

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»



16 июня 2010 года в Сочи состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологии». Организаторами конференции выступили Департамент здравоохранения Краснодарского края, Управление здравоохранения администрации города Сочи и Группа компаний «Медфорум». В рамках конференции профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Андрей Борисович Данилов и д.м.н. Алексей Борисович Данилов широко и доступно осветили проблемы, связанные с болью, механизмами ее возникновения, методами диагностики и лечения, – была дана исчерпывающая картина боли как системного явления. Профессор ГНЦССП им. В.П. Сербского, д.м.н. Владимир Иванович Бородин выступил с докладом о тревожных и соматоформных расстройствах, заметив, что российская нейропсихиатрия сегодня идет следом за западной, так как психофармакология требует огромных вложений. «Без вложений государства, за счет энтузиазма отдельных специалистов мы можем развиваться скорее экстенсивно, нежели интенсивно», – отметил профессор Бородин.

БОЛИ В СПИНЕ: СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ В РАБОТЕ ПРАКТИКОВ

А.Б. Данилов, профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Существует устойчивый миф о том, что боли в спине – это обязательно остеохондроз. Даже мысли о том, что боль в спине может быть связана с другими причинами, чаще всего, не возникает. Но исследования показали, у 35% обследованных молодых людей в возрасте 25-39 лет, не имеющих жалоб на боли в спине, были выявлены признаки остеохондроза: деформации позвоночника, смещение дисков и т.д. 60% обследованных лиц старше 60 лет имеют дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике. У 30-40% пациентов независимо от возраста КТ и МРТ выявляет асимптомные грыжи дисков. То есть грыжа есть, а боли нет, и выявляется грыжа диска случайно. Далеко не всегда есть связь между болью в спине и изменениями в позвоночнике. Мы должны всегда помнить об этом. Дорсопатия – это определенный синдром, все боли в спине, которые можно классифицировать и разделить на три группы. Первая группа – неспецифические боли (их большая часть), вторая – это боли, связанные с поражением корешка, третья группа – боли, обусловленные специфической патологией (инфекция, онкология и т.д.). Процесс диагностики лучше выстраивать в обратном порядке, исключая сначала третью, а потом вторую группу дорсопатий. Симптом, указывающий на специфическую патологию – это боли, возникшие впервые в возрасте старше 50 лет и др. Что касается повреждения корешка,

самая распространенная патология – радикулит (распространенность радикулита составляет 7% всех пациентов с болью в спине). Истинно корешковые боли характеризуются прохождением боли от поясницы вниз до стопы. Еслихождение боли останавливается на уровне колена – это, чаще всего, не связано с корешком, следовательно, это не радикулопатия. Если МРТ показывает грыжу и большую, обычно рекомендуют операцию. Это приводит к синдрому «неудачной операции на позвоночнике». Человека прооперировали, но боли не прошли. Назначаются следующие операции, но болевой синдром не уходит, а становится постоянным. Боль и грыжа – еще не показание к операции. Третья группа – это боли неспецифической патологии, они связаны с мышечными спазмами, миофасциальным фактором, кроме того, часто единственной причиной боли может быть артропатия. Но если в этом районе будет обнаружена грыжа, мысль врача пойдет по ложному пути, и боль будет связана не с патологией сустава, а с грыжей. Неспецифические боли могут начинаться из-за периферических факторов, но на самом деле это чаще всего психогенные боли, связанные с серьезными психологическими проблемами, стрессами, расстройствами. Переход острой боли в хроническую связан не со структурными изменениями позвоночника, а с психологическими проблемами человека. Лечить

хроническую боль по правилам острой боли нельзя. Хроническая боль – это не симптом, а заболевание, которое захватывает многие уровни ЦНС. Назначение обезболивающих препаратов в этой ситуации недостаточно эффективно. Важно разделить по времени лечение острой и хронической боли. Острую боль следует снять как можно быстрее. В это время крайне важно для пациента оставаться активным, как можно быстрее должно произойти возвращение к привычному уровню двигательной активности. Не надо говорить пациенту о том, что это опасно, что он может стать инвалидом, а наоборот, необходимо объяснить ему, что очень важно увеличивать двигательную активность. Лечение боли с помощью препаратов не имеет четко ограниченных временных интервалов, здесь не может быть такого понятия как курс лечения. Важно отслеживать, когда наступает улучшение, если боль прошла через три, четыре, пять дней лечения, лучше прекратить прием препаратов и наращивать двигательную активность. Диклофенак зарекомендовал себя давно, но есть и другие препараты, их становится все больше, и выбирать из них становится все сложнее. И их подбор для каждого пациента должен быть индивидуален. При оценке Мовалиса был получен хороший результат как при опросе врачей, так и пациентов. В сравнении с другими, не менее эффективными препаратами, Мовалис безопасен для желудочно-кишечного

В СОЧИ

тракта и имеет удобную дозировку – 1 раз в сутки. Что касается миорелаксантов, они эффективны, но только в тех случаях, когда есть мышечный спазм.

