

Болевые синдромы у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию

М.В. Деева^{1,2}, Ф.Р. Агаева¹, О.А. Кичерова, д.м.н.¹, Л.И. Рейхерт, д.м.н., проф.¹,
М.А. Ахметьянов^{1,3}

Адрес для переписки: Марина Владимировна Деева, Bolba_marina@mail.ru

Для цитирования: Деева М.В., Агаева Ф.Р., Кичерова О.А. и др. Болевые синдромы у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (40): 52–54.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-40-52-54

В статье рассматриваются спектр болевых синдромов в постковидном периоде у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, механизмы и факторы развития таких синдромов, а также подходы к лечению и реабилитации больных.

Ключевые слова: *постковидный синдром, болевые синдромы, головная боль, новая коронавирусная инфекция, дисциркуляторная энцефалопатия*

Введение

Постковидный синдром (ПКС) характеризуется спектром разнообразных симптомов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ПКС может возникнуть через три месяца после перенесенной инфекции и продолжаться не менее двух месяцев. Основные симптомы включают усталость, диспноэ, когнитивные нарушения и болевой синдром. Согласно результатам исследования (2021), боль в мышцах и суставах после COVID-19 испытывают около 30% пациентов [1].

В целом болевой синдром в постковидном периоде наблюдается у значительной части пациентов. Согласно данным литературы, у 10–60% пациентов, перенесших COVID-19, отмечаются различные варианты боли [2]. Характер и интенсивность боли зависят от первоначальной тяжести инфекции, возраста и сопутствующих заболеваний. Например, у пациентов с тяжелой формой COVID-19 частота болевого синдрома может достигать 60% [3].

В целях изучения распространенности болевого синдрома на базе Тюменского кардиологического научного центра было проведено исследование с участием больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ) с поражением легких. В амбулаторных условиях мы обследовали 350 пациентов через три месяца после выписки из моноинфекционного госпиталя. Из них в основную группу было отобрано 197 пациентов (45,7% мужчин и 54,3% женщин) старше 55 лет с подтвержденным диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП). Контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту, составили 30 пациентов с ДЭП, не болевших COVID-19. Одной из целей данного исследования стала оценка частоты встречаемости головной боли у пациентов с ДЭП через три месяца по истечении острого периода заболевания. Установлено,

что 68 (34,5%) пациентов с ДЭП основной группы, перенесших НКИ, через три месяца предъявляли жалобы на головную боль. В то же время в контрольной группе подобные жалобы отмечались у 16,7% пациентов ($p = 0,05$). При этом в основной группе головную боль отмечали 30 (33,3%) мужчин и 37 (34,6%) женщин, в контрольной – 2 (40%) мужчины и 3 (60%) женщины ($p = 0,836$). Таким образом, жалобы на головную боль различной степени выраженности достаточно распространены у пациентов с ПКС.

Материал и методы

Проанализированы исследования, опубликованные в российских и международных научных библиотеках eLIBRARY, PubMed, CyberLeninka. В обзор были включены публикации последних четырех лет. Особое внимание уделялось оценке распространенности и разнообразия болевых синдромов у пациентов, перенесших НКИ, патогенезу, клинической картине, диагностике и общим принципам лечения данной патологии.

Механизмы возникновения болей в постковидном периоде

Болевые синдромы имеют разные механизмы возникновения в зависимости от локализации.

Воспаление. Одной из причин возникновения боли может быть воспалительная реакция, возникающая после COVID-19. Вирус SARS-CoV-2 способен вызывать системный воспалительный ответ, приводящий к активации иммунной системы и высвобождению провоспалительных цитокинов. Эти процессы ассоциируются с возникновением миалгии и артралгии [4].

Механические повреждения. Ряд исследователей указывают на возможность прямого воздействия вируса на суставные ткани, что может приводить

к повреждению хрящевой и костной ткани. Это может быть связано как с самим вирусом, так и с иммунными реакциями организма на инфекцию [5].

Невропатические механизмы. Часть пациентов сообщают о боли с невропатическим компонентом, обусловленной повреждением структур периферической или центральной нервной системы. Исследования показывают, что вирус способен вызывать невропатические изменения, в том числе воспаление и повреждение миелиновых оболочек [6].

Активация тригеминоvascularной системы отмечается у пациентов с генетической предрасположенностью к мигрени или уже имеющейся головной болью [7].

