

Оталгия неясной этиологии: возможные причины, классификация, алгоритм действий

В.С. Исаченко^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9090-0413>, v.isachenko@niilor.ru

С.Ю. Огнетов³, <https://orcid.org/0000-0003-0289-3335>, ognetovlor@rambler.ru

С.С. Высоцкая¹, <https://orcid.org/0000-0001-9976-3830>, s.vysockaya@niilor.ru

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи; 190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9

² Санкт-Петербургский государственный университет; 199034, Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия Васильевского острова, д. 8а

³ Ижевская государственная медицинская академия; 426034, Россия, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281

Резюме

Область головы имеет богатую сенсорную иннервацию, призванную защитить один из важнейших органов человека – головной мозг. Головная боль является одной из основных причин обращения за медицинской помощью. Пациенты часто обращаются к оториноларингологу самостоятельно или по направлению других врачей. Болевой синдром в области головы, как правило, характеризуется полиморфной клинической картиной, отличается полиэтиологичностью, многофакторностью и объективной сложностью определения этиологических факторов его возникновения. Оталгия является частным случаем головной боли или цефалгии. Целью данной работы стало освещение проблематики оталгии неясного генеза. Рассмотрена классификация оталгии. Приведен краткий обзор литературы. Первичная оталгия возникает в результате патологического состояния уха, и осмотр уха, как правило, позволяет определить причину. Вторичную оталгию диагностируют, когда источник боли не локализуется непосредственно в ухе, и осмотр уха при отоскопии не выявляет явной патологии. Оталгия неясной этиологии – это собирательный термин, в основе которого лежит общий симптом – боль в ухе, но разная этиология. Среди этиологических факторов можно выделить три большие группы причин. Первая – неясная, нетипичная патология уха. Вторая – стоматологическая патология, в первую очередь височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена). Третья по частоте группа причин – неврологическая патология (невралгии, остеохондроз шейного отдела позвоночника, мигрень). Создан алгоритм действий врача-оториноларинголога при диагнозе «оталгия неясной этиологии». Приводятся результаты собственных разработок. Установлено, что данная проблема характерна для лиц старших возрастных групп (старше 30 лет). В плане гендерной принадлежности преобладают женщины (более чем в 2 раза). В диагностике и лечении обсуждаемой нозологии необходимо участие, помимо оториноларинголога, врача-стоматолога, невропатолога и иногда психиатра.

Ключевые слова: цефалгия, болевой синдром, головная боль, первичная оталгия, вторичная оталгия

Для цитирования: Исаченко ВС, Огнетов СЮ, Высоцкая СС. Оталгия неясной этиологии: возможные причины, классификация, алгоритм действий. *Медицинский совет.* 2025;19(7):199–206. <https://doi.org/10.21518/ms2025-113>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Otalgia of unknown etiology: Possible causes, classification, algorithm of actions

Vadim S. Isachenko^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9090-0413>, v.isachenko@niilor.ru

Sergey Yu. Ognetov³, <https://orcid.org/0000-0003-0289-3335>, ognetovlor@rambler.ru

Svetlana S. Vysockaya¹, <https://orcid.org/0000-0001-9976-3830>, s.vysockaya@niilor.ru

¹ St Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech; 9, Bronnitskaya St., St Petersburg, 190013, Russia

² St Petersburg State University; 8a, 21-ya Liniya Vasilevskogo Ostrova St., St Petersburg, 199106, Russia

³ Izhevsk State Medical Academy; 281, Kommunarov St., Izhevsk, 426034, Russia

Abstract

The head area has a rich sensory innervation designed to protect one of the most important human organs, the brain. Headache is one of the main reasons for seeking medical help. Patients often turn to an otorhinolaryngologist on their own or in the direction of other doctors. Pain syndrome in the head area is usually characterized by a polymorphic clinical picture, characterized by polyethology, multifactorial nature and objective complexity in determining the etiological factors of its occurrence. Otalgia is a special case of headache or cephalgia. The purpose of this work was to highlight the problem of otalgia of unknown genesis. The classification of otalgia is considered. A brief review of the literature is given. Primary otalgia occurs as a result of a pathological condition of the ear and examination of the ear, as a rule, allows you to determine the cause. Secondary otalgia is diagnosed when the source of pain is not localized directly in the ear and an examination of the ear during otoscopy does not reveal an obvious pathology. Otalgia of unclear etiology is a collective term based on a common symptom – ear pain, but with a different etiology. Among the etiological factors, three large groups of causes can be distinguished. The first is an implicit, atypical pathology of the ear. The second is dental pathology, primarily of the temporomandibular joint (Kosten's syndrome). The third

most common group of causes is neurological pathology (neuralgia, osteochondrosis of the cervical spine, migraine). An algorithm for the actions of an otorhinolaryngologist in the diagnosis of "otalgia of unknown etiology" has been created. The results of their own developments are presented. It has been established that this problem is typical for older age groups (over 30 years old). In terms of gender, women predominate (more than 2 times). In addition to an otorhinolaryngologist, a dentist, a neurologist, and sometimes a psychiatrist, it is necessary to participate in the diagnosis and treatment of the nosology under discussion.

