

*На правах рукописи*

**ВОСТРИКОВА АННА ВЛАДИМИРОВНА**

**ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

14.01.03 – болезни уха, горла и носа

14.01.11 – нервные болезни

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург  
2020

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

**Научные руководители:**

*Карпищенко Сергей Анатольевич* – доктор медицинских наук, профессор.

*Скоромец Александр Анисимович* – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор.

**Официальные оппоненты:**

*Рымиша Маргарита Андреевна* – доктор медицинских наук, профессор, врач оториноларинголог ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» Федерального медико-биологического агентства, Заслуженный врач Российской Федерации.

*Помников Виктор Григорьевич* - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ректор, заведующий кафедрой неврологии.

**Ведущая организация:** ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита состоится « » \_\_\_\_\_ 2021 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании

Диссертационного совета Д 208.091.01. в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР»

Минздрава России по адресу: 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «СПб НИИ ЛОР»

Минздрава России и на сайте: [www.lornii.ru](http://www.lornii.ru)

Автореферат размещен на сайте: <http://vak.ed.gov.ru/>

Автореферат разослан \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета:

кандидат медицинских наук

Клячко Дмитрий Семенович

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность исследования.**

Головная боль – вечная проблема медицины. О головной боли люди знали еще до нашей эры, ее пытались понять и лечить врачи в древности. С развитием цивилизации эта проблема приобрела еще большую актуальность. Известно, что в разных странах от 50 до 90% населения страдают головной болью. При 45 болезнях головная боль является единственным или ведущим симптомом. Конец XX века в нашей стране и в других государствах мира ознаменовался ускорением темпов жизни, учащением стрессорных ситуаций, увеличением психоэмоционального напряжения, факторов, способствующих развитию головной боли. Головная боль стала важнейшей медико-социальной проблемой, требующей к себе серьезного внимания не только со стороны ученых, практических врачей, но и органов здравоохранения.

Существует несоответствие, которое сложилось между актуальностью проблемы головной боли и отражением в отечественной литературе ее современного состояния. Ведь в последние годы были изданы всего несколько монографий, посвященных этой сложной и практически чрезвычайно важной проблеме (Шток В.Н., 1987; Вейн А.М. и соавт., 1994; 1999, Шутов А.А. и соавт., 1997). Написанные содержательно, с привлечением результатов новых исследований, они, к сожалению, не содержат достаточного анализа собственных клинических наблюдений, причин, допускаемых неврологами диагностических ошибок при распознавании природы головной боли у конкретных больных. Возможно, этим обстоятельством частично объясняется то, что, несмотря на крупные достижения медицинской науки, количество врачебных ошибок, особенно на догоспитальном этапе, заметно не уменьшается.

В последние годы в области изучения головной боли произошли большие изменения. Это обусловлено тем, что открыты нейрогенные механизмы, лежащие в основе формирования клинических проявлений частых форм головных болей. Углубление знаний об изменениях в организме, которые приводят к появлению головной боли при частых формах цефалгий, таких, как мигрень, привело к улучшению понимания этой распространенной проблемы, нередко нарушающей качество жизни больных. Привлечение внимания к проблеме головной боли не только способствует улучшению ее выявления, но и стимулирует научные исследования в этой области, позволяющие внедрять более эффективные методы ее диагностики и лечения.

Информация, ставшая более доступной для пациентов благодаря средствам массовой информации и Интернету, укрепила понимание того, что

головную боль не следует терпеть, а ее нужно лечить, так же как и другие заболевания. К сожалению, головная боль нередко сопровождает целый ряд заболеваний, поэтому требуется тщательная рубрификация диагноза, чтобы выявить причины и разработать стратегию эффективного лечения. В каждом конкретном случае жалобы пациента с головной болью, представляют собой индивидуальный спектр расстройств, нередко отрицательно влияющих на разные сферы жизни, в том числе на повседневную активность, трудоспособность и планирование беременности.

### **Цель исследования**

Улучшение диагностики и лечения цефалгий при заболеваниях околоносовых пазух.

### **Задачи исследования**

1. Разработать анкету-опросник для больных с цефалгией и обосновать ее эффективность в дифференциальной диагностике цефалгии при заболеваниях околоносовых пазух на амбулаторном этапе;
2. Доказать влияние сопутствующей неврологической патологии на развитие цефалгии у пациентов с заболеваниями околоносовых пазух;
3. Изучить характер болевого синдрома при заболеваниях околоносовых пазух.

### **Научная новизна**

1. Впервые изучен неврологический статус у больных с цефалгией при большинстве заболеваний околоносовых пазух;
2. Впервые произведено обследование, лечение и динамическое наблюдение детей с головной болью и заболеваниями околоносовых пазух;
3. Изучена роль сопутствующей неврологической симптоматики (например, дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника) в развитии цефалгии у пациентов с заболеваниями околоносовых пазух.
4. Произведен анализ лечения больных с цефалгией при заболеваниях околоносовых пазух с использованием в качестве хирургического метода лечения – эндоскопической ринохирургии.

### **Практическая значимость**

Болевые ощущения при заболеваниях околоносовых пазух протекают, как невралгия тройничного нерва.

Ведение пациента с головной болью при заболеваниях ОНП должно быть междисциплинарным.

Разработанный анкетный опрос поможет в диагностике и упростит этап сбора жалоб у пациентов с цефалгией при патологии околоносовых пазух. Для пациентов с цефалгией при заболеваниях околоносовых пазух важно использование малоинвазивного хирургического подхода, такого как эндоскопическая ринохирургия (FESS).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Головная боль при воспалительных процессах в околоносовых пазухах укладывается в картину невралгии тройничного нерва.

2. Применение анкеты-опросника по характеру болевых ощущений поможет упростить этап сбора жалоб у пациентов с головной болью. Данный вариант анкетирования будет удобен любому практикующему врачу.

3. На течение и разрешение цефалгии при заболеваниях околоносовых пазух влияет сопутствующая неврологическая патология (дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника).

4. Эндоскопическая ринохирургия, как наиболее современный и малоинвазивный метод, должна стоять на первом месте при выборе хирургического лечения у пациентов с головной болью при заболеваниях околоносовых пазух.

### **Реализация работы**

Результаты исследования внедрены в практическую работу клиники оториноларингологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России и могут быть использованы в работе всех оториноларингологов в амбулаторных и стационарных условиях.

Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

## **Апробация работы**

Основные положения работы доложены на заседаниях кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, на 60-й, 61-й и 65 -й научно-практических конференциях молодых ученых-оториноларингологов (Санкт-Петербург, 2013, 2014,2018), 28-й Конференции Российского общества ринологов (Санкт-Петербург, 2014), на Rhinology World Congress – Hong Kong 2017 (Hong Kong, 2017).

