

Pain Control: искусство контролировать боль

10 октября 2016 г. в Харькове состоялся Междисциплинарный симпозиум с международным участием «Pain Control: искусство контролировать боль», в ходе которого ведущие украинские и зарубежные специалисты в области лечения боли рассказали о механизмах формирования острой и хронической боли, особенностях течения болевого синдрома, современных методах обезболивания. Организаторами мероприятия выступили Харьковский национальный медицинский университет, Луганский государственный медицинский университет, Учебно-научный медицинский комплекс «Университетская клиника» Харьковского национального медицинского университета и Украинская ассоциация по изучению боли.



Открыл работу конференции профессор **Владимир Савенков**, директор Учебно-научного медицинского комплекса «Университетская клиника» Харьковского националь-

ного медицинского университета. Он обратил внимание, что в фокусе проводимого симпозиума находятся фундаментальные вопросы изучения механизмов боли, а также прикладные вопросы диагностики и междисциплинарного лечения пациентов с синдромом боли. Боль — один из важнейших сигналов, предупреждающий об опасности, однако истощающий силы организма, именно поэтому необходимо направлять все усилия на борьбу с ней.



Профессор **Елена Товажнянская**, заведующая кафедрой неврологии № 2 Харьковского национального медицинского университета, рассказала о механизмах формирования синдрома хронической боли в спине, которая возможна при мышечно-скелетной патологии (миофасциальная дисфункция, вертеброгенные рефлекторные и корешковые синдромы и др.), заболеваниях внутренних органов, психогенных нарушениях (депрессия, истерия, ипохондрия). Докладчик отметила, что большое значение в возникновении боли в спине отводят нарушению биомеханики позвоночника с развитием перенапряжения отдельных групп мышц, формированием мышечно-тонических нарушений и миофасциальной дисфункции. Так, миофасциальная дисфункция может проявляться мышечным спазмом, наличием зон отраженной боли, болезненных мышечных уплотнений, активных и латентных триггерных точек. Как правило, боль тупая, локализованная в пределах пораженной

мышцы, имеет зону отраженной боли и стабильное расположение триггерных точек. При радикулопатии боль развивается в результате раздражения, травматизации, сдавления и ишемизации спинномозговых корешков и нервов вследствие структурных и функциональных нарушений в позвоночно-двигательном сегменте, мышцах, связках, смежных суставах и др. Боль носит смешанный ноцицептивно-нейропатический характер.

В развитии психогенной боли важную роль играет острый и хронический эмоциональный стресс. В состоянии хронического стресса может изменяться стереотип движений, нарушаться функция мышц, формироваться миофасциальная дисфункция, психогенные нарушения могут потенцировать хронизацию боли. Боль носит поверхностный характер, ее интенсивность и течение определяются колебаниями психологического состояния.

Диагностика включает: проведение соматического обследования, исключение специфической патологии, выявление спинальных или компрессионно-ишемических синдромов на основании исследования неврологического статуса, выявление причин и вариантов нарушений двигательного паттерна, болезненных спазмированных мышц, триггерных точек, нейропсихологическое и рентгенологическое обследование, проведение компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и электронейромиографии. Важным, по мнению докладчика, является исключение или подтверждение «красных флажков» — инфекционного поражения, новообразований, кардиальной патологии, компрессионного перелома позвонков или травмы ребер, посттравматической невралгии.

При соматической патологии пациенты нуждаются в проведении специфического лечения, при психогенных нарушениях — в лечении тревоги, нивелировании стрессорных факторов, укреплении психосоматического здоровья, при миофасциальной дисфункции — создании правильного двигательного стереотипа и мышечного корсета, нивелировании

мышечного спазма, инактивации триггерных точек.

Е. Товажнянская отметила, что боль в спине может иметь различную патофизиологическую основу и механизмы ее формирования (ноцицептивная, ноцицептивно-воспалительная, нейропатическая, дисфункциональная боль в спине), которые и определяют применение различных групп препаратов. Так, при ноцицептивной боли, вызванной мышечным спазмом, применяют миорелаксанты, при боли, обусловленной воспалением — нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). При нейропатической боли препаратом выбора является прегабалин, рекомендованы также трициклические антидепрессанты (амитриптилин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин).

Важным является недопущение хронизации боли. Установлено, что трансформация острой боли в хроническую происходит в течение 3–6 мес, что дает практикующему врачу терапевтическое окно для назначения специфической терапии (НПВП, антиконвульсанты, антидепрессанты).