Keywords: cephalgia, pain syndrome, headache, primary otalgia, secondary otalgia

For citation: Isachenko VS, Ognetov SYu, Vysockaya SS. Otalgia of unknown etiology: Possible causes, classification, algorithm of actions. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(7):199–206. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-113>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Оталгия (греч. *otos* ухо, греч. *algos* боль) – ушная боль или боль в ухе. Оталгия – частный случай головной боли или цефалгии. Область головы имеет богатую сенсорную иннервацию, призванную защитить один из важнейших органов человека – головной мозг. Болевой синдром в области головы, как правило, характеризуется полиморфной клинической картиной, отличается полиэтиологичностью, многофакторностью и объективной сложностью определения этиологических факторов его возникновения. В голове находятся 12 пар черепно-мозговых нервов; органы чувств (зрение, обоняние, вкус, слуховой анализатор, вестибулярный анализатор); тактильная чувствительность кожи головы, проприорецепторы в мышцах головы; начальные отделы дыхательного и пищеварительных трактов; придаточные пазухи носа, височно-нижнечелюстные суставы. Любой сбой в этих системах может приводить к болевым симптому. Более того, одна и та же патология у разных пациентов может давать разную симптоматику. Например, патология височно-нижнечелюстного сустава у одних пациентов может проявляться в виде оталгии, у других – в виде гиперсаливации и ощущения жжения в языке [1], что приводит к объективной сложности в диагностике и лечении. Международная классификация головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3) содержит более 200 алгических синдромов [2].

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ

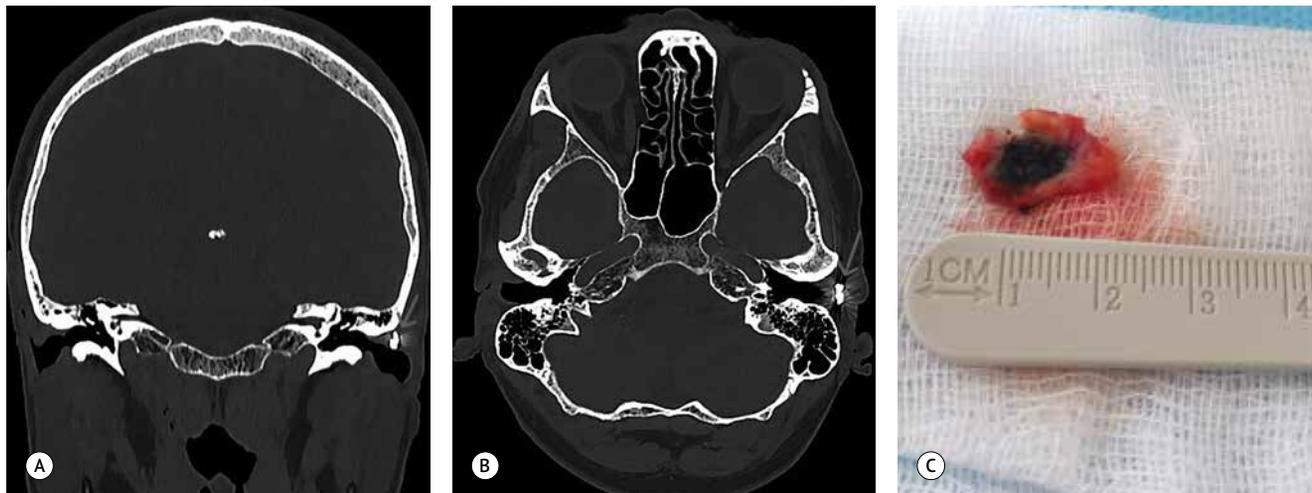
В зарубежной научной литературе принято разделять оталгию на первичную и вторичную [3, 4].

Первичная оталгия – боль, возникающая в результате патологического состояния уха, и осмотр уха, как правило, позволяет определить причину. Это наружный и средний отиты (острые и хронические), травмы уха, инородные тела наружного и среднего уха (рис. 1), опухоли наружного и среднего уха, т. е. это та оталгия, с которой оториноларингологи сталкиваются в повседневной практике в подавляющем большинстве случаев.

Диагностика первичной оталгии, как правило, не вызывает затруднений и заключается в диагностике основного заболевания. Лечение первичной оталгии сводится к терапии основного заболевания. Хотя бывают исключения, когда и первичная оталгия вызывает сложности в диагностике.

Вторичную оталгию диагностируют, когда источник боли не локализуется непосредственно в ухе, и осмотр уха при отоскопии не выявляет явной патологии. Также в западной научной литературе используется термин «отраженная оталгия» (referred otalgia). Именно вторичная оталгия обычно вызывает трудности в определении этиологического фактора, когда оториноларинголог проводит осмотр пациента, не находит явной причины в ухе и направляет пациента к невропатологу, психиатру

- **Рисунок 1.** Пациент Б., 58 лет. Инородное тело (осколок) в околоушной области слева (данные авторов)
- **Figure 1.** Patient B., 58 years old. A foreign body (a splinter) in the left parotid region (authors' data)



А – спиральная компьютерная томография височной кости, корональная проекция. Синей стрелкой указано инородное тело; В – спиральная компьютерная томография височной кости, сагиттальная проекция. Синей стрелкой указано инородное тело (осколок) околоушной области слева; С – удаленное инородное тело (осколок) околоушной области слева.
Примечание: структуры наружного и среднего уха у данного пациента не изменены.

и т. д. [5–8]. Типичным и наиболее ярким примером будут являться вторичная оталгия при ангине, паратонзиллярном абсцессе или остром послеоперационном периоде после тонзиллэктомии [9], когда пациент жалуется на резкую боль в ухе, а лор-врач проводит отоскопию и причины там не находит.

Вторичная оталгия характерна для взрослых лиц старше 25 лет. С возрастом частота вторичной оталгии увеличивается. Дети в большинстве случаев страдают первичной. Женщины предъявляют жалобу на вторичную оталгию в 2 раза чаще, чем мужчины [10, 11]. Данные по частоте встречаемости вторичной оталгии в научной литературе достаточно противоречивые. Некоторые авторы [12] считают, что вторичная оталгия составляет почти 50% случаев. В иранском исследовании [13] из 770 пациентов 94 (12,2%) страдали вторичной оталгией. На наш взгляд, данные из второй приведенной публикации ближе к российским реалиям.

Возможные причины вторичной оталгии тесно связаны с клинической анатомией наружного и среднего уха, а также с иннервацией. Позволим себе напомнить, что наружный слуховой проход граничит спереди с височно-нижнечелюстным суставом, сзади – с сосцевидным отростком, сверху – со средней черепной ямкой и снизу – с околоушной слюнной железой (рис. 2).

