

Хроническая боль: актуальные вопросы лечения

30 мая 2016 г. в Учебно-научном медицинском комплексе «Университетская клиника» Харьковского национального медицинского университета состоялась Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы лечения хронической боли», вызвавшая огромный интерес неврологов, терапевтов, реабилитологов и других специалистов практической медицины.



Открыл работу конференции профессор **Владимир Савенков**, директор Учебно-научного медицинского комплекса «Университетская клиника» Харьковского национального медицинского университета, акцентировавший внимание на важности междисциплинарного подхода в лечении пациентов с хронической болью. Как правило, такие больные перенаправляются к различным специалистам, не получая адекватной медицинской помощи, что приводит к ухудшению их психосоматического состояния, а иногда и суицидальным попыткам. Именно поэтому лечение пациентов с хронической болью следует проводить в специализированных центрах мультидисциплинарной командой, в состав которой входят невролог, анестезиолог, психиатр, психотерапевт, эндокринолог, хирург, ортопед, травматолог и другие специалисты.



Профессор **Михаэль Шенк**, руководитель Центра интегративной медицины боли и отделения анестезиологии, консультант в медицине боли, анестезиологии и паллиативной помощи Клиники Хавельхое (Берлин, Германия), поделился с украинскими коллегами опытом купирования острой послеоперационной боли. Он обратил внимание на необходимость разработки концепции лечения пациентов с болевым синдромом. Например, в Германии существует специальный документ по купированию острой послеоперационной боли, а также проекты по улучшению качества послеоперационной терапии боли (QUIPS, PAIN OUT), позволяющие улучшить процесс лечения пациентов с болевым синдромом.

Цели послеоперационной терапии — удовлетворенность пациента (достаточная анальгезия, хорошее самочувствие), ранняя мобилизация (возможна физиотера-

пия, сохранена моторика), снижение заболеваемости и смертности, уменьшение длительности пребывания в лечебном учреждении. План послеоперационного контроля боли включает базовую терапию неопиоидными анальгетиками, системную и региональную анестезию.

Непосредственно перед операцией анестезиолог посещает больного, обсуждает с ним план лечения и меры контроля боли, определяет постоперационную анальгезию согласно виду операции, иногда — выбору пациента. Состояние больного после операции контролирует специальная служба терапии боли, в которую входит высококвалифицированный персонал. Важным моментом является оценка боли после операции самим пациентом.

Говоря о сопутствующей послеоперационной терапии боли, М. Шенк отметил, что следует избегать применения бензодиазепинов; при применении региональной анальгезии сочетанно с опиатами возможно угнетение дыхания на фоне сопутствующей патологии. В качестве дополнительных методов (после тяжелых операций) применяют селективные/неселективные ингибиторы циклооксиге-

назы-2 (парекоксиб, диклофенак, ибупрофен, целекоксиб и др.). При периоперационной терапии неопиоидными анальгетиками при боли малой и средней интенсивности в комбинации с региональной анальгезией реже отмечают побочные эффекты опиатов, послеоперационную рвоту, угнетение дыхания, сомнолентность.

Докладчик привел результаты исследования, свидетельствующие об эффективности применения парекоксиба после пластики тазобедренного сустава. Так, парекоксиб в сравнении с метамизолом натрием имеет ряд преимуществ: способ введения (парентеральное, болюсное), время действия (12 ч), анальгезирующий и противовоспалительный эффект, однако может вызывать снижение почечного кровотока.

Перидуральную анальгезию проводят посредством наложения катетера в центре пораженного участка, комбинации местных анестетиков низкой концентрации с низкодозированными опиатами. Перед операцией пациенту вводят дозу ропивакаина и суфентанилома, в качестве дополнительной терапии (при необходимости) — парекоксиб или пиритрамид.





После операции важно проводить контроль качества анальгезии, оценку боли, метода анальгезии, нежелательных эффектов, а также наблюдать за состоянием пациента.



Профессор Ирина Григорова, заведующая кафедрой неврологии № 1 Харьковского национального медицинского университета, рассказала о клинико-диагностических и лечебно-реабилитационных подходах в лечении при хронической боли в спине — одного из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы. Болевой синдром может проявляться ноцицептивной (поражение костно-мышечной системы с непосредственной активацией болевых рецепторов), нейропатической (поражение центральной или периферической нервной системы, вовлекающее структуры, проводящие, воспринимающие или модулирующие боль) и психогенной (хронической) болью.

Наиболее часто отмечают:

- боль, связанную с артритом (остеохондрозом), которая обоснованно может быть интерпретирована как источник боли;
- боль в результате травмы;
- боль, связанную с метаболическим заболеванием костей (остеопороз).

И. Григорова подробно остановилась на механизмах развития болевого синдрома. В подавляющем большинстве случаев основная причина боли в спине — дегенеративно-дистрофический процесс в позвоночнике (остеохондроз), связанный с изменениями в межпозвоночных дисках

после повторных травм, избыточной статической или динамической нагрузки, наследственной предрасположенностью и рядом других факторов. Боль в спине может возникать при грыжах диска, нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, артрозе межпозвоночных (фасеточных) суставов, стенозе позвоночного канала. На каждом из этих этапов синдром боли имеет свое клиническое своеобразие, динамику, прогноз и требует индивидуального подхода к лечению с целью недопущения хронизации боли.

