

ПРОБЛЕМА ОСТРОЙ БОЛИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Проф. А. Н. КОРЖ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Всесторонне рассмотрена актуальная медико-социальная проблема боли. Подчеркнуто, что неадекватное обезболивание ведет к удлинению периода выздоровления, увеличению стоимости лечения, сердечно-сосудистым и другим осложнениям, хронизации патологии и снижению качества жизни. Первоочередной задачей врача является адекватное лечение острого болевого синдрома и профилактика его трансформации в хроническую боль.

Ключевые слова: боль, этиология, диагностика, лечение.

Острый болевой синдром (ОБС) различной локализации может возникать на протяжении всей жизни человека. По данным мировой статистики, до 90% обращений пациентов к врачу обусловлено именно ощущением боли [1, 2]. Люди, испытывающие ежедневную боль, несут на себе огромное бремя болезни, зачастую приводящей к инвалидизации. При этом мышечно-суставная боль (в мышцах, суставах и спине) занимает второе место по частоте после головной [3].

Боль часто бывает упорной, и пациенту не удается ее полностью купировать во время эпизода, что неизбежно ведет к хронизации процесса. ОБС усугубляется при ходьбе, нахождении в положении стоя и/или сидя, что значительно снижает мобильность пациента. Болевой синдром может приводить к расстройствам сна. Риск развития нетрудоспособности увеличивается вместе с возрастом пациента [4, 5].

Классификация острой боли по локализации:

1) поверхностная (экстероцептивная) боль, возникающая в случае повреждения кожных покровов, слизистых оболочек. Как правило, бывает острой, колющей, жгучей, пульсирующей, пронизывающей;

2) глубокая (проприоцептивная) боль, возникающая при повреждении костно-мышечной системы — раздражение рецепторов мышц, сухожилий, связок, суставов, костей. Вызывает ощущения ноющего характера, имеет менее четкую локализацию;

3) висцеральная (интероцептивная) боль, возникающая при повреждении внутренних органов. Носит ноющий, неясный характер, сопровождается вегетативными расстройствами — тошнотой, потливостью, снижением артериального давления, брадикардией;

4) отраженная боль, в основе которой лежит феномен зон Захарьина — Геда, — проекция боли в дерматомах, иннервируемых теми же сегментами, что и вовлеченные в патологический процесс глубоко расположенные ткани или внутренние органы. Проявляется локальной гипералгезией,

гиперестезией, мышечным напряжением, локальными и диффузными вегетативными феноменами.

Этиология острой боли

Острая боль — это симптом, появляющийся сразу при повреждении тканей, он ограничен временем восстановления тканей или дисфункции гладкой мускулатуры. Так называемая транзиторная боль регрессирует до заживления тканей (порезы, гематома, ссадины).

Наиболее часто мышечно-суставная боль возникает в нижней части спины. Этот вид боли настолько распространен, что его испытал едва ли не каждый взрослый житель индустриально развитых стран. Данная проблема относится не только к здравоохранению, она имеет огромное социально-экономическое значение. Боль в спине оказывает большое влияние как на индивидуума, так и на общество в целом вследствие широкой распространенности экономических последствий [6].

Основной механизм боли связан с раздражением ноцицептивных рецепторов, которые представляют собой сеть свободных окончаний, пронизывающих ткани. У человека рецепторы боли находятся в коже, оболочках мышц, во внутренних органах, надкостнице, роговице глаза. Болевые импульсы, возникающие в ноцицепторах, поступают в центральные образования нервной системы по тонким миелинизированным волокнам, проводящим быструю боль, или по немиелинизированным С-волокам, проводящим медленную боль [1, 2, 7].

Одновременно болевые импульсы активируют мотонейроны передних рогов спинного мозга, что приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. Мышечный спазм стимулирует ноцицепторы самой мышцы, вызывая локальную ишемию и усиление активации ноцицепторов мышечного волокна [8]. Создается порочный круг «боль — мышечный спазм — боль — мышечный спазм».

Специалисты называют наиболее вероятные причины невертеброгенных болей в спине: болевой миофасциальный синдром, психогенные боли, отраженные боли при болезнях внутренних

органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы), опухоли интра- и экстракраниальные (невринома, менингиома), эпидуральный абсцесс, метастатические опухоли, сириномиелия, ретроперитонеальные опухоли, остеоартриты.

Следует отметить, что первичный источник боли весьма сложно установить, особенно врачу в условиях обычного амбулаторного приема, поэтому необходимо назначить пациенту всестороннее обследование.