Иннервация наружного и среднего уха сложна и многообразна. Передняя часть ушной раковины, передняя стенка наружного слухового прохода и передние отделы барабанной перепонки иннервируются чувствительными ветвями N. auriculotemporalis (третья ветвь N. trigemini – нижнечелюстной нерв, N. mandibularis). Вся остальная часть ушной раковины вместе с мочкой иннервируется N. auricularis magnus (от шейного сплетения C2–C3). Задняя и нижняя стенка наружного слухового прохода и задняя половина барабанной перепонки получают иннервацию от ramus auricularis N. vagi (Нерв Арнольда) (рис. 3). С этим связано рефлекторное покашливание при туалете уха.

Слизистая оболочка барабанной полости, а также слуховой трубы и ячеек сосцевидного отростка снабжается чувствительными ветвями N. tympanicus, который отходит от языкоглоточного нерва N. glossopharyngeus.

Также слизистая оболочка барабанной полости получает симпатическую (от сплетения внутренней сонной артерии) и парасимпатическую (ветви языкоглоточного и лицевого нервов) иннервацию [14, 15].

Исходя из вышенаписанного, причинами вторичной оталгии могут быть: стоматологическая патология (дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, заболевания зубочелюстной системы (нарушение прикуса, кариес, пульпит и др.), патология околоушной слюнной железы (эпидемический паротит, камни в слюнной железе (сиалолитиаз); острые и хронические гнойно-воспалительные либо онкологические заболевания глотки; болезни шейного отдела позвоночника; невралгии и ганглиониты вышеперечисленных нервов (невралгия языкоглоточного нерва, невралгия барабанного сплетения, невралгия тройничного нерва и др.); заболевания щитовидной

железы, гортани, пищевода, легких, сердца (иррадиация по блуждающему нерву) [10]; шейная лимфоаденопатия; ларингофарингеальный рефлюкс [16]; шилоподъязычный синдром (синдром Игла – Стерлинга) и мн. др. [8, 17–24].

Практически все эти заболевания могут «давать» диагноз «оталгия неясной этиологии». Этот диагноз мы выносили в заключении, если не удавалось установить причину оталгии на первой врачебной консультации. Затем данное заключение оставалось прежним, пока не устанавливалась явная и точная причина оталгии, при этом желательное подтвержденное эффективным лечением.

В данной работе мы хотим сосредоточиться на 3 больших группах заболеваний, которые являются основными «поставщиками», по нашим наблюдениям, заключения «оталгия неясной этиологии».

Наиболее частой причиной для отраженной оталгии, по мнению многих авторов, является группа стоматологических заболеваний [12, 25], что вполне логично, учитывая распространенность заболеваний зубочелюстной

● **Рисунок 2.** Спиральная компьютерная томография височной кости, сагиттальная проекция

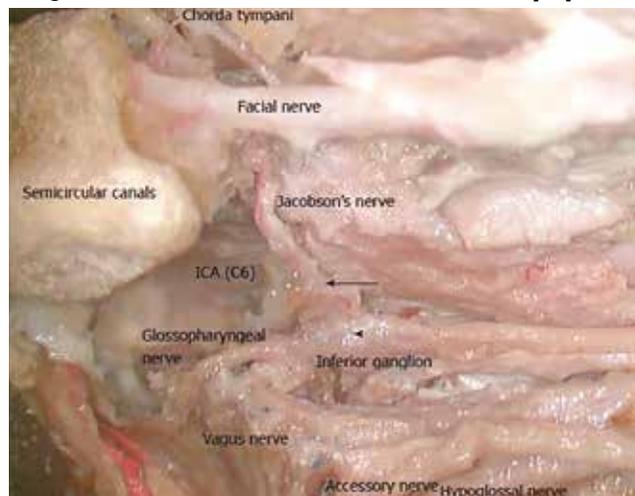
● **Figure 2.** Sagittal spiral CT of the temporal bone



Синей стрелкой указан височно-нижнечелюстной сустав, красной стрелкой указана граница со средней черепной ямкой, желтой стрелкой указаны ячейки сосцевидного отростка

● **Рисунок 3.** Иннервация наружного и среднего уха [25]

● **Figure 3.** Innervation of the outer and middle ear [25]



системы в человеческой популяции. Например, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава встречаются более чем у 10% населения земного шара [1, 26]. Центральное место в группе стоматологических причин для вторичной оталгии занимает синдром Костена (James Costen, 1934) – многокомпонентный синдром, ядром которого является боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и прилегающих областях [27, 28]. Джеймс Костен, американский лор-врач, заметил одно интересное явление. К нему обращались пациенты, чаще это были женщины в возрасте, с жалобами на снижение слуха, заложенность в ухе, боли в ухе и даже головокружения. А в ухе никаких проблем Джеймс Костен не находил. Он стал заниматься этой проблемой и выяснил, что у многих из этих пациенток были проблемы с зубочелюстной системой (нарушение прикуса, патология височно-нижнечелюстного сустава), и в 1934 г. он опубликовал статью. Через несколько лет после его первоначальной статьи термин «синдром Костена» вошел во всеобщее употребление. Первоначально синдром включал: снижение слуха непостоянной интенсивности; заложенность в ухе, усиливающаяся при жевании; шумы (гудение в ухе и реже щелчки в носу при жевании); ноющую боль в ухе и в заушной области; головокружение (Костен объяснял головокружение при патологии ВНЧС сотрясением улитки, обусловленным множественными толчками головки нижней челюсти, лишенной возможности плавного движения); головные боли затылочно-теменной локализации с иррадиацией в глазные яблоки и усилением в вечернее время; жгучие ощущения в глотке, языке и половине носа. В дальнейшем этот симптомокомплекс получал различные названия: ортогнатический или отомандибулярный синдром; миофасциальный болевой дисфункциональный синдром; миофасциальная прозопалгия, краниомандибулярная дисфункция, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, TMJ Disorder (temporomandibular joint dysfunction) и, наконец, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена), занявший свое место под кодом K07.6 в МКБ-10.

