

В.И. Попадюк, И.В. Кастыро, А.В. Зализко**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ В ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)****ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва)**

Нами был проведен динамический контроль интенсивности болевого синдрома после тонзилэктомии у 24 человек. Через 2 часа после операции у 80 % отмечалась средняя и сильная боль, через сутки – слабая боль у 25 %, а у 50 % – боль средней силы. На 3-и сутки у 54 % отмечена слабая боль или не выявлено болевого синдрома вообще. Определение патогенетического варианта болевого синдрома: через 2 часа после операции у 62,5 % выявлен психогенный болевой синдром, у 25 % – нейрогенный; через сутки у 41,7 % – психогенный, у 33,3 % – нейрогенный; через 3 суток у 41,7 % – соматогенный, у 29,2 % – психогенный, 21 % – без болевого синдрома. Необходимо диагностировать болевой синдром на раннем этапе после тонзилэктомии с помощью аналоговых шкал оценки боли. Представляется перспективным определение патогенетического варианта острой боли с помощью вербально-цветовой шкалы и разработки соответствующей патогенетическому варианту анальгетической терапии для пациентов, перенесших тонзиллэктомию.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, послеоперационный болевой синдром, аналоговые шкалы боли, патогенез боли

DETERMINATION OF TENDENCIES IN THE RESEARCH OF PAIN SYNDROME AFTER TONSILLECTOMY (PILOT RESEARCH)**V.I. Popadyuk, I.V. Kastyro, A.V. Zalizko****Peoples' Friendship University of Russia, Moscow**

We realized dynamic control of pain syndrome intensity after tonsillectomy in 24 patients. In 2 hours after the operation 80 % of patients had medium and strong pain, in 1 day 25 % had weak pain and 50 % – medium pain. On the 3rd day 54 % of patients had weak pain or didn't have pain syndrome at all. Determination of pathogenetic variant of pain syndrome: in 2 hours after the operation 62,5 % of patients had psychogenic pain syndrome, 25 % – neurogenic; in 1 day 41,7 % had psychogenic and 33,3 % – neurogenic; in 3 days 41,7 % had somatogenic pain syndrome, 29,2 % – psychogenic and 21 % didn't have pain syndrome. It's necessary to diagnose pain syndrome at the early stage after tonsillectomy with help of analogue scales of pain evaluation. It seems prospective to determine pathogenetic variant of acute pain with help of verbal-color scale and elaboration of analgetic therapy, that is corresponding to the pathogenetic variant, for the patients after tonsillectomy.

Key words: chronic tonsillitis, postoperative pain syndrome, analogue pain scales, pathogenesis of pain

Под термином «хронический тонзиллит» (ХТ), как правило, понимают общее инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией [14, 17]. Заболеваемость хроническим тонзиллитом среди трудоспособного населения, по разным данным, достигает от 5,2 до 16 % [5, 6, 16]. В структуре заболеваемости ЛОР-органов на современном этапе хронический тонзиллит занимает одно из ведущих мест. Доказана взаимосвязь между хроническими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, хроническими процессами гортани и хроническим тонзиллитом [7]. По данным комплексной проверки поликлиник Москвы А.И. Крюковым с соавт., среди заболеваний глотки ХТ встречается в 23,7 % случаев [9]. Тонзиллярная проблема в условиях мегаполиса приобретает все большую актуальность в связи с ростом тонзиллогенной патологии как местного, так и системного характера. Между тем известно, что ХТ как очаг инфекции влияет на различные функции организма [8]. Общеизвестно, что, несмотря на достигнутые успехи в консервативном

лечении, хронический тонзиллит склонен к рецидивированию и может служить «пусковым механизмом» в развитии метатонзиллярных осложнений со стороны различных органов и систем [4].

