



Клинический случай пациентки с множественной локализацией хронической боли

О.В. Котова✉

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

✉ol_kotova@mail.ru

Аннотация

Согласно определению боль – это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей. Хроническая боль (ХБ) – это боль, которая сохраняется более 3 мес. ХБ является распространенной проблемой современной медицины. ХБ и психические расстройства – высококоморбидные состояния, и между ними существует двусторонняя связь. ХБ часто коморбидна с депрессией, тревогой, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, суицидами. Предрасполагающими факторами являются переживание длительных или затяжных стрессовых ситуаций, что дестабилизирует состояние пациента. В статье приводится клинический случай пациентки 53 лет с множественной локализацией ХБ и рецидивирующей боли и плохой переносимостью препаратов.

Ключевые слова: хроническая боль, множественная локализация хронической боли, тревога, депрессия, психическое расстройство.

Для цитирования: Котова О.В. Клинический случай пациентки с множественной локализацией хронической боли. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 16–18. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00894

Clinical case of a patient with multiple localizations of chronic pain

Olga V. Kotova✉

Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

✉ol_kotova@mail.ru

Abstract

Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience associated with the real or possible tissue damage. Chronic pain (CP) that represents pain persisting for more than 3 months is a common problem of modern medicine. CP and mental disorders are highly comorbid conditions, there is a bi-directional relationship between those. CP is often comorbid to depression, anxiety, disorders associated with substance abuse, suicide. A predisposing factor is experiencing long-term or protracted stressful situations that destabilize the patient's condition. The paper reports a clinical case of a 53-year-old female patient with multiple localizations of CP and recurrent pain, poor drug tolerance.

Keywords: chronic pain, multiple localizations of chronic pain, anxiety, depression, mental disorder.

For citation: Kotova O.V. Clinical case of a patient with multiple localizations of chronic pain. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 16–18 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00894

Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или схожее с таковым переживанием. Хроническая боль (ХБ), сохраняющаяся или рецидивирующая более 3 мес, является распространенной проблемой здравоохранения во всем мире [1, 2]. От ХБ страдают около 25% населения, и она входит в число основных причин нетрудоспособности [3]. Заболевания, которые сопровождаются ХБ и приводят пациента к врачу: остеоартрит, боль в пояснице и головная боль [4]. Кроме непосредственного влияния на здоровье, ХБ значительным образом влияет на определенные группы населения, в том числе женщин, людей с низким социально-экономическим статусом, ветеранов войн и жителей сельской местности, усугубляя проблемы медицинской помощи и требуя междисциплинарного и комплексного подхода к лечению таких пациентов [5].

ХБ в настоящее время рассматривается как отдельное заболевание, в основе которого лежат взаимосвязанные механизмы: ноцицептивная боль, возникающая в ре-

зультате повреждения тканей, нейропатическая боль, возникающая из-за повреждения нервов, и ноципластическая боль, возникающая из-за сенсibilизации нервной системы [6].

ХБ и психические расстройства – высококоморбидные состояния, и между ними существует двусторонняя связь. Помимо депрессии, тревоги и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, люди с ХБ подвержены высокому риску других проблем с психическим здоровьем, включая суицидальные мысли. Предиктором является переживание длительных стрессовых жизненных событий, зачастую с неопределенным сроком окончания, что не добавляет стабильности пациенту [7]. В рамках биопсихосоциальной модели боли наличие страха и избегания объясняет, как поведенческие факторы влияют на динамику ХБ, и служит основой для целого ряда поведенческих вмешательств, повышающих эффективность лечения таких пациентов, включая когнитивно-поведенческую терапию, терапию принятия и мультидисциплинарную реабилитацию при боли [8, 9].

Есть данные, указывающие на то, что люди с депрессией, тревожной, шизофренией, биполярным аффективным расстройством, аутизмом, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, деменцией, чаще страдают от ХБ (35–50%), чем население в целом [10, 11]. Такая коморбидность обусловлена тем, что ХБ усугубляет психологический дистресс, а психические расстройства усиливают восприятие боли и снижают болевой порог, создавая порочный круг. Не учитывая это, врач сталкивается с проблемами диагностики и лечения такого пациента [12].