## **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 10 – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

## **Личный вклад**

Автором проведен анализ литературы по изучаемой теме. Консервативное и хирургическое лечение больных с цефалгией при заболеваниях околоносовых пазух. Производился прием и осмотр больных совместно с врачом-неврологом.

## **Объем и структура диссертации**

Работа состоит из введения, трех глав (обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов исследования), выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Текст изложен на 120 страницах машинописного текста, содержит 22 таблицы, 33 рисунка. Список литературы включает 260 библиографических источника, из них 110 отечественных и 150 зарубежных авторов.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Всего было обследовано 403 человека с головной болью при заболеваниях ОНП. Из них 341 пациент был прооперирован, а 62 – получили консервативное лечение. В связи с тем, что в группу обследуемых пациентов входили дети, то испытуемые были поделены на следующие группы:

1. Пациенты детского возраста (N = 63);
2. Пациенты с болевым синдромом, связанным с патологией околоносовых пазух (N = 216);

3. Пациенты с болевым синдромом, связанным с патологией околоносовых пазух и сопутствующей неврологической симптоматикой (N = 124).

Установлено, что у 341 (84,6%) из обследованных пациентов с ГБ патология ОНП распределилась следующим образом:

- патология верхнечелюстной пазухи встречалась у 142 (41,6%) пациентов;
- патология лобной пазухи – у 71 (20,8%) пациента;
- патология клиновидной пазухи – у 31 (9,1%) пациентов;
- пациенты с анатомическими особенностями строения полости носа (девиация перегородки носа, гипертрофия средних и нижних носовых раковин) – 37 (10,9%) пациентов;
- пациенты с хроническим полипозным риносинуситом – 43 (12,6%) пациента;
- пациенты после стоматологических вмешательств (имплантация, синус-лифтинг) – 17 (5%) пациентов.

Видно, что большая доля пациентов с цефалгией имеет изменения в верхнечелюстной пазухе. Это подтверждает данные литературы и объясняется, прежде всего, анатомическим расположением верхнечелюстной пазухи.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту и полу и обнаружению патологии в ОНП.

	0 – 17		18 – 29		30 – 49		50 – 69		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Полипозный риносинусит	-	-	8	7	6	12	4	6	43
Верхнечелюстная пазуха	5	9	1	2	63	40	8	14	142
Клиновидная пазуха	1	5	-	4	4	10	3	4	31
Лобная пазуха	-	-	-	-	23	27	12	9	71
ИНП	4	3	-	3	12	8	4	3	37
Синус-лифтинг	-	-	-	2	2	4	4	5	17

Чаще всего цефалгия наблюдалась при патологии верхнечелюстной пазухи, на втором месте среди болевого синдрома при патологии ОНП находится лобная пазуха. Возрастная группа от 30 – 49 лет включает наибольшее количество пациентов с ГБ. Важно отметить, что это в основном лица трудоспособного возраста.

62 (15,4%) пациента получали консервативное лечение и не нуждались в операции. Из них 26 (41,9%) взрослых и 36 (58,1%) детей.

Ниже представлены таблицы, характеризующие соответственно полученные результаты (табл. 2, 3).

Таблица 2 – Результаты анкетирования у пациентов с ГБ при заболеваниях ОНП.

Возраст Баллы	18 – 29		30 – 49		50 – 69		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
0 – 5	1	2	-	2	-	-	5
6 – 9	3	4	8	10	3	3	31
10 – 15	3	9	67	68	21	12	180
Итого	7	15	75	80	24	15	216

Таблица 3 – Результаты анкетирования у пациентов с ГБ при заболеваниях ОНП и сопутствующей неврологической патологией.

Возраст Баллы	18 – 29		30 – 49		50 – 69		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
0 – 5	-	-	-	2	1	-	3
6 – 9	-	-	-	-	3	9	12
10 – 15	2	3	33	51	3	17	109
Итого	2	3	33	53	7	26	124

Анализируя статистические данные, представленные в таблицах, приходим к выводу, что большинство пациентов в результате опроса набрали от 10 – 15 баллов, т.е. характерна выраженность цефалгии, и снижено качество жизни у пациентов.

Пациенты с цефалгией были осмотрены неврологом. В зависимости от выявленной неврологической патологии пациенты распределились следующим образом (таблица 4).

Таблица 4 – Неврологические нарушения у пациентов с цефалгией при заболеваниях ОНП.

Характер неврологических нарушений	Число пациентов
Невропатия ветвей тройничного нерва	397 (98,5%)
Затылочная невралгия	73 (18,1%)
Хронические дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (обострение шейного спондилоартроза)	98 (24,3%)
Нарушение чувствительности	363 (90,1%)
Снижение корнеальных рефлексов	164 (40,7%)
Нистагм	37 (9,2%)
Неудовлетворительное выполнение координаторных проб	29 (7,2%)
Патологические рефлексы	32 (7,9%)

Самым частым неврологическим симптомом среди больных с ГБ при заболеваниях ОНП стала невропатия ветвей тройничного нерва. Среди этих пациентов 371 человек (92,1%) были с невропатией II ветви тройничного нерва и 304 человека (75,4%) – с невропатией I ветви ТН. Сочетание этих двух патологий наблюдалось у 197 (48,9%) пациентов.

Нарушение чувствительности стало вторым по частоте среди неврологических нарушений у пациентов с цефалгией при заболеваниях ОНП. Распределение нарушений чувствительности по зонам представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение нарушения чувствительности в зависимости от локализации у пациентов с ГБ при заболеваниях ОНП.

Нарушение чувствительности	Число пациентов
Кожи	307 (76,2%)
Слизистой полости рта	53 (13,2%)
Слизистой полости носа	87 (21,6%)
Языка	53 (13,2%)

Нарушения чувствительности характерны для невropатии тройничного нерва, поэтому эти изменения мы связывали с проявлением и прогрессированием симптомов НТН.

Остальные неврологические нарушения, такие как снижение корнеальных рефлексов, нистагм, патологические рефлексы, неудовлетворительное выполнение координаторных проб укладывались в картину сопутствующей неврологической патологии (шейный остеохондроз, миофасциальный синдром, затылочная невралгия).

Распределения пациентов в зависимости от характера патологического процесса в околоносовой пазухе по отношению к общему числу всех прооперированных пациентов представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Распределение прооперированных пациентов с цефалгией по патологии ОНП, обнаруженной интраоперационно.