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, обратил внимание, что при коррекции и профилактике хронической боли необходимо учитывать психическое состояние пациента. В клинической практике чаще отмечают соматически обусловленную хроническую боль и психологическую (психопатологическую) реакцию на нее, соматически обусловленную хроническую боль и коморбидное психическое расстройство, психическое расстройство

с преимущественно болевими проявлениями.

Говоря о взаимосвязи тревожных и депрессивных расстройств с болью в спине, В. Коростий отметил, что пациентам с болевым синдромом необходима профилактика проявлений, связанных с влиянием психологической реакции на дальнейшее его течение. Установлена патогенетическая связь болевых и депрессивных расстройств: жалобы на мышечную боль и боль в спине часто являются предикторами депрессивного расстройства.

При психологической реакции на боль важно психообразование пациента, включающее информацию о причинах и механизмах возникновения боли и ее хронизации, анализ условий и факторов, провоцирующих и поддерживающих боль, мотивирующие беседы и принятие пациентом стратегии преодоления боли. Лечение у психотерапевта показано при акцентуации личности, психогенных проявлениях, влиянии психотравмирующих ситуаций. При наличии коморбидного психического расстройства, предположении о психическом расстройстве с преимущественно болевыми проявлениями, расстройстве личности, аддикции необходима консультация психиатра.

Для лечения пациентов с хронической болью и тревожным расстройством применяют психотерапевтические методы (когнитивно-поведенческая терапия), антидепрессанты (эсциталопрам, дулоксетин, венлафаксин, прегабалин), трициклические антидепрессанты (имипрамин), трициклические анксиолитики (опипрамом). Физическая активность также имеет доказанную эффективность при сочетании тревожного расстройства и болевого синдрома.

В. Коростий подчеркнул, что психотерапия при хронической боли с коморбидным тревожным и/или депрессивным расстройством более эффективна в комплексной мультимодальной терапии. Комплексная фармакотерапия в сочетании с психологической поддержкой и психотерапией на этапе раннего лечения способствует предотвращению хронизации болевого синдрома. Для большинства пациентов, не имеющих психических нарушений, важным является психообразование и психологическая поддержка, при наличии психотравмирующих обстоятельств — соответствующая психотерапия, при сопутствующих психических расстройствах необходима консультация психиатра и дальнейшее лечение.



В своем выступлении профессор **Людмила Пасиешвили**, заведующая кафедрой общей практики — семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального меди-



цинского университета, коснулась проблемных вопросов лечения при хронической боли. Она напомнила о необходимости учитывать оценку хронического болевого синдрома (длительность, интенсивность, механизмы возникновения) и интенсивность боли до начала и в ходе лечения, разработать индивидуальные схемы терапии с подбором необходимых лекарственных препаратов в каждом конкретном случае с учетом причин возникновения хронического болевого синдрома.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принципы обезболивающей терапии включают трехступенчатую схему обезболивания («лестница ВОЗ»), преимущественный прием препаратов *per os* и по часам, индивидуальный подход, внимание к деталям.

Трехступенчатая помощь пациентам с хроническим болевым синдромом предусматривает:

- 1-я ступень — простые анальгетики (парацетамол, метамизол натрий + дифенгидрамин, НПВП, кеторолак);
- 2-я ступень — слабые опиоиды (трамадол, препараты, содержащие кодеин);
- 3-я ступень — сильные опиоиды (морфин).

Л. Пасиешвили отметила, что Украина занимает 79-е место из 152 стран по применению наркотических препаратов в медицинских целях. Опиоидные анальгетики назначают в 20% случаев, в то же время 80% пациентов с хронической тяжелой болью не получают адекватной терапии.

Подбор доз наркотических препаратов зависит от возраста больного. Так, в возрасте 0–18 лет и старше 60 лет первая терапевтическая доза составляет 5 мг, в возрасте 18–60 лет — 10 мг каждые 4 ч соответственно. Такую дозу назначают для амбулаторного применения в течение суток, после чего врач повторно контактирует с больным, оценивая наличие боли,

психическое состояние пациента, наличие осложнений. Если первая доза вызывает выраженную сонливость, адинамию, слабость, ее снижают на 50%, если не оказывает анальгезирующего эффекта — следующую дозу повышают на 50%. Как правило, дозы повышают ежедневно на 30–50–100% до достижения оптимального эффекта.