Согласно классификации, к основным диагностическим критериям болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава относят: самопроизвольные боли в триггерных точках жевательных мышц [29], чрезмерную подвижность нижней челюсти и щелканье в ВНЧС. Нарушение слуха, шум в ухе, боль внутри или вне уха; головокружения и головные боли упоминаются лишь как возможные признаки синдрома. Такой симптом, как жжение в языке, приводимый Дж. Костеном, в описании МКБ-10 отсутствует вовсе, несмотря на то, что название «синдром Костена» приводится в скобках под тем же кодом [1]. В польском исследовании боль в ухе испытывали 69 из 1 208 пациентов, обратившихся по поводу дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Причинами этого является общее эмбриональное происхождение уха и жевательных мышц, а также сдавление сосудов, нервов и связок смещенными назад суставными головками нижней челюсти в области среднего и внутреннего уха [26].

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава характерна для взрослых лиц старше 25 лет. С возрастом частота синдрома увеличивается. У женщин синдром встречается в два с лишним раза чаще, чем у мужчин [10].

Диагностикой и лечением дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, конечно, должны заниматься стоматологи. На практике, к сожалению, мы иногда сталкиваемся с ситуацией, когда стоматологи «не видят» заболевание височно-нижнечелюстного сустава. В этих случаях оториноларингологи вынуждены брать вопросы диагностики и лечения синдрома Костена на себя [28]. В клинической литературе описываются два диагностических метода на уровне клинического осмотра пациента. Это трехфаланговая проба и девиация нижней челюсти при открывании рта. Трехфаланговая проба (рис. 4) – сравнение поперечного размера трех средних фаланг пальцев (указательный, средний и безымянный) кисти и максимальной ширины раскрытия рта – в норме эти две величины приблизительно равны [27].

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

В нашей практике мы используем собственную пробу. Кпереди от козелка уха устанавливается указательный палец врача и осуществляется небольшое давление так, чтобы образовалось углубление, кзади от которого располагается козелок, а кпереди – височно-нижнечелюстной сустав (рис. 5). После этого пациента просят несколько раз открыть и закрыть рот. Данная манипуляция облегчает пациенту понимание локации боли. Из 26 пациентов, у которых в дальнейшем была верифицирована патология височно-нижнечелюстного сустава, 19 человек заметили во время данной манипуляции, что боль локализуется кпереди от указательного пальца врача. Остальные обследуемые не могли четко определить локацию боли.

Полноценное лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава может назначить только стоматолог.

- Рисунок 4. Трехфаланговая проба
- Figure 4. Triphalangeal test



● **Рисунок 5.** Фото пробы для определения болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, разработанной авторами

● **Figure 5.** Photo of the test to diagnose pain dysfunction of the temporomandibular joint, which was developed by the authors



Медикаментозное лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава включает в себя:

- нестероидные противовоспалительные средства. Как правило, используем нимесулид, учитывая его действие на суставный хрящ и суставную жидкость (усиление синтеза протеогликанов) [29]
- миорелаксанты (толперизон, тизанидин, баклофен)
- хондропротекторы (глюкозамин + хондроитина сульфат), коллаген
- трициклические антидепрессанты (как правило, amitриптилин, учитывая его центральное анальгезирующее действие).

Значительно реже отраженную оталгию вызывают эпидемический паротит (свинка) и сиалолитиаз околоушной слюнной железы. При этом эпидемический паротит трудностей в плане диагностики, как правило, не вызывает, поскольку диагноз налицо. А вот слюнный камень (саливолит), неполностью блокирующий выводной проток околоушной слюнной железы, может протекать без сиалоденита и давать устойчивую оталгию неясной этиологии.

После стоматологических заболеваний следующую большую группу причин для оталгии неясного генеза составляют неврологические болезни. В этом случае боль – нейропатическая, связана с повреждением чувствительных путей в нервной системе на любом уровне – периферическом или центральном. К этой категории относятся заболевания нервных стволов (невралгии) и узлов (ганглиониты). В этой ситуации лор-врач может столкнуться с глоссофарингеальной невралгией, невралгией тройничного нерва, невралгией Якобсонова нерва (синдром барабанного сплетения, синдром Рейхарта), невралгией затылочного нерва (поражения шейного сплетения) и мн. др. Невралгические боли описываются как приступообразные, жгучие, распространяются в области иннервации заинтересованного нерва. Характерно наличие триггерных точек в зоне ветвей соответствующего нерва [30–33].

Остеохондроз шейного отдела позвоночника может также приводить к оталгии неясного генеза [34]. Цервикокраниалгия объединяет как ноцицептивные болевые синдромы, возникающие на фоне скелетно-мышечной патологии шейного отдела позвоночника, так и невропатический болевой синдром при невралгии затылочных нервов. Если добавить сюда возможные проявления вертебробазилярной недостаточности («синдром вертебробазилярной артериальной системы», МКБ-10, код G45.0), то клиника становится смешанной и запутанной. Оталгия в таких случаях может сопровождаться головокружением, и необходимо проводить дифференциальный диагноз с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением.

Приступы вестибулярной мигрени у некоторых пациентов могут сопровождаться оталгией [35]. Кроме того, приступ мигрени может протекать только в виде оталгии, без вестибулярной клиники. При этом 35% пациентов описывают боль как тупую; 19% – как острую; 19% – как пульсирующую, 27% – смешанную. Девяносто два процента этих пациентов положительно отреагировали на специфическую терапию мигрени [36].