Исследование, проведенное в 2020 г., показало, что ХБ у людей с депрессией и тревожными расстройствами обходится в разы дороже для системы здравоохранения, чем связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом или ожирением, в основном из-за увеличения количества обращений в отделения неотложной помощи и снижения производительности труда [13]. Не нужно забывать и о чувствительности к боли при психических расстройствах. У людей с шизофренией часто наблюдаются повышенный болевой порог и толерантность к боли, что может привести к несвоевременной диагностике, например, рака [14]. У людей с депрессией или тревожным расстройством, напротив, наблюдается повышенная чувствительность к боли, что усугубляет их страдания [15].

Целью одного из недавних описательных исследований (включено 20 различных исследований) авторы поставили изучение закономерностей и пробелов в данных о распространенности, факторах риска и эффективности лечения ХБ при различных психических расстройствах. Было показано, что распространенность сильно варьировалась: от 23,7% при биполярном расстройстве до 96% при посттравматическом стрессовом расстройстве, что значительно превышало показатели среди населения в целом (20–25%). Наблюдалась двусторонняя связь с депрессией. К факторам риска относились женский пол, тяжесть симптомов и социально-экономическое неблагополучие. При этом эффективность лечения была невысокой: когнитивно-поведенческая терапия оказывала незначительное влияние на боль, иглоукалывание в сочетании с медикаментозным лечением несколько уменьшало боль, а транскраниальная магнитная стимуляция постоянным током уменьшала боль при деменции. Авторы исследования отмечают методологические проблемы, в том числе неоднородность исследований и несогласованность в определении боли. Работа подчеркивает острую необходимость в комплексном подходе к психиатрической помощи и учете того факта, что борьба с ХБ может улучшить состояние психического здоровья и общее самочувствие пациентов [16].

Данные функциональной нейровизуализации позволяют предположить, что связь ХБ и психических расстройств двусторонняя и отчасти обусловлена общими нейронными механизмами. Некоторые группы препаратов, в том числе ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, трициклические антидепрессанты и противосудорожные средства, эффективны при

обоих состояниях и должны рассматриваться как препараты первой линии [8].

Приводим клинический случай пациентки 53 лет.

Обратилась с жалобами на:

- боль в мышцах бедер, лица, спины;
- ночные пробуждения из-за боли;
- отек третьего пальца правой руки почти каждое утро после сна;
- плохой сон;
- боль и вздутие живота;
- снижение аппетита;
- усталость, отсутствие сил.

Сначала боль появилась в мышцах бедер: «проколы», ощущение скручивания, ударов током, – из сна дневного и ночного и в период бодрствования, ночные пробуждения из-за боли длительностью 2,5 последних года. При обследовании обнаружили предиабет, назначение диеты и антидепрессантов – без эффекта в отношении боли, сахар крови нормализовался. Полтора года назад появилась ноющая боль в спине и усилилась со временем, при этом занятия спортом, массаж, долгая ходьба, долгое стояние усиливают боль. Боль симметричная, справа и слева от позвоночника, локализуется в нижне-грудном отделе. Год назад присоединились боль и области височно-нижнечелюстных суставов и висках, больше слева. По характеру боль постоянная, ноющая, ощущение зажатости мышц.

Когда появилась боль в области висков, врачи выставили диагноз дисциркуляторной энцефалопатии, лечили Кортикесином, церебролизин, Актовегином, Мексидолом – без эффекта. Пациентка не смогла лечить зубы в связи с болью в лице, так как любые стоматологические манипуляции во рту приводили к усилению боли. Настоящая консультация психотерапевта – по рекомендации стоматологов.

Плохой сон связан с долгим засыпанием до 1,5–2 ч, мыслями в период засыпания: «опять буду лежать, мысли будут одолевать, тревога увеличится», пробуждениями каждые 2 ч. Бывают резкие пробуждения ночью из-за «всплеска страха», после чего до 40 мин не может заснуть. Периодически не может спать всю ночь. Ложится примерно в 23:00, встает в 6–8 часов утра.

Последний год возникает отек третьего пальца правой руки почти каждое утро после сна, который исчезает, когда пациентка встает, или после зарядки. Состояние усталости (примерно год) не дает пациентке полноценно функционировать, периодически она лежит, не может встать в постели.

Последние 20 лет – боль и вздутие в животе приступообразно, длительностью 1–2 мес 2–3 раза в год, диагноз «хронический колит, дивертикулёз» (документы не предоставила). Климакс в 52 года, были приливы, с тех пор принимает Фемостон.

Анамнез жизни. В 23 года пациентка потеряла ребенка, который умер на 5-е сутки после рождения, причина осталась неизвестной, долго были сниженное настроение и тревога.