Профессор **Михаэль Шенк**, руководитель отделения анестезиологии и лечения боли Центра интегративной и антропософской медицины клиники Хавельхое (Берлин, Германия), поделился

опытом применения опиоидов при хронической неонкологической боли. Он отметил, что опиоидные анальгетики эффективны у пациентов с хронической болью в спине, хронической болью при остеоартрите, хронической невропатической болью (полинейропатия различной этиологии, постгерпетическая невралгия). При этом важно применять опиоиды замедленного, но долгосрочного действия, не вызывающие привыкания.

М. Шенк отметил, что перед началом лечения необходимо обсудить с пациентом потенциальные выгоды и вред от применения опиоидных анальгетиков по сравнению с другими вариантами лекарственной терапии, а также с немедикаментозным лечением. Выбор фармакотерапии должен происходить с учетом присутствующего хронического болевого синдрома, сопутствующей патологии пациента, противопоказаний, предпочтений пациента, преимуществ и недостатков существующих методов лечения. Индивидуальные и реалистичные цели лечения разрабатывают совместно с пациентом.

При выборе опиоидного анальгетика и способа его применения принимают во внимание сопутствующие заболевания пациента, противопоказания для трансдермальных систем или перорального приема, профиль нежелательных эффектов препарата. Следует применять ретард-формы препаратов с большей продолжительностью действия. Лечение необходимо начинать с низких доз, в зависимости от эффекта и переносимости дозу постепенно повышают до достижения индивидуальных целей лечения. С началом опиоидной терапии обязательно назначают противорвотные и слабительные препараты.

При длительной терапии опиоидами мониторинг следует проводить через регулярные промежутки времени: оценивают достижение целей лечения, появление побочных эффектов (снижение либидо, психические изменения), злоупотребления. Если после начала терапии опиоидами (максимум 12 нед) индивидуальные цели лечения не достигнуты, терапию прекращают. После 6 мес лечения у пациентов с ответом на терапию следует обсудить возможность снижения дозы и/или окончания лечения. Впоследствии возможно либо продолжение терапии опиоидами, либо дополнительное проведение немедикаментозного лечения (например мультимодальной терапии).



Игорь Романенко, профессор кафедры неврологии и семейной медицины Луганского государственного медицинского университета, президент Украинской ассоциации по изучению боли, представил доклад, посвященный пропедевтике боли. Он подробно остановился на механизмах возникновения боли, отметив, что при различных типах боли задействованы разные патофизиологические механизмы (центральная сенситизация, мышечный спазм, воспаление, недостаточность нисходящих ингибиторных влияний, периферическая сенситизация), являющиеся терапевтическими мишенями. В лечении хронической боли важным, по мнению докладчика, является мультимодальный подход, который, наряду с фармакотерапией, включает обучение пациента, физическую реабилитацию, психотерапию, когнитивную терапию, психологическую поддержку, социальную адаптацию, мануальную терапию, медитацию, релаксацию и другие методы.



В своем выступлении **Светлана Триполка**, доцент кафедры терапии, ревматологии и клинической фармакологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, косну-

лась междисциплинарных проблем воспалительной боли в спине. В соответствии с рекомендациями Международной ассоциации спондилоартрита (Assessment of SpondyloArthritis International Society — ASAIS), боль в спине считают воспалительной при наличии как минимум 4 из 5 следующих признаков:

- возраст появления боли <45 лет;
- постепенное начало;
- улучшение после выполнения физических упражнений;
- отсутствие улучшения в покое;
- ночная боль с улучшением после пробуждения.

Клиническим признаком воспалительной боли в спине является перемежающаяся боль в ягодичной области — симптом, указывающий на активное воспаление и/или наличие деструкции в крестцово-подвздошных суставах. Имеются гендерные различия: воспалительная боль в спине у мужчин начинается с поясничного отдела позвоночника и носит восходящий характер, у женщин — напротив, чаще дебютирует с шейного отдела позвоночника.

Спондилоартрит следует заподозрить и направить к ревматологу при наличии остеохондроза у лиц молодого возраста, моно-, олигоартрита преимущественно нижних конечностей, «пяточной шпоры» или ахиллобурсита, воспалительной боли в спине, переднего рецидивирующего увеита в сочетании с болью в спине или артритом, а также чего-либо из вышеперечисленного и повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ).