Как видно из вышеперечисленного, симптоматика отраженной оталгии, вызванной неврологическими причинами, крайне запутанная и нетипичная. Диагностикой и лечением данной проблемы должен заниматься грамотный опытный невропатолог. К первой линии терапии нейропатической боли относятся противоболевые антиконвульсанты – габапентин и прегабалин, а также противоболевые антидепрессанты – дулоксетин, венлафаксин, amitриптилин [37]. Определенную специфику имеет тригеминальная невралгия: в 70% случаев доказана эффективность карбамазепина [38].

Третью группу причин оталгии неясного генеза составляют пациенты с размытыми неточными жалобами. Обычно в начале консультации они жалуются на боль в ухе. Затем после уточняющих вопросов они меняют жалобы на «в ухе ноет», «чувство дискомфорта в ухе», «что-то мешает», «что-то не так». При этом при первичном лор-осмотре у таких пациентов патологии слухового анализатора не обнаруживается, шепотная и разговорная речь в норме. Данную группу причин, по нашим наблюдениям, составляют два заболевания. Пациенты с типичным течением отосклероза приходят на прием к лор-врачу с жалобами на снижение слуха и/или шум в ушах. При этом на аудиометрии у таких пациентов наблюдается соответствующая тугоухость в зависимости от формы отосклероза. При нетипичном начале отосклероза у пациентов не отмечается снижения слуха при исследовании шепотной и разговорной речи, отсутствуют жалобы на шум в ушах. На аудиометрии также не наблюдается явной патологии либо обнаруживается минимальное снижение слуха (minimal hearing loss). Однако на акустической рефлексометрии у таких пациентов уже определяется отсутствие акустического рефлекса стремечной мышцы, как правило, на одно ухо. При динамическом наблюдении данных пациентов в течение одного года у них развивалась клиническая картина отосклероза с соответствующими жалобами и изменениями слуха на аудиометрии. Второе заболевание представлено

односторонней сенсоневральной тугоухостью с нетипичным началом. Как правило, пациенты с сенсоневральной тугоухостью приходят на консультацию с жалобами на снижение слуха и/или шум в ушах. При первичном лор-осмотре у таких пациентов шепотная речь снижена, на аудиометрии выявляется сенсоневральный тип тугоухости. Диагностика таких пациентов не представляет трудности [39]. В случаях когда односторонняя сенсоневральная тугоухость возникает на частоте 8 кГц, т. е. речевой диапазон не страдает, при этом отсутствует жалоба на шум в ухе, возникают сложности. Пациенты предъявляют непонятные, запутанные жалобы («кноет», «что-то мешает» и т. д.), при этом проверка слуха шепотной речью и отоскопическая картина патологии не показывают.

Отдельно нужно упомянуть психогенную оталгию или психалгию. Можно очень долго искать причину оталгии неясной этиологии, а причина может находиться совсем в другой плоскости, в области психики человека. Как говорил Конфуций: «Очень сложно найти черную кошку в темной комнате. Особенно, если ее там нет». Особенно учитывая тот факт, что очень сложно провести грань между психически здоровым человеком и пациентом с пограничными личностными расстройствами.

По определению ВОЗ, психогенная боль связана с наличием эмоционального конфликта или психологических проблем, являющихся главной причиной возникновения боли, но болевой синдром может манифестировать и вне связи со стрессом, а эмоциональное напряжение способно увеличивать и пролонгировать болевое ощущение. Считается, что психогенная боль возникает не вследствие органических или повреждающих факторов, а в связи с нейродинамическими и функциональными нарушениями в головном мозге.

Выделяют следующие диагностические критерии для верификации психогенной боли:

- 1) нет четкого начала, боль плохо локализована,
- 2) интенсивность боли связана с настроением больных,
- 3) боль не купируется обезболивающими средствами, но значительно облегчается при приеме антидепрессантов и седативных препаратов,
- 4) боль не беспокоит пациента во время сна,
- 5) боль может сочетаться с невротическими расстройствами или расстройствами личности.

Многие исследователи, изучающие болевой синдром, подчеркивают, что диагноз психогенной боли чаще всего является «диагнозом исключения», т. к., несмотря на некоторые характеристики, возможно, указывающие на психогенное происхождение алгического состояния, конкретного алгоритма (как при ноцицептивной и нейропатической боли) в верификации этого синдрома не существует [40–42].

На основании всего вышеизложенного был создан алгоритм действий врача-оториноларинголога при диагнозе «оталгия неясной этиологии»:

- Сбор анамнеза.
- Осмотр пациента. С использованием пробы с надавливанием пальцем на область мягких тканей, расположенных между височно-нижнечелюстным суставом и козелком.

- Полный анализ крови с формулой, С-реактивный белок. Данные исследования помогут определить воспалительного или невоспалительного характера оталгия.

- Аудиометрия.
- Тимпанометрия с акустической рефлексометрией.
- СКТ или КЛКТ височных костей.
- При необходимости консультации стоматолога (гнатолога), невропатолога, психиатра.

В заключение предлагаем ознакомиться с результатами обследования и лечения пациентов с диагнозом «оталгия неясной этиологии».

В работу вошли данные обследования и лечения 103 пациентов в возрасте от 22 до 67 лет (71 женщина и 32 мужчины), обратившихся за помощью в лор-отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», а также ФГБУ «СПБ НИИ уха горла и носа» МЗ РФ.

Критерии включения пациентов:

- возраст старше 15 лет
- жалобы на боли в области уха
- причину оталгии не удавалось установить на первой врачебной консультации.

Все пациенты проходили обследование согласно алгоритму действий. Лечение проводилось в соответствии с выявленной причиной.

