

*Хронический болевой
синдром в
общесоматической
практике*

Ассистент кафедры психиатрии ИГМАПО,

к.м.н. **Л.А.Иванова**

Сентябрь 2011

Клинические критерии хронического болевого синдрома (ХБС)

- Длительность ХБС - 3 месяца по данным Международной ассоциации боли; 6 месяцев по DSM-IV.
- Особенности и характер боли: монотонная, периодически с усилением до приступа
- Оттенок боли:
 - Тупая, ноющая, сдавливающая (каскаобразная, разрывающая).
 - Возможна характеристика в иных, чем боль терминах (голова «несвежая», «тяжелая», «ватная», «дурнота в голове»)
 - Сенестопатическая окраска боли («жжение», «шевеление чего-то под кожей», «обдирающая боль», «обмороженность»)

Клинические критерии хронического болевого синдрома (ХБС) (продолжение)

- Локализация шире, чем первоначально предъявляется пациентом
- Клиника ХБС не соответствует ни одному из соматических или неврологических заболеваний
- Лабораторные и инструментальные диагностические исследования не выявляют текущего органического заболевания

Вознесенская Т.Г., 2004, 2008

Хронический болевой синдром (ХБС)

(продолжение)

- Поведение больных носит щадящий характер в отношении «болевого органа». К примеру, в случае цефалгии – уменьшение умственных нагрузок, ограничение движения шеи
- Многочисленные вегетативные симптомы
- Сопутствующая симптоматика: утомляемость, нарушение сна, расстройство аппетита, колебание веса тела, снижение либидо
- Проторенные пути: дебют болевого синдрома возможен после травмы, оперативных вмешательств, соматического заболевания
- Эпизоды болей в различных частях тела в прошлом (болевого анамнез). Болевые синдромы у родственников

Вознесенская Т.Г., 2007

Головная боль

- Наиболее частая форма психалгий в неврологической практике
- Головные боли напряжения (ГБН) составляют 50-80% среди цефалгий
- Типы ГБН:
 - ✓ Эпизодические болевые эпизоды не более 15 дней в месяц
 - ✓ Хронические с подразделением на наличие/отсутствие перенапряжения перикраниальной мускулатуры

Патогенез (механизмы) головной боли напряжения (ГБН). Обсуждается значение.

- Периферический механизм: напряжение перикраниальных мышц, сухожилий, связок, апоневроза (мышечный стресс). Ослабление болевого синдрома после сна или расслабления.
- Центральный механизм: недостаточная активность центральных антиноцицептивных систем
- Лекарственный фактор: избыточный и длительный прием анальгетиков, транквилизаторов
- Сочетание нескольких факторов

Критерии диагностики ГБН

- Длительность эпизода ГБ не менее 30 минут
- Ежедневные, практически непрекращающиеся головные боли (ХГБН). Свыше 15 дней в месяц (более 180 дней в году)
- Эпизодическая ГБН от 30 минут до 7 дней, количество дней с ГБН не превышает 15 в месяц (180 дней в году)
- Тип головной боли – сжимающая, стягивающая, сдавливающая (не пульсирующая)

Фокина Н.М., Вейн А.М., 2003; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. с соав., 2007

Критерии диагностики ГБН (продолжение)

- 2-сторонняя локализация, но с возможностью большей интенсивности с одной стороны
- Не усиливается от привычной физической нагрузки
- Отсутствует тошнота, рвота, фоно- и фотофобия, либо они редки, изолированы и клинически неяркие
- Пациенты преимущественно амбулаторные
- ГБН (ежедневная или периодическая) ухудшает профессиональную и повседневную деятельность, но без отказа от нее

Фокина Н.М., Вейн А.М., 2003; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. с соав., 2007

Сопутствующая симптоматика ХГБН

- Неврологическая резидуальная симптоматика – 20% (асимметрия носогубных складок, установочный нистагм, легкая анизорефлексия)
- Избыточный вес
- Перманентная вегетативная дисфункция – 95% (похолодание, онемение кистей, стоп, изменение их окраски; повышенная потливость)
- Пароксизмальные вегетативные расстройства по типу ПР – от 3 до 20%

Фокина Н.М., Вейн А.М., 2003; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. с соав., 2007

Сопутствующая симптоматика ХГБН (продолжение)

