



Профессор О.В. ВОРОБЬЕВА: «Актуальность проблемы боли столь высока, что отчетливо наметилась тенденция выделения медицины боли в самостоятельный раздел клинической практики»



Боль – одна из самых насущных проблем в медицине в целом и неврологической практике в частности. По данным Всемирной организации здравоохранения, боль по масштабам распространения в развитых странах мира сопоставима с пандемией. Однако, несмотря на актуальность, фармакологические разработки, международные руководства и рекомендации по противоболевой терапии, проблема далека от решения и зачастую пациенты не получают адекватной помощи. О механизмах развития острой и хронической боли, возможностях лечения боли в спине, невропатической боли и мигрени – в интервью с доктором медицинских наук, профессором кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Ольгой Владимировной ВОРОБЬЕВОЙ.

– Как часто пациенты обращаются к неврологу с жалобами на боль?

– Боль занимает одно из ведущих мест среди причин обращаемости за специализированной помощью, именно боль существенно снижает качество жизни при широком спектре заболеваний. Около 1,5 млрд человек на Земле страдает от хронической боли. Приблизительно половина пациентов с хронической болью меняет врача как минимум дважды в течение полугода, что ярко свидетельствует о неудовлетворенности качеством лечения. Актуальность проблемы столь высока, что отчетливо наметилась тенденция выделения медицины боли в самостоятельный раздел клинической практики, требующий от врачей разных спе-

циальностей знаний о механизмах развития, особенностях интерпретации, методах терапии боли и практических навыков клинического и инструментального обследования.

– Каковы, на ваш взгляд, сегодня главные проблемы в лечении болевых синдромов?

– Во-первых, есть объективно трудно курабельные болевые синдромы. Так, у 30% пациентов с хронической болью, несмотря на лечение, состояние остается стабильным или даже ухудшается, а остальные 70% пациентов лишь частично отвечают на терапию. Во-вторых, врач может неверно оценить индивидуальные механизмы боли и как следствие назначить неадекватную

целевую терапию. По данным эпидемиологических исследований, в 66% случаев проводится нерациональное лечение анальгетиками, в 70% случаев врачи неверно объясняют пациентам происхождение их боли, в 60% случаев назначают необоснованные исследования. Безусловно, такое положение дел в некоторой степени обусловлено недостаточными знаниями врачей, особенно в области психологии боли. Неудовлетворенность лечением косвенно подтверждается растущим интересом российских интернет-пользователей к теме боли. Так, исследование компании Google показало, что в 2017 г. количество запросов, связанных с болью, в российском сегменте достигло 27 млн.



Актуальное интервью

– Насколько современная наука приблизилась к пониманию механизмов развития боли?

– Наука о боли – алгология развивается быстрыми темпами. Мы все больше понимаем тонкие механизмы формирования различных болевых синдромов. Практическим результатом этих знаний стало появление специфических препаратов этиопатогенетической направленности, которые подходят для лечения определенного болевого синдрома как ключ к замку.

Активно изучается генетика острой и хронической боли. Достижения в области фармакогеномики анальгетиков позволят в обозримом будущем с высокой точностью индивидуально прогнозировать эффективность и безопасность терапии. Мы еще не можем в полной мере использовать новейшие результаты генетических и геномных исследований, но наших знаний уже достаточно для понимания главных отличий острой боли от хронической, что должно ориентировать практического врача на принципиально разные подходы к лечению этих состояний.

– Как развиваются острая и хроническая боль?

– Острая боль – послание в мозг о повреждающем факторе, угрожающем целостности ткани организма. Это важная сигнальная система, которая открывает путь к распознаванию и лечению многих заболеваний. В фокусе повреждения происходит синтез медиаторов воспаления, алгогенов. Алгогены активируют «спящие» болевые рецепторы (ноцицепторы), повышают их чувствительность к химическим и механическим стимулам, в результате снижается порог болевой чувствительности в зоне повреждения ткани (гипералгезия). Одними из ключевых медиаторов боли являются простагландины – модуляторы активности болевых рецепторов. Они облегчают проведение болевого стимула и усиливают продукцию других алгогенов: субстанции P, брадикинина, окиси азота. Поэтому основной патогенетичес-

кий принцип обезболивания при острой боли – ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в центральную нервную систему путем подавления синтеза и секреции алгогенов. Этому требованию наиболее отвечают ненаркотические анальгетики (класс нестероидных противовоспалительных препаратов).