Патология пазухи	Верхнечелюстная пазуха	Лобная пазуха	Клиновидная пазуха
Кистоподобное образование	97 (28,4%)	-	3 (0,9%)
Мукоцеле	7 (2,1%)	2 (0,6%)	-
Гнойное содержимое	9 (2,6%)	19 (5,6%)	11 (3,2%)
Остеома	4 (1,2%)	31 (9,1%)	1 (0,3%)
Воспалительные изменения слизистой	7 (2,1%)	19 (5,6%)	7 (2,1%)

Инвертированная папиллома	3 (0,9%)	-	-
Инородное тело	12 (3,5%)	-	5 (1,5%)
Полипы	3 (0,9%)	-	4 (1,2%)
Итого	142 (41,6%)	71 (20,8%)	31 (9,1%)

Наиболее частой патологией среди воспалительных изменений околоносовых пазух у пациентов с цефалгией стали кистоподобные образования – 41,6%.

Пациенты проходили анкетирование на 3-е, 5-е и 10 сутки. В соответствии с результатами, полученными в ходе опроса, составлены таблицы и диаграммы отдельно для каждой патологии со стороны ОНП.

Таблица 7 – Результаты анкетирования пациентов с патологией ВЧП из 2-й группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	4	2	-	6
II (6 – 9)	21	13	5	39
III (10 – 15)	19	7	3	29

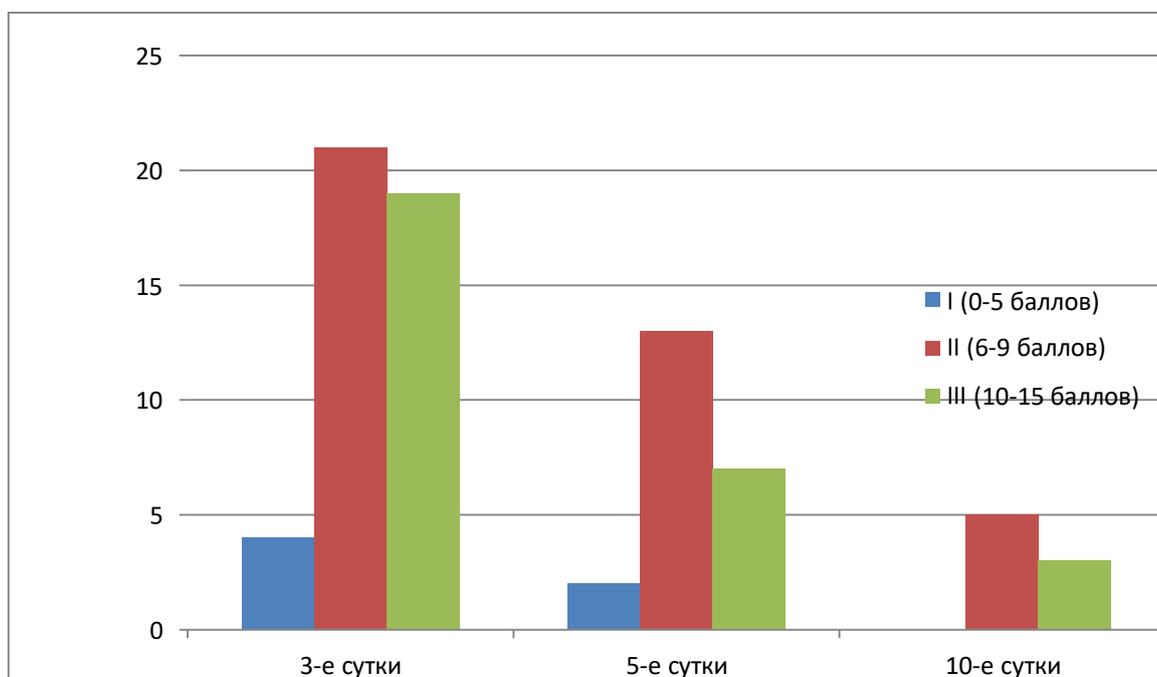


Рисунок 1. Диаграмма пациентов с патологией ВЧП из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

При анализе таблицы 7 и рисунка 1 отмечается прогрессивное снижение количества баллов по анкетам уже на 5-е сутки после прохождения реактивного отека слизистой полости носа, т.е. наблюдается улучшение самочувствия пациентов и уменьшение болевого синдрома.

Таблица 8 – Результаты анкетирования пациентов с патологией лобной пазухи из 2-й группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	1	-	-	1
II (6 – 9)	12	10	5	27
III (10 – 15)	4	2	-	6

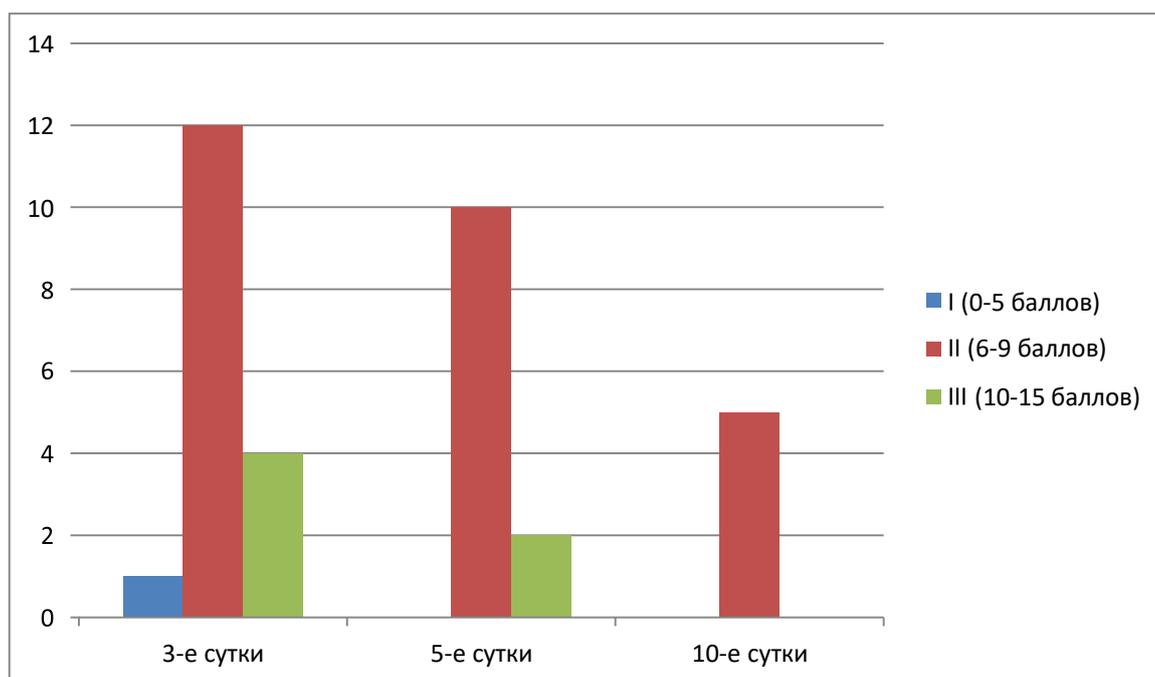


Рисунок 2. Диаграмма пациентов с патологией лобной пазухи из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

Согласно диаграмме (рисунок 2) и таблице 8 наблюдается снижение болевого синдрома и улучшение общего самочувствия, особенно на 5-е и 10-е сутки после операции. Выводы сделаны на основании того, что пациенты получали меньше баллов по результатам анкетирования.