- Мышечно-тонический синдром на шейном и верхнегрудном уровне – 85%, поясничном – 45%
- Иные, кроме ХГБН, алгические проявления (кардиалгии, абдоминалгии и др.) – 75%
- Расстройства сна – 75%
- Повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания, внутреннее напряжение, тревога, сниженный фон настроения – 100%
- Среднее значения по шкале депрессии Бека – 16 баллов

Фокина Н.М., Вейн А.М., 2003; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. с соав., 2007

Головная боль и сон

Мигрень

- Драматические, устрашающие сновидения, но без сцен собственной гибели
- Прерывание сна на момент атаки
- Длительность ночного сна сохраняется

Примечание: В болевой период при различных формах ГБ отмечается дневная сонливость, слабость с усилением ко второй половине дня

Головная боль напряжения

- Значительная частота движений внутри сна
- Отсутствие сновидений в период «болевого пучка»
- Большая длительность бодрствования после приступа ГБН среди ночи
- Возникает вновь через 20 минут после окончательного пробуждения утром
- Более выражено расстройство сна при хронической ГБН

Левин Я.И., Колосова О.А.,
Фокин И.В., 1998

Анальгетики, используемые пациентами с ГБ до начала антидепрессивной терапии

- **Цитрамон**
- **Коффетамин**
- **Нурофен**
- **Анальгин**
- **Баралгин**
- **Темпалгин**
- **Седалгин**
- **Тетралгин**
- **Но-шпа**
- **Никошпан**
- **Спазмалгон**
- **Спазтан**

Количество таблеток от 3,5 до 9,9* таблеток в неделю

*** Формирование определенной зависимости от анальгетиков**

Феоктистов А.П., 2001;
Латышева Н.В., Филатова Е.Г.,
2008

Международная классификация головных болей (ГБ) по МКГБ-II (2004)

Код по МКГБ-II	Диагнозы
1	Мигрень
2	Головная боль напряжения
3	Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные автономные (вегетативные) цефалгии
4	Другие первичные головные боли
5	ГБ, вызванные травмой головы и/или шеи
6	ГБ, вызванные поражением сосудов головного мозга и шеи

Международная классификация головных болей (ГБ) по МКГБ-II (2004)

Код по МКГБ-II	Диагнозы
7	ГБ, вызванные несосудистыми внутричерепными поражениями
8	ГБ, вызванные различными веществами или их отменой
9	ГБ, вызванные инфекцией
10	ГБ, вызванные нарушением гомеостаза
11	ГБ и лицевые боли, вызванные патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости и других структур черепа и лица

Международная классификация головных болей (ГБ) по МКГБ-II (2004)

12	ГБ, вызванные психическими заболеваниями
12.1	ГБ, вызванная соматизированными расстройствами
12.1	ГБ, вызванная психотическими нарушениями
13	Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
13.18.4.	Персистирующая идиопатическая лицевая боль
13.18.5.	Синдром «пылающего рта»
14	Другие ГБ, краниальные невралгии или первичные лицевые боли

Фибромиалгии

- Хронические боли, симметричные, чаще в области крупных суставов
- Длительность: месяцы и годы
- Выраженность: от средней интенсивности до крайне выраженных болевых ощущений
- Мышечная скованность в утренние часы. Легкие физические упражнения снижают скованность и болевые ощущения

Хронические боли в спине

- Денежные затраты на лечение в 3 раза превышают лечение онкологических больных
- Частота 4-10% в населении

Воробьева О.В., Акорочкова Е.С., 2004; Вознесенская Т.Г.,
Леонова А.Р., Каверина И.В., 2007

Хронические боли в спине (продолжение)

- Отсутствие четких корреляций выраженности между морфологическими изменениями (остеохондроз, спондилоартроз) и интенсивностью болевого синдрома, а также типом течения (прогрессирующий, рецидивирующий)
- Морфофункциональные мышечно-скелетные изменения играют роль predispositionного или запускающего фактора

Воробьева О.В., Акорочкова Е.С., 2004; Вознесенская Т.Г.,
Леонова А.Р., Каверина И.В., 2007

Хроническая боль в спине

- Локализация:
 - Поясница – 45%
 - Шея – 15%
 - Грудь – 10%
 - Сочетанная локализация – 30%
- Тип боли: ноющая – 70%,
стреляющая – 20%, сжимающая – 10%

