



Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова,
кафедра терапии,
клинической
фармакологии
и скорой медицинской
помощи и клинической
психологии

Пациент с болевым синдромом, или Путешествие по замкнутому кругу

А.Л. Вёрткин, А.В. Носова, А.С. Скотников

Адрес для переписки: Аркадий Львович Вёрткин, kafedrakf@mail.ru

В статье обсуждаются проблемы диагностики и лечения хронического болевого синдрома. Авторы провели исследование в поликлиниках и показали, насколько часто на приеме у участковых врачей встречаются пациенты с болевым синдромом. Приведены рекомендации по алгоритму диагностики и тактики ведения данных пациентов. Подробно рассматриваются лечение нестероидными противовоспалительными препаратами и их побочное влияние на организм.

Ключевые слова: болевой синдром, хроническая боль, алгоритм участкового терапевта, амтолметин гуацил

Обычная ситуация: наши пациенты, пытаясь излечиться, постоянно сталкиваются с определенными трудностями и попадают в замкнутый круг. Поневоле задаешься вопросом: «А можно ли помочь?» Да, можно. Достаточно разорвать этот круг и выстроить проблемы в виде последовательной линейной, а не циклической цепочки. Прежде всего надо выбрать и устранить хотя бы одно патологическое звено болевой цепи (рис. 1). Как известно, боль – самая распространенная причина плохого самочувствия и депрессии, требующая комплексного лечения. Нами было проведено исследование, суть которого заключалась в следующем. Мы должны были в течение недели присутствовать на приеме у участкового врача, чтобы проанализировать, насколько часто будут встречаться пациенты с болевым синдромом.

Участниками исследования стали 315 (33,2%) мужчин и 635 (66,8%) женщин. Средний возраст мужчин составил $52,3 \pm 14,5$ года, женщин – $53,1 \pm 13,6$ года. Инвалидность имел 201 (21,2%) пациент, артериальную гипертонию 418 (44%), различные формы ишемической болезни сердца – 151 (15,9%), хроническую obstructивную болезнь легких – 34 (3,9%), сахарный диабет – 74 (7,8%) пациента. Выяснилось, что 2/3 больных старше 35 лет обращаются к участковому врачу с обострением хронических соматических заболеваний. Практически 90% из них имеют хронический болевой синдром, из-за которого возрастает не только сердечно-сосудистый риск, но и риск смерти от других причин. Хроническая боль увеличивает риск летального исхода, патогенетически связана с соматической патологией и обуславливает необ-

ходимость проведения обязательного скрининга боли у всех пациентов. Врачи обязательно должны задавать пациентам вопросы, ответы на которые позволят выявить наличие болевого синдрома. Приведем примерный перечень таких вопросов.

Есть ли у вас болевой синдром?

Какова продолжительность хронической боли?

Какова длительность рецидивов боли?

Какова продолжительность ремиссий без боли?

Какова интенсивность боли в последний рецидив по шкале от 0 до 10?

Какова предполагаемая причина боли?

Какие лекарственные препараты принимаете от боли?

Что еще вы используете для купирования боли?

Ухудшает ли боль ваше общее самочувствие?

Требуется ли вам моя рекомендация по лечению боли?

Нами было показано, что среди субъективных ощущений, сопровождавших боль, лидировали чувство страха, беспомощности (рис. 2). Кроме того, пациенты устали от этих болевых ощущений.

Любую боль необходимо срочно купировать, лечение боли требует комплексных решений, необходима длительная профилактика рецидива боли.

Что касается локализации, чаще отмечается боль в спине и суставах



(рис. 3). Наиболее частыми причинами хронической боли являются дегенеративно-дистрофические изменения костно-суставной системы (рис. 4). У участкового врача должен быть алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов с такой болью (см. таблицу).

Вопрос лечения болевого синдрома остается дискуссионным в силу наличия огромного спектра лекарственных препаратов на современном рынке. Причем предпочтение отдается далеко не самым современным нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП).

