

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-360-363

УДК: 616-009.7

Мороз В.И., Балаева М.М.-Б., Наумов А.В., Ховасова Н.О.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Резюме

В статье описан клинический случай пациента с хроническим болевым синдромом на фоне остеоартрита, с эндопротезированием суставов в анамнезе. Поводом для госпитализации послужило падение, после чего сохранялся постоянный некупируемый болевой синдром. В результате комплексной гериатрической оценки у пациентки дополнительно выявлен синдром старческой астении, легкая зависимость от посторонней помощи, нарушения баланса, синдром падений, стрессовое недержание мочи. Были рекомендованы немедикаментозные методы лечения и комплексная терапия (габапентин + витамины группы В + уридин), а также антиостеопоротическая терапия, на фоне чего интенсивность болевого синдрома снизилась до легкой степени (по шкале ВАШ 2 балла на момент выписки) и отмечено уменьшение копаттернов нейропатии.

Ключевые слова: гериатрический синдром; падения; хроническая боль; старческая астения; нейропатия; остеоартрит; эндопротезирование.

Для цитирования: Мороз В.И., Балаева М.М.-Б., Наумов А.В., Ховасова Н.О. Клинический случай пациента с хроническим болевым синдромом. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2024; 3(7): 360–363. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-360-363

A PATIENT WITH CHRONIC PAIN SYNDROME

Moroz V.I., Balaeva M.-B., Naumov A.V., Khovasova N.O.

Pirogov Russian National Research Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

Abstract

This article describes a clinical case of a patient with chronic pain syndrome on the background of osteoarthritis, with a history of joint replacement. The reason for hospitalization was a fall, after which a constant pain syndrome persisted and a neuropathic component joined, which the patient could not stop with anything. As a result of a comprehensive geriatric assessment, the patient was diagnosed with frailty and the following geriatric syndromes: mild dependence on outside help, chronic pain syndrome, balance disorders, falls, stress urinary incontinence. Non-drug methods of treatment and complex therapy (gabapentin + B vitamins + uridine) and anti-osteoporotic therapy were recommended, against which the intensity of the pain syndrome decreased to a mild degree (according to the VAS scale of 2 points at the time of discharge) and a decrease in neuropathy copatterns was noted.

Keywords: geriatric syndrome; falls; chronic pain; frailty; neuropathy; osteoarthritis; endoprosthetics.

For citation: Moroz V.I., Balaeva M.-B., Naumov A.V., Khovasova N.O. A patient with chronic pain syndrome. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2024; 3(7): 360–363. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-360-363

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая боль среди пациентов пожилого и старческого возраста является одним из больших гериатрических синдромов и имеет существенное прогностическое значение в отношении когнитивного, функционального и физического статуса [1].

Хроническая боль — неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, персистирующее в течение 3 и более месяцев [2].

Высокая распространенность боли и связанных с ней заболеваний является ведущей причиной инвалидности во всем мире [3].

У пожилых пациентов хроническая боль более распространена, чем у молодых групп пациентов [4]. Пожилой возраст и хроническая боль имеют сложную взаимосвязь [5, 6, 7], при этом полиморбидность независимо связана с хронической болью [8]. С возрастом распространенность полиморбидности увеличивается. Примерно треть пациентов с хронической болезнью легких и ишемической

болезнью сердца сообщают о хронической боли [8]. Возраст является негативным прогностическим фактором в отношении воздействия внешних факторов и травм, которые могут вызвать хроническую боль. Например, у людей с опоясывающим лишаем в возрасте 50–54 лет вероятность развития постгерпетической невралгии составляет 8%, а в возрасте 80–84 лет частота ее развития повышается до 21%. Оценка боли у пожилых пациентов может быть затруднена в связи с тем, что пожилые люди часто не хотят обсуждать или раскрывать уровень своей боли [9]. У людей с другими сопутствующими заболеваниями хроническая боль является независимым фактором риска смерти от всех причин [10, 11].

Наиболее частые причины хронической боли у пациентов старше 60 лет:

- сердечно-сосудистая система — ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий;
- болезни соединительной ткани — остеоартрит, ревматоидный артрит, подагра, ревматическая полимиалгия, стеноз позвоночного канала, миофасциальный синдром, остеопороз, бурсит, тендинит;
- онкологические заболевания, нейропатическая боль, индуцированная химиотерапией;
- нервная система — головная боль, периферическая нейропатия, прессорная нейропатия, радикулопатия, болезнь Паркинсона, постинсультная боль;
- депрессия;
- желудочно-кишечный тракт — запоры, дивертикулит, синдром раздраженного кишечника, заболевания желчного пузыря;
- дыхательная система — хроническая обструктивная болезнь легких, плевриты;
- эндокринная система — диабетическая нейропатия, болезнь Педжета;
- мочевыделительная система — хронический цистит;
- инфекционные заболевания — опоясывающий лишай, постгерпетическая невралгия, ВИЧ-ассоциированная нейропатия;
- патология кожных покровов — прессорные или ишемические язвы, ожоги, склеродермия [12].

Хотя скелетно-мышечная боль обычно имеет ноцицептивное происхождение, пожилые люди с заболеваниями опорно-двигательного аппарата также могут испытывать нейропатическую боль и синдромы центральной боли [13].

Патофизиология нейропатической боли основывается на том, что происходит нарушение механизмов генерации и проведения ноцицептивного сигнала в нервных волокнах и процессов контроля возбудимости ноцицептивных нейронов в структурах спинного и головного мозга. Повреждение

нервов приводит к структурно-функциональным преобразованиям в нервном волокне [14]. Хронический болевой синдром у гериатрических пациентов имеет ряд особенностей, связанных как с самим старением (процессами системного воспаления, увеличивающими количество провоспалительных медиаторов и альгогенов [15, 16]), так и с наличием иных гериатрических синдромов: саркопенией, тревогой и депрессией, остеопорозом, обезвоживанием и мальнутрицией.

Патогенетические механизмы хронической боли обусловлены физиологическими изменениями у пожилых людей: уменьшение количества нейротрансмиттеров (гаммааминомасляная кислота, серотонин, норадреналин и ацетилхолин), уменьшение количества периферических ноцицептивных нейронов, увеличение болевого порога и снижение синтеза эндогенных опиоидов. Также причиной боли является потеря гомеостатического резерва систем организма [17].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка А., 74 лет, была госпитализирована в отделение гериатрической терапии в плановом порядке в декабре 2020 года. Пациентка проживает с семьей, имеет высшее техническое образование. Работала инженером до 58 лет. В настоящее время на пенсии. Вредные привычки отрицает.

При поступлении пациентка отмечала жалобы на боли в коленных суставах, больше в левом (по ВАШ 4–5 баллов), разную длину конечностей, онемение стоп, частые спотыкания и повторные падения, ощущение «ватных ног».

Из анамнеза известно, что пациентка длительное время (более 5 лет) страдает остеоартритом с вовлечением коленных и тазобедренных суставов, постоянно принимает препараты хондроитина. Болевой синдром то возникал, то купировался на фоне приема НПВП. Однако в течение последнего года боль в коленных суставах присутствует практически постоянно. В 2011 г. по поводу деформирующего коксартроза III степени выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава, в 2012 г. — правого тазобедренного сустава. В последующем отмечено удлинение правой нижней конечности на 1,5 см, появилась шаткость походки, падения, пациентка начала использовать одноопорную трость при ходьбе. В 2015 г. при падении с высоты собственного роста на правый бок получила перелом правой плечевой кости, выполнено эндопротезирование правого плечевого сустава. За 3 недели до госпитализации снова упала, ударились правым коленным суставом, после чего появился интенсивный болевой синдром (ВАШ 7–8 баллов), принимала трамадол 100 мг, мелоксикам 15 мг. На фоне терапии болевой синдром уменьшился до 3–4 баллов по ВАШ, но отмечалось онемения в ногах, ощущение «ватных ног».

При объективном осмотре телосложение гиперстеническое, пациентка повышенного питания. Рост 170 см, вес 110 кг, индекс массы тела 38,06 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Мышцы безболезненные при пальпации. Суставы умеренно деформированы, безболезненны при пальпации, отмечается болезненность при активных и пассивных движениях в обоих коленных суставах. Левая нога короче правой на 1,5 см. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней и стоп.