Диагностика острой боли

Диагностика при жалобах на боли в спине требует тщательного сбора анамнеза пациента. Так, ее механические причины вызывают дисфункцию мышечно-скелетных структур и связочного аппарата. Боль может исходить из тканей межпозвоночного диска, суставов и мышц. Прогноз у боли механического происхождения, как правило, благоприятный [2, 9].

Анализ истории болезни и обследование пациента в первую очередь должны быть направлены на стратификацию ОБС по категориям в зависимости от этиологических факторов, инициирующих боль:

- неспецифическая;
- потенциально ассоциированная с радикулопатией или спинальным стенозом;
- ассоциированная с другими специфическими спинальными причинами или исходящая из структур, не связанных с позвоночным столбом.

Специфические причины боли в спине крайне разнообразны, включают вертеброгенные заболевания и отраженные боли, связанные с патологией внутренних органов.

Врач должен всегда помнить, что боль может быть отраженной, поэтому необходимо исключить в первую очередь такие опасные заболевания, как острая хирургическая патология внутренних органов или травма, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, менингит, субарахноидальное кровоизлияние, синдром «конского хвоста».

При оценке ОБС в области спины надо исключить вторичный характер повреждения. При опросе пациентов обращают внимание на факторы,стораживающие в отношении вторичного генеза ОБС, а именно — усиление боли в покое или в ночное время, нарастающую интенсивность боли в течение недели и более, злокачественную опухоль в анамнезе, хроническое инфекционное заболевание в анамнезе, травму в анамнезе, длительность боли более 1 мес, лечение кортикостероидами в анамнезе.

При объективном обследовании пациента определяют следующие параметры: необъяснимую лихорадку, необъяснимое уменьшение массы тела, болезненность при легкой перкуссии остистых отростков, необычный характер боли: ощущение проходящего электрического тока, а также приступообразность, вегетативную окрашенность, необычную иррадиацию боли (опоясывающая, промеж-

ность, живот), связь с приемом пищи, дефекацией, мочеиспусканием, сопутствующие соматические нарушения (желудочно-кишечные, мочеполовые, гинекологические, гематологические), быстро прогрессирующий неврологический дефицит.

У практикующего врача в первую очередь должна быть настороженность в отношении онкологической патологии. Наиболее «жесткую» связь с опухолевым поражением позвоночного столба обнаруживают предшествующая онкологическая история пациента, необъяснимая потеря массы тела, боль, сохраняющаяся более месяца, возраст старше 50 лет. Важным маркером отраженной боли является ее отсутствие с движением. Мышечно-скелетная боль, напротив, усиливается при движении и облегчается в определенных положениях тела.

Люмбальная (поясничная) радикулопатия может включать чувство онемения и слабости в зоне иннервации корешка, но чаще проявляется исключительно болью в ноге. Почти патогномичной для корешковой боли считается ее иррадиация в конечность («длинная» боль), как правило, она опускается ниже колена и достигает стопы.

Болевой синдром начинается остро или подостро, пациенты описывают боль как стреляющую или пронизывающую. У некоторых больных она наблюдается как постоянная, высокой интенсивности (7 баллов и более по визуальной аналоговой шкале — ВАШ) [4, 5, 7].

При отсутствии симптомов, указывающих на серьезную спинальную патологию или радикулопатию, высока вероятность того, что боль имеет доброкачественный характер. У большинства лиц среднего возраста ОБС обусловлен именно функциональными изменениями позвоночного столба и окружающих его структур, в частности нестабильностью или блокадой позвонково-двигательного сегмента [3, 5].

С практической точки зрения, если нет подозрений или исключена серьезная спинальная патология, необходимо информировать пациента о благоприятном прогнозе заболевания и высокой вероятности полного регресса острого болевого эпизода, поскольку ОБС в типичных случаях благополучно разрешается с помощью консервативного лечения.

Люди, страдающие болями в опорно-двигательном аппарате, на первом этапе чаще всего становятся пациентами семейных врачей, которые проводят диагностику с дальнейшей консультацией у узкого специалиста. Учитывая, что основная задача врача — облегчить страдания больного, назначение терапии при первом его посещении амбулаторного звена должно проводиться незамедлительно, уже до получения данных инструментального обследования.

Лечение болей в спине имеет три периода: острый, подострый и ремиссии, причем их основным критерием в течение заболевания являются наличие и характер болевого синдрома:

1-й — острый — возникновение спонтанных болей или боли в покое;

2-й — подострый — боли в покое исчезают, но появляются при провокации движением;

3-й — ремиссия — отсутствие болевого синдрома.