Существуют различные осложнения хронического тонзиллита гнойного и негнойного (аутоиммунного) характера. К последним обычно относят скарлатину, острую ревматическую лихорадку, стрептококковый гломерулонефрит [18] и др. При гнойных осложнениях происходит быстрое формирование на фоне хронического воспаления очага бактериальной инфекции – паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, парафарингеального абсцесса, флегмоны бокового пространства шеи, заглоточного абсцесса, а в редких случаях возможно развитие и медиастинита с вовлечением в гнойный процесс сердечной сорочки. Также описаны случаи геморрагического тонзиллита как осложнения ангины, развившейся на фоне хронической персистенции патогенной бактериальной флоры в небных миндалинах [20].

Многими авторами проблема хронического тонзиллита признана не только как постоянное персистирование патогенной микрофлоры, но и как

хронический системный аутоиммунный процесс [15]. Системные иммунологические сдвиги могут не коррелировать с местными, наблюдаемыми в миндалинах. В частности, при хроническом тонзиллите в ткани миндалин резко возрастают процессы перекисного окисления, что проявляется увеличением содержания малонового диальдегида и повышением активности супероксиддисмутазы [19, 21].

Существует множество методик консервативного лечения хронического тонзиллита – от иммуномодулирующего [11] и гомеопатического [10] до антибактериального [2, 12]. Но, несмотря на широкий арсенал консервативной терапии данной патологии, существует хирургический метод лечения хронического тонзиллита и, как правило, это двусторонняя тонзиллэктомия, показания к которой в последние десятилетия значительно сузились [13]. Кроме классической тонзиллэктомии, существует множество методик хирургического удаления и резекции небных миндалин. Современными видами хирургического лечения хронического тонзиллита являются криохирургия, тонзиллэктомия под наркозом, лазерная тонзиллэктомия, низкочастотная ультразвуковая тонзиллэктомия [1, 3].

С точки зрения медикаментозного ведения пациентов после тонзиллэктомии разработано огромное количество методик, но исследований, связанных с оценкой болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, на наш взгляд, недостаточно.

В связи с этим целью нашего пилотного исследования являлась оценка острого болевого синдрома у пациентов после тонзиллэктомии в раннем послеоперационном периоде и определение направлений дальнейших научных изысканий в данной области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 24 пациента (6 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 17 до 56 лет. Пациентам проводилась классическая двусторонняя тонзиллэктомия под местной анестезией 1% раствором новокаина. Оценка болевого синдрома про-

водилась с помощью аналоговых шкал (визуально-аналоговая, цифровая рейтинговая и вербальная шкала-«молния»), вербально-цветовой шкалы боли через 2 часа, 1 сутки и на 3-и сутки после хирургического вмешательства. По результатам аналоговых шкал, каждая из которых длиной 100 мм, вычислялось среднее значение интенсивности болевого синдрома для каждого пациента на момент опроса. Значение боли в диапазоне 0 – 25 мм оценивалась как слабая боль, в диапазоне 25 – 50 мм – средняя боль, 50 – 75 мм – сильная боль, и 75 – 100 мм – очень сильная боль. Послеоперационное обезболивание проводилось «по требованию» с помощью внутримышечного введения растворов анальгина и димедрола. С помощью вербально-цветовой шкалы боли определяли патогенетический вариант болевого синдрома. Статистический анализ полученных данных обрабатывался с помощью приложения Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как видно из таблицы 1, около 80 % пациентов через 2 часа после окончания хирургического вмешательства испытывали боль выше 25 мм. Через сутки в указанном диапазоне находилось 75 % человек, а на 3-и сутки после операции уже 54 % не ощущали боли или испытывали слабый болевой синдром.