Воробьева О.В., Акорочкова Е.С., 2004; Вознесенская Т.Г., Леонова А.Р., Каверина И.В., 2007

Хроническая боль в спине. Сопутствующая симптоматика

- Вегетативные расстройства:
 - Покраснение лица – 45%
 - Онемение пальцев кистей и стоп – 50%
 - Повышенная потливость - 75%
 - Перебои в области сердца – 55%
 - Чувство нехватки воздуха – 65%
 - Дисфункция ЖКТ – 50%
- Иная симптоматика:
 - Головная боль – 80%
 - Повышенная утомляемость – 85%
 - Нарушение сна – 100%
 - Жалобы депрессивного спектра – 55%
 - Диагностика депрессии с помощью психометрической шкалы – 90%

Воробьева О.В., Акороchkova Е.С., 2004; Вознесенская Т.Г., Леонова А.Р., Каверина И.В., 2007

Причинно-следственные отношения в клинике хронического болевого синдрома в неврологической практике

- Длительный болевой синдром → постоянное страдание → снижение качества жизни → депрессивное расстройство
- Присоединение к боли депрессии усиливает боль, ухудшает ее переносимость, способствует ее хронизации
- Длительный прием препаратов с анальгетическим эффектом (в частности нестероидные противовоспалительные средства) способствует возникновению депрессивной симптоматики
- Боль и депрессия могут иметь независимое друг от друга происхождение
- Депрессия является основной причиной болевого синдрома (соматизированная, маскированная) депрессия

Вознесенская Т.Г., 2004; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., 2007

«Родственность» хронического болевого синдрома и депрессии

➤ Недостаточность

серотонинергических систем мозга

➤ Эффективность антидепрессантов в

лечении хронических болевых

синдромов в 75%

Fuller K., 1995

Хронические болевые синдромы, ассоциированные с депрессивным расстройством в неврологической практике

- Головная боль:
 - Частые эпизодические ГБН
 - Хронические ежедневные головные боли
 - Хроническая мигрень
- Фибромиалгии
- Хроническая боль в спине (дорсалгия)

Боконжич Р., 1985; Вейн А.М. с соавт., 1999; Воробьева О.В., Акорочкова Е.С., 2004; Воробьева О.В., Шабловская О.А., 2005; Вейн А.М., Вознесенская Т.Г с соавт., 2002, 2007

Особенности ГБ в структуре депрессивного состояния в психиатрической практике

- Чаще бывает постоянной
- Изредка приступы возникают по несколько раз в неделю. Отличаются различной продолжительностью. Время их возникновения непредсказуемо.
- Описывается как «ощущение давления», «сверления», «стягивания». Нередко характеризуется путем сравнения «как будто...»
- Локализация по всей голове (чаще затылочная и лобная область, изредка жалобы на боль в глазах)
- Латерализация головной боли наблюдается у лиц, имевших в прошлом травму, мигрень или родственников, страдающих мигренью

Особенности ГБ в структуре депрессивного состояния (продолжение)

- Физическая активность приводит к уменьшению или временному исчезновению ГБ
- Отсутствие органического заболевания по данным осмотра невропатолога и других специалистов
- Рентгенография, ЭЭГ, РЭГ больше исключают другие этиологические моменты, чем доказывают и подтверждают наличие психогенной головной боли
- Лабораторные методы обследования следует проводить только при явных показаниях, учитывая возможность психогенной фиксации на своих затруднениях или депрессивную интерпретацию

Клиника депрессии и тревоги, ассоциированной с головной болью (ГБ) (по данным отечественных исследователей)

- Тяжесть депрессии: средний балл по шкале Бека – 13,6; средний балл по шкале тревоги Спилбергера – 36,9%
- Проявления вегетативной дисфункции
- Тревожные опасения наихудшего исхода заболевания
- Тревожные ожидания повторных приступов ГБ
- Отсутствие веры в возможность успешного лечения
- Астенические проявления
- Затруднение/прекращение профессиональной деятельности
- Снижение качества жизни более, чем на 30%

Рябус М.В., 2000; Феоктистов А.П., 2001; Филатова Е.Г.,
Феоктистов А.П., 2001; Воробьева О.В., Шавловская О.А., 2005