Что касается хронической боли в спине, только лекарствами эту проблему не решить. Эффективность лечения хронической боли в спине при помощи препаратов не доказана. Необходим комплексный подход и постоянный рост двигательной активности. При выборе препарата предпочтение лучше всего отдать антидепрессантам – они обладают способностью уменьшать боль за счет воздействия на ЦНС в целом. Хондропротекторы сегодня активно назначают в травматологии. По результатам двух-летних наблюдений известно, что через

месяц после назначения хондропротектора боль уменьшается. А у пациентов, проходивших два курса лечения за год, обострения возникают гораздо реже. Недавно было доказано, что большие дозы витаминов приобретают анальгетические свойства, это препараты, которые имеют влияние на механизм боли. Фармакотерапия в лечении хронической боли должна сопровождаться другими направлениями терапии (формирование правильных ожиданий, социальная адаптация, психотерапия и т.д.).

Подводя итог, хочу напомнить, прямой корреляции между структурными изменениями в позвоночнике и болями в спине нет. Если принято решение назначать препарат, это должно быть сделано дифференцированно: если это мышечный спазм, значит, выбор – миорелаксанты, если это артропатия, то НПВП.



А.Б. Данилов выступил с двумя докладами, посвященными терапии боли

Что касается хирургического вмешательства, грыжа – это еще не показание для операции. В реабилитации пациента огромную роль играют психосоциальные факторы. Кроме того, важно помнить, что пациент должен сам активно в ней участвовать. **ЕД**

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ: КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Ал. Б. Данилов, д.м.н., доцент кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

По данным Ассоциации головной боли, эффективность лечения головной боли может достигать 95%, но на практике только один из трех пациентов получает положительный результат лечения. Как повысить эффективность? Первое – это поставить правильный диагноз. Около 70-90% всего населения испытывает головную боль. Мигрень – особая форма головной боли, ей страдает 12% всей популяции – это как правило люди 25-55 лет, большей частью женщины.

Мигренозная боль дезадаптирует людей в два раза сильнее, чем другие виды головной боли. Она вмешивается в социальную, профессиональную и личную жизнь людей. Мигрень – это головная боль, которая сопровождается другими дезадаптирующими симптомами – фонофобией, фотофобией, тошнотой, рвотой и усиливается при умственной и физической нагрузке. Лечение мигрени должно проводиться специфическими средствами, если лечить мигрень как простую головную боль, эффективность такого лечения только 30%, а не 95%. Диагностика мигрени не очень сложна, но менее 50% пациентов получают диагноз «мигрень». Диагноз ставится только на основании устных жалоб пациента. Это односторонняя, пульсирующая головная боль интенсивностью от 5 до 10 баллов, сопровождающаяся свето- и звукобоязнью, которая усиливается при работе.

Выбор лекарственного средства необходимо осуществлять с учетом предшествующего опыта пациента. Очень важно оценить состояние пациента, насколько головная боль его дезадаптирует, есть специальные шкалы, которые позволяют следить за процессом лечения. Важно активное вовлечение в процесс самого пациента, он сам может участвовать в подборе терапии, вести дневники. Чтобы повысить информированность населения, надо создавать брошюры, сайты, проводить лекции. В группе, которая прослушала курс лекций в Школе головной боли, на 30% уменьшилось количество приступов. На этих лекциях мы говорим о том, что мигрень – это хроническое неврологическое заболевание, характеризующееся приступами боли. Мигрень – это заболевание, которое может учащаться под влиянием разных факторов – избыточный или недостаточный сон, определенные продукты питания, быстрая смена часовых поясов. Если мы научим пациента избегать ситуаций, провоцирующих приступы мигрени, мы сможем помочь ему без применения лекарств. Но лекарства все же необходимо всегда иметь при себе, чтобы локализовать боль в самом начале приступа. Чем раньше пациент начнет принимать лекарство, тем лучше. Исследования эффективности лечения показали, если боль слабая или умеренная, лучше начать с

простых анальгетиков в правильной дозе, у 70% в дебюте – аналгин. Но пациенты обычно любят комбинированные формы. Сегодня существуют специально разработанные средства, новый класс препаратов – триптаны, они действуют на уровне периферических нервов и ствола мозга, предотвращают развитие нейrogenного воспаления и продвижение болевого сигнала в центр мозга, воспринимающий боль. Их назначение уместно, когда приступы мигрени высокой интенсивности и неэффективны другие средства.