Таблица 1
Распределение пациентов, согласно интенсивности боли, на разных этапах послеоперационного наблюдения

Срок		0–25 мм	26–50 мм	51–75 мм	76–100 мм
через 2 часа	абс.	5	12	7	0
	%	20,83	50	29,17	0
1-е сутки	абс.	6	12	6	0
	%	25	50	25	0
3-и сутки	абс.	13	8	3	0
	%	54,17	33,33	12,5	0

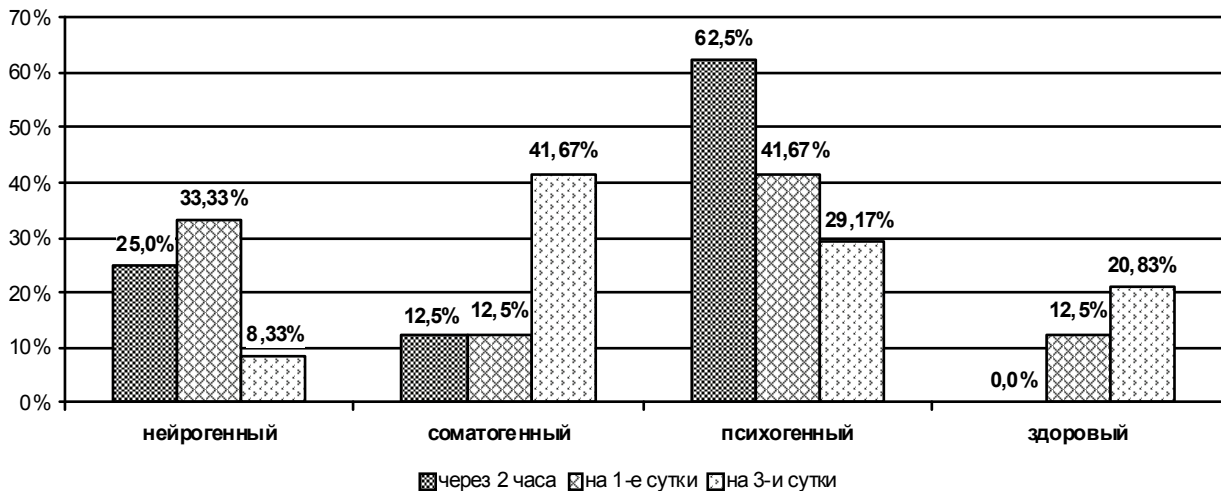


Рис. 1. Распределение пациентов (%) по типу болевого синдрома: через 2 часа, 1 сутки и 3 суток после тонзиллэктомии.

Как видно из рисунка 1, на разных этапах послеоперационного периода процентное соотношение патогенетического варианта болевого синдрома после тонзилэктомии различно. В первые послеоперационные часы преобладает психогенный вариант, через сутки — психогенный и нейрогенный варианты, а на 3-и сутки — соматогенный и психогенный.

ВЫВОДЫ

1. Необходим обязательный динамический контроль острого болевого синдрома в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших классическую тонзилэктомию.

2. Обезболивание с помощью анальгина и димедрола не соответствует международным принципам мультимодальной анальгезии и принципам патогенетической терапии.

3. Представляется перспективным поиск и подбор патогенетической терапии в зависимости от варианта болевого синдрома после тонзилэктомии, определенного на основании вербально-цветовой шкалы боли.

4. Применение аналоговых шкал и вербально-цветовой шкалы оценки боли позволяет оценить уровень острого послеоперационного болевого синдрома и корректировать патогенетическую анальгетическую терапию у пациентов после тонзилэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глотова Н.Г., Шевелева Е.В. Выбор метода хирургические лечения хронического тонзиллита // *Современные проблемы науки и образования*. — 2009. — № 3. — С. 37–38
2. Жуховицкий В.Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии // *Вестник оториноларингологии*. — 2004. — № 1. — С. 5–14.
3. Збышко Я.Б. Сравнительный анализ тонзилэктомии и аблации небных миндалин углекислотным лазером // *Вестник оториноларингологии*. — 2007. — № 4. — С. 15–7.
4. Зырянова К.С. Клинико-морфологическая характеристика хронического тонзиллита в фазе ремиссии при консервативном лечении с применением аппарата аэрозольной терапии и ультразвуковой кавитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск. — 2007. — 25 с.
5. Извин А.И. Метод оценки эффективности лечения хронического тонзиллита низкочастотным ультразвуком // *Российская оториноларингология*. — 2003. — № 4. — С. 63–64.
6. Капустина Т.А. Эпидемиология хронических заболеваний уха, горла и носа у коренных жителей севера и оптимизация ЛОР-помощи // *Бюлл. СО РАМН*. — 2010. — Т. 30, № 3. — С. 45–51.
7. Кастыро И.В., Диканова И.В., Попадюк В.И., Курамжина Т.В. и др. Анализ связи между хронической патологией околоносовых пазух, небных миндалин и гортани на основании регистрации заболеваемости взрослого населения