По результатам исследования видно, что большинство пациентов составляют женщины. Подавляющее большинство пациентов приходится на возрастную группу старше 30 лет (87 пациентов, 84,47%). После обследования было выявлено, что у чуть большей половины пациентов (57 пациентов, 55,34%) причиной оталгии являлась патология уха (отосклероз или сенсоневральная тугоухость с нетипичным началом заболевания, инородное тело (осколок) мягких тканей околоушной области, петрозит и т. д.). У 30 пациентов (29,13%) была обнаружена стоматологическая патология, из них у 26 человек (25,24%) обнаружена патология височно-нижнечелюстного сустава. Девять человек (8,74%) страдали неврологическими заболеваниями (невралгия тройничного нерва, патология шейного отдела позвоночника, вестибулярная мигрень). Двум пациентам потребовалась консультация психиатра. У 5 пациентов (4,85%) причину оталгии установить так и не удалось.

Выводы

Оталгия неясной этиологии – это собирательный термин, в основе которого лежит общий симптом (боль в ухе), но разная этиология. Среди этиологических факторов можно выделить три большие группы причин. Это неясная, нетипичная патология уха, стоматологическая патология, в первую очередь височно-нижнечелюстного сустава, и неврологическая патология. Данная проблема характерна для лиц старших возрастных групп (старше 30 лет). В плане гендерной принадлежности преобладают женщины (более чем в два раза). В диагностике и лечении данной патологии необходимо участие, помимо лор-врача, стоматолога, невропатолога и иногда психиатра.

Поступила / Received 11.02.2025
Поступила после рецензирования / Revised 03.03.2025
Принята в печать / Accepted 05.03.2025