Ведение больного с острой болью

До начала лечения боли необходимо определить ее причину, продолжительность и интенсивность, характер и вид. Основываясь на патофизиологических аспектах боли и механизме действия обезболивающих средств, врач выбирает препараты, назначая адекватные дозы и корректируя их таким образом, чтобы достичь обезболивания без побочных эффектов.

Зачастую при возникновении ОБС пациенты спешат в аптеку за безрецептурными анальгетиками. При выборе препарата для купирования боли они могут руководствоваться рекомендациями фармацевта, советами родственников, знакомых, информацией в Интернете.

Нередко семейный врач сталкивается с ОБС не в момент его возникновения, а в ходе консультации пациента по другим вопросам. В таких ситуациях он выступает экспертом лечения ОБС и должен быть уверен в средстве, которое избавит пациента от страдания, пусть даже и кратковременного.

Важным подспорьем в решении проблемы боли являются образовательные программы: информирование пациента о факторах риска, причинах и прогнозе болезни, эффективности возможных схем лечения; обучение физическим упражнениям и аутогенной тренировке, контролю боли. Вовлечение пациента в процесс терапии и его доверительные отношения с семейным врачом становятся залогом успеха. Поэтому врач тщательно выверяет все свои шаги и объясняет пациенту схему лечения, а также его самую ответственность за результаты терапевтического воздействия.

До начала терапии врачу следует:

- оценить интенсивность боли: слабая (3,4 балла и менее по ВАШ), средняя (от 3,5 до 7,4 балла), сильная (7,5 балла и выше) [2];

- установить, нарушает ли боль двигательную активность;

- определить потенциальную пользу лечения;

- оценить потенциальные риски, связанные с терапией;

- просчитать вероятность долгосрочной эффективности планируемого лечения.

Прежде всего необходимо выяснить, является ли ОБС неспецифическим, т. е. не обусловленным какими-либо острыми или хроническими системными заболеваниями, требующими дополнительных методов диагностики и базисной терапии. Для этого врачу следует определить, не сопровождается ли ОБС следующими «тревожными» симптомами: повышением температуры тела (при отсутствии других симптомов острого респираторного заболевания), одышкой, онемением конечностей и/или снижением мышечной силы, боль имеет

характер «прострела», сочетается с судорогами, усиливается при кашле и чихании, сопровождается болью в грудной клетке с иррадиацией под лопатку (в случае ОБС в спине), а также не является ли пациентка беременной.

При отсутствии «тревожных» симптомов больным можно рекомендовать в качестве симптоматической терапии безрецептурные анальгетики.

Большинству пациентов с ОБС показано лишь симптоматическое лечение. Однако их следует проинструктировать, что в случае ухудшения двигательных или сенсорных функций, усиления боли, появления расстройств функций тазовых органов им следует незамедлительно повторно обратиться к врачу для продолжения обследования [10].

По мере уменьшения болей пациенты постепенно возвращаются к нормальной деятельности. Показано, что сохранение активности в пределах, которые позволяет боль, способствует более быстрому выздоровлению, чем постельный режим или иммобилизация поясничного отдела.

Лекарственные средства, применяемые при ОБС, включают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол, возможно также использование миорелаксантов [11]. Показано, что пациенты, принимающие опиоидные анальгетики, возвращаются к нормальной деятельности не быстрее тех, которые принимали НПВП или парацетамол. Миорелаксанты оказывают больший обезболивающий эффект, чем плацебо, но не имеют преимуществ перед НПВП. Пероральные глюкокортикоиды и антидепрессанты не оказывают ожидаемого эффекта у таких больных, поэтому их не рекомендуют [12].

С учетом значимости ОБС для пациента (резкое ограничение подвижности, нарушение функции внутренних органов, психологические проблемы, выраженное снижение качества жизни) анальгетическую терапию следует проводить препаратами с ярко выраженным обезболивающим и противовоспалительным эффектом, имеющими хорошую переносимость. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения анальгетики назначают по возможности перорально, «по времени, а не по требованию»; начинают лечение с неопиоидных производных [10, 12].

Согласно данным Кокрановского обзора, более 50% пациентов не получают облегчения от боли хотя бы наполовину через 4–6 ч после приема многих анальгетических препаратов. Данные клинических исследований подтверждают тот факт, что комбинированная анальгезия с правильно подобранными действующими веществами и дозировками более эффективна в купировании ОБС по сравнению с монокомпонентными препаратами [13–15].