В психоневрологическом статусе: пациентка контактна, адекватна, в месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Острой очаговой неврологической симптоматики нет. При оценке походки отмечается шаткость, проваливание тазового пояса на стороне укороченной конечности.

При осмотре органов кровообращения обращает внимание расширение перкуторных границ сердца влево на 1,5 см. АД на правой и левой руках 130/90 мм рт.ст. Ортостатическая проба отрицательная.

У пациентки обращает внимание подтекание мочи при кашле и чихании.

Выполнена комплексная гериатрическая оценка, результаты которой представлены в таблице 1.

В результате комплексной гериатрической оценки у пациентки выявлен синдром старческой астении согласно алгоритму клинических рекомендаций «Старческая астения» 2019 г. Выявлены следующие гериатрические синдромы: легкая зависимость от посторонней помощи, хронический болевой синдром, нарушения баланса, синдром падений, стрессовое недержание мочи.

Результаты лабораторных исследований: гемоглобин 138 г/л, эритроциты $4,35 \times 10^{12}/л$, объем эритроцитов 91,6%, лейкоциты $6,6 \times 10^9/л$, тромбоциты $204 \times 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час, креатинин 94 мкмоль/л (СКФ 52 мл/мин/1,73 м² по MDRD, что соответствует ХБП С3А), общий белок 69 г/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, витамин 25 (ОН) D 37 нг/мл, С-реактивный белок 1,0 мг/л.

Пациентке проведены дополнительные инструментальные методы исследования:

- ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

- Двухфотонная рентгеновская остеоденситометрия: Значение минеральной плотности кости в поясничном отделе позвоночника: $T_{кр}=0,4(104\%)$, возрастная норма. Значение МПК в дистальной части костей предплечья: $T_{кр}=-1,3(87\%)$, остеопения.

- УЗИ правого коленного сустава: Эхопризнаки незначительного утолщения синовиальной оболочки, вероятно, обусловленного стихающими явлениями воспалительного процесса.

С учетом длительности хронического болевого синдрома, жалоб на онемение в ногах, ощущения «ватных ног» у пациентки нельзя исключить присоединение нейропатического компонента болевого синдрома. По шкале DN4 (Douleur Neuropathique 4) пациентка набрала 6 баллов, по шкале LANSS (Лидская шкала оценки нейропатической боли) 14 баллов. При проведении термосенсометрии на аппарате Термосенсотестер ТСТ-01 пациентка не ощутила ни одного холодового воздействия, что указывает на нарушения температурной чувствительности и подтверждает наличие нейропатии.

Таблица 1.

Результаты комплексной гериатрической оценки

Шкала «Возраст не помеха»	4/7 баллов
Индекс Бартел	95/100 баллов
Шкала Лоутон	8/8 баллов
Шкала Мини-ког	5/5 баллов
Тест рисования часов	9/10 баллов
Гериатрическая шкала депрессии	3/15 баллов
Оценка мобильности	
Способность поддерживать равновесие в положении «стопы вместе»	0 секунд
Скорость ходьбы	0,83 м/с
Тест 5 подъемов со стула без помощи рук	34,7 секунд
Сумма баллов краткой батареи тестов физического функционирования	5/12 баллов
Кистевая динамометрия (лучший результат ведущей руки)	22 кг
Краткая шкала оценки питания (скрининговая часть)	14/14 баллов
Шкала Морсе	65 баллов
40-летний расчетный риск переломов по модели Фракс	общий — 28% (высокий), бедро — 13%

Таким образом, в результате объективного осмотра, комплексной гериатрической оценки и инструментального обследования у пациентки выявлен хронический болевой синдром с нейропатическим компонентом.

Был сформулирован следующий диагноз:

Основное заболевание: Остеоартрит с вовлечением коленных и тазобедренных суставов, тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава от 2011 г., правого тазобедренного сустава от 2012 г. Посттравматический бурсит правого коленного сустава.

Сопутствующие заболевания: Синдром старческой астении легкой степени. Легкая зависимость от посторонней помощи. Нарушения баланса. Синдром падений. Стрессовое недержание мочи. Остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный, сенильный) с наличием низкоэнергетического перелома левого плеча.

