

В. В. Мирошникова, О. В. Курушина, В. А. Рыбак

Кафедра неврологии, нейрохирургии ВолГМУ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

УДК 616.8-009.7-08

Несмотря на многообразие подходов к терапии неорганических генерализованных болевых синдромов проблема далека от ее окончательного разрешения. В работе представлен новый комплексный метод лечения данной патологии, проанализированы результаты, проведено сравнение с традиционными способами. Продемонстрировано статистически значимое преимущество использования предложенного метода.

Ключевые слова: неорганические генерализованные болевые синдромы, комплексный метод лечения.

V. V. Miroshnikova, O. V. Kurushina, V. A. Rybak

MODERN APPROACH IN THERAPY OF NON-ORGANIC GENERALIZED PAIN SYNDROMES

Although there are multiple approaches to the management of the non-organic generalized pain syndromes this problem is far from being solved. The paper presents the new complex method of treatment of this clinical entity. Results have been analyzed and compared with results acquired with implementation of traditional methods. Statistically significant difference in the effectiveness of the proposed complex method of treatment over traditional approaches has been demonstrated.

Key words: non-organic generalized pain syndromes, complex method of treatment.

Альгология является одним из приоритетных направлений практической медицины. Однако, несмотря на ее активное развитие, следует признать, что проблема как в концептуальном, так и в лечебном плане далека от разрешения.

Одним из наименее изученных и сложных для оценки вариантов хронической боли являются генерализованные болевые синдромы. Пациент, проходящий с жалобами на хроническую диффузную боль, вызывает некоторое падение духа у врача.

При этом односторонний органопатологический подход, направленный на поиски органических причин (оправданный в дебюте заболевания), приводит к направлению пациента от одного специалиста к другому, что еще более усиливает его пессимистический настрой. Зачастую эти визиты сопровождаются психотравмирующими комментариями. Больным объясняют, что у них депрессия и лечение у психиатра поможет. Однако если бы с помощью самых современных антидепрессантов, арсенал которых все расширяется, мы смогли решить проблему хронической боли (ХБ), то это было бы величайшим достижением. Реальная клиническая практика опровергает это однозначное суждение. Хотя психогенный компонент существенен и ряд авторов используют термины «неорганическая» и «психогенная» боль как синонимы, но только системный подход, позволяющий рассматривать участвующие факторы не в их противопос-

тавлении, а во взаимосвязи, является основой адекватной терапии.

Приведенные в статье данные, резюмирующие результаты лечения 126 больных, основаны на авторской разработке методики терапии. Ее новизна подтверждена патентом на изобретение РФ, 6 удостоверениями на рационализаторские предложения. Результаты внедрены в работу практического здравоохранения Волгограда (ГУЗ ВОКБ № 1) и Москвы (клиника неврологии и нейростоматологии Института повышения квалификации Федерального Управления медико-биологических и экстремальных проблем при МЗ РФ).

Анализ предшествующего лечения выявил следующие данные. Из 126 пациентов 86 (68,3 %) человек госпитализировались повторно в стационары неврологического профиля по поводу распространенных болей. Курсы лечения у всех больных были практически однотипными: нестероидные противовоспалительные препараты (инъекции, таблетированные формы), анальгетики, антигистаминные и вазоактивные препараты, транквилизаторы, витамины группы В, биостимуляторы, блокады с местноанестезирующими препаратами, физиотерапевтические процедуры. 46 (36,5 %) больных, помимо традиционного медикаментозного и физиотерапевтического лечения, получали мануальную терапию. При этом 27 (21,4 %) пациентов после процедур отмечали уменьшение интенсивности боли, однако

через 1—2 недели боль возвращалась к исходному уровню, то есть эффект был нестойким. Следует отметить, что у 14 (11,1 %) больных отмечалось резкое усиление боли на фоне мануальной терапии. Психотерапевтическое лечение получали лишь 18 (14,3 %) пациентов, однако существенного противоболевого эффекта не отмечалось. Вместе с тем все они констатировали улучшение «общего состояния», «стали спокойнее». То есть этот метод давал позитивные результаты. 36 (28,6 %) больных обращались к лицам, занимающимся «нетрадиционным лечением»: с них «снимали порчу», «убирали глаза», «правили золотник», назначали «целебные микстуры». Так же как и при выполнении мануальной терапии, первоначальный эффект быстро редуцировался, не давая стойкого улучшения состояния. В целом после курсов лечения временный эффект отмечали 32,5 % пациентов.

Таким образом, для неорганических генерализованных болевых синдромов (НГБС) характерна высокая степень терапевтической резистентности.

