



Проф. А.Н. Корж

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра общей практики — семейной медицины

Диагностика и лечение острой боли в практике семейного врача

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

Боль часто является упорной и пациенту не удаётся её полностью купировать во время эпизода, что неизбежно ведёт к хронизации боли. Эта боль усугубляется при ходьбе, нахождении в положении стоя и/или сидя, что значительно снижает мобильность. Также болевой синдром может приводить к расстройствам сна. Риск развития нетрудоспособности увеличивается вместе с возрастом пациента [4, 5].

Классификация острой боли

По локализации острой боли выделяют:

- 1) поверхностную (экстероцептивную) боль, возникающую в случае повреждения кожных покровов, слизистых оболочек. Как правило, боль острая, колющая, жгучая, пульсирующая, пронизывающая;
- 2) глубокую (проприоцептивную) боль, возникающую при повреждении костно-мышечной системы — раздражение рецепторов мышц, сухожилий, связок, суставов, костей. Ощущение ноющего характера, менее четкой локализации;
- 3) висцеральную (интероцептивную) боль, возникающую при повреждении внутренних органов. Носит ноющий, неясный характер, сопровождается вегетативными расстройствами — тошнотой, потливостью, снижением АД, брадикардией;
- 4) отраженную боль, в основе которой лежит феномен зон Захарьина—Геда — проекция боли в дер-

матомах, 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, возникающий сразу при повреждении тканей, ограничивающийся временем восстановления тканей или дисфункции гладкой мускулатуры. В ряде случаев боль регрессирует до заживления тканей (порезы, гематома, ссадины), такую боль называют транзиторной.

Наиболее частым видом мышечно-суставной боли является боль в нижней части спины. Боль в области спины настолько распространена, что опыт боли в спине имеет почти каждый взрослый житель индустриальных стран. Это проблема не только здравоохранения, но и огромная социо-экономическая проблема. Боль в спине оказывает большое влияние как на индивидуума, так и на общество благодаря частоте и экономическим последствиям [6].

Основной механизм связан с раздражением ноцицептивных рецепторов. Ноцицепторы представляют собой сеть свободных окончаний, пронизывающих ткани. Рецепторы боли у человека находятся в коже, в 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. Активация передних мотонейронов приводит к спазму

мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. Мышечный спазм стимулирует ноцицепторы самой мышцы, вызывая тем самым локальную ишемию и усиление активации ноцицепторов мышечно-волокну [8].

Создается порочный круг: «боль — мышечный спазм — боль — мышечный спазм».

Наиболее вероятными причинами невертеброгенных болей в спине специалистами считаются следующие:

- болевой миофасциальный синдром (МФС);
- психогенные боли;
- отраженные боли при болезнях внутренних органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы);
- опухоли интраспинальные, экстраспинальные (невринома, менигиома);
- эпидуральный абсцесс;
- метастатические опухоли;
- сирингомиелия;
- ретроперитонеальные опухоли;
- остеоартриты.

Первичный источник боли весьма сложно установить, особенно врачу в условиях обычного амбулаторного приема.

Диагностика острой боли

Диагностика при боли в спине требует тщательного сбора анамнеза. Механические причины острой боли в спине 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 с жалобой на острую боль в спине, в первую очередь, должны быть направлены на стратификацию болевого синдрома по категориям в зависимости от этиологических факторов, инициирующих боль:

- Неспецифическая боль в спине;
- Боль в спине, потенциально ассоциированная с радикулопатией или спинальным стенозом;
- Боль в спине, ассоциированная с другими специфическими спинальными причинами, или боль, 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. При боли любой локализации необходимо исключить в первую очередь опасные заболевания, такие как: острая хирургическая патология внутренних органов или травма, острый инфаркт миокарда, ТЭЛА, пневмония, менингит, субарахноидальное кровоизлияние, синдром «конского хвоста».

При оценке болевого синдрома в области спины следует исключить вторичный характер повреждения. При опросе больных следует обратить внима-

ние настораживающие в отношении вторичного генеза болевого синдрома факторы:

- усиление боли в покое или в ночное время;
- нарастающая интенсивность боли в течение недели и более;
- злокачественная опухоль в анамнезе;
- хроническое инфекционное заболевание в анамнезе;
- травма в анамнезе;
- длительность боли более 1 мес;
- лечение кортикостероидами в анамнезе.

При объективном исследовании оценивают наличие следующих параметров:

- необъяснимая лихорадка;
- необъяснимое уменьшение массы тела;
- болезненность при легкой перкуссии остистых отростков;
- необычный характер боли: ощущение проходящего электрического тока, приступообразность, вегетативная окрашенность;
- необычная иррадиация боли (опоясывающие, промежность, живот);
- связь болей с приемом пищи, дефекацией, мочеиспусканием;
- сопутствующие соматические нарушения (желудочно-кишечные, мочеполовые, гинекологические, гематологические);
- быстро прогрессирующий неврологический дефицит.