Хроническая боль утрачивает полезную сигнальную функцию. Она существует вне зависимости от повреждения и сохраняется после заживления. Эта боль обеспечивается за счет сложных центральных механизмов, приобретая статус собственно заболевания. Продолжающаяся боль становится пугающей проблемой, разрушающей личность человека, повергающей его в полное бессилие. Она снижает качество жизни, нарушает психологическую адаптацию, ухудшает сон, редуцирует профессиональный потенциал человека. Известно, что нейрональная пластичность является одним из ключевых механизмов для развития и поддержания хронической боли. Нейрональная и глиальная ремоделиция приводит к нарушению баланса между ингибиторными и возбуждающими процессами в пользу последних. Аномальный по интенсивности ответ нейрональных пулов в спинном и головном мозге на пороговые стимулы, ответ на подпороговую стимуляцию вызывают распространение боли за пределы места первичного повреждения, а также влияют на эмоциональные и аффективные аспекты боли. Эти процессы получили название центральной сенситизации. Приоритет при хронической боли отдается препаратам, воздействующим на трансмиссию боли и активирующим ингибиторные (антиноцицептивные) системы.

– Можно ли предупредить переход боли в хроническую форму?

– Многие биологические и психосоциальные факторы связаны с хронизацией боли. Среди них – длительное действие повреждающего фактора, например хроническое воспаление, повреждение нервных

волокон с формированием нейрпатического механизма боли и, наконец, генетические особенности, определяющие индивидуальное восприятие болевых ощущений. Однако на сегодняшний день убедительно доказано, что характер, интенсивность, длительность болевых ощущений не только зависят от самого повреждения, но и во многом определяются неблагоприятными жизненными ситуациями, а также социальными и экономическими проблемами. Оценка индивидуальных психосоциальных рисков формирования хронической боли в дебюте болевого расстройства с целью активного воздействия на них может не допустить перехода боли в хроническую форму. Кроме того, лучшим методом предупреждения такого развития событий остается своевременное обезболивание, адекватное индивидуальным патогенетическим механизмам в острый период боли.

– Преимущество в лечении боли с медикаментозными или немедикаментозными методами?

– Сегодня терапия боли основывается на биопсихосоциальном подходе, включающем как медикаментозные, так и немедикаментозные методы, например физические и психологические. Их можно применять, чтобы повысить эффективность лечения, но не следует замещать ими медикаментозную терапию. К физическим методам относят кожную стимуляцию (теплом, холодом, массажем, вибрацией), чрескожную электрическую нейростимуляцию, рефлексотерапию, бесконтактный массаж, массаж биологически активных точек (акупунктуру). Психологические факторы неразрывно связаны с восприятием боли, а также с реагированием на различные способы лечения. Психологические методы помогают пациенту контролировать боль. Наиболее успешно используется когнитивно-поведенческая психотерапия. Медитация, релаксация, градуированное наращивание физической активности прекрасно дополняют прием лекарственных средств.

Неврология



Актуальное интервью

– Боль в спине – одна из наиболее частых причин обращения за врачебной помощью и нетрудоспособности. Что может скрываться за болью в спине?

– Действительно, среди локализованных болевых синдромов боль в спине занимает первое место. Этиология боли в спине переменна. Сложность диагностики обусловлена прежде всего тем, что боль – это все-таки симптом. Чаще всего она вызвана хроническими дегенеративными возрастными изменениями в позвоночнике и окружающих его структурах. Но иногда (в 1–2% случаев) за болью в спине может стоять специфический процесс: онкология, воспаление в органах малого таза, специфические суставные заболевания, например болезнь Бехтерева. Поскольку прогноз при этих заболеваниях может быть неблагоприятным, а зачастую фатальным (если речь идет об онкологии), врач должен в первую очередь исключить все причины специфической боли в спине. И только после этого можно переходить к следующему диагностическому этапу, направленному на выявление корешковой боли. Боль, ассоциированная с радикулопатией, может приводить к стойкой утрате трудоспособности. После исключения специфических причин боли в спине и радикулярной боли следует оценить прогноз болевого синдрома. Более чем в 85% случаев при персистирующей боли в спине невозможно установить конкретное заболевание или специфическое нарушение структур позвоночного столба. В настоящее время в отношении таких болевых феноменов принято использовать термин «неспецифические боли в спине». Первичным источником такой боли могут служить различные структуры позвоночного столба и окружающих его тканей, например капсулы суставов, связки и фасции, межпозвоночный диск (болевыми рецепторы обнаружены в наружной трети кольца), позвонки (ноцицепторы обнаружены в надкостнице и кровеносных сосудах), мышцы. Определить конкретный

