

*Апанасович В.Г., Полянская А.В., Хидченко С.В., Ягур В.Е.,*

*Достанко Н.Ю.*

## **ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О КОМПЛЕКСНОМ РЕГИОНАРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ**

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) – патологическое состояние в виде хронического болевого синдрома, развивающегося после воздействия повреждающего фактора, не ограничивающегося зоной иннервации одного периферического нерва, явно непропорциональное воздействию фактору и проявляющееся сенсорными, моторными и вегетативно-трофическими расстройствами [1].

КРБС один из наименее изученных и, в тоже время, наиболее клинически тяжелых вариантов нейропатической боли.

Первое описание симптомокомплекса, схожего с КРБС, было сделано хирургом А. Раге в 1634 году, лечившего короля Карла IX. Венценосный пациент страдал тяжелым болевым синдромом и контрактурой верхней конечности, развившимися после лечебного кровопускания.

S.W. Mitchell, невролог и младший хирург, возглавлял военный госпиталь армии США во время Гражданской войны в который поступали раненые с неврологическими повреждениями. В октябре 1864 г. совместно с двумя коллегами опубликовал ставший классическим в медицинской литературе труд «Огнестрельные ранения и другие повреждения нервов» с детальным описанием КРБС. Авторы подчеркнули связь синдрома с травмой, отсутствие прямого повреждения нерва и суставную природу данной патологии.

В 1867 г. в статье для журнала «Записки санитарной комиссии Соединенных Штатов» доктор S.W. Mitchell впервые использовал термин «каузалгия» (от греческих слов «жар» и «боль») для описания этой болезни [2].

Необычное развитие и течение заболевания привлекали внимание многих исследователей.

Так, в 1851 г. Claude Bernard (1813–1878) впервые продемонстрировал пациента с болевым синдромом, связанный с дисфункцией симпатической нервной системы. В 1900 г. P. Sudeck описал состояние после травмы конечности, характеризующееся устойчивым болевым синдромом, отеком и нарушением двигательной функции, которое получило его имя – синдром Зудека.

В литературе накапливались данные с описанием случаев схожих клинических симптомокомплексов под «вывесками» таких названий, как малые каузалгии, синдром посттравматического боли, посттравматический болезненный артроз, дистрофия Зудека, посттравматический отек, рефлекторная дистрофия, синдром «плечо – рука», хронический травматический отек, алгодистрофия, симпаталгия. В 1916 г. R. Lerich предположил, что каузалгия связана с чрезмерной активностью симпатической нервной системы, а в 1946 г. J. Evans на основе гипотезы W. Livingston о симпатосоматической причине болевого синдрома предложил новый термин – «рефлекторная симпатическая дистрофия» (РДС), который стал самым распространенным термином для описания этого состояния во второй половине XX в. J. Bonica в первом издании классического руководства «The Management of Pain» использовал термин «рефлекторная симпатическая дистрофия» и высказал концепцию о развитии синдрома в несколько этапов.

В 1986 г. W. Roberts ввел термин «симпатически поддерживаемая боль» в качестве синонима рефлекторной симпатической дистрофии на основании того, что блокада симпатической нервной системы зачастую приводила к значительному улучшению или даже ремиссии симптомов. Для подтверждения клинического диагноза рефлекторной симпатической дистрофии или симпатически поддерживаемой боли получение положительного анальгетического ответа на симпатолитическое лечение считалось необходимым. Тем не менее было много больных

с рефлекторной симпатической дистрофией, у которых симпатическая блокада не приводила к желаемому эффекту.

В 1993 году во Флориде специальная группа «Боль и симпатическая нервная система» международной ассоциации по изучению боли (IASP – The International Association for the Study of Pain) пришла к следующему заключению [1,4]:

- каждый компонент термина «РСД «проблематичен»;
- роль симпатической нервной системы неоднозначна;
- дистрофия развивается редко – только у 15% пациентов;
- целесообразна замена термина «рефлекторная симпатическая дистрофия» на «комплексный регионарный болевой синдром» (КРБС).

Таксономически КРБС включает следующие компоненты:

1. Комплексный – выражает особенности клиники (длительность болевого синдрома, воспалительные, вегетативные, кожные, моторные и дистрофические изменения).

2. Регионарный – отражает, что большинство случаев связаны с конкретной областью тела, при этом боль может выйти за пределы области начального поражения.

3. Болевой – может возникать как спонтанно, так и при воздействии не-ноцицептивных раздражителей (аллодиния, гипералгезия).

4. Синдром – устойчивая совокупность ряда симптомов, взаимосвязанных между собой.

Таким образом, доказано, что роль симпатической нервной системы в развитии изучаемого заболевания существенно преувеличена, а название не соответствовало сути болезни. Замена старого термина на новый: «комплексный регионарный болевой синдром», соответствует современному представлению о развитии данной нозологии.

**Актуальные** вопросы внутренних болезней [Электронный ресурс] : сб. науч. тр. науч.-практ. конф, посвящ. 55-летию 2-й кафедры внутренних болезней Белорус. гос. мед. ун-та, Минск, 6 декабря 2018 г.

## **Литература**

- 1.Корячкина В.А. Комплексный регионарный болевой синдром : пособие для врачей. СПб.:РНИИТО, 2014;32.
2. Секреты ревматологии / под ред. Стерлинга Дж. Уэста: пер. с англ. ; под ред. О.М.Лесняк. М.:ГЕОТАР-Медиа, 2018;760.
- 3.Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Клименко А.А. Комплексный региональный болевой синдром – клиника, диагностика, лечение. Клиницист 2013;1:41-46.
4. de Mos M., Huygen F.J., Dieleman J.P., Koopman J.S., Stricker B.H., Sturkenboom M.C. Medical history and the onset of complex regional pain syndrome (CRPS). Pain 2008;139:458-466.

Репозиторий БГМУ