выражены, чем ноцицептивные компоненты. Однако в совокупности они занимали значительную долю в симптоматике болевого синдрома (в среднем около 30%) и достаточно ярко проявлялись у большинства больных. После проведенного лечения наибольшее регрессирование симптоматики наблюдалось на ноцицептивном уровне восприятия боли, который превалировал до начала лечения. Ослабление сенсорного ощущения, переживание боли и болевого поведения также имело достоверный, но существенно менее выраженный характер. При этом показатель адаптивности, определяемый с помощью шкалы модальностей, по окончании проведенного лечения не изменялся, что, вероятно, связано с особенностями проявления и патогенеза хронического болевого синдрома при невралгии тройничного нерва [5, 12].

На основании полученных результатов можно заключить, что у больных невралгией тройничного нерва хронический болевой

синдром характеризуется преобладанием компонентов, связанных с болевым поведением, адаптивностью, эмоциями над показателями ноцицепции. Традиционно проводимое лечение оказывает наиболее выраженное влияние на ноцицептивные компоненты пароксизмальной лицевой боли, а не на доминирующие, которые остаются достаточно выраженными и после выписки из стационара. Данное обстоятельство обуславливает необходимость поиска путей повышения эффективности проводимой терапии, в первую очередь, за счет снижения уровня невротизации больных и эмоционального отношения к боли. В связи с этим обстоятельством, вместе с традиционной терапией достаточно перспективным может являться использование наряду с широким спектром седативных средств и психотерапевтических методов коррекции невротических расстройств.

Полученные результаты также показали высокую эффективность карбамазепина, способствующего ГАМК-ергическому торможению склонных к пароксизмальным формам активности нейронов, в отношении ноцицептивного компонента пароксизмальной лицевой боли. Известно, что дефицит ГАМК-ергического торможения имеет важное значение в патогенезе неврогенных болевых синдромов [7, 8]. На основании проведенного исследования также можно полагать об эффективности способа оценки по цветовой семантике интрацептивного восприятия боли, разработанного на основе теста Люшера [3].

Таким образом, оценка боли с использованием многомерного вербально-цветового болевого теста у больных невралгией тройничного нерва позволяет оптимизировать ин-