Таблица 9 – Результаты анкетирования пациентов с патологией клиновидной пазухи из 2 группы

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	2	1	-	3
II (6 – 9)	4	1	-	5
III (10 – 15)	2	1	-	3

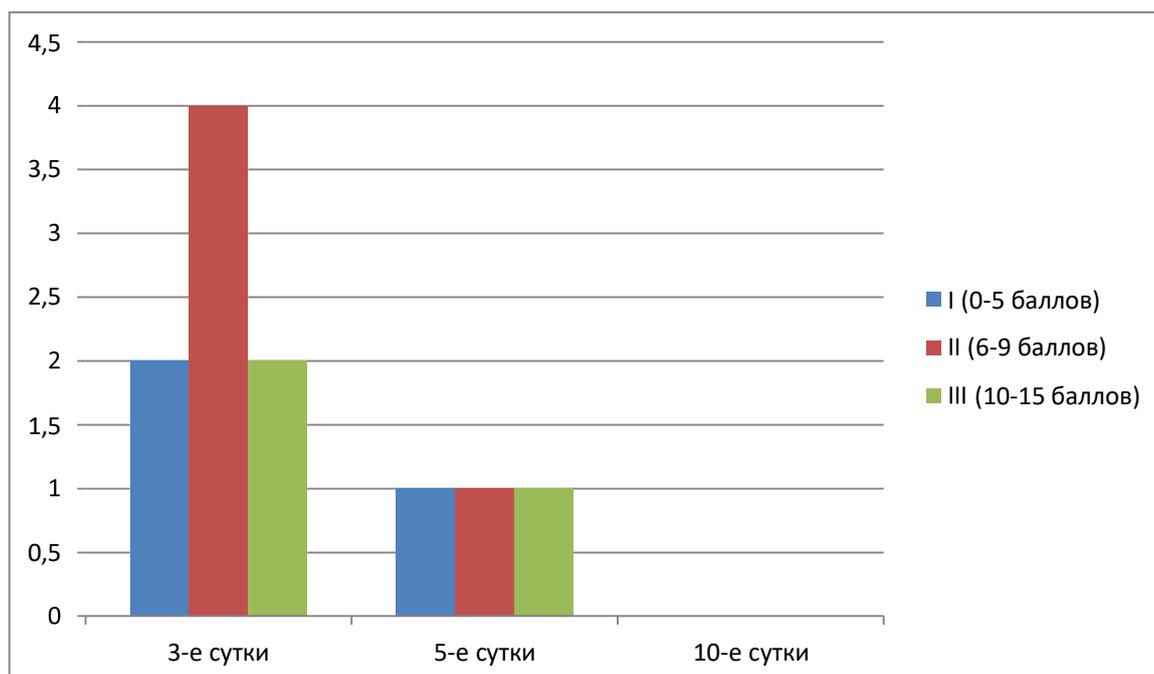


Рисунок 3. Диаграмма пациентов с патологией лобной пазухи из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

По результатам анализа таблицы 9 и диаграммы (рисунок 3) наблюдается отсутствие болевого синдрома на 10-й день. На 3-и сутки характерна для этих пациентов боль средней интенсивности, т.к. пациенты набирали от 6 до 9 баллов. На 5-е сутки у всех пациентов наблюдается улучшение самочувствия, только у пациентов 3-й группы, отмечается слабая динамика интенсивности боли, по сравнению с 3-м днем после операции.

Таблица 10 – Результаты анкетирования пациентов с хроническим полипозным риносинуситом из 2-й группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	6	3	-	9
II (6 – 9)	15	10	2	27
III (10 – 15)	5	2	-	7

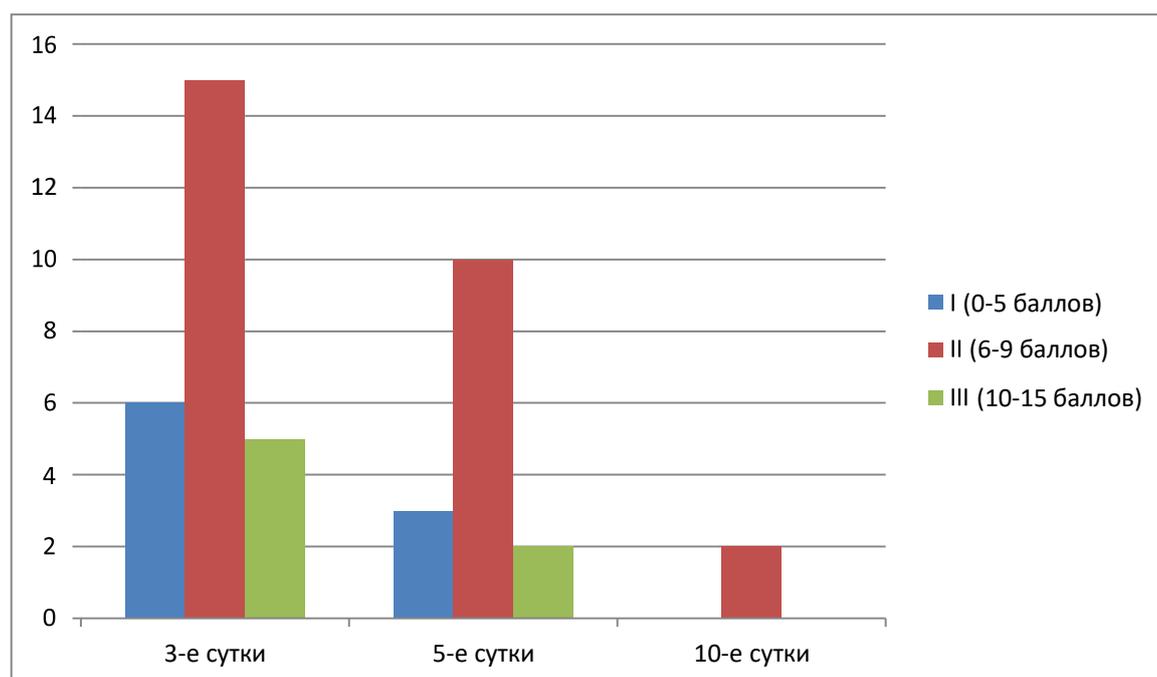


Рисунок 4. Диаграмма пациентов с патологией лобной пазухи из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

Для пациентов этой группы характерна на 3-е и 5-е сутки после операции головная боль средней интенсивности. Начиная с 5-х суток по результатам анкетирования, отмечается снижение количества набранных баллов. При этом соответственно улучшается общее состояние и снижается интенсивность болевых ощущений.

Таблица 11 – Результаты анкетирования пациентов с девиацией перегородки носа из 2 группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	15	6	-	21
II (6 – 9)	9	4	-	13
III (10 – 15)	2	1	-	3

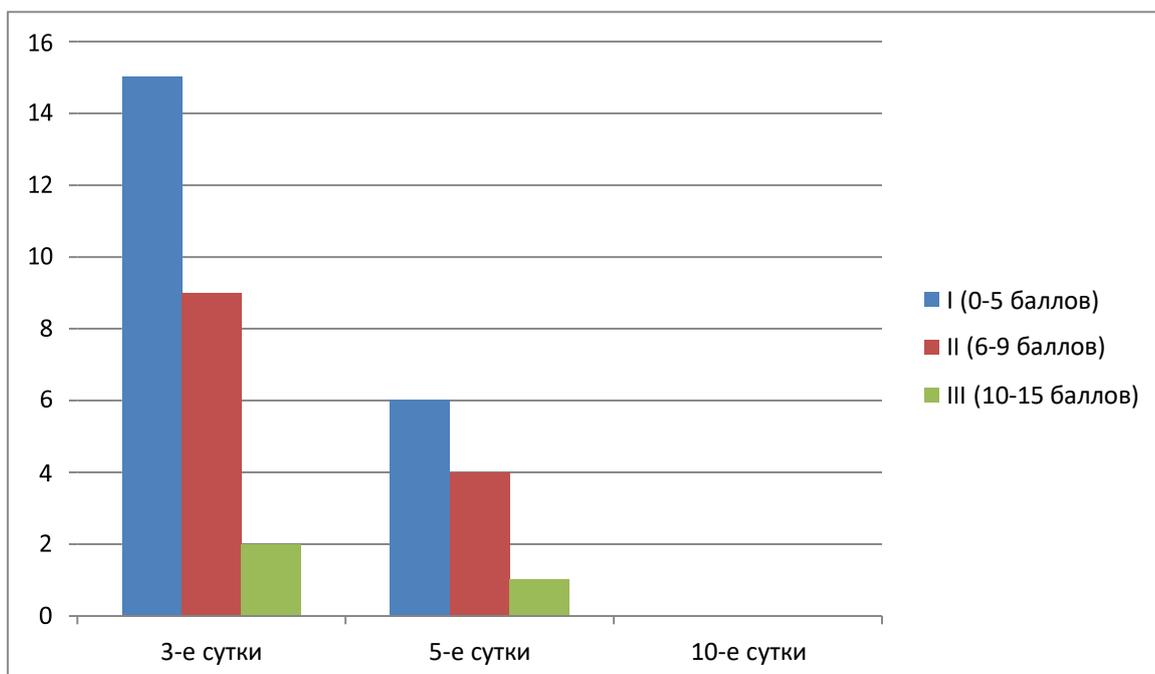


Рисунок 5. Диаграмма пациентов с девиацией перегородки носа из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

По результатам анкетирования пациентов после септум-операции заметно, что головная боль была в основном слабой интенсивности (от 0 до 5 баллов). Уменьшение болевых ощущений наблюдалось уже к 5-м суткам послеоперационного периода.

Таблица 12 – Результаты анкетирования пациентов с патологией ВЧП после синус-лифтинга из 2 группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	2	1	-	4
II (6 – 9)	5	2	2	9
III (10 – 15)	2	1	1	4

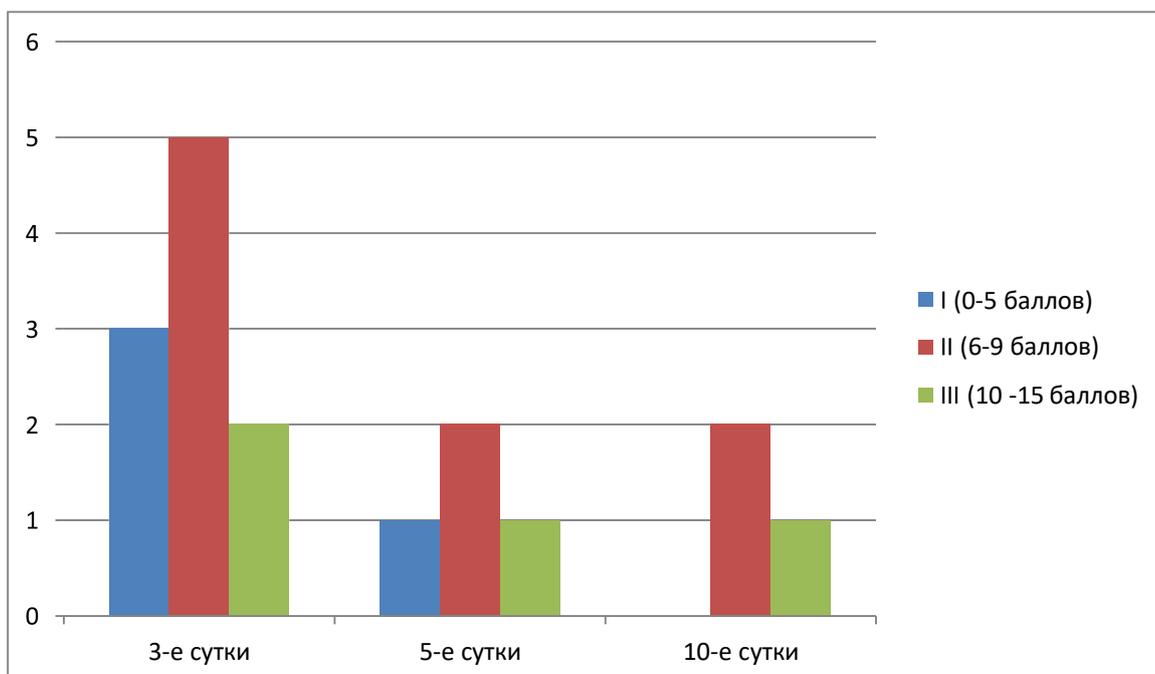


Рисунок 6. Диаграмма пациентов с патологией после синус-лифтинга из 2-й группы, получивших хирургическое лечение.