У 42 (33,3 %) пациентов выявлены осложнения, связанные с приемом медикаментов. У 11 человек — кожные проявления аллергии, у 26 больных — хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, у 5 пациентов — лейкопения.

Лечение начиналось с «абстинентной» терапии. Больным обеих подгрупп разъяснялась необходимость прекращения постоянного приема этих препаратов на период проведения курса лечения. При значительном усилении интенсивности боли пациенты могли принимать анальгетики эпизодически.

В подгруппе «А» лечение 58 больных с неорганическими генерализованными болевыми синдромами проводилось разработанным нами способом.

В подгруппе «Б» лечение проводилось традиционными методами.

Анализ структуры результатов лечения больных выявил преобладание отличных и хороших исходов в подгруппе «А» и более высокий процент неудовлетворительных результатов в подгруппе «Б». Число отличных и хороших результатов в подгруппе «А» было выше аналогичного показателя в подгруппе «Б» на 24,1 %. Количество неудовлетворительных исходов лечения больных в подгруппе «А» меньше на 25,9 %. Следовательно, результаты лечения разработанным способом были достоверно выше, чем при сочетании транскраниальной электростимуляции (ТЭС) с традиционной фармакотерапией и физиотерапией. Вместе с тем, по числу удовлетворительных результатов, оказавшихся значительным в обеих подгруппах, достоверных различий не получено. Эти пациенты имели незначительную положительную динамику. Их высокая представленность в обеих подгруппах еще раз подчеркивает сложность терапии и высокую терапевтическую резистентность НГБС. Суммарно по окончании курса лечения в подгруппе

«А» положительные результаты различной степени выраженности получены у 86,2 % больных. В подгруппе «Б» эффект отмечен в 60,3 % случаях.

Катамнестически из 91 больного, имевшего положительные результаты лечения, через 3 месяца эффект сохранился у 58 (63,7 %) человек. У 68 больных прослежен катамнез через 1 год. Положительный результат сохранился у 46 пациентов, причем 38 из них через 6 месяцев проходили повторный курс ТЭС. Катамнестические данные демонстрируют значительную терапевтическую резистентность НГБС. Вместе с тем повторные курсы ТЭС способствуют поддержанию больных в компенсированном состоянии. Учитывая, что метод является не инвазивным, техническое выполнение не сложно, больные могут использовать его самостоятельно.

Следовательно, транскраниальная электростимуляция эндорфинных структур мозга — эффективный, немедикаментозный метод лечения НГБС, позволяющий получить результат даже в резистентных случаях. Патогенетическая направленность лечения методом ТЭС подтверждается не только непосредственным анальгетическим эффектом, но и сопровождается развитием психотропного и вегетотропного действия. Повышается психическая активность, физическая работоспособность и в целом — качество жизни больных.

Недостаточное миорелаксирующее и антидепрессивное действие ТЭС нуждается в коррекции. Комплексный метод лечения, включающий применение ТЭС в сочетании с медикаментозными препаратами «Леривон» и «Сирдалуд», потенцирующими и дополняющими ее терапевтические эффекты, позволяет решить эту задачу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. В., Бранд П. Я. Рекомендации по диагностике, оценке и лечению хронической боли // *Боль*. — 2008. — № 1. — С. 35—40.
2. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. *Общая патология боли*. М.: Медицина, 2004. — 142 с.
3. Павленко С. С., Денисов В. Н., Фомин Г. И. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами. — Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат», 2002. — 221 с.
4. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management // *Arch Intern Med*. — 2005. — № 165. — P. 1574—1580.
5. Baker K. // *Emerg Med Australas*. — 2005. — № 17 (1). — P. 65—72.
6. Christopher Eccleston, Abbie L. Jordan, and Geert Crombez // *J. Pediatr. Psychol.* — 2006. — Vol. 31, № 8. — P. 684—697.
7. Matthew J. Bair, Rebecca L. Robinson, Wayne Katon, and Kurt Kroenke // *Arch Intern Med*. — 2003. — Vol. 163, № 11. — P. 2433—2445.
8. McAllister M. J., McKenzie K. E., Schultz D. M., Epshteyn M. G. // *Pain Physician*. — 2005. — Vol. 4, № 8 — P. 369—373.
9. Namaka M., Gramlich C. R., Ruhlen D., Melanson M., Sutton I., Major J. // *Clin. Ther.* — 2004. — Vol. 26, № 7 — P. 951—979.
10. Pruijboom L., van Dam A. C. // *Med Hypotheses*. — 2007. — Vol. 683, № 3. — P. 506—511.