врачами-оториноларингологами амбулаторно-поликлинического звена г. Москвы // *Матер. I Петербургского форума оториноларингологов России*. — СПб., 2012. — Т. 1. — С. 28–31.

8. Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Захарова А.Ф., Матвеева Е.В. Анализ отдаленных результатов снижения хирургической активности у детей с хроническим тонзиллитом // *Вестник оториноларингологии*. — 2005. — № 5. — С. 7–8.

9. Крюков А.И., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Чумаков П.А. и др. Актуальность проблемы хронического тонзиллита. // *Вестник оториноларингологии*. — 2009. — № 5. — С. 4–5.

10. Крючко Т.А., Шпехт Т.В. Результаты клинических исследований по применению Тонзилотрена у детей с хроническим тонзиллитом // *Дитячий Лікар, Україна*. — 2010. — № 5 (7). — С. 1–5.

11. Куликова Е.А., Колиушко Е.Г., Древаль Д.Т., Савво А.Н. Применение иммуномодуляторов респиратор и полиоксидоний в профилактике обострений хронического тонзиллита и хронического аденоидита у детей // *Международный медицинский журнал*. — 2011. — № 3. — С. 60–64.

12. Мальцева Г.С. Стрептококковая инфекция при хроническом тонзиллите // *Consilium medicum*. — 2009. — Т. 11, № 3. — С. 71–77.

13. Овчинников А.Ю., Сыркин А.А., Габедава В.А., Долецкий А.А. и др. О целесообразности системной антибактериальной терапии при тонзилэктомии у больных хроническим тонзиллитом и коморбидной миокардиопатией // *Consilium medicum*. — 2007. — Т. 9, № 10. — С. 71–74.

14. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит. — СПб., 2003. — 151 с.

15. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Левин М.Я., Назаров П.Г. и др. Тонзиллит: клинические и иммунологические аспекты. — СПб.: Диалог, 2004. — 222 с.

16. Попа В.А. Особенности клинического течения и лечения хронического тонзиллита у детей // *Вестник оториноларингологии*. — 1990. — № 1. — С. 38–41.

17. Цветков Э.А., Науменко Н.Н. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в иммунной системе организма // *Российская оториноларингология*. — 2003. — № 3. — С. 7–14.

18. Campisi P., Tewfik T.L. Tonsillitis and its complications // *Can. J. Diagn.* — 2003. — N 2. — P. 99–105.

19. Lai M.T., Ohmichi T., Miyahara S. et al. Superoxide dismutases in human palatine tonsils // *Acta Otolaryngol. Suppl. (Stockh.)*. — 1996. — Vol. 523. — P. 120–123.

20. Shamo'on H., Hadaddin R. Hemorrhagic tonsillitis as a rare presentation of tonsillitis: a case report // *J. Royal Med. Serv.* — 2010. — Vol. 17, Suppl. 1. — P. 33–34.

21. Shukia O.K., Mahajan A., Pandey S. et al. A study of free radicals and scavenging enzyme in tonsillitis // *Boll. Chem. Farm.* — 1996. — Vol. 135, N 11. — P. 653–655.

Сведения об авторах

Попадюк Валентин Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-оториноларинголог

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)

Зализко Андрей Викторович – аспирант кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», врач-оториноларинголог