По данным таблицы 12 и диаграммы (рис. 6), для пациентов с патологией ВЧП после синус-лифтинга в послеоперационном периоде характерна боль средней степени интенсивности. Скорее всего, такие результаты анкетирования связаны с длительным воспалительным процессом со стороны ВЧП и особенностью выполнения процедуры синус-лифтинга.

Таблица 13 – Результаты анкетирования пациентов с патологией ВЧП из 3-й группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	5	4	2	11
II (6 – 9)	7	7	4	18
III (10 – 15)	11	22	6	39

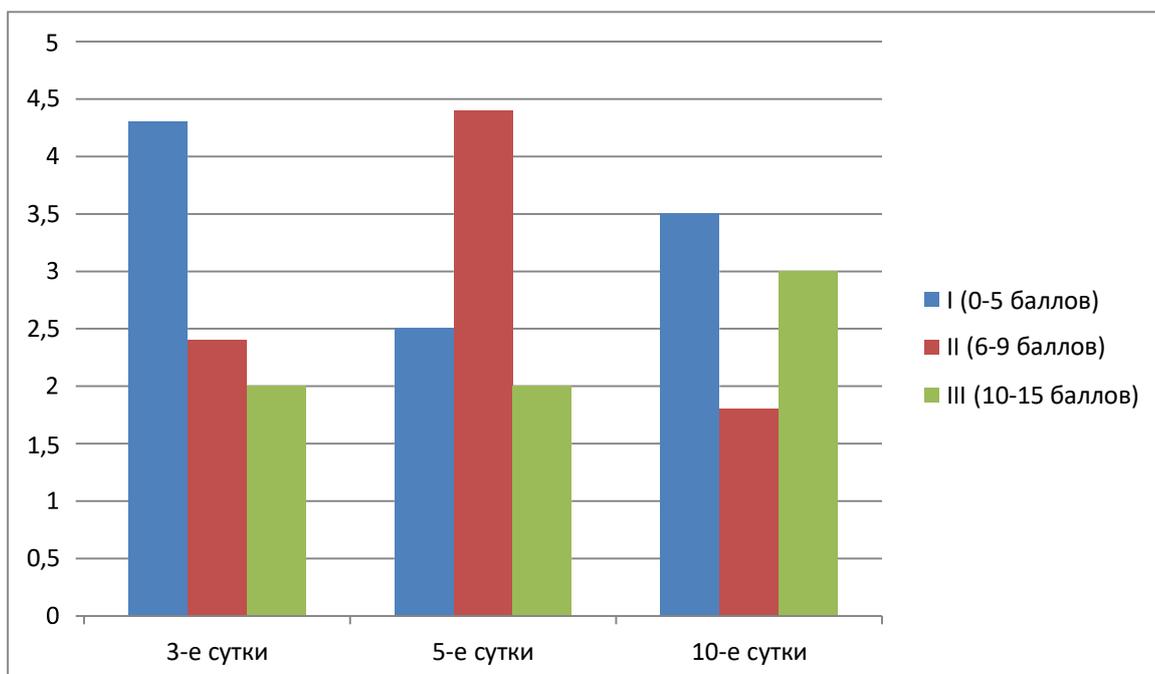


Рисунок 7. Диаграмма пациентов с патологией ВЧП из 3-й группы, получивших хирургическое лечение.

По сравнению с результатами пациентов из 2-й группы у пациентов 3-й группы (табл. 13 и рис. 7) отмечается незначительное улучшение самочувствия к 10-му дню после операции. На 3-е сутки преобладает боль слабой интенсивности, на 5-е сутки – средней интенсивности. Четкой закономерности в снижении болевых ощущений не наблюдается, скорее всего, такие результаты анкетирования для данных пациентов связаны с обострением протекающей одновременно неврологической патологией (шейный миофасциальный синдром, шейный остеохондроз).

Таблица 14 – Результаты анкетирования пациентов с патологией лобной пазухи из 3-й группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	4	2	1	7
II (6 – 9)	7	3	1	11
III (10 – 15)	11	6	2	19

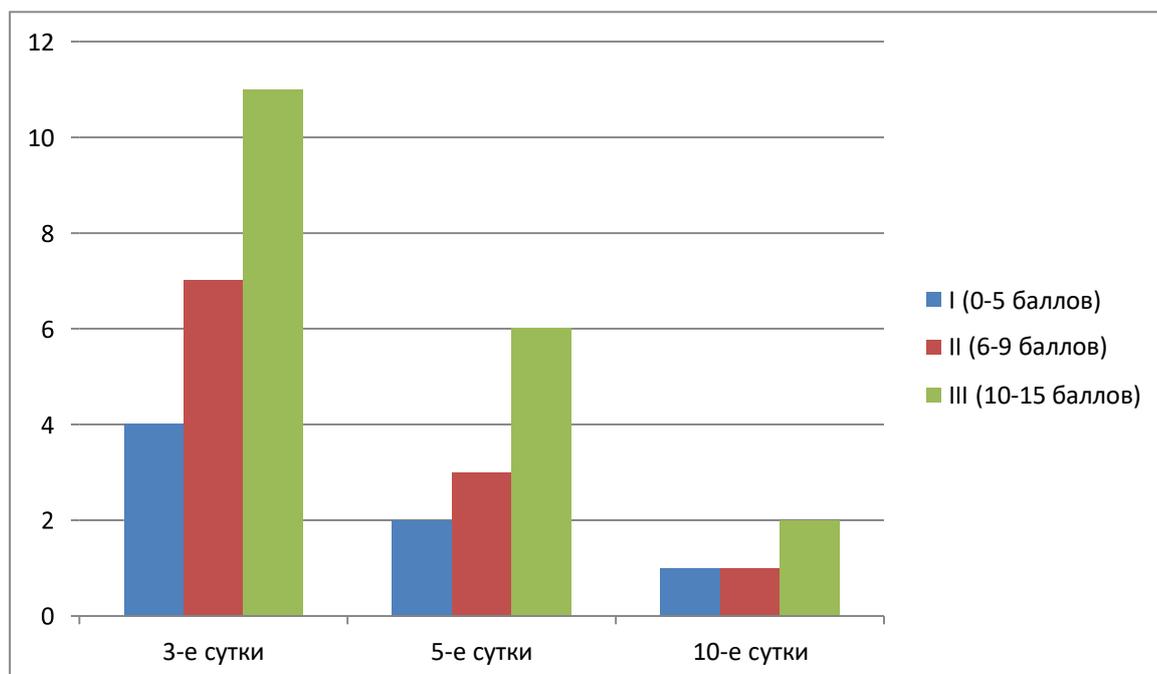


Рисунок 8. Диаграмма пациентов с патологией лобной пазухи из 3-й группы, получивших хирургическое лечение.