Таким образом, боль по-прежнему остается актуальной медико-социальной проблемой. Неадекватное обезболивание ведет к удлинению периода выздоровления, увеличению стоимости лечения, кардиоваскулярным и другим осложнениям, хронизации патологии и снижению качества

жизни пациентов. Вот почему первоочередной задачей семейного врача является адекватное

лечение ОБС и профилактика его трансформации в хроническую боль.

Список литературы

1. *Van Hecke O.* Chronic pain epidemiology and its clinical relevance / O. Van Hecke, N. Torrance, B. H. Smith // Br. J. Anaesth.— 2013.— № 1.— P. 13–18.
2. *Oren O.* Precision medicine: the emerging approach to the chronic pain patient / O. Oren, J. Ablin // Int. J. Clin. Rheumatol.— 2013.— № 4.— P. 491–499.
3. *Kinkade S.* Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain / S. Kinkade // Am. Fam. Physician.— 2007.— № 75 (8).— P. 1181–1188.
4. *De Inocencio J.* Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care / J. De Inocencio // Arch. Dis. Child.— 2004.— № 5.— P. 431–434.
5. Algorithms for neuropathic pain treatment. An evidence based proposal / N. B. Finnerup, M. Otto, H. J. McQuay [et al.] // Pain.— 2005.— Vol. 118.— P. 289–305.
6. *Dieppe P.* Chronic musculoskeletal pain / P. Dieppe // BMJ.— 2013.— № 346.— P. f3146.
7. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine // Anesthesiology.— 2010.— № 4.— P. 810–833.
8. *Omoigui S.* The biochemical origin of pain – proposing a new law of pain: the origin of all pain is inflammation and the inflammatory response. Part 1 of 3 – a unifying law of pain / S. Omoigui // Med. Hypotheses.— 2007.— № 1.— P. 70–82.
9. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain / A. M. Boonstra, H. R. Schiphorst Preuperb, G. A. Balka, R. E. Stewart // Pain.— 2014.— № 155 (12). — P. 2545–2550.
10. *Schaefferbeke T.* How to watch over a patient treated with a NSAID in relation to the cardiovascular and renal risk? / T. Schaefferbeke, F. Heloire, G. Deray // Presse Med.— 2006.— № 35 (Suppl. 1).— P. 41–46.
11. *Sostres C.* Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage / C. Sostres, C. J. Gargallo, A. Lanás // Arthritis Res. Ther.— 2013.— № 15 (Suppl. 3).— S3. doi: 10.1186/ar4175.
12. Can pain be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians / M. I. Bennett, B. H. Smith, N. Torrance, A. J. Lee // Pain.— 2006.— Vol. 122.— P. 289–294.
13. Advances in neuropathic pain / R. H. Dworkin, M. Backonja, M. C. Rowbotham [et al.] // Arch. Neurol.— 2003.— Vol. 60.— P. 1524–1534.
14. A single-tablet fixed-dose combination of racemic ibuprofen/paracetamol in the management of moderate to severe postoperative dental pain in adult and adolescent patients: a multicenter, two-stage, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, factorial study / D. R. Mehlish, S. Aspley [et al.] // Clin. Ther.— 2010.— № 32 (6).— P. 1033–1049. doi: 10.1016/j.clinthera.2010.06.002
15. *De Vries F.* Concomitant use of ibuprofen and paracetamol and the risk of major clinical safety outcomes / F. de Vries, E. Setakis, T.-P. van Staa // Br. J. of Clin. Pharmacology.— 2010.— doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03705.x

ПРОБЛЕМА ГОСТРОГО БОЛЮ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ЕТИОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

О. М. КОРЖ

Всебічно розглянуто актуальну медико-соціальну проблему болю. Підкреслено, що неадекватне знеболювання призводить до подовження періоду одужання, збільшення вартості лікування, кардіоваскулярних та інших ускладнень, хронізації патології і зниження якості життя. Першочерговим завданням лікаря є адекватне лікування гострого больового синдрому і профілактика його трансформації у хронічний біль.

Ключові слова: біль, етіологія, діагностика, лікування.

THE PROBLEM OF ACUTE PAIN IN GENERAL PRACTICE: ETIOLOGY, DIAGNOSIS, TREATMENT

O. M. KORZH

An urgent medical and social issue of pain is featured. It is emphasized that inadequate anesthesia prolongs the recovery period, increases the cost of treatment, results in cardiovascular and other complications, chronic pathology and reduces the quality of life. The primary task of the doctor is adequate treatment for acute pain syndrome and prevention of its transformation into chronic pain.

Key words: pain, etiology, diagnosis, treatment.

Поступила 21.12.2017