Эффективность всех препаратов класса триптанов примерно одинакова, эффект зависит больше от формы введения лекарств. Сегодня существуют таблетки, интраназальная форма, а недавно на российском рынке зарегистрирован триптан в виде суппозитория, они могут быть использованы пациентом, который откладывает прием таблеток из-за тошноты и рвоты.

Говоря о безопасности препаратов группы триптанов, можно отметить что их противопоказания (это ишемическая болезнь сердца), как правило, не актуальны для молодых людей, страдающих мигренью.

Еще одна важная проблема – это фибромиалгия. Пациенты обращаются к разным специалистам, но им не могут поставить правильный диагноз, что вызывает фрустрацию у пациентов. **ЕД**

НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ

А.Б. Данилов, профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения

Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Некоторое время назад существовало распространенное мнение, что ноцицептивная боль и нейропатическая боль – это новые синдромы. На самом деле эти понятия пришли из практики, из осознания своих ошибок. Механизмы боли имеют огромное значение с точки зрения практики. Анализ болевого синдрома принято делать с точки зрения ноцицептивной и нейропатической боли, это помогает выбрать стратегию лечения. Ноцицептивная боль – это любая боль, возникающая при раздражении болевых рецепторов, которые нервная система передает в мозг. Еще одним важным признаком ноцицептивной боли является нисходящая модуляция. Эта боль не связана с поражением нервной системы, а только с активацией рецепторов. В качестве примера можно привести остеоартрит – постоянный воспалительный процесс в суставе. Нейропатическая боль – это не новая болезнь, не новый синдром, но она имеет совершенно другие механизмы и связана с «поломкой» самой нервной системы, как периферической, так и центральной. Она плохо лечится аналь-

гетиками. Синдромы: нарушение в ЦНС, рассеянный склероз, постинсультная боль, травмы спинного мозга. Плюс локальные нарушения чувствительности, например, онемение конечностей в результате сахарного диабета.

Когда мы анализируем процесс с точки зрения механизма, необходимо научиться слышать пациента, надо обращать внимание на то, какие слова выбирает пациент. О нейропатической боли свидетельствуют такие слова, как стреляющая боль, прострелы, жжение, иголки, покалывание, сжимающие, тянущие, режущие боли. Важно не задавать наводящих вопросов, а слушать, как сам пациент характеризует свое состояние. Важно увидеть не только, есть гипестезия или нет, но и проверить чувствительность. Здесь характерным клиническим маркером является ощущение боли на неболевой сигнал. Это очень простой тест, который позволяет серьезно продвинуться в постановке диагноза.

У больных может быть несколько заболеваний, может быть смешанная боль. При диабете часто бывают боли, связанные с раздражением перифери-

ческих нервов, они говорят о жжении, покалывании в стопах. Эти больные часто бывают раздражительными, требовательными, сложными в общении. Постдиабетическая невралгия связана с поражением спинномозгового узла, это очень длительные боли.

Постинсультная боль есть у 8% людей, перенесших инсульт. Они могут возникать через месяц, два, три после инсульта, и это затрудняет диагностику. У этих пациентов с сосудистыми поражениями имеется патологическая чувствительность к теплу и к холоду. В качестве примера смешанного болевого синдрома ноцицептивной и нейропатической боли можно привести радикулопатию. Если главным образом представлен ноцицептивный компонент, можно, конечно, формально назначить сразу все препараты. Но мы говорим о дифференцированном подходе, о значимости анализа болевого синдрома.

Почему возникает боль при поражении ЦНС, вопрос сложный. Одна из причин – это ослабление центральных антиболевых систем, которые у здорового человека решают проблемы без нашего участия. **ЕИД**

БОЛЬ: КАКУЮ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ФОРМУ ВЫБРАТЬ?

Ал. Б. Данилов, д.м.н., доцент кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения

Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова



Ал. Б. Данилов охарактеризовал эффективность различных лекарственных форм в лечении боли

В некоторых случаях бывает очень важна лекарственная форма. Есть четыре критерия, по которым можно выбрать лучший препарат, если мы говорим о лечении болевых синдромов, – это эффективность, безопасность, удобство в применении, стоимость. Но они не мо-

гут быть исчерпывающими. Иногда нам требуется быстрое начало действия, а иногда важно, чтобы сохранялась длительность эффекта. Кроме того, имеет значение социокультурный компонент и предшествующий опыт приема лекарств. Не так легко переориентировать пациента, который долгое время принимал хороший препарат, который в данной ситуации неэффективен.