Важным является проведение диагностики с целью выявления нестабильности межпозвоночного двигательного сегмента, определение и исключение патологических состояний, не связанных с болью в пояснице и ее вертеброгенным характером. Докладчик напомнила, что источником боли в нижней части спины могут быть практически все анатомические структуры пояснично-крестцового отдела, брюшной полости и органов малого таза. Поэтому, прежде чем назначить лечение, особенно физиотерапию, мануальное воздействие, необходимо провести тщательную диагностику для исключения таких тяжелых патологических состояний, как перелом тела позвонка, опухоль позвоночника и спинного мозга, метастазы, синдром сдавления корешков конского хвоста и другие, требующие тщательного обследования пациента.

Существует временная градация между острой и хронической болью. Так, боль длительностью <6 нед относят к острой, 6–12 нед — подострой, >12 нед — хронической. И. Григорова отметила, что плохо леченая острая боль обязательно приведет к ее хронизации, поэтому искусство врача заключается в своевременном подборе адекватного препарата с разными формами введения, не оказывающего кардио- и нефротоксического

воздействия, а также не влияющего на желудочно-кишечный тракт.

Алгоритм терапии при острой боли включает применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксантов, их комбинацию, применение анальгетиков, сохранение двигательной активности, акупунктуру. Купирование отека и воспаления является весомым, но вспомогательным методом терапии. При обострениях показаны НПВП, миорелаксанты, лечебные блокады.

При хронической боли применяют НПВП (но не в монотерапии), миорелаксанты (бензодиазепиновые производные), хондропротекторы, антидепрессанты, антиконвульсанты с обезболивающим эффектом, опиоидные анальгетики (слабые — трансдермально, сильные — только при обострении), витаминотерапию (препараты α-липовой кислоты, средства, улучшающие миелинизацию). Рекомендованы массаж, мануальная терапия, лечебная гимнастика, бальнеотерапия.



В выступлении **Анны Гребенюк**, доцента кафедры невропатологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии о последних проблемах

диагностики и лечения при нейропатической боли в практике врача-невролога. Она отметила, что для успешного лечения при болевом синдроме необходимо определить не только отдельные компоненты боли, но и ее вид (ноцицептивная, нейропатическая, психогенная), исходя из жалоб пациента, анамнеза и особенностей течения заболевания.

Согласно эпидемиологическим данным, частота нейропатической боли в популяции достигает 6–7%; на приемах врача-невролога такие пациенты составляют 10–12%, при этом 60% не получают адекватной терапии.

Говоря о механизмах формирования нейропатического болевого синдрома, докладчик обратила внимание на критерии диагностики заболевания, включающие:

- локализацию боли в нейроанатомической зоне;
- наличие в анамнезе поражения или заболевания периферической или центральной соматосенсорной нервной системы;
- наличие в нейроанатомической зоне позитивных и негативных сенсорных симптомов;
- наличие объективного подтверждения поражения соматосенсорной нервной системы.

А. Гребенюк отметила, что для диагностики нейропатической боли целесообразно применять «подход трех С» (слушать, смотреть, соотносить). Как правило, пациенты могут предъявлять характерные

жалобы на жгучую, стреляющую, колющую боль, ощущение иголок под кожей, ползания мурашек, болезненное ощущение холода или жара в конечностях. Помимо этих жалоб, при клиническом обследовании могут выявлять сенсорные (ограниченные областью иннервации поврежденных структур), негативные (гипестезия, гипалгезия), позитивные (аллодиния, гипералгезия, дизестезия, гиперпатия, спонтанная боль) симптомы. Дополнительные методы исследования (электронейромиография, магнитно-резонансная томография) позволяют подтвердить наличие повреждений или заболеваний как причины нейропатической боли. Важным является также соотношение характера предъявляемых жалоб и результатов объективного осмотра с данными анамнеза. Для оценки нейропатической боли применяют визуальную аналоговую шкалу, шкалы LANSS, DN4 и др.

В продолжение выступления докладчик остановилась на терапии наиболее частых видов нейропатической боли:

- при постгерпетической невралгии препаратами 1-й линии терапии являются прегабалин, габапентин, лидокаин местно, трициклические антидепрессанты, 2-й и 3-й линии — капсаицин, опиоиды, вальпроаты;
- при болевой полинейропатии препараты 1-й линии — прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты, дулоксетин, венлафаксин, 2-й и 3-й линии — опиоиды, трамадол;
- при классической тригеминальной невралгии препараты 1-й линии — карбамазепин, окскарбазепин, рекомендации 2-й линии — хирургическое лечение;
- при центральной нейропатической боли препараты 1-й линии — прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты, 2-й и 3-й линии — канабиноиды, ламотригин, опиоиды, трамадол;
- при радикулопатии препарат 1-й линии — прегабалин, 2-й и 3-й линии — трициклические антидепрессанты, опиоиды и их комбинация.