Хроническая ишемия головного мозга. Гипертоническая болезнь II стадии, риск ССО4. Нейроангиосклероз. ХБП С3А (СКФ 52 мл/мин/1,73м²). Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени (ИМТ 38,1 кг/м²). ЖКБ: холецистэктомия от 1989 г. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

При выписке пациентке были даны немедикаментозные рекомендации по питанию с достаточным содержанием белка, подбору обуви с задниками и компенсацией разницы длины конечностей, увеличению физической активности (прогулки, скандинавская ходьба), постепенному снижению веса на 10 кг в год под контролем диетолога. Назначена лекарственная терапия: габапентин 300 мг с последующим увеличением дозы под контролем невролога, препарат, содержащий витамины группы В и уридин, колекальциферол по 4 капли (2000 ЕД) 1 раз в день, препарат кальция в дозе 500 мг в сутки, антирезорбтивная терапия деносумабом 60 мг подкожно 2 раза в год. Также назначена терапия сопутствующих заболеваний (гипотензивные препараты под контролем АД, гиполипидемическая терапия статинами).

На фоне проводимой терапии через 2 месяца при амбулаторном осмотре отмечена положительная динамика в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома (по ВАШ 2 балла), уменьшения копаттернов нейропатии по шкале DN4 до 4 баллов, по шкале LANSS до 2 баллов. Таким образом, выявление и терапия нейропатического компонента болевого синдрома позволяют уменьшить интенсивность хронического болевого синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует возможности клинической и инструментальной диагностики и комплексного лечения хронического болевого синдрома у пациентов старше 60 лет, включая терапию нейропатического компонента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наумов А.В., Мороз В.И., Ховасова Н.О., Маневич Т.М., Балаева М.М., Деменок Д.В., Ткачева О.Н. Хроническая боль в пожилом возрасте: фокус на саркопению. Медицинский Совет. 2019; (12): 106–114.
2. Anand K.J., Craig K.D. New perspectives on the definition of pain. PAIN. 1996; 67: 3–11.
3. Vos T., Allen C., Arora M. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017; 390: 1211–1259.
4. Fayaz A., Croft P., Langford R., Donaldson J., Jones G. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. BMJ Open. 2016; 6.
5. Thomas E. In: Chapter 4: Chronic pain epidemiology. Croft P., Blyth F.M., van der Windt D., editors. Oxford University Press; Oxford: 2010. p. 185.
6. Docking R., Fleming J., Brayne C. Epidemiology of back pain in older adults: prevalence and risk factors for back pain onset. Rheumatology. 2011; 50: 1645–1653.
7. Thomas E., Peat G., Harris L., Wilkie R., Croft P.R. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP) Pain. 2004; 110: 361–368.
8. Barnett K., Mercer S.W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012; 380: 37–43.
9. Mills S.E., Nicolson K.P., Smith B.H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth. 2019; 123(2): e273–e283. DOI: 10.1016/j.bja.2019.03.023.
10. Smith D., Wilkie R., Uthman O., Jordan J.L., McBeth J. Chronic pain and mortality: a systematic review. PloS One. 2014; 9.
11. Macfarlane G., Barnish M., Jones G. Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. Ann Rheum Dis. 2017; 76.
12. Ткачева О.Н. и др. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации 2020.
13. Blyth F.M., Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2017 Apr; 31(2): 160–168. DOI: 10.1016/j.berh.2017.10.004. Epub 2017 Nov 4.
14. Кукушкин М.А., Хитров Н.К. Общая патология боли. И. Медицина 2004. 144.
15. Sanada F., Taniyama Y., Muratsu J. et al. Source of Chronic Inflammation in Aging. Front Cardiovasc Med. 2018; 5: 12.
16. Nikas J.B. Inflammation and Immune System Activation in Aging: A Mathematical Approach. Sci. Rep. 2013; 3: 3254.
17. Shega J.W., Dale W., Andrew M., Paice J., et al. Persistent pain and frailty: a case for homeostasis. J Am Geriatr Soc. 2012; 60: 113–117.