Прогностическое значение частоты эпизодов ГБН для типологии аффективных расстройств

- ГБН с частотой менее 10 дней в месяц → большее значение имеют тревожные расстройства
- ГБН с частотой более 20 дней в месяц → первостепенное значение в развитии болевого синдрома имеет депрессия

Частота (в %) и тип хронического болевого синдрома в клинике депрессивного расстройства (депрессивный эпизод по МКБ-10, n=65) с патологическими телесными сенсациями

Синдром	Частота
	%
Головная боль (ГБ) в т.ч.	47,7
Эпизодическая (количество дней ГБ в месяц не более)	25,8
Ежедневная ГБ (свыше 15 дней в месяц)	74,2
Боль в спине *	23,1
Фибромиалгии, в т.ч.	26,2
Боли в суставах	11,8
Боли в конечностях	88,2

* В 46,7% имелось основание для диагностики остеохондроза

Иванова Л.А., 2005

Типология болевого синдрома / патологические телесные сенсации (ПТС) в клинике эндогенной депрессии. Сенестоалгии

- Имеют сходство с болями при соматической патологии**
- Отличаются алгическим оттенком (колющие, стреляющие, сжимающие)**
- Не обнаруживают соответствия с топографической проекцией конкретных анатомических образований**
- Возникают спонтанно в виде пароксизмальных или затяжных (месяцы, годы) состояний**

Типология болевого синдрома / патологические телесные сенсации (ПТС) в клинике эндогенной депрессии (продолжение).

Сенестопатии

- **Странные, разнообразные, необычные патологические телесные ощущения, не имеющие сходства с соматической патологией (сдавливание, растяжение, распираание, жжение, ощущение жара или холода)**
- **Поддаются с трудом словесному описанию, вследствие чего пациенты прибегают в их характеристике к образным сравнениям и аналогиям.**

Типология ПТС в клинике депрессивного расстройства

Простые 51,9%

Сенестоалгии

Сложные 48,1%

Термические 72,5%

Дискретные 2%

Сенестопатии

**Психосенсоральные
22,2%**

**Ассоциированные
3,3%**

Особенности хронического болевого синдрома в клинике депрессивного расстройства (депрессивный эпизод по МКБ-10) с патологическими телесными сенсациями (n=65)

Тип синдрома	Сенестоалгии	Сенестоалгии со склонностью к образным сравнениям и аналогиям	Сенестопатии	Сенестоалгии, сенестопатии
Головная боль	Ноет; покалывает; токает; давит; придавливает; стягивает; в ряде случаев до невыносимости	«Голова как будто раздута»; «ломит, давит изнутри, как будто мозгам тесно в черепной коробке»	«Какое-то можжение»; «ощущение вакуума, пустоты, как будто там ничего нет»; «пощипывает, зажигает, как бы ежик, но не брюшком»	«Тупая боль, как будто шишки двигаются, как яйцо; ощущение как будто кости лица выпирают, лицо увеличивается»; «как будто покалывание иголок; печет в левой половине головы»; «бьет как будто электричеством; распирает»
Боль в спине	Стягивает; ноет; рвет	«Как будто кипятки разливаются по позвоночнику»		«Пощипывание, жжение переходит в тянущую боль»

Особенности хронического болевого синдрома в клинике депрессивного расстройства (ДЭ по МКБ-10) с патологическими телесными ощущениями (продолжение)

Тип синдрома	Сенестоалгии	Сенестоалгии со склонностью к образным сравнениям и аналогиям	Сенестопатии	Сенестоалгии, сенестопатии
<u>Фибромиалгии,</u> в т.ч. суставы	Ноет; токает	«Как будто выкручивает в разные стороны»		
конечности	Вытягивает	«Покалывание, как будто крапивой обожгло»	«Горят ступни ног, как иголками колят»; «ощущение дискомфорта, раздражения в области локтевой ямки»; «будто волны острых сокращений; вибрации в мышцах ног»	«Тянет, как шевеление, но это не зуд»; «горит, печет, сверлит»

Резюме

- ❑ Хроническая боль → ищите, прежде всего, депрессию (Мюррей Дж., 1997)
- ❑ Психические расстройства при любом хроническом болевом синдроме выявляются у половины больных (Tyrer S.P., 1985)
- ❑ Хронические болевые синдромы выявляются в 50-60% случаев у больных с депрессией (Мосолов С.Н., 1995)

Идеаторные образования в клинике депрессии с наличием ПТС

- психологически понятная озабоченность по поводу своего психического и физического состояния – 32,2%
- навязчивые тревожные опасения возможного наличия серьезного соматического или неврологического заболевания – 26,2%
- овладевающие представления (к примеру, убежденность «никогда не вылечусь») - 3,1%.