Владимир Коростий, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, руководитель Центра лечения боли

Учебно-научного медицинского комплекса «Университетская клиника» Харьковского национального медицинского университета, уделил внимание психологическим и психофармакологическим аспектам лечения и реабилитации пациентов с хронической болью. Он отметил, что при хронической боли образуется кольцевая психосоматическая зависимость, связывающая первичный болевой синдром, психогенную и соматогенную тревогу и депрессию, утяжеление болевого синдрома. При соматически обусловленной хронической боли может возникнуть психологическая (психопатологическая) реакция на нее, коморбидное психическое расстройство, психическое расстройство с преимущественно болевыми проявлениями.

В. Коростий подчеркнул, что основой правильного лечения при указанной патологии является контроль боли и восстановление контроля со стороны пациента над его жизнью. Эти две задачи решаются благодаря мультимодальному подходу к терапии, включающему фармакологическое, физиотерапевтическое, хирургическое лечение, психофармакотерапию, психологическую и физическую реабилитацию, психотерапию.

Диагностика хронической боли должна включать не только оценку психического состояния пациента, но и подробный анализ, особенности течения боли, ее оценку с помощью психометрических шкал, психодиагностические методики, анализ локуса контроля, оценку компетентности.

Цель психотерапии — путь от выявления боли до движения к активной позиции навыков преодоления боли, повышения самооб-

ладания, качества жизни, самооценки и в конечном итоге — возвращения контроля над своей жизнью. Для этого применяют образовательные подходы, когнитивно-поведенческую психотерапию, релаксацию, психофизическую тренировку и биоуправление, арт-терапию, ароматерапию, телесно-ориентированную психотерапию, групповую терапию. Важны психообразование пациентов с хронической болью, индивидуальная психотерапия (работа с переживанием боли), а также групповая терапия.

Психофармакотерапия должна быть направлена на устранение симптомов синдрома, расстройства (раздражительность, тревога, депрессия, инсомния), изменение интенсивности переживания боли, снижение интенсивности болевых ощущений. Пациентам с хронической болью в сочетании с тревожным расстройством рекомендованы психотерапевтическое лечение, когнитивно-поведенческая терапия, применение антидепрессантов (ингибиторы обратного захвата серотонина или ингибиторы обратного захвата норадреналина), модуляторов кальция, прегабалина; в случае неэффективности — трициклических антидепрессантов и анксиолитиков, а также физическая активность, кинезотерапия.

Докладчик отметил, что при лечении боли и депрессии обязательно необходимо дифференцировать показания к применению антидепрессантов, а также напомнил, что психофармакотерапия эффективна только в комплексной мультимодальной терапии.

Подводя итоги работы, организаторы конференции выразили надежду, что во время следующей встречи по проблеме хронической боли спектр обсуждаемых вопросов расширится и включит такие актуальные направления, как физическая реабилитация, травматология, хирургия, а мероприятие соберет еще большее количество специалистов, стремящихся получить новые знания, необходимые в ежедневной клинической практике.

*Марина Колесник,
фото автора*

Реферативна інформація

Злоупотребление лоперамидом в высоких дозах связано с развитием опасной для жизни аритмии

Злоупотребление лоперамидом связано с опасными для жизни сердечными событиями, согласно докладу — предупреждению Управления по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (US Food and Drug Administration — FDA).

Применение лоперамида в дозах, превышающих рекомендуемые, имеет кардиотоксичный эффект, в частности вызывая различные аритмии: желудочковую тахикардию по типу torsades de pointe, удлинение интервала Q-T и даже остановку сердца. Аритмия возникает при сочетанном применении лоперамида с циметидином, кларитромицином, эритромицином, гемфиброзилом, итраконазолом, кетоконазолом, хинидином и хинином, ранитидином и ритонавиром.

FDA также подчеркивает, что наиболее серьезные сердечные проблемы возникают в случаях осознанного злоупотребления или неправильного применения лоперамида в высоких дозах лицами, занимающимися самолечением опиоидной зависимостью, либо теми, кто пытается достичь таким образом состояния эйфории.

Так, в апреле 2016 г. на страницах журнала «Annals of Emergency Medicine» появилось сообщение о двух смертельных случаях злоупотребления лоперамидом, когда пациенты скончались в отделении неотложной помощи.

Опасными также признаны некоторые комбинации препарата с веществами, способствующими повышению абсорбции, проникинговению лоперамида через гематоэнцефалический барьер, ингибирующими метаболизм препарата, тем самым повышая эйфорический эффект лоперамида.

Поэтому при подозрении на злоупотребление лоперамидом FDA рекомендует сделать соответствующий анализ крови, начав необходимую терапию. В случае возникновения тахикардии по типу torsades de pointe рекомендуют использовать электрическую стимуляцию и кардиоверсию.

Cassels C. (2016) Abuse, Misuse of Antidiarrheal Linked to Serious Heart Problems. Medscape Medical News, June 7 (<http://www.medscape.com/viewarticle/864474>).

Анна Антонок