Говоря о методах исследования, С. Триполка отметила, что специфических лабораторных диагностических тестов нет. Определение HLA-B27 играет вспомогательную роль, без характерной клинической картины заболевания его наличие или отсутствие не подтверждает и не опровергает диагноз. Показатели СОЭ и СРБ у большинства пациентов не отражают клинической активности заболевания. Среди методов визуализации на первом месте — рентгенография и МРТ (для ранних стадий заболевания). КТ широкого применения не нашла и используется для дифференциальной диагностики. Ультразвуковое исследование не несет какой-либо смысловой нагрузки для диагностики спондилоартрита, применяется лишь для уточнения и проведения дифференциальной диагностики воспаления суставов с посттравматическими повреждениями связок и сухожилий.

Для диагностики спондилоартрита используют классификационные критерии ASAIS. Так, диагноз устанавливают у пациентов в возрасте <45 лет с болью в спине в течение ≥3 мес при наличии сакроилеита по данным МРТ или рентгенографии и ≥1 признака спондилоартрита или при определении HLA-B27 и ≥2 признаков спондилоартрита, к которым относят воспалительную боль в спине, артрит, энтезит, дактилит, увеит, псориаз, болезнь Крона/язвенный колит, достаточный ответ на применение НПВП, семейный анамнез

по спондилоартриту, HLA-B27, повышенный уровень СРБ; у пациентов с только периферическими симптомами — при наличии артрита, или энтезита, или дактилита и ≥1 (увеит, псориаз, предшествующая инфекция, HLA-B27, сакроилеит по данным МРТ или рентгенографии) или ≥2 признаков спондилоартрита (артрит, энтезит, дактилит, воспалительная боль в спине, семейный анамнез).

Лечение направлено на уменьшение аксиальных, периферических и внескелетных проявлений. При спондилоартрите основой лечения является обучение пациентов, выполнение ими упражнений, реабилитация. Применяют сульфасалазин, местные кортикостероиды, блокаторы фактора некроза опухоли, НПВП.

С. Триполка также обратила внимание, что при применении комбинации глюкозамина и хондроитина сульфата биодоступность препаратов значительно снижается, тем самым не оказывая положительного терапевтического эффекта.



О современных аспектах диагностики и лечения фибромиалгии шла речь в докладе **Владислава Мищенко**, ведущего научного сотрудника отдела нейропсихобиокибернетики ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины».

Он напомнил, что клиническими проявлениями этого заболевания являются боль, усталость (утомляемость), нарушения сна. Для большинства пациентов характерна диффузная, мультифокальная, мигрирующая, сверлящая или жгучая боль, которая локализуется нередко в пояснично-крестцовой области и может иррадиировать в ягодицы и нижние конечности. Наряду с этим отмечают боль и ограничение движений в шее и мышцах верхнего плечевого пояса. Боль при фибромиалгии колеблется по интенсивности, спонтанно усиливаясь или ослабевая, кроме того, обладает отчетливой тенденцией к миграции в различные мышечные зоны. Интенсивность боли может существенно возрастать на фоне травм, инфекций, значительной физической нагрузки. Скованность, отмечаемая у подавляющего большинства пациентов, наиболее выражена по утрам, в течение дня по мере повышения физической активности уменьшается и даже исчезает. Многие пациенты испытывают явные затруднения при подъеме по лестнице, ходьбе, а не менее 1/3 больных — при заурядной ежедневной физической нагрузке. Болевой синдром и чрезмерная усталость сопряжены, как правило, с нарушениями сна.

Когнитивные нарушения — облигатный признак фибромиалгии. У пациентов отмечают ухудшение памяти, затруднения с концентрацией внимания, группировкой слов, уменьшение словарного запаса.

В клинической картине заболевания неизменно присутствуют определенные психические нарушения: тревога, панические атаки, депрессия или субдепрессия.

В соответствии с рекомендациями Американской коллегии ревматологов (American College of Rheumatology — ACR), фибромиалгию диагностируют на основании диагностических критериев и клинических характеристик: повышенная утомляемость, качество жизни, общие функции, болезненность, сон, нарушение когнитивных функций, ригидность, депрессия/тревожность (со слов пациента). Боль присутствует в 11 из 18 болезненных точек при пальпации (затылок, нижняя часть шеи, трапециевидные, надостные мышцы, второе ребро, латеральный надмыщелок, ягодичные мышцы, большой вертел, коленный сустав).