1. Тардов МВ, Болдин АВ, Синдром Костена или дисфункция височно-нижнечелюстного сустава? *Трудный пациент*. 2018;16(10):43–46. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10020>.
2. Tardov MV, Boldin AV. Costen's syndrome of temporomandibular joint dysfunction? *Trudnyi Patsient*. 2018;16(10):43–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10020>.
3. Тардов МВ, Кунельская НЛ, Заоева ЗО. Комплексный болевой синдром лица в клинике лор-болезней. *Трудный пациент*. 2016;14(4–5):29–31. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-bolevoy-sindrom-litsa-v-klinike-lor-bolezney>.
4. Tardov MV, Kunelskaya NL, Zateeva ZO. Complex facial pain syndrome in the clinic of ENT diseases. *Trudnyi Patsient*. 2016;14(4–5):29–31. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-bolevoy-sindrom-litsa-v-klinike-lor-bolezney>.
5. Hwa TP, Brant JA. Evaluation and Management of Otaglia. *Med Clin North Am*. 2021;105(5):813–826. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.004>.
6. Neilan RE, Roland PS. Otaglia. *Med Clin North Am*. 2010;94(5):961–971. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.05.004>.
7. Ally M, Moine A, Lomas J, Borsetto D, Mochloulis G, Bance M. Aetiology and management options for secondary referred otalgia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2023;280(1):47–59. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07638-7>.
8. Овчинников АЮ, Эдже МА, Шербаков АЮ. Эффективность системной анальгетической терапии в комплексном лечении острого среднего отита. *Эффективная фармакология*. 2024;20(3):6–12. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-3-6-12>.
9. Ovchinnikov AYu, Edzhe MA, Shcherbakov AYu. Effectiveness of systemic analgesic therapy in the complex treatment of acute otitis media. *Effective Pharmacotherapy*. 2024;20(3):6–12. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-3-6-12>.
10. Кунельская НЛ, Тардов МВ, Байбакова ЕВ, Болдин АВ, Чугунова МА, Никиткина ЯЮ, Заоева ЗО. Оталгия и субъективный ушной шум – возможные междисциплинарного подхода. *Российская оториноларингология*. 2016;85(6):66–69. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-6-66-70>.
11. Kunelskaya NL, Tardov MV, Baibakova EV, Boldin AV, Chugunova MA, Nikitkina YaYu, Zateeva ZO. Otaglia and tinnitus: the capabilities of multi-disciplinary approach. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya*. 2016;85(6):66–69. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-6-66-70>.
12. Свистушкин ВМ, Морозова СВ. Оталгия в практике оториноларинголога. *РМЖ*. 2014;(9):658. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Otagliya_v_praktike_otorinolaringologa.
13. Svistushkin VM, Morozova SV. Otaglia in the practice of an otorhinolaryngologist. *RMJ*. 2014;(9):658. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Otagliya_v_praktike_otorinolaringologa.
14. Семенов ФВ, Резников РВ. Применение транексамовой кислоты для профилактики кровотечений после тонзиллэктомии. *Российская оториноларингология*. 2021;20(4):48–52. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2021-4-48-52>.
15. Semenov FV, Reznikov RV. Use of tranexamic acid to prevent bleeding after tonsillectomy. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya*. 2021;20(4):48–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2021-4-48-52>.
16. Kuttala SJ, Kuttala MH, Niemi PM, Le Bell YB, Alanen PJ, Suonpää JT. Secondary otalgia in an adult population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127(4):401–405. <https://doi.org/10.1001/archotol.127.4.401>.
17. Kim SH, Kim TH, Byun JY, Park MS, Yeo SG. Clinical Differences in Types of Otaglia. *J Audiol Otol*. 2015;19(1):34–38. <https://doi.org/10.7874/jao.2015.19.1.34>.
18. Ramazani F, Szalay-Anderson C, Batista AV, Park P, Hwang E. Referred otalgia: Common causes and evidence-based strategies for assessment and management. *Can Fam Physician*. 2023;69(11):757–761. <https://doi.org/10.46747/cfp.6911757>.
19. Taziki MH, Behnampour N. A study of the etiology of referred otalgia. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2012;24(69):171–176. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24303405>.
20. Привес МГ, Лысенков НК, Бушкович ВИ. *Анатомия человека*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022. 896 с.
21. Nagaraj BS, Linthicum JrFH. Autonomic innervation of the human middle ear: an immunohistochemical study. *Am J Otolaryngol*. 1998;19(2):75–82. [https://doi.org/10.1016/s0196-0709\(98\)90099-0](https://doi.org/10.1016/s0196-0709(98)90099-0).
22. Ангоетова ИБ, Шелкина ЕВ, Магомедова ММ. Клинические аспекты ларингофарингеального рефлюкса. *Российская оториноларингология*. 2022;21(1):19–26. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-1-19-26>.
23. Angotoeva IB, Shchepkina EV, Magomedova MM. Clinical aspects of laryngopharyngeal reflux. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya*. 2022;21(1):19–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-1-19-26>.
24. Савранская КВ, Рыжкова НС, Бакотина АВ, Хон М. Височно-нижнечелюстная дисфункция в практике оториноларинголога. *Эффективная фармакология*. 2024;20(41):42–48. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-41-42-48>.
25. Savranskaya KB, Ryzhkova NS, Bakotina AV, Khon M. Temporomandibular dysfunction in the practice of an otorhinolaryngologist. *Effective Pharmacotherapy*. 2024;20(41):42–48. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-41-42-48>.
26. Boldin AV, Agasarov LG, Tardov MV, Kunelskaya NL. Роль дисфункции височнонижнечелюстного сустава и окклюзионных нарушений в патогенезе соматогенного кохлеовестибулярного синдрома. *Альманах клинической медицины*. 2016;44(7):798–808. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2016-44-7-798-808>.
27. Boldin AV, Agasarov LG, Tardov MV, Kunelskaya NL. The role of temporomandibular joint dysfunction and occlusive disorders in the pathogenesis of somatogenic cochlear and vestibular syndrome. *Almanac of Clinical Medicine*. 2016;44(7):798–808. (In Russ.) <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2016-44-7-798-808>.
28. Брега ИН, Доронин БМ, Адоньева АВ. Комплексный подход в лечении и реабилитации больных с миофасциальным болевым синдромом лица. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010;9(4):28–34. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2010-4-28-34>.
29. Brega IN, Doronin BM, Adoniyeva AV. Complex approach in the treatment and rehabilitation of the patients with myofascial face pain syndrome. *Bulleten' Sibirskoj Mediciny*. 2010;9(4):28–34. (In Russ.) <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2010-4-28-34>.
30. Champion GL, Richter JE. Atypical presentation of gastroesophageal reflux disease: chest pain, pulmonary, and ear, nose, throat manifestations. *Gastroenterologist*. 1993;1(1):18–33. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8049877>.
31. Исайкин АИ. Боль в шейном отделе позвоночника. *Трудный пациент*. 2012;10(7):36–44. Режим доступа: https://web.archive.org/web/20130522030718/http://www.t-patient.ru/archive/tp7-12/tp7-12_893.html.
32. Isaikin AI. Pain in the cervical spine area. *Trudnyi Patsient*. 2012;10(7):36–44. (In Russ.) Available at: https://web.archive.org/web/20130522030718/http://www.t-patient.ru/archive/tp7-12/tp7-12_893.html.
33. Kuttala S, Kuttala M, Le Bell Y, Alanen P, Suonpää J. Characteristics of subjects with secondary otalgia. *J Orofac Pain*. 2004;18(3):226–234. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15509002>.
34. Murphy DR, Gay CW. Manual therapy and ear pain: a report of four cases. *J Can Chiropr Assoc*. 2011;55(1):40–46. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21403781>.
35. Sussman S, Zimmerman Z, Chishom T, Reid L, Seyyedi M. Migraine-Associated Otaglia: An Underappreciated Entity. *J Audiol Otol*. 2022;26(2):90–96. <https://doi.org/10.7874/jao.2021.00465>.
36. Kim DS, Cheang P, Dover S, Drake-Lee AB. Dental otalgia. *J Laryngol Otol*. 2007;121(12):1129–1134. <https://doi.org/10.1017/S0022215107000333>.
37. Ferendiuk E, Zajdel K, Pihut M. Incidence of otolaryngological symptoms in patients with temporomandibular joint dysfunctions. *Biomed Res Int*. 2014;2014:824684. <https://doi.org/10.1155/2014/824684>.
38. Тардов МВ, Стулин ИД, Дробышева НС, Болдин АВ, Кунельская НЛ, Байбакова ЕВ. Комплексное лечение синдрома Костена. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(4):60–64.
39. Tardov MV, Stulin ID, Drobysheva NS, Boldin AV, Kunelskaya NL, Baibakova EV. Comprehensive treatment of Costen syndrome. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(4):60–64. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202012004160>.
40. Клячко ДС, Быстрова ЮА, Быстров СА, Рязанцев СВ, Партошко ВВ, Донская ОС и др. Синдром Костена и менингиома мостомозжечкового угла головного мозга: взгляд врачей трех специальностей. *Медицинский совет*. 2021;(18):140–147. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-140-147>.
41. Klyachko DS, Bystrova YA, Bystrov SA, Ryazantsev SV, Partushko VV, Donskaya OS et al. Temporomandibular Disorder and Cerebellopontine Angle Meningioma: Perspectives from Three Medical Specialists. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(18):140–147. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-140-147>.
42. Савустьяненко АВ. Механизмы хондропротективного действия нимесулида. *Боль. Суставы. Позвоночник*. 2012;(1):70–74. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-hondroprotektivnogo-deystviya-nimesulida>.
43. Savustyanenko AV. Mechanisms of chondroprotective action of nimesulide. *Bol. Sustavy. Pozvonochnik*. 2012;(1):70–74. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-hondroprotektivnogo-deystviya-nimesulida>.
44. Kanzara T, Andy Hall A, Singh Virk J, Leung B, Singh A. Clinical anatomy of the tympanic nerve: A review. *World J Otorhinolaryngol*. 2014;4(4):17–22. <https://doi.org/10.5319/wjvo.v4.i4.17>.
45. Camurdan A, Kilgus A, Scholtz Lu, Todt I. Case Report: Inflamed Jacobson nerve: an uncommon cause of persisting otalgia after an acute otitis media. *Front Surg*. 2024;11:1341118. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2024.1341118>.
46. Махинов КА, Баринов АН, Жестикова МГ, Мингазова ЛР, Пархоменко ЕВ. Лицевая боль. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(7):79–88. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156179-88>.
47. Makhinov KA, Barinov AN, Zhestikova MG, Mingazova LR, Parkhomenko EV. Facial pain. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(7):79–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156179-88>.

33. Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, Lhatoo S, Patel NK, Coakham HB. Neuralgia of the glossopharyngeal and vagal nerves: long-term outcome following surgical treatment and literature review. *Br J Neurosurg.* 2010;24(4):441–446. <https://doi.org/10.3109/02688697.2010.487131>.
34. Jaber JJ, Leonetti JP, Lawrason AE, Feustel PJ. Cervical spine causes for referred otalgia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;138(4):479–485. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.12.043>.
35. Shi S, Wang D, Ren T, Wang W. Auditory Manifestations of Vestibular Migraine. *Front Neurol.* 2022;13:944001. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.944001>.
36. Teixeira M, Seymour P, Kung B, Lazar S, Sabra O. Otolgia associated with migraine. *Otol Neurotol.* 2011;32(2):322–325. <https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e318200a0c4>.
37. Табеева ГР, Азимова ЮЭ. Невропатическая боль: от патогенеза и клиники к дифференцированной терапии. *Фарматека.* 2010;(12):32–38. Режим доступа: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/7883>.
Tabeeva GR, Azimova YUE. Neuropathic pain: from pathogenesis and clinics to differentiated therapy. *Farmateka.* 2010;(12):32–38. (In Russ.) Available at: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/7883>.
38. Гордеев СА, Турбина ЛГ, Зусьман АА. Современный подход к лечению тригеминальной невралгии. *Лечащий врач.* 2011;(5). Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2011/05/15435182>.
Gordeev SA, Turbina LG, Zus'man AA. A modern approach to isolated trigeminal neuralgia. *Lechaschi Vrach.* 2011;(5). (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2011/05/15435182>.
39. Щербактова ЯЛ, Мегрелишвили СМ, Шапорова АВ. Внезапная односторонняя сенсоневральная тугоухость. Анализ заболевания. *Российская оториноларингология.* 2022;21(6):80–84. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-6-80-84>.
Shcherbakova Ya L, Megrelishvili SM, Shapороva AV. Effect of concomitant nasal septum deviation on mucociliary clearance parameters after pediatric sinus surgery. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya.* 2022;21(6):80–84. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-6-80-84>.
40. Сутина ОА, Кравченко НЕ. Психогенный болевой синдром в детской онкологии. *Вопросы психического здоровья детей и подростков.* 2022;22(3):13–21. Режим доступа: <https://www.psychildhealth.ru/2022-03.html>.
Suetina OA, Kravchenko NE. Psychogenic pain syndrome in pediatric oncology. *Mental Health of Children and Adolescent.* 2022;22(3):13–21. (In Russ.) Available at: <https://www.psychildhealth.ru/2022-03.html>.
41. Данилов АБ, Исгуляян ЭД, Макашова ЕС. Психогенная боль. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018;118(11):103–108. <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118111103>.
Danilov AIB, Isagulyan ED, Mackaschova ES. Psychogenic pain. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2018;118(11):103–108. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118111103>.
42. Dight R. Psychogenic earache: An unusual cause of otalgia. *Med J Aust.* 1980;1(2):76–77. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7360091>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – В.С. Исаченко, С.Ю. Огнетов
 Написание текста – С.Ю. Огнетов, С.С. Высоцкая
 Сбор и обработка материала – В.С. Исаченко, С.Ю. Огнетов
 Обзор литературы – С.Ю. Огнетов
 Редактирование – С.С. Высоцкая
 Утверждение окончательного варианта статьи – В.С. Исаченко

Contribution of authors:

Concept of the article – Vadim S. Isachenko, Sergey Yu. Ognetov
 Text development – Sergey Yu. Ognetov, Svetlana S. Vysockaya
 Collection and processing of material – Vadim S. Isachenko, Sergey Yu. Ognetov
 Literature review – Sergey Yu. Ognetov
 Editing – Svetlana S. Vysockaya
 Approval of the final version of the article – Vadim S. Isachenko

Информация об авторах:

Исаченко Вадим Сергеевич, д.м.н., доцент, старший научный сотрудник, заместитель главного врача по хирургии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи; 190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; профессор кафедры оториноларингологии и офтальмологии Медицинского института, Санкт-Петербургский государственный университет; 199034, Россия; 21-линия Васильевского острова, д. 8а; v.isachenko@niilor.ru
Огнетов Сергей Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии, Ижевская государственная медицинская академия; 426034, Россия, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281; ognetovlor@rambler.ru
Высоцкая Светлана Сергеевна, заместитель заведующего организационно-методическим отделом, врач-оториноларинголог, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи; 190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; s.vysockaya@niilor.ru

Information about the authors:

Vadim S. Isachenko, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Senior Researcher, Deputy Chief Physician for Surgery, St Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech; 9, Bronnitskaya St., St Petersburg, 190013, Russia; Professor of the Department Otorhinolaryngology and Ophthalmology at the Medical Institute, St Petersburg State University; 8a, 21-ya Liniya Vasilevskogo Ostrova St., St Petersburg, 199106, Russia; v.isachenko@niilor.ru
Sergey Yu. Ognetov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, Izhevsk State Medical Academy; 281, Kommunarov St., Izhevsk, 426034, Russia; ognetovlor@rambler.ru
Svetlana S. Vysockaya, Deputy Head of the Organizational and Methodological Department, Otorhinolaryngologist, St Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech; 9, Bronnitskaya St., St Petersburg, 190013, Russia; s.vysockaya@niilor.ru