источник первичной боли в рутинной клинической практике весьма проблематично. К счастью, современные подходы к эффективной терапии боли в спине не требуют специфического морфологического диагноза. Следование строгому диагностическому алгоритму – залог дальнейшего успешного ведения пациента с болью в спине.

– Каковы клинические особенности невропатической боли?

– Боль невропатического происхождения – наиболее трудно купируемая составляющая в структуре хронического болевого расстройства. Распространенность болевого синдрома с невропатическими характеристиками среди взрослого населения составляет от 7 до 10%. Большинство пациентов с невропатическими болями симптомами наблюдаются в первичном звене медицинской помощи, и только меньшая часть направляется в специализированные центры для клинической оценки и подбора терапии. Это подчеркивает особую актуальность знания диагностики и общих принципов лечения невропатической боли врачами разных специальностей, в первую очередь общего профиля.

Невропатическая боль – особенно тяжелое хроническое болевое состояние, которое сопровождается повреждением нервной ткани. Клинические проявления невропатической боли, как правило, схожи и не зависят от причины и уровня поражения нервной системы. Это постоянные интенсивные жгучие или простреливающие боли, которые продолжаются в течение длительного времени, обычно нескольких месяцев. При описании боли пациенты используют такие слова, как «жжет», «горит», «ноет», «скребет», «дергает», «бьет током». Невропатическую боль отличает возникновение спонтанных, то есть не связанных с объективными провоцирующими факторами (движением, прикосновением к болевой зоне), болевых или других неприятных ощущений. Этот феномен называ-

ется дизестезия. Часто боль сопровождается набором чувствительных расстройств, таких как парестезия (покалывание, ползание мурашек), гипералгезия (избыточный ответ на обычный болевой стимул) и аллодиния (болевыми ощущениями в ответ на неболевые раздражения). Аллодиния – важнейший маркер невропатической боли.

– Чем можно помочь пациенту с невропатической болью?

– Прежде всего следует оценить возможность устранения или коррекции этиологического фактора. Однако лечение основного заболевания и даже его полное разрешение не всегда приводят к редукции болевого синдрома. Поэтому собственно боль должна рассматриваться клиницистом как целевая мишень для терапии, не зависящая от природы повреждения. Согласно международным стандартам, в качестве препаратов первой линии при невропатической боли любого происхождения, за исключением тригеминальной невралгии, рекомендуется применять амитриптилин, дулоксетин, габапентин или прегабалин в моно- или комбинированной терапии. Из перечисленных лекарственных средств наилучшей переносимостью обладают габапентиноиды (прегабалин, габапентин). Они характеризуются практически полным отсутствием лекарственных взаимодействий и сравнительно невысокой частотой развития нежелательных явлений. Пациентам с локализованной невропатической болью на старте лечения в качестве альтернативы можно рекомендовать средства для наружного применения (крем, мазь, пластырь), содержащие капсаицин. Если первоначальное лечение неэффективно или плохо переносится, следует перевести пациента на альтернативную монотерапию препаратом первого ряда или предложить комбинацию из двух препаратов разных классов. Кроме того, требуется консультация специалиста (невролога, алголога) для обсуждения вопроса о назначении препаратов второй линии (лаксо-



Актуальное интервью

мида, ламотриджина, леветирацетам, окскарбазепина, топирамата, венлафаксина, трамадола). Однако даже при правильной программе лечения редко удается достичь полного обезболивания. Хорошим результатом считается снижение интенсивности боли на 30–50% от исходного уровня. Этот параметр следует иметь в виду при оценке эффективности проводимого лечения и принятия решения о переходе на другой препарат или присоединении нового лекарства к уже принимаемому препарату. Клиницист должен формировать адекватные ожидания пациента и его близких по поводу лечения еще до его начала. Неадаптивное болевое поведение является основным барьером к выздоровлению. Необходимо побуждать пациента к позитивному изменению образа жизни (отказ от курения, контроль веса, занятия лечебной физкультурой, ежегодные курсы массажа, освоение аутогенной тренировки с умением релаксировать мышцы).