Американская ассоциация семейных врачей при боли в горле рекомендует есть мороженое, по их мнению, холод снимает воспаление и отек. В нашей культуре считается, что боли в горле следует лечить теплыми напитками. Интересно то, что американцам помогает мороженое, а нам – теплый чай. Роль социально культурных установок нельзя недооценивать. Еще один пример. Ежегодно тысячи индусов одного из островов прокалывают себе спины крючками и тянут за собой

тяжелые тележки, но при этом не испытывают боль, а чувствуют восторг и благоговение, поскольку участвуют в религиозном ритуале.

Было проведено исследование, все три группы больных принимали плацебо, но одни – в форме таблеток, другие – внутримышечные инъекции, третья группа – в виде капельниц. Капельницы оказались наиболее эффективными. Мы не знаем, какие механизмы здесь задействованы, но важно, что это работает.

Другой важной характеристикой является безопасность. Балансирование между эффективностью и безопасностью – задача врача. Важно, как долго и в каких дозах мы назначаем препарат. Есть распространенное представление, что хорошее лекарство не может быть дешевым, хотя существует и группа пациентов, для которых именно от фактора бесплатности зависит лечебный эффект. **ЕИД**

ТРЕВОЖНЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В.И. Бородин, д.м.н., профессор ГНЦССП им. В.П. Сербского

Официально существует классификация так называемых тревожных соматоформных расстройств. Наиболее важные заболевания – это пограничные психические расстройства, которые широко представлены в общесоматической клинике. В эту классификацию включены такие страхи, как страх выходить на улицу, страх поездок в метро, страх неадекватности, страхи связанные с животными, паническое расстройство – тревожное состояние, сопровождающееся многообразными соматическими нарушениями и болевыми симптомами, генерализованное тревожное расстройство, которое длится месяцами, годами, в течение которых человек испытывает тревожное состояние, так называемое смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

Тревога – это понятие широкое, она может возникать и в структуре обсессивно-компульсивного расстройства, (старое название – невроз навязчивых состояний), может быть реакцией на стресс и нарушение адаптации, что очень характерно для современного мира.

Постстрессовое травматическое расстройство сегодня расширяет свои границы. Если ранее его связывали с такими событиями, как война, захват террористами, то сейчас такой диагноз ставят при таких индивидуальных стрессах как развод, смерть близких, рождение ребенка. Кроме того, есть набившая оскомину неврастения, диссоциативные расстройства (истерические состояния). Соматоформные расстройства, будучи по природе психогенными, не имеющими органической основы, проявляются

в соматической сфере. К ним относят соматизированное расстройство – конверсионная истерия, ипохондрия, соматовегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство, при котором появляются боли в спине.

Тревога вызывает всевозможные нарушения сна, сексуальную дисфункцию. Не следует забывать, что тревога является не только патологической, но и обычной нормальной реакцией. В 60% случаев тревога сопровождается депрессией, а депрессия – тревогу. Понятия «тревога» и «депрессия» в медицинской практике претерпевают изменения, которые объясняются смещением интереса врачей и исследователей. Десятикратный рост тревожно-депрессивных расстройств связывают с изменением условий жизни, с урбанизацией, адаптация в мегаполисе часто требует отдачи всех сил. При этом 80% пациентов, имеющих тревожно-депрессивные расстройства, как правило, лечатся у врачей общей практики. К психиатру они пойдут в последнюю очередь.

Тревога является системной проблемой, антитревожные препараты всегда были наиболее востребованы. Первыми появились транквилизаторы, но сейчас помимо них есть антипсихотические препараты, которые используют для лечения шизофрении, у них есть антитревожный компонент. Анксиолитики сохраняют свою актуальность. Современные антидепрессанты также оказались эффективны при лечении тревожных расстройств. Антипсихотики – это достаточно жесткие препараты, также это



В.И. Бородин, д.м.н., профессор ГНЦССП им. В.П. Сербского представляет свой доклад на тему «Тревожные и соматоформные расстройства: клиника и лечение»

относится и к снотворным и седативным препаратам. Они не подходят для лиц, которые сохраняют активность. Антидепрессанты не всегда эффективны, особенно это заметно в первые несколько недель лечения. Среди анксиолитиков есть излишний перевес в сторону бензодиазепинов, а они не являются идеальными по переносимости. Прием бