



УДК 616.833.15-009.7:615

## **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ ЛИЦЕВОЙ БОЛЬЮ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

**Д.С. ТИШКОВ**  
**И.И. БОБЫНЦЕВ**  
**Е.В. МИЛОВА**  
**Т.А. БАРКОВА**  
**Н.В. ЗАДОРЖНАЯ**

*Курский государственный  
медицинский университет*

*e-mail: den-tishkov@yandex.ru*

Хронический болевой синдром у 42 больных невралгией тройничного нерва изучали с помощью анкетной формы многомерного вербально-цветового болевое теста. Курс терапии невралгии тройничного нерва включал препараты карбамазепин (доза не превышала более 1200 мг в сутки) и amitриптилин (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.

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, локализующимся 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 болей 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.

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. Оценка болевого синдрома проводили при поступлении и после проведенного лечения с помощью анкетной формы многомерного вербально-цветового болевого теста [1]. В его основе разработан 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 amitriptilin (50 – 150 мг в сутки), а также физиотерапевтические методы лечения: иглорефлексотерапию, импульсные токи низкого напряжения и низкой частоты, инфракрасное и ультрафиолетовое излучение, ультразвук, электрофорез лекарственных веществ (2%-ный раствор ксидифона).

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

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 компонентов, связанных с болевым поведением, адаптивностью, эмоциями.

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: \* –  $p < 0,001$ .

Шкалы частоты проявления боли, длительности боли и вербально-цветовая шкала интенсивности боли, отражающие ноцицепцию, 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 преобладали 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 уменьшилось 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 % ( $p < 0,001$ ).

Таблица 2

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

Уровень восприятия боли	До лечения	После лечения
Ноцицепция	28,7±0,9	16,2±0,9*
Сенсорные ощущения	10,3±0,2	9,0±0,4*
Переживание боли	13,2±0,5	10,9±0,5*
Болевое поведение	10,8±0,5	9,2±0,4*
Адаптивность	14,8±0,02	14,7±0,07
Суммарный показатель	77,7±1,5	59,8±1,5*

Примечание: \* –  $p < 0,001$ .

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, переживания 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, наряду 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 индивидуальную противоболевую терапию. Регистрация и анализ составляющих болевой синдром параметров позволяют осуществлять дифференцированные подходы к изучению характера боли, разработке эффективных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

### Литература

1. Адашинская, Многомерный вербально-цветовой болевой тест (способ оценки боли) : пособие для врачей / Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров. – М.: Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ, 2004. – 47 с.
2. Адашинская, Г.А. Модифицированный болевой тест : пособие для врачей и научных сотрудников / Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров. – М.: НИИ традиционных методов лечения МЗ РФ –1996. – 24 с.
3. Адашинская, Г.А. Цветовой выбор как способ оценки боли / Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров // Боль. – 2003. – № 1. – С 30-33.
4. Вейн, А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М. Вейн. – М: Медпресс, 1999. – 134 с.



5. Грачев, Ю.В. Патогенетические механизмы и клинические особенности тригеминальных лицевых болей / Ю.В. Грачев // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 8. – С.38-42.
6. Гречко, В.Е. Нейростоматологические заболевания и синдромы: клиника, диагностика, основные принципы лечения / В.Е. Гречко, В.А. Синева, А.В. Степанченко, и др. – М., 1997. – 62 с.
7. Крыжановский, Г.Н. Центральные механизмы патологической боли / Г.Н. Крыжановский // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 12. – С. 4-7.
8. Кукушкин, М.Л. Механизмы возникновения острой боли и хронических болевых синдромов / М.Л. Кукушкин, В.К. Решетняк // *Materia Medica*. – 1997. – Т. 15, № 3. – С. 5-21.
9. Плохинский, Н.А. Биометрия / Н.А. Плохинский. – М.: Изд-во МГУ, 1970. – 367 с.
10. Пузин, М.Н. Лицевая боль. – М: РУДН, 1992. – 310 с.
11. Bowsher D., Miles J., Haggett C, Eldridge P. Trigeminal neuralgia: a quantitative sensory perception threshold study in patients who had not undergone invasive procedures // *J. Neurosurgery* – 1997. – Vol. 86. – P.190-192.
12. Love S., Coakham H.B. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis // *Brain* – 2001. – Vol.124, № 12. – P. 2347-2360.

## **CHARACTERISTICS OF PAIN IN PATIENTS WITH TRIGEMINAL FACIAL PAIN ON A BACKGROUND OF COMPLEX PHARMACOTHERAPY**

**D.S. TISHKOV**  
**I.I. BOBYNTSEV**  
**E.V. MILOVA**  
**T.A. BARKOVA**  
**N.V. ZADOROZHNYAYA**

*Kursk State Medical University*

*e-mail: den-tishkov@yandex.ru*

Chronic painful syndrome at 42 patients with a neuralgia of a trigeminal nerve studied with the help of the biographical form of the multivariate verbal – color painful test. The rate of therapy of a neuralgia of a trigeminal nerve included preparations carbamazepine (the dose did not exceed more than 1200 mg day) and amitriptiline (50 – 150 mg day), and also physiotherapeutic methods of treatment. At receipt in a hospital at patients the significant level of neurotysaition on a background of a high degree of inclusion of emotional sphere in an internal picture of experience of a pain and concentration of attention on provoking factors of an environment was marked. The given characteristics prevailed above quantitative and quality indicators of nociception. Traditionally spent treatment renders the most expressed influence on nociceptional components of paroxysmal pain, instead of on dominating which remain expressed enough and after an extract from a hospital. Therefore alongside with traditional therapy perspective enough can be use of psychotherapeutic methods of correction of neurotic frustration.

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