Поведение пациентов с депрессивным расстройством и наличием ПТС

- Обращение за медицинской помощью и охотное сотрудничество с врачами общемедицинского звена на допсихиатрическом этапе, а в последующем и с психиатрами
- Прием препаратов в строгом соответствии с рекомендациями врача
- Надежда на улучшение своего состояния после очередного визита к врачу
- Отсутствие собственной концепции болезни и методов лечения

В итоге формируется адекватное болевое поведение

Показания к назначению антидепрессантов пациентам с ХБС

- Головные боли:
 - Частые эпизодические ГБН
 - Хронические ежедневные головные боли – ХЕГБ (более 18 эпизодов в месяц). Включают:
 - ✓ Трансформированная мигрень под влиянием присоединившейся депрессии
 - ✓ Профилактическое лечение мигрени при учащении приступов (более 2-х тяжелых приступов в месяц)
 - ✓ Абузусные головные боли из-за длительного и избыточного приема анальгетиков и/или бензодиазепинов

Воробьева О.В., Шавловская О.А., 2005;
Камчатнов П.Р., 2009

Показания к назначению антидепрессантов пациентам с ХБС (продолжение)

- Боль в спине. Эффективность терапии затруднительна без применения психотропных средств:
 - Острый период - показаны транквилизаторы с мышечным релаксирующим эффектом (тазепам, феназепам, реланиум, седуксен, элениум)
 - Рецидивирующее, хроническое течение требует назначения антидепрессантов длительность не менее 8 недель
- Фибромиалгии. У 80% больных выявляется депрессивное состояние. Мышечно-тонический синдром считается облигатным проявлением тревоги

Вознесенская Т.Г., 2004; Воробьева О.В., Шавловская О.А., 2005; Камчатнов П.Р., 2009

Механизм противоболевого действия антидепрессантов

- Редукция собственно депрессивной симптоматики
- Потенцирование действия экзогенных и эндогенных анальгезирующих веществ, в основном, опиоидных пептидов
- Собственно анальгетическое действие антидепрессантов как следствие стимуляции серотонинергических антиноцицептивных систем
- Анальгетический эффект предшествует антидепрессивному и наступает на меньших дозах, чем собственно антидепрессивное действие препарата

Рекомендации

Маркером назначения антидепрессантов в неврологической практике должно быть само наличие хронической боли любой локализации, а не только выявление депрессивной симптоматики

Вознесенская Т.Г., 2002, 2007

Однако, больным с депрессией в соматоневрологической неврологической практике антидепрессанты назначаются только в 13,7% случаев

Воробьева О.В., Шавловская О.А., 2005

Антидепрессивная терапия у больных с хроническим болевым синдромом (продолжение)

Депрессия с ПТС	Антидепрессант, доза, длительность терапии	Авторы
Умеренная, тяжелая депрессия с ПТС	Сертралин 100-200 мг/сут; длительность терапии – 42 дня	Бобров А.С., Л.А.Иванова, 2003
	Флувоксамин 100- 250 мг/сут; Длительность терапии – 42 дня	

Антидепрессивная терапия у больных с хроническим болевым синдромом (ХБС)

Тип ХБС	Тяжесть депрессии по шкалам HDRS, MADRS, HARS (баллы)	Антидепрессант, доза, длительность терапии	Эффективность	Авторы
Частые эпизодические ГБН, ХЕГБ; хронический болевой синдром в спине и фибромиалгии	HDRS не менее 14, MADRS не менее 12, HARS не менее 13	Рексетин 20-40 мг однократный или 2-кратный прием в день, 6 недель	Полная редукция ХБС – 33,3% Значительное улучшение – 66,7%	Бобров А.С., Петрунько О.В., Ковалева А.В., Павлова О.Н., 2005