

А.Ю. Суворов, ФГБУ ГНИЦПМ МЗ России, г. Москва

Хронический болевой синдром: особенности патогенеза, клиники, лечения

Хронический болевой синдром (ХБС) занимает одно из лидирующих мест по количеству обращений к врачам общей практики. Наиболее часто пациентов беспокоят длительные или частые головные боли, боль в спине, в суставах нижних конечностей. Проблема ХБС выглядит незначительной на фоне сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, тяжелых неврологических поражений и других заболеваний и состояний, снижающих продолжительность жизни пациентов. Однако высокая распространенность ХБС, подверженность этому состоянию довольно широких слоев активно работающего населения и отсутствие высокоэффективной этиотропной терапии заставляют по-другому взглянуть на проблему хронических болей. Неадекватная оценка ХБС как самим пациентом, так и лечащим врачом зачастую ведет к неэффективному лечению, ухудшению самочувствия, утяжелению течения других заболеваний. В конечном счете из-за постоянных болевых ощущений снижается трудоспособность пациента, значительно страдает качество жизни.

По данным Международной ассоциации по исследованию боли (International Association for the Study of Pain), а также по результатам крупного исследования HUNT, распространенность ХБС в популяции составляет до 64%. По данным Американской ассоциации боли (American Association of Pain) на 2010 г., около 30% населения США страдают от ХБС.

Патогенетические компоненты ХБС

Считается, что в основе ХБС лежит нейропатическая боль, представляющая собой неадекватный по длительности и порогу ответ на различные повреждающие факторы, в том числе на психоэмоциональные. Впоследствии при участии центральной нервной системы такой ответ становится стойким. В то же время патологическая активация афферентных нервов может быть запущена первичным воспалительным компонентом, например, при ревматических заболеваниях, травмах, воспалительных заболеваниях нервной системы, мышц. В итоге формируется очаг с повышенным выделением провоспалительных медиаторов, нарушающих афферентную и эфферентную иннервацию, симптомом чего и является боль. В формировании ХБС участвуют как нейрофизиологические, так и психосоциальные механизмы.

Оценка болевого синдрома

Для оценки состояния пациента и динамики лечения требуется измерить выраженность боли количественно. Учитывая сложность многокомпонентный патогенез болевого синдрома, наиболее удобно проводить такую оценку субъективно, на основании ощущений самого пациента. Часто требуется исследовать такие параметры, как интенсивность боли и частота возникновения болевых приступов за определенный промежуток времени. Для оценки болевого синдрома за рубежом широко применяется анкета MPQ (McGill Pain Questionnaire), разработанная в Университете Мак-Гилла (Канада) в 1971 г., которую заполняет сам пациент в соответствии со своими ощущениями. Оценка психологического компонента легла в основу шкалы MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Кроме того, с этой целью используют шкалы ипохондрии, депрессии и истерии.

Клиническая симптоматика ХБС

Наиболее частые проявления ХБС рассматривались неоднократно, остановимся на некоторых из них.

Хроническая боль в спине встречается наиболее часто. По результатам опросов, проведенных в США и Канаде Американской ассоциацией боли в 2010 г., распространенность боли в спине, длящейся >6 мес, составила в среднем 34,3% среди женщин и 26,7% среди мужчин. Информация о болевом синдроме, предоставляемая пациентом, зачастую чрезвычайно субъективна, боль может появляться только при физической (и эмоциональной, что немаловажно) нагрузке, присутствовать практически постоянно и т.п. При обследовании пациентов обнаруживаются такие морфологические изменения, как остеохондроз, спондилоартроз, протрузии межпозвоночных дисков.

Чаще всего боль локализуется в поясничной области (около половины всех случаев боли в спине). Следующая по частоте встречаемости локализация боли – шейный отдел позвоночника, затем – грудной отдел.

При болях в спине клиническая картина может имитировать другие заболевания, при этом требуется дообследование пациента для исключения стенокардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональных заболеваний пищевода, холецистита, панкреатита и др.

Боли в области тазобедренных, коленных, голеностопных суставов. Коксартроз и гонартроз встречаются в клинической практике очень часто, сам по себе коксартроз отмечается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет и у 60-70% больных старше 65 лет. Критерии диагностики коксартроза тазобедренных и коленных суставов приведены в таблицах 1 и 2.

Хронические головные боли – отдельный предмет для обсуждения. В силу иных механизмов этиологии и патогенеза они требуют несколько специфических подходов к терапии. Лечение хронических

длительной и многокомпонентной обезболивающей терапии.

Обезболивание у онкологических больных представляется самой сложной задачей, так как даже наркотические анальгетики в сочетании с сильными ненаркотическими препаратами могут оказываться неэффективными. Формально болевой синдром при онкологических заболеваниях можно отнести к ХБС, однако его этиология и патогенез иные.

Комплексное лечение пациентов с ХБС

Ведение пациентов с ХБС представляет собой довольно многогранную задачу. Даже при грамотном подборе препаратов и благоприятном результате лечения полностью избавиться пациента от болевого синдрома не удастся.

Немедикаментозные методы

В комплексную терапию и реабилитацию важный вклад вносит лечебная физкультура. К сожалению, при кажущейся простоте этого метода терапии в реальной клинической практике и реабилитации пациентов с ХБС он применяется не так часто, как хотелось бы.

Таблица 1. Диагностические критерии коксартроза (адаптировано из: Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 282 с.)

Клинические признаки	Клинико-рентгенологические признаки
<ul style="list-style-type: none"> Боль в тазобедренном суставе Внутренняя ротация <15 градусов СОЭ <15 мм/ч (при нормальной СОЭ – сгибание тазобедренного сустава <115 градусов) Боль при внутренней ротации Утренняя скованность <60 мин Возраст >50 лет 	<ul style="list-style-type: none"> Боль в суставе и наличие по меньшей мере 2 из 3 следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> СОЭ <20 мм/ч рентгенологически – остеофиты (головка бедренной кости или вертлужная впадина); рентгенологически – сужение суставной щели (вверху, латерально и/или медиально)

Примечание. Чувствительность – до 89%, специфичность – до 90%; СОЭ – скорость оседания эритроцитов.

Таблица 2. Диагностические критерии гонартроза (адаптировано из: Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 282 с.)

Клинические признаки	Клинико-рентгенологические признаки
<ul style="list-style-type: none"> Боль в коленном суставе Крепитация в течение большинства дней предшествовавшего месяца и Утренняя скованность при активном движении <30 мин и Возраст >37 лет или Крепитация и Утренняя скованность <30 мин и Костная деформация (вздутие) Отсутствие крепитации и Костная деформация 	<ul style="list-style-type: none"> Боль в коленном суставе в течение предшествующего месяца, чаще всего днем, и: <ul style="list-style-type: none"> остеофиты или типичная для артроза синовиальная жидкость (светлая, вязкая, число клеток <2000/мл; если нет сведений о синовиальной жидкости, то вместо этого учитывается возраст <40 лет) и утренняя скованность <30 мин и крепитация при активных движениях

Примечание. Чувствительность – до 90%, специфичность – до 88%.

головных болей занимаются неврологи. В то же время такие боли довольно часто сочетаются с другими проявлениями ХБС. По данным S.K. Aurora et al., на сопутствующие боли в пояснице жалуются 45% пациентов, на боли в шейном отделе позвоночника – 85% пациентов с хроническими головными болями. Считается, что в основе болевого синдрома в шейном отделе позвоночника в данном случае лежит мышечно-тонический синдром.