Психологические аспекты. Тревога и депрессия также могут усилить восприятие боли. В условиях стресса и неопределенности пациенты становятся более чувствительными к боли, что требует комплексного подхода к их лечению [8, 9].

Изменения в нейротрансмиттерах. Вирус может влиять на уровень серотонина и других нейротрансмиттеров, что также связано с развитием хронической боли [10].

Мышечная слабость и атрофия. У пациентов, перенесших COVID-19, наблюдается снижение физической активности, что нередко приводит к мышечной атрофии и, как следствие, к боли в спине. Длительное нахождение в горизонтальном положении также усугубляет ситуацию [11].

Локализация и характер боли

Болевые синдромы в рамках ПКС проявляются в различных областях.

Мышечная боль (миалгия). Миалгия считается наиболее распространенным болевым проявлением. Пациенты описывают постоянные или периодические боли в различных группах мышц. Такие боли могут сохраняться в течение месяцев после перенесенного COVID-19. Часто пациенты жалуются на общую слабость, утомляемость при физической нагрузке. Распространенной жалобой считается боль в нижней части спины, которая может проявляться острыми эпизодами боли, персистировать и переходить в хроническую форму, усиливаться при долгом сидении или стоянии [11].

Суставная боль (артралгия). Артралгия также широко распространена у постковидных пациентов, сообщаящих о боли в крупных суставах, таких как плечевые, локтевые и коленные, что нередко имитирует симптомы остеоартрита или других ревматических заболеваний. Возможно также обострение имеющихся ревматологических заболеваний [12].

Артралгия способна проявляться как симметрично, так и асимметрично. Боль часто описывается как ноющая, иногда интенсивная, нередко сопровождается утренней скованностью. Как показывают исследования, 30–50% пациентов испытывают боль в суставах в течение нескольких месяцев после выздоровления [13, 14].

Головная боль. У пациентов с ПКС часто имеет место головная боль по типу мигрени и головной боли напряжения. Это может быть связано как с неврологическими, так и с психосоматическими факторами.

Интенсивность головной боли варьируется от легкой до тяжелой, зависит от времени суток и уровня физической активности. Головная боль может сопровождаться усталостью, когнитивными нарушениями, преимущественно внимания и памяти, бессонницей [7].

Факторы риска постковидных болевых синдромов

Вероятность развития болевых синдромов в постковидном периоде повышают определенные факторы:

- тяжесть заболевания. Пациенты, перенесшие тяжелую форму COVID-19, имеют более высокий риск возникновения боли;
- возраст. Пожилые пациенты чаще сообщают о болевом синдроме;
- сопутствующие заболевания. Наличие хронических заболеваний, таких как диабет или заболевания суставов, усугубляет ситуацию.

Диагностика

Диагностика болевого синдрома у пациентов после COVID-19 требует комплексного подхода. Важно учитывать как физические, так и психологические аспекты. Диагностика включает в себя:

- клинический осмотр и сбор анамнеза (оценка характера и интенсивности боли, а также сопутствующих симптомов);
- лабораторные исследования (анализы крови для выявления воспалительных маркеров и других отклонений);
- инструментальные исследования (рентгенография, магнитно-резонансная или компьютерная томография для оценки состояния суставов и мягких тканей);
- психологическую оценку (учитывая высокую степень тревожности среди пациентов, важно анализировать психоэмоциональное состояние с помощью оценочных шкал, например госпитальной шкалы тревоги и депрессии).

Подходы к лечению

Лечение болевого синдрома в рамках ПКС требует комплексного подхода.

Фармакотерапия. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов и анальгетиков помогает в управлении болевыми симптомами. В ряде случаев (при невропатической боли) рекомендуются трициклические антидепрессанты или противосудорожные препараты (габапентиноиды) [15].

Физиотерапия. Физиотерапевтические процедуры, такие как массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия и лечебная физкультура, нередко способствуют снижению болевого синдрома и улучшению функционального состояния пациента [16].

Психотерапия. Когнитивно-поведенческая терапия может быть полезна пациентам с психосоматической болью. Психотерапия помогает справиться с тревогой и депрессией, что в свою очередь снижает восприятие боли [17].

Междисциплинарный подход. Важно, чтобы лечение проводилось командой специалистов, включающей, в частности, психотерапевтов и физиотерапевтов. Такой подход позволяет комплексно решить проблемы и повысить качество жизни пациентов.

Обсуждение

Анализ результатов современных мировых исследований показал, что болевой синдром является достаточно распространенной жалобой у пациентов, перенесших НКИ. Ситуация осложняется тем, что различные виды боли могут беспокоить пациентов еще долгое время после перенесенного COVID-19 [10]. Это значительно ухудшает качество жизни пациентов, несмотря на благоприятный исход острого периода НКИ [5]. Такие пациенты нуждаются в более тщательном наблюдении и комплексной реабилитации.

Заключение

Болевой синдром – частое клиническое проявление ПКС, требующее особого внимания и дальнейшего изучения. Понимание механизмов, локализации и факторов риска развития боли позволит разработать эффективные стратегии лечения. Комплексный подход к управлению болевым синдромом может существенно повысить качество жизни пациентов и способствовать их восстановлению после COVID-19. *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Huang C., Huang L., Wang Y., et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021; 397 (10270): 220–232.
- Sudre C.H., Murray V., Varsavsky T., et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nat. Med.* 2021; 27: 626–631.
- Гарагашева Е.П., Беленькая В.А., Куцева Т.В. и др. Эпидемиологические аспекты хронической боли. *Научный форум. Сибирь*. 2023; 9 (1): 50–52.
- Камышишкова Л.А., Писанкина Д.С., Паюдис А.Н. и др. Постковидный мышечно-суставной синдром и связь COVID-19 с ревматоидным артритом. *Уральский медицинский журнал*. 2023; 22 (1): 104–110.
- Ciaffi J., Vanni E., Mancarella L., et al. Post-acute COVID-19 joint pain and new onset of rheumatic musculoskeletal diseases: a systematic review. *Diagnostics (Basel)*. 2023; 13 (11): 1850.
- Taquet M., Geddes J.R., Husain M., et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8 (5): 416–427.
- Tana C., Bentivegna E., Cho S.J., et al. Long COVID headache. *J. Headache Pain*. 2022; 23: 93.
- Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И. Оценка депрессивной симптоматики у пациентов, перенесших пневмонию COVID-19. *Научный форум. Сибирь*. 2024; 10 (1): 40–42.
- Алимова М.М., Бочкова В.Н. Психологическое здоровье медицинского персонала в стрессовых условиях работы на фоне пандемии COVID-19. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17; 1 (90): 25–26.
- Захаров В.В. Постковидный синдром глазами невролога. *Поведенческая неврология*. 2021; 2: 14–22.
- Carfi A., Bernabei R., Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 2020; 324 (6): 603–605.
- Шостак Н.А., Клименко А.А., Демидова Н.А. и др. Скелетно-мышечные проявления новой коронавирусной инфекции: фокус на артралгии и миалгии. *Клиницист*. 2021; 15 (1–4): К650.
- Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н., Насонов Е.Л. и др. Постковидный синдром: в центре внимания скелетно-мышечная боль. *Научно-практическая ревматология*. 2021; 59 (3): 255–262.
- Каратеев А.Е., Лила А.М., Алексеева Л.И. Хроническая скелетно-мышечная боль, ассоциированная с перенесенной инфекцией SARS-CoV-2. *Доктор.Ру*. 2021; 20 (7): 7–11.
- Yan Z., Yang M., Lai C.L. Long COVID-19 syndrome: a comprehensive review of its effect on various organ systems and recommendation on rehabilitation plans. *Biomedicine*. 2021; 9 (8): 966.
- Шавловская О.А., Бокова И.А., Шавловский Н.И. Постковидный болевой синдром: обзор международных наблюдений. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022; 14 (2): 91–97.
- Ахмеджанова Л.Т., Остроумова Т.М., Солоха О.А. Ведение пациентов с болевыми синдромами на фоне COVID-19. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021; 13 (5): 96–101.

Pain Syndromes in Patients Who Have Had a New Coronavirus Infection

M.V. Deeva^{1,2}, E.R. Agaeva¹, O.A. Kicherova, PhD¹, L.I. Reykhert, PhD, Prof.¹, M.A. Akhmetyanov^{1,3}

¹ Tyumen State Medical University

² Medical Unit 'Neftyanik'

³ Tyumen Cardiology Research Center

Contact person: Marina V. Deeva, Bolba_marina@mail.ru

This article discusses the spectrum of pain syndromes in the post-COVID period in patients who have had a new coronavirus infection, their mechanisms, risk factors, as well as approaches to treatment and rehabilitation.

Keywords: post-COVID syndrome, pain syndromes, headache, new coronavirus infection, cerebrovascular insufficiency