Анализируя данные из таблицы 14 и диаграммы (рис. 8) с аналогичными из 2-й группы, наблюдается снижение интенсивности болей к 10-дню, в меньшей степени. Сильный болевой синдром не характерен для данной группы пациентов. Незначительно различие в количестве баллов, в зависимости от дня наблюдения, мы также связываем с сопутствующей неврологической патологией.

Таблица 15 – Результаты анкетирования пациентов с патологией клиновидной пазухи из 3 группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	3	1	-	4
II (6 – 9)	5	2	-	7
III (10 – 15)	4	3	2	9

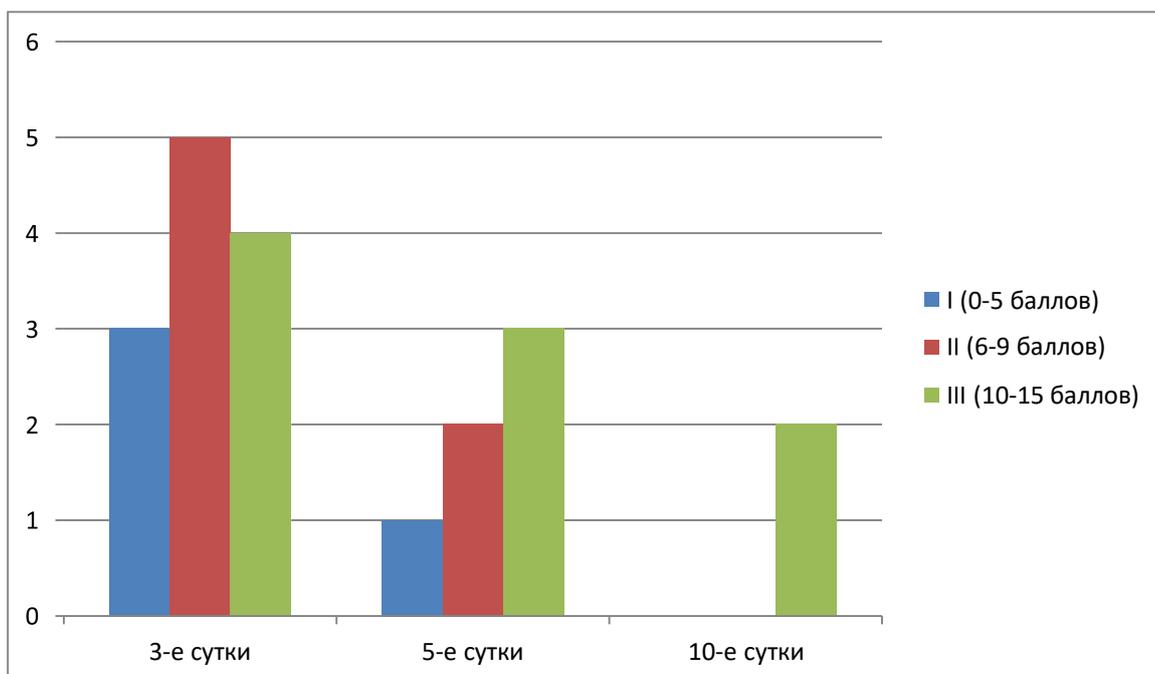


Рисунок 9. Диаграмма пациентов с патологией клиновидной пазухи из 3-ей группы, получивших хирургическое лечение.

Анализируя результаты, представленные в таблице 15 и рисунке 9, можно заметить, что у большинства пациентов улучшается самочувствие и снижается болевой синдром. На течение послеоперационного периода у этих пациентов влияет сопутствующая неврологическая патология, а также зона оперативного вмешательства (клиновидная пазуха).

При анкетировании пациентов детской группы выявлена боль средней интенсивности, локализующаяся в основном в теменно-затылочной области. При осмотре их после хирургического лечения на 3-е, 5-е и 10-е сутки выявлена положительная динамика по болевым ощущениям и по самочувствию. Результаты изложены в таблице 16.

Таблица 16 – Результаты анкетирования пациентов детской группы.

Дни Баллы	3-е	5-е	10-е	Итого
I (0 – 5)	6	3	5	14
II (6 – 9)	4	2	4	10
III (10 – 15)	3	-	-	3

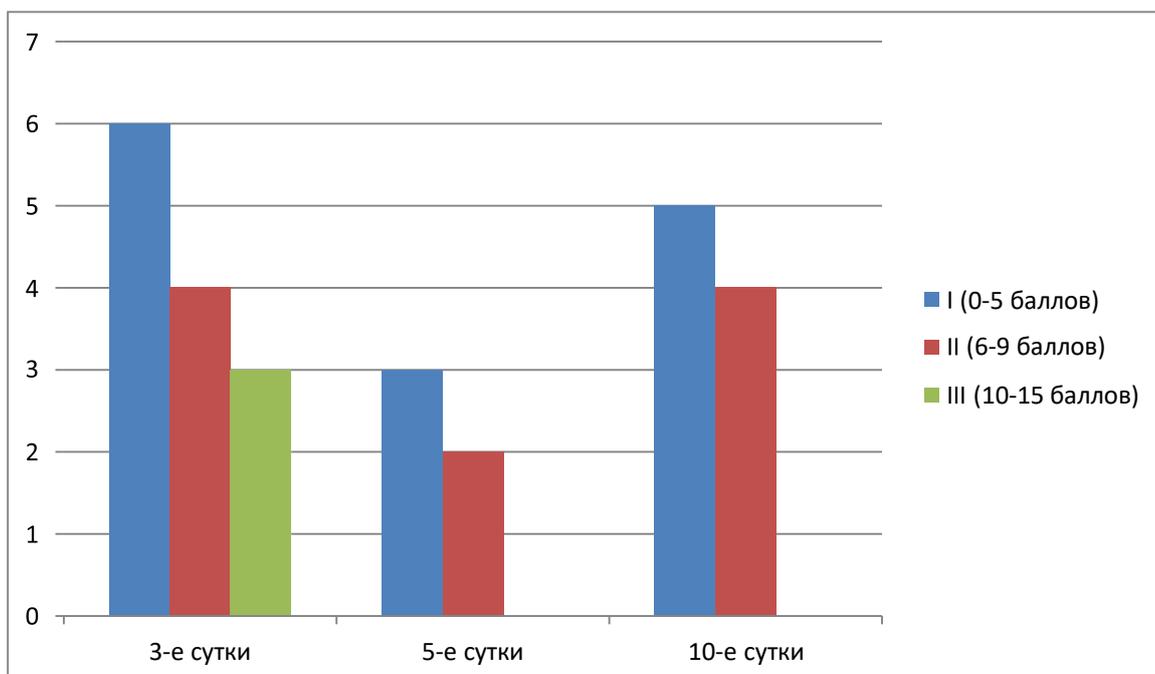


Рисунок 10. Диаграмма пациентов детского возраста, получивших хирургическое лечение.