В первую очередь у практикующего врача должна быть настороженность в отношении онкологической патологии.

Наиболее «жесткую» связь с опухолевым поражением позвоночного столба обнаруживают следующие признаки: предшествующая онкологическая история, необъяснимая потеря массы тела, сохранение боли свыше 1 мес, возраст старше 50 лет. Важным маркером отраженной боли является отсутствие связи боли с движением. Напротив, мышечно-скелетная боль усиливается при движении и облегчается в определенных положениях.

Люмбальная (поясничная) радикулопатия может включать чувство онемения и слабости в зоне иннервации корешка, но чаще проявляется исключительно болью в ноге. Почти патогномичным для корешковой боли является ее иррадиация в конечность («длинная» боль), как правило, боль спускается ниже колена и достигает стопы. Болевой синдром начинается остро или подостро. Пациенты описывают боль как стреляющую или пронизывающую. У некоторых больных боль становится постоянной 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, что боль имеет доброкачественный характер. У большинства лиц среднего возраста ВС обусловлена именно функциональными изменениями позвоночного столба и окружающих его структур, в частности, нестабильностью или блокадой позвонково-двигательного сегмента [3, 5].

С практических позиций, 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.

Страдающие болями в опорно-двигательном аппарате чаще всего на первом этапе становятся пациентами семейных врачей, которые осуществляют диагностику с дальнейшей консультацией узкого специалиста. Однако основная задача врача — облегчить страдания больного. Поэтому назначение терапии при первом посещении амбулаторного звена должно проводиться незамедлительно, до получения данных инструментального обследования.

Лечение болей в спине разделяют в соответствии с 3 периодами: острый, подострый и период ремиссии. Основным критерием периодичности в течении заболевания является наличие и характер болевого синдрома.

Периоды:

1 Острый — спонтанные боли или боли и в покое.

2 Подострый — боли в покое исчезают и остаются при провокации движением.

3 Ремиссия — отсутствие болевого синдрома.

Ведение больного с острой болью

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

Часто, при возникновении острого болевого синдрома, пациенты спешат в аптеку за безрецептурными анальгетиками. При выборе препарата для купирования боли они могут руководствоваться рекомендациями фармацевта, а могут — советами родственников, знакомых и Интернета.

Семейный врач сталкивается с этим симптомом чаще не в момент его возникновения, а в ходе консультации пациента по другим вопросам. В таких ситуациях врач выступает экспертом лечения ОБС и должен быть уверен в средстве, способном избавить пациента от, пусть и кратковременного, но всё же страдания.

Большим подспорьем в решении проблемы боли выступают образовательные программы: информирование пациента о факторах риска, причинах и прогнозе болезни, эффективности возможных схем лечения; обучение физическим упражнениям и аутогенной тренировке, контролю боли и ответственности за результаты лечения. Вовлечение пациента в процесс терапии и доверительные отношения врач-пациент являются залогом успеха. Поэтому врач тщательно выверяет все свои шаги и вовлекает самого пациента в разделение ответственности за результаты лечения.

До начала терапии следует:

- оценить интенсивность боли: слабая (3,4 балла и менее по ВАШ), средняя (от 3,5 до 7,4 балла по ВАШ), сильная (7,5 балла и выше по ВАШ) [2];
- определить, нарушает ли боль двигательную активность;
- оценить потенциальную пользу лечения;
- оценить потенциальные риски, связанные с терапией;
- просчитать вероятность долгосрочной эффективности планируемого лечения.

Прежде всего нужно определить, является ОБС неспецифическим, то есть, не обусловленным какими-либо острыми или хроническими системными заболеваниями, требующими дополнительных методов диагностики и базисной терапии. Для этого следует выяснить, не сопровождается ли ОБС следующими «тревожными» симптомами¹:

- повышение температуры тела (при отсутствии других симптомов острого респираторного заболевания);
- одышка;
- онемение конечностей и/или снижение мышечной силы;
- боль имеет характер «прострела», сочетается с судорогами, усиливается при кашле и чихании;
- боль сопровождается болью в грудной клетке с иррадиацией под лопатку (в случае ОБС в спине);
- пациент — беременная.

При отсутствии тревожных симптомов можно рекомендовать пациенту в качестве симптоматической терапии безрецептурные анальгетики.

Зная распространённость ОБС, неудивительно, что ежедневно около 30 миллионов человек потребляют обезболивающие препараты, большинство из которых — безрецептурные. И идут пациенты за этими препаратами, прежде всего, в аптеку.

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

По мере уменьшения болей пациентов следует постепенно возвращать 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 острой 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, чем принимающие НПВП или парацетамол. Миорелаксанты оказывают больший обезболивающий эффект, чем плацебо, но не имеют преимуществ перед НПВП. Пероральные глюкокортикоиды

и антидепрессанты не оказывают эффекта у таких больных, и их применение не рекомендуется [12].

С учетом значимости острого болевого синдрома для пациента (резкое ограничение подвижности, нарушение функции внутренних органов, психологические проблемы, выраженное снижение качества жизни) анальгетическую терапию следует проводить препаратами, имеющими яркий анальгетический и противовоспалительный эффекты, а также хорошую переносимость. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения анальгетики следует назначать: по возможности перорально; «по времени, а не по требованию»; начинать терапию следует с неопиоидных производных [10, 12].

Согласно данным Кокрановского обзора, более 50% пациентов не получают облегчения от боли хотя

бы наполовину через 4–6 часов после приёма многих анальгетических препаратов. Согласно ряда клинических данных, комбинированная анальгезия с правильно подобранными действующими веществами и дозировками более эффективна в купировании острого болевого синдрома в сравнении с монокомпонентными препаратами [13–15].

Таким образом, боль является актуальной медико-социальной проблемой. Неадекватное обезболивание ведет к удлинению периода выздоровления, увеличению стоимости лечения, кардиоваскулярным и другим осложнениям, хронизации патологии и снижению качества жизни. Вот почему первоочередной задачей врача является адекватное лечение острого болевого синдрома и профилактика его трансформации в хроническую боль.

Список использованной литературы

1. Van Hecke O, Torraine N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance // *Br J Anaesth* 2013; 1: 13–8.
2. Oren O, Ablin J. Precision medicine: the emerging approach to the chronic pain patient // *Int J Clin Rheumatol* 2013; 4: 491–9.
3. Kinkade S. Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain // *Am Fam Physician* 2007; 75(8): 1181–8.
4. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care // *Arch Dis Child* 2004; 5: 431–4.
5. Finnerup N.B., Otto M., McQuay H.J. et al. Algorithms for neuropathic pain treatment / An evidence based proposal // *Pain*. 2005. Vol. 118. P. 289–305.
6. Dieppe P. Chronic musculoskeletal pain // *BMJ* 2013; 346: 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: 810–33.
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 // *Med Hypotheses* 2007; 1: 70–82.
9. Boonstra AM, Schiphorst Preuperb HR, Balka GA, Stewart RE. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain // *Pain* 2014; 155 (12): 2545–50.
10. Schaefferbeke T, Heloire F, Deray G. How to watch over a patient treated with a NSAID in relation to the cardiovascular and renal risk? // *Presse Med* 2006; 35 (Suppl. 1): 41–6.
11. Sostres C, Gargallo CJ, Lanás A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage // *Arthritis Res Ther* 2013; 15 (Suppl. 3): S3. doi: 10.1186/ar4175.
12. Bennett M.I., Smith B.H., Torraine N., Lee A. J. Can pain be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians // *Pain*. 2006. Vol. 122. P. 289–294.
13. Dworkin R.H., Backonja M., Rowbotham M.C. et al. Advances in neuropathic pain // *Arch. Neurol.* 2003. Vol. 60. P. 1524–1534.
14. Mehlisch D.R., Aspley S. et al. 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 // *Clin Ther.* 2010 Jun;32(6):1033–49. doi: 10.1016/j.clinthera.2010.06.002.
15. de Vries F, Setakis E., van Staa T.-P. Concomitant use of ibuprofen and paracetamol and the risk of major clinical safety outcomes // *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2010. Doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03705.x.

Діагностика та лікування гострого болю в практиці сімейного лікаря Проф. О.М. Корж

Харківська медична академія післядипломної освіти

Біль являє собою актуальну медико-соціальну проблему. Неадекватне знеболювання веде до подовження періоду одужання, збільшення вартості лікування, кардиоваскулярним та іншим ускладненням, хронізації патології і зниження якості життя. Першочерговим завданням лікаря є адекватне лікування гострого болювого синдрому і профілактика його трансформації в хронічну біль.

Ключові слова: біль, етіологія, діагностика, лікування.

The diagnosis and treatment of acute pain in the practice of a family doctor Prof. Korzh O.M.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Pain is an actual medical and social problem. Inadequate anesthesia leads to an prolongation of the recovery period, an increase in the cost of treatment, cardiovascular and other complications, chronic pathology and a decrease in the quality of life. The primary task of the doctor is adequate treatment of acute pain syndrome and prevention of his transformation into chronic pain.

Key Words: pain, etiology, diagnosis, treatment.

Стаття надійшла до редакції 03.01.2018 р.