– Каков алгоритм оказания помощи пациентам с головной болью?

– Головная боль имеет множество видов, каждый из которых требует особого лечения. Различают первичную и вторичную головную боль. Среди первичных болей лидируют мигрень и головные боли напряжения. Лечение головной боли напряжения зависит от течения заболевания. Пациенты с редкими эпизодическими приступами нуждаются только в купировании приступа. При частой эпизодической и хронической головной боли напряжения проводят ее профилактику. Лечение мигрени в большинстве случаев сводится к купированию приступов. При частых тяжелых приступах и/или присоединении сопутствующих заболеваний (тревоги, депрессии, лекарственного злоупотребления и др.) в межприступный период проводится профилактика, для того чтобы снизить частоту приступов и уменьшить их интенсивность. Полностью излечиться от мигрени невозможно в силу наследственной

природы заболевания. При выборе препарата для купирования приступа важно учитывать тяжесть и интенсивность головной боли. Если интенсивность мигренозной атаки умеренная или выраженная, лучше всего проводить специфическую терапию препаратом из группы триптанов. Следует иметь в виду, что триптаны назначают только для купирования мигренозной головной боли. При легких и умеренных приступах могут использоваться неспецифические препараты для лечения мигрени: ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол, комбинированные анальгетики. Вспомогательная терапия (противорвотные средства метоклопрамид, домперидон) позволяет облегчить сопровождающие приступ тошноту и рвоту. Эти препараты могут применяться как самостоятельно, так и в виде дополнения к специфической или неспецифической терапии. Мы рекомендуем принимать противорвотное средство за несколько минут до обезболивающих препаратов.

Профилактика показана лицам, имеющим более двух тяжелых мигренозных атак в месяц, курс длится несколько месяцев. Препараты для профилактики следует назначать с лекарственными средствами, непосредственно купирующими мигренозную атаку. Превентивным эффектом обладают пять классов препаратов: бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов, антисеротонинергические средства и антиконвульсанты. Ни одно из этих лекарств не является специфичным для мигрени, и практическому врачу довольно сложно объяснить пациенту, почему при головной боли он должен получать противосудорожный препарат или лекарство от депрессии.

– В настоящее время клинические испытания проходят новые препараты для лечения мигрени. В чем заключается механизм их действия?

– Новые препараты воздействуют на кальцитонин ген-связанный пептид (Calcitonin Gene-Related Peptide – CGRP). Установлено, что инфузия CGRP может вызвать приступы мигрени. Уровень CGRP растет во время спонтанных приступов мигрени. Кроме того, он постоянно повышен у людей с хронической мигренью. Следовательно, препараты, блокирующие CGRP, теоретически могут быть эффективны как в купировании, так и в профилактике мигрени. В настоящее время разработаны два различных класса препаратов, блокирующих CGRP: антагонисты рецепторов малых молекул CGRP (гепанты) и моноклональные антитела, направленные либо на собственно пептид CGRP, либо на рецепторы CGRP. Гепанты – очень маленькие молекулы, которые быстро абсорбируются и выводятся за 24 часа, показали эффективность в купировании мигренозных атак. Моноклональные антитела высоко специфичны для мишеней и представляют собой потенциально более эффективный вариант для ингибирования CGRP. Они с успехом изучены в нескольких международных клинических исследованиях их возможностей в профилактике эпизодической и хронической мигрени. В настоящее время крупные фармацевтические компании продолжают исследовать множество моноклональных антител для ингибирования мигрени, в том числе galcanezumab, fremanezumab, eptinezumab и erenumab. Сотрудники Первого МГМУ им. Сеченова принимают участие в международных клинических исследованиях инновационных препаратов для лечения различных болевых синдромов, в том числе fremanezumab (моноклонального антитела, блокирующего CGRP) в профилактике эпизодической и хронической мигрени. Несмотря на то что все еще остается много вопросов, касающихся долгосрочного влияния модуляции CGRP, мы оптимистично оцениваем будущее этих препаратов для специфической профилактики мигрени. *

Неврология