Еще одна проблема заключается в том, что обычно болевой синдром – длительный хронический процесс, сопровождающийся соответственно вынужденным продолжительным приемом обезболивающих препаратов. Поэтому врач должен отдавать предпочтение препаратом с наименьшим спектром побочных действий. Важно помнить, что один из побочных эффектов у НПВП – негативное влияние на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В последнее время классификация НПВП расширилась. Появился новый класс препаратов – NO-НПВП, или CINODs (COX-inhibiting nitric oxide donors – блокирующие циклооксигеназу донаторы оксида азота). Термин CINODs объединяет химические соединения, являющиеся донаторами NO, способными ингибировать циклооксигеназу. Новый класс НПВП обеспечивает большую безопасность в отношении развития повреждений ЖКТ по сравнению с уже существующими НПВП. NO обладает способностью блокировать или компенсировать снижение кровотока, а также ингибировать адгезию нейтрофилов к эндотелию сосудов, то есть воздействовать на нежелательные эффекты НПВП в отношении органов ЖКТ. Основываясь на этих свойствах, было выдвинуто предположение, что «сцепление» NO-высвобождающей части молекулы с действующим началом НПВП должно

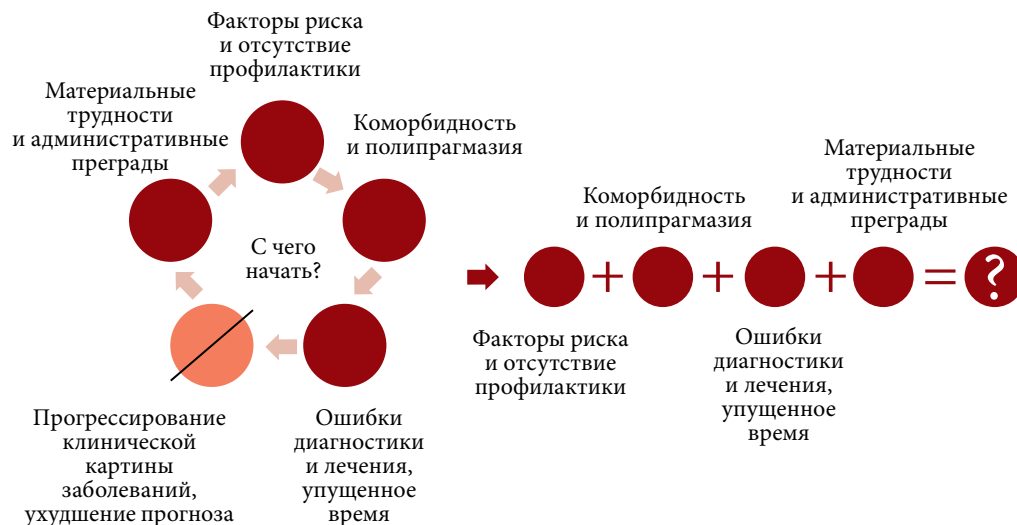


Рис. 1. Алгоритм действий при лечении хронического болевого синдрома

редуцировать токсичность этого класса соединений.

Одним из интересных соединений признан амтолметин гуацил (Найзилат, Dr. Reddy's Laboratories Ltd (Индия)). Амтолметин гуацил (АМГ) – НПВП, обладающий антипиретическим, анальгезирующим и противовоспалительным эффектом. При анализе в контролируемых рандомизированных клинических исследованиях показано, что противовоспалительное и обезболивающее действие данного препарата как минимум такое же, как у других НПВП (диклофенака, напроксена, пироксикама, толметина и прочих средств, используемых при лечении остеоартрита, ревматоидного артрита). Принципиальным отличием АМГ от «цинодов», являющихся донаторами NO-группы, высвобождающими NO в системную циркуляцию, является уникальная способность увеличивать продукцию оксида азота преимущественно в ЖКТ. Образующиеся в результате гидролиза метаболиты АМГ (толметин и толметинглицинамид) не способны увеличивать продукцию NO в желудке. Таким образом, селективное увеличение продукции NO в желудке, а не в других тканях является уникальным свойством АМГ и имеет важное клиническое значение.

АМГ – пролекарство, в основу которого положен толметин – неселек-

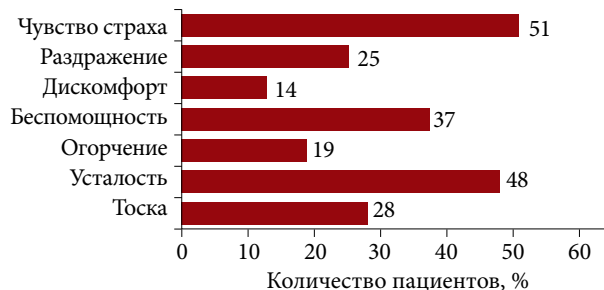


Рис. 2. Субъективные ощущения больных с болевым синдромом



Рис. 3. Локализация боли у пациентов с болевым синдромом



Рис. 4. Причины хронической боли



Таблица. Алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов с болевым синдромом в практике участкового врача

Состояние	«Красные флажки» – признаки опасного состояния	Диагностические мероприятия
Опухоль	Онкологическое заболевание в анамнезе Необъяснимая потеря веса Возраст старше 50 лет Отсутствие успеха терапии Боль длительностью свыше 4–6 недель Боли ночью (в состоянии покоя)	Визуализирующие методы Общий анализ крови ПСА (простатспецифический антиген) Маммография и др.
Инфекция	Лихорадка Внутривенное введение лекарственных препаратов (в том числе наркотиков) в анамнезе Инфекции мочевыводящих и дыхательных путей, кожи Иммунодефицитные состояния Боли в состоянии покоя	Общий анализ крови и мочи Магнитно-резонансная томография Туберкулиновая проба Другие специфические тесты
Синдром конского хвоста	Анестезия и/или парестезии в аногенитальной области Нарушения мочеотделения и дефекации, потенции у мужчин Вялый парез стоп с угнетением ахиллового рефлекса Прогрессирование неврологических нарушений	Срочная консультация нейрохирурга
Компрессионный перелом	Использование глюкокортикостероидов Возраст старше 70 лет или данные о наличии остеопороза Недавняя существенная травма позвоночника	Соответствующие методы визуализации Консультация нейрохирурга

тивный НПВП, синтезированный в середине 1970-х гг. Толметин был обработан гваяколом (основной источник искусственной ванили) и глицином (аминокислотой). В результате получился АМГ, по сути тот же толметин, но уже с «прицепленной» ванилиновой группой. АМГ в высоких концентрациях накапливается в слизистой желудка, ДПК и тонкой кишки. Ванилиновая группа воздействует на капсаициновые рецепторы слизистой оболочки и стимулирует выработку CGRP (calcitonin-gene-related peptide пептид, кодируемый геном кальцитонина) и NO. После этого АМГ поступает в системный кровоток, где метаболизируется до двух активных метаболитов – толметина и МЕД5 (по факту тот же толметин), которые начинают работать как НПВП.

Выработка CGRP и NO дает выраженный гастропротекторный эффект, то есть использование АМГ обеспечивает и развитие эффекта НПВП, и гастропротекцию. Таким образом, при применении АМГ заведомо снижается выработка физиологических простагландинов (за счет неселективного толметина). Но это снижение компенсируется выработкой NO – важного фактора гастропротекции.

Перечислим очевидные преимущества АМГ.

1. АМГ обладает протекторным действием, компенсируя снижение выработки простагландинов (принципиальное отличие от неселективных НПВП).
2. Протекторное действие реализуется в слизистой оболочке не только желудка, но и двенадцати-

типерстной и тонкой кишки (принципиальное отличие от ингибиторов протонной помпы (ИПП)). В то же время необходимо учитывать, что применение АМГ не отменяет применение ИПП, которые являются самым надежным способом гастро- и энтеропротекции, однако АМГ значительно снижает риск поражения слизистой оболочки ЖКТ по сравнению с «обычными» НПВП.

3. АМГ обладает выраженным обезболивающим и противовоспалительным эффектами (такие эффекты не всегда дают селективные НПВП).

4. Выработка NO при применении АМГ происходит исключительно локально, что не дает никаких непрогнозируемых системных эффектов, таких, например, как вазодилатация. ☺

Patient with pain syndrome: along the never-ending circle

A.L. Vyortkin, A.V. Nosova, A.S. Skotnikov

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Emergency Care

Contact person: Arkadiy Lvovich Vyortkin, kafedrakf@mail.ru

The article addresses diagnosis and treatment of chronic pain syndromes. Data on the prevalence of pain syndromes in the everyday practice of primary care physicians are presented together with the recommendations on the diagnosis and management of chronic pain. Efficacy and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs are analyzed.

Key words: pain syndrome, chronic pain, primary care physician tool, amlolmetin guacil