### 1.5. Результаты неврологического осмотра

Пациенты после хирургического лечения осматривались неврологом на 3-е, 5-е и 10-е сутки. Ниже представлена таблица результатов их неврологического осмотра (табл. 17).

Таблица 17 – Неврологические изменения, выявленные при динамическом осмотре врачом неврологом после оперативного лечения.

Характер неврологических нарушений	3-е сутки	5-е сутки	10-е сутки
Невропатия ветвей тройничного нерва	284 (83,3%)	109 (32%)	93 (27,3%)
Затылочная невралгия	73 (21,4%)	62 (18,2%)	43 (12,6%)
Хронические дегенеративно-дистрофические	98 (28,7%)	98 (28,7%)	98 (28,7%)

заболевания позвоночника (обострение шейного спондилоартроза)			
Нарушение чувствительности	324 (95%)	94 (27,6%)	35 (10,3%)
Снижение корнеальных рефлексов	101(29,6%)	37 (10,9%)	27 (7,9%)
Нистагм	26 (7,6%)	11 (3,2%)	7 (3,2%)
Неудовлетворительное выполнение координаторных проб	12 (3,5%)	4 (1,2%)	4 (1,2%)
Патологические рефлексы	8 (2,3%)	8 (2,3%)	8 (2,3%)

Как отмечалось выше, проблему цефалгии необходимо рассматривать как комплексный междисциплинарный подход, поэтому важно учитывать у пациента все сопутствующие заболевания. В результате неврологического осмотра (табл. 17) у пациентов также были выявлены затылочная невралгия и шейный остеохондроз. Хотя большинство этих пациентов, еще до обращения в ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова наблюдались и даже лечились у неврологов по поводу головных болей.

Обострение или приобретение затылочной невралгии, а также обострение течения шейного остеохондроза после операций, мы связываем с вынужденным положением головы во время операции в течение длительного промежутка времени (от 40 минут до 2 часов).

В соответствии с обнаруженной неврологической патологией пациентам было назначено лечение:

1. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
2. Физиотерапевтические процедуры;
3. Миорелаксанты центрального действия (при хронических дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника);
4. Ношение ортопедического воротника Шанца (при хронических дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника).

После проведенного лечения на 14-е сутки после операции уже все пациенты отметили исчезновение 27,3% или некоторое снижение интенсивности цефалгии 17,3%. После динамического наблюдения через 1 месяц из оставшихся 59 человек, только 27 (7,9%) продолжали предъявлять жалобы на слабоинтенсивную головную боль, в связи с чем им было рекомендовано дополнительное обследование в рамках их патологии: консультации специалистов (челюстно-лицевого хирурга, аллерголога, терапевта, офтальмолога, психотерапевта).

В результате проведенного дополнительного обследования и выполнения необходимых рекомендаций со стороны специалистов из оставшихся 27 пациентов ни один человек не предъявлял жалобы на цефалгию.

## **ВЫВОДЫ**

1. Применение разработанной анкеты-опросника повышает эффективность дифференциальной диагностики цефалгий при заболеваниях околоносовых пазух;
2. Комплексная терапия при заболеваниях околоносовых пазух в сочетании с неврологической патологией повышает эффективность лечения цефалгии;
3. Наиболее частой неврологической патологией при цефалгии и заболеваниях околоносовых пазух является невралгия ветвей тройничного нерва.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Применение анкеты-опросника у пациентов с цефалгией и патологией околоносовых пазух позволит улучшить дифференциальную диагностику цефалгий.

2. Обследование больных с патологией околоносовых пазух и цефалгией должен включать осмотр невролога.

3. Специалистам, занимающимся проблемами цефалгии, важно уделять больше внимания этой нозологии, т.к. длительный болевой синдром может привести к психосоматическим заболеваниям.

4. Для оценки состояния околоносовых пазух у пациентов с цефалгией необходимо выполнять конусно-лучевую трехмерную компьютерную томографию.

#### **Список публикаций**

1. Кутина А.В. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход диагностики и лечения // Российская оториноларингология. – 2013. - №2. - С.62-65.

2. Кутина А.В. Сравнение болевого синдрома после эндоскопических и радикальных операций на околоносовых пазухах в послеоперационном периоде // Российская оториноларингология. – 2014. - №1. С.133-135.

3. Карпищенко С.А., Кутина А.В. Цефалгия при хроническом сфеноидите // Российская ринология.- 2014. - № 22(2). – С. 18

4. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Болознева Е.В. Болевой синдром при остеомах околоносовых пазух // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2016. – Vol. 22, № 3. – С. 18-21.

5. Карпищенко С.А., Волошина А.В. Причины болевого синдрома после выполнения синус-лифтинга // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2016. - Vol. 22, №4. - С. 66-72.

6. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Станчева О.А. Болевой синдром при изолированном сфеноидите: наш опыт в диагностике, лечении // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. - Vol. 23, №2. - С. 4-10.

7. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Библик П.Р. Цефалгия, вызванная анатомическими особенностями перегородки носа // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2017. - Vol. 23, №3. - С.7-10.

8. Карпищенко С.А., Алексеенко С.И., Волошина А.В. Диагностика и лечение головной боли у детей в амбулаторных условиях // Врач. - 2017. - №10. - С.35-37.

9. А.А. Скоромец, С.А.Карпищенко, А.В.Волошина Цефалгия при заболеваниях околоносовых пазух, Нервные болезни, 2017, №2, с.3-7

10. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Бибик П.Р. Наблюдение цефалгии у пациентов с девиацией перегородки носа // Российская оториноларингология. – 2018. - №2. - С.34-56.

11. А.А. Скоромец, С.А.Карпищенко, А.В.Волошина Опыт лечения цефалгии при заболеваниях околоносовых пазух // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.- 2019, Vol. 22, №2. - С.7-10.

12. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Станчева О.А., Юсупов Д.А. Острый изолированный сфеноидит: тактика и лечение, Русский Врач, 2019, №4 (30), С.49-53