Пациенты после оперативных вмешательств также сталкиваются с длительным болевым синдромом. Его не следует сравнивать с ХБС, однако длительность послеоперационного периода и реабилитации, а также объем самой операции часто обуславливают необходимость адекватной,

Хороший эффект дает физиотерапевтическое лечение. Наибольшее распространение в РФ получили магнитотерапия, лазеротерапия, электростимуляция, ультразвуковое лечение.

Медикаментозные методы

В составе комплексной терапии пациентов с ХБС используются различные группы препаратов, наиболее часто – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Их история берет свое начало еще в XIX в. Сегодня эта группа препаратов очень востребована и активно развивается фармацевтической промышленностью.

Механизм действия НПВП связан с блокированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Существуют три формы ЦОГ:

ЦОГ-1, ЦОГ-2 и ЦОГ-3. Неселективные НПВП блокируют все три формы фермента, в связи с этим более часто развиваются побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, почек, легких. Сейчас существуют селективные формы НПВП. Эти препараты блокируют преимущественно ЦОГ-2, что приводит к снижению частоты побочных эффектов. В высоких дозах некоторые ингибиторы ЦОГ-2 теряют селективность.

Из других групп препаратов стоит отметить парацетамол, обладающий выраженным обезболивающим действием, но практически не оказывающий противовоспалительного эффекта. Этот препарат назначают в небольших дозах, когда эффект НПВП недостаточен. Стоит напомнить, что парацетамол в высоких дозах отличается прямым гепатотоксическим действием.

Отдельно стоит препарат флупиртин, неопиоидный анальгетик центрального действия, селективный активатор нейрональных K⁺-каналов. Препарат, помимо умеренного анальгезирующего, обладает выраженным миорелаксирующим действием. В комплексной терапии потенцирует действие НПВП и наркотических анальгетиков.

Широко известна умеренная анальгетическая активность ряда антиконвульсантов – карбамазепина, диазепамы и в меньшей степени других препаратов этой группы. Умеренный обезболивающий эффект при постоянном приеме позволяет контролировать ХБС, предупреждая обострения.

Парацетамол, флупиртин и антиконвульсанты лишены ряда побочных эффектов НПВП, в первую очередь связанных с ингибированием синтеза простагландинов слизистой желудка и последующим развитием эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В условиях лечебно-профилактических учреждений возможно проведение регионарных блокад нервных стволов и сплетений. Данная методика довольно эффективна, однако носит временный характер. Разработано большое количество местных форм анестетиков, используемых для регионарных блокад. Ограниченно применяются препараты из группы кортикостероидов (бетаметазон) и агонистов α₂-адренергических рецепторов (тизанидин), оказывающих анальгетический эффект при нейропатической боли, ассоциированной с повреждением чувствительных нервных волокон.

Хотя сейчас и разработаны аналоги опиоидных анальгетиков, не вызывающие формирования зависимости, например, трамадол, применение этой группы препаратов даже при наличии показаний не всегда возможно из-за их ограниченной доступности.

Пациентам с ХБС может потребоваться курс психотерапии. D. Clauw и V.H. McCarberg в 2011 г. разработали мультидисциплинарный подход, включавший обезболивание и психологическую поддержку. С любой патогенетической и симптоматической терапией можно сочетать использование антидепрессантов. Этот класс препаратов используется довольно давно и в целом успешно для улучшения качества жизни пациентов. Сочетание симптоматического и патогенетического лечения с физиотерапевтическим воздействием и применением антидепрессантов часто позволяет значительно улучшить самочувствие, качество жизни и способность пациентов к самообслуживанию.

Заключение

Лечение пациентов с ХБС – длительный процесс, включающий различные подходы к терапии. Современное лечение подразумевает довольно широкий арсенал терапевтических методов, направленных на уменьшение болевого синдрома и повышение качества жизни. Для усиления терапевтического эффекта и в качестве базисных средств терапии при отсутствии противопоказаний рекомендуется использование НПВП, зарекомендовавших себя относительно безопасными, эффективными и широкодоступными средствами.

Клиницист, № 3-4, 2012 г.