Лечение при фибромиалгии направлено на уменьшение выраженности периферической боли (боли в мышцах), улучшение или профилактику центральной сенсibilизации, нормализацию нарушений сна, терапию сопутствующей патологии (депрессии). Препараты первой линии терапии — антиконвульсанты (прегабалин, габапентин), антидепрессанты (трициклические антидепрессанты в низких дозах, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), миорелаксанты (tizанидин, циклобензаприн), бензодиазепины (клоназепам), местные анестетики (лидокаин), антагонисты NMDA-рецептора, НПВП. Немедикаментозные методы лечения включают когнитивно-поведенческую терапию, обучение пациента, повышение физических нагрузок, гипнотерапию, балнеотерапию, иглоукалывание, мануальную терапию, массаж, электротерапию, инъекции в ключевые болевые точки.



Профессор **Андрей Истомин**, заведующий кафедрой физической реабилитации и спортивной медицины с курсом физического воспитания и здоровья Харьковского национального

медицинского университета, уделил внимание особенностям лечения при болевом синдроме у пациентов с поперечно-тазовой лигаментопатией, отметив, что оно должно определяться стадией дистрофических изменений. Эффективность общепринятого недифференцированного подхода, заключающегося в освобождении от нагрузок, электрофорезе йодида калия и новокаина, неоднократных лечебных блокад с кортикостероидами, дискутабельна. Все эти процедуры помогают лишь снизить остроту процесса и временно восстановить работоспособность. В то же время длительное применение вышеперечисленных методов создает предпосылку рецидивов лигаментопатии и прогрессирования дистрофических изменений в связках пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза и местах их прикреплений.



Многочисленное введение кортикостероидов, кратковременно уменьшая выраженность боли, лишь усугубляет патологический процесс (в качестве альтернативы рекомендованы НПВП). Длительное применение ортезов для фиксации таза на ранних стадиях развития дистрофических изменений противопоказано, оптимальным считают формирование собственного мышечного корсета. Мануальная терапия противопоказана пациентам с гипермобильностью структур пояса нижних конечностей, а также в случаях выраженных дистрофических изменений в связке, сопровождающихся нарушением ее прочностных характеристик. Большое значение для профилактики рецидивов имеет анализ динамического стереотипа, выявление преобладающих нагрузок и поиск путей их коррекции.

Диагностика пояснично-тазовой лигаментопатии включает применение таких высокоинформативных методов, как провокативные тесты, диагностические блокады, спектральная КТ и сонография.

А. Истомин отметил, что лечебная тактика должна носить дифференцированный характер и определяться выраженностью дистрофических изменений в связках. Оценка результатов на основании анализа динамики боли в нижней части спины показала перспективность применения ударно-волновой терапии с использованием softshot-волны.



Профессор **Вольфганг Бауэрмайстер**, руководитель Института боли (Мюнхен, Германия), рассказал о новом методе визуализации в спортивной медицине и медицине боли — ультразвуковой эластосонографии. На клини-

ческих примерах он продемонстрировал преимущества этого метода в определении эластичности (жесткости) в фасции и мышцах, обратив внимание на особенности применения эластосонографии на протяжении.

Все доклады, прозвучавшие во время симпозиума, вызвали огромный интерес неврологов, психологов, ортопедов-травматологов, семейных врачей. Отдельное внимание докладчики уделили вопросам диагностики и лечения при боли в спине у детей (доктор медицинских наук **А.А. Мезенцев**), особенностям обезболивания и улучшения нейропластичности при сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме (профессор **И.А. Григорова**), терапии суставной боли (**В.И. Романенко**), предметного синдрома (кандидат медицинских наук **И.Ю. Романенко**), применению ботулинического токсина типа А в лечении мигрени (кандидат медицинских наук **С.В. Федосеев**), представлены результаты лечения при боли в спине с применением плазмы крови, обогащенной тромбоцитами (доктор медицинских наук **Д.Е. Петренко**).

В рамках научного симпозиума также состоялась Школа лечения боли, во время которой профессор **М. Шенк** представил мастер-класс «Лечение нейропатической боли: мультимодальный интердисциплинарный подход к лечению хронической боли», а профессор **В. Бауэрмайстер** — мастер-класс «Доказательная диагностика миофасциальной системы в спорте и лечении боли: лечить причину, а не симптом!».

Подводя итоги работы симпозиума, организаторы были удовлетворены уровнем и разнообразием тематики докладов, заинтересованностью слушателей — практических специалистов в области лечения боли и выразили надежду, что проведенное мероприятие стало еще одним шагом в продвижении лечения хронической боли в Украине.

*Марина Колесник,
фото автора*