

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Контакты: Наталья Григорьевна Правдюк pravda547@yandex.ru

В статье рассмотрены различные патофизиологические варианты болевого синдрома. Представлено определение хронической боли; обсуждаются методы объективной оценки боли. В работе подчеркивается, что выбор оптимальной терапевтической тактики при болевом синдроме должен быть основан не только на оценке интенсивности боли, но и на его клинко-патогенетическом варианте.

Ключевые слова: боль, ноцицептивная боль, нейропатическая боль, психогенная боль, дисфункциональная боль, интенсивность болевого синдрома, опросник, визуальная аналоговая шкала

DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-1-10-11

PAIN SYNDROME: SOME DIAGNOSTIC ASPECTS

N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk

Acad. A.I. Nesterov Department of Intermediate-Level Therapy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia; 1 Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russia

The paper considers different pathophysiological types of pain syndrome. It gives the definition of chronic pain and discusses methods for the objective evaluation of pain. The paper underlines that the choice of optimal therapeutic tactics for pain syndrome should be based not only on the evaluation of pain intensity, but also on its clinical pathogenetic type.

Key words: pain, nociceptive pain, neuropathic pain, psychogenic pain, dysfunctional pain, intensity of pain syndrome, questionnaire, visual analog scale

Болевой синдром — неизменный спутник болезни. Известно, что механизмы формирования боли различны. Выделяют ноцицептивный, нейропатический, психогенный и другие варианты. *Ноцицептивные болевые синдромы* появляются вследствие активации ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, отеке тканей. Возникающие при этом импульсы, следуя по восходящим ноцицептивным путям, достигают высших отделов нервной системы и отображаются сознанием — как следствие, формируется ощущение боли.

Патофизиологической основой *нейропатических болевых синдромов* является нарушение механизмов генерации и проведения ноцицептивного сигнала в нервных волокнах и процессов контроля возбудимости ноцицептивных нейронов в структурах спинного и головного мозга. Повреждение нервов приводит к структурно-функциональным преобразованиям в нервном волокне, в результате чего формируется его неадекватная реакция на раздражение; паттерн передаваемого сигнала существенно меняется. Усиленная импульсация с периферии дезорганизует и работу

центральных структур. В создавшихся условиях происходит формирование болевого симптомокомплекса, клинически проявляющегося в виде снижения и/или потери чувствительности в сочетании с аллодинией, гипералгией, дизестезией, гиперпатией.

Психогенная боль возникает вне зависимости от соматических, висцеральных или нейрональных повреждений и в большей степени определяется психологическими и социальными факторами.

Выделяют также *дисфункциональный тип боли*, ведущую роль в формировании клинических симптомов которого играют центральные механизмы (дезингибция и центральная сенситизация — повышение возбудимости ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга) при наличии ноцицептивного или периферического нейропатического компонента [1].

В клинической практике чаще встречаются сочетанные формы болевых синдромов. Примером последней, сочетающей ноцицептивный, нейропатический и психогенный варианты, является боль в спине [2]. Другим примером смешанного варианта болевого синдрома можно назвать ревматоидный артрит. В ори-

гинальном исследовании М.А. Громовой и С.Е. Мясоедовой, представленном в этом выпуске нашего журнала, продемонстрировано, что наряду с воспалительной (ноцицептивной) болью при ревматоидном артрите имеет место нейропатическая боль, отличающаяся более высокой интенсивностью и большим воздействием на психоэмоциональный фон [3].

Острая боль, как правило, обусловлена ноцицептивной афферентацией и гораздо реже имеет нейропатическую природу. Причиной хронической боли (ХБ) могут быть периферическое ноцицептивное воздействие, а также дисфункция центральной или периферической нервной системы. Согласно принятому определению ХБ — это боль, продолжающаяся сверх нормального периода заживления и длящаяся в течение 3 мес и более. Для диагностики ХБ в спине используется также дополнение Hadler (1997), согласно которому к ХБ относят и случаи болей в спине различной продолжительности, но часто рецидивирующие (свыше 25 эпизодов за 12 мес) [4]. По данным кафедры факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Н.Г. Правдюк, 2007), подобный вариант течения, названный хроническим интермиттирующим, встречается у 37,5 % молодых больных с дегенеративной болезнью диска и ассоциируется с продолжительным воздействием таких факторов риска, как длительное пребывание в положении сидя, стоя.

Объективная оценка характера и интенсивности боли достаточно трудна. Для оценки интенсивности предложено 3 шкалы: 1) визуальная аналоговая шкала; 2) цифровая шкала; 3) шкала категорий. Для пациента наиболее приемлемы визуальная аналоговая шкала

(10 см) или цифровые шкалы. На шкале категорий больного просят отметить слово, наиболее точно соответствующее его состоянию (например: «боль отсутствует», «боль умеренная», «боль сильная», «боль нестерпимая»).

Разносторонне оценить боль и вызванные ею эмоции могут опросники, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (болевого опросник Мак-Гилла, многофакторный тест повреждения и боли MAPS, Multidimensional Affect and Pain Survey).

Для оценки психического состояния пациентов с ХБ необходимо использовать также шкалу депрессии (SCL-90). Важным компонентом ведения больных остается оценка качества жизни для определения состояния больного, прогноза, эффективности терапии и т.д.

Объективная диагностика нейропатической боли имеет определенные трудности. Одним из современных опросников, рекомендованных для выявления нейропатической боли (в том числе при болях в спине), является опросник Pain DETECT Score [5]. Он объединяет в себе схему распределения болевых расстройств в виде картинки со шкалой визуальных аналогов и перечнем вопросов, направленных на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли. С помощью рисунка оценивают характер течения боли: постоянный, приступообразный, постоянный с приступами и т.д. Опросник позволяет наглядно отслеживать картину болевого синдрома в динамике.

Таким образом, выбор оптимальной терапевтической тактики болевого синдрома основан не только на оценке интенсивности боли, но и на его клинико-патогенетическом варианте.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Woolf C.J., American College of Physicians, American Physiological Society. Pain: moving from symptom control toward mechanism specific pharmacologic management. *Ann Intern Med* 2004;140(6):441–51.
2. Nijs J., Apeldoorn A., Hallegraef H. et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic,

- nociceptive, or central sensitization pain. *Pain Physician* 2015;18(3):E333–46.
3. Громова М.А., Мясоедова С.Е. Особенности хронического болевого синдрома при ревматоидном артрите и лечебно-диагностическая тактика. *Клиницист* 2016;10(1):12–6. [Gromova M.A., Myasoedova S.E. Features of the chronic pain syndrome in patients with rheumatoid arthritis

- and medical diagnostic tactics. *Klinitsist = Clinician* 2016;10(1):12–6. (In Russ.).
4. Waddell G. The back pain revolution. 2nd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.
5. Freynhagen R., Baron R., Gockel U., Tolle T.R. PainDETECT: a new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22(10):1911–20.