В 35 лет второй ребенок пациентки в возрасте 1 года тяжело заболел ротавирусом, пациентка переживала, что может его потерять, вскоре после этого у нее начались проблемы с кишечником.

Около 20 лет назад была апоплексия яичника, длительная операция по этому поводу, пациентка восприняла данное событие как угрозу жизни, долго переживала.

Последний затяжной стресс случился 9 лет назад, когда начался судебный процесс у мужа, в который была вовлечена и пациентка. В результате мужа посадили в тюрьму, из которой он выйдет нескоро. При этом с мужем нужно договариваться по поводу финансовых дел, но делать это пациентке очень сложно.

Четыре года назад внезапно умерла мать пациентки. Три года назад от рака умер первый муж пациентки и отец ее ребенка, родственников у него не было, полгода пациентка за ним ухаживала.

Два года назад у пациентки нашли доброкачественную опухоль в поджелудочной железе, по поводу чего пациентка очень переживала, пока проводили дифференциальный диагноз.

Пациентка провела большое количество обследований, в том числе магнитно-резонансную томографию головного мозга, позвоночника, ультразвуковое исследование сосудов шеи, органов брюшной полости и малого таза – клинически значимых отклонений не выявлено. Но это не успокаивает пациентку, состояние свое описывает: «не понимаю, что со мной происходит, наверное, есть какая-то страшная причина, ужас в том, что найти ее не могу». При этом настроение описывает как хорошее, радость испытывает, желания есть, но в голове много тревожных мыслей.

Мать умерла в 87 лет, имела высшее экономическое образование, работала бухгалтером, отец умер в 63 года от рака, имел высшее экономическое образование, работал по образованию.

Лечение, которое получала пациентка, было неэффективным, курсы всегда короткие или очень короткие в связи с плохой переносимостью: амитриптилин в дозе 25 мг/сут очень плохо переносила, сертралин 25 мг/сут, пароксетин 10 мг/сут, Атаракс 25 мг на ночь вызывал кошмары, Тералиджен 5 мг на ночь, Афобазол давал головокружение и снижение артериального давления, этифоксин 150 мг/сут, буспирон 30 мг/сут.

Беллатаминал на 10 дней помог улучшить сон. Ламотриджин 25 мг на ночь и кветиапин 25 мг на ночь принимала примерно год, на этом фоне стала меньше просыпаться, последние 6 мес не принимает.

В настоящее время принимает эсциталопрам 5 мг около 6 мес с небольшим эффектом в отношении боли (стала не такая интенсивная), если увеличивает дозировку, начинает трясти, появляются паника, раздражительность, тревога.

Очевидно, у пациентки 53 лет, находящейся в климатическом периоде, имеющей множественную локализацию ХБ и рецидивирующей боли: спина, лицо, живот, бедра, – находящейся в хроническом стрессе много лет, развилось смешанное тревожно-депрессивное расстройство, которое проявляется повышенной тревогой, тревожными мыслями, нарушениями сна и аппетита, усталостью и гипервентиляционным синдромом. В результате происходят нарушение дыхания, нейрогенная тетания, что и обуславливает симптоматику: спазм мышц тела и лица, отек третьего пальца правой руки.

Лечение эсциталопрамом было предложено продолжить, разбив прием эсциталопрама по 5 мг 2 раза в день с очень медленной титрацией, кветиапин в начальной дозе 25 мг на ночь с постепенной титрацией дозы до эффективной в отношении сна и тревожных мыслей по ночам. В результате через 1,5 мес подобрана эффективная схема терапии: эсциталопрам по 5 мг 2 раза в день и кветиапин 75 мг на ночь.

Таким образом, последствия коморбидности ХБ и психических расстройств приводят к ухудшению состояния пациента и качества жизни, более частому обращению за медицинской помощью, в том числе госпитализации, более высокому экономическому бремени по сравнению с теми, кто имеет только ХБ или психическое расстройство, что делает необходимым поиск новых путей решения данной проблемы для пациента, в том числе использование биопсихосоциального подхода к лечению этой сложной коморбидной патологии [17].

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Котова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак-та непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, доц. курса психиатрии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», вице-президент Международного общества «Стресс под контролем». E-mail: ol_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

Поступила в редакцию: 09.07.2026

Поступила после рецензирования: 22.07.2026

Принята к публикации: 30.07.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Olga V. Kotova – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, International Society "Stress Under Control". E-mail: ol_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

Received: 09.07.2026

Revised: 22.07.2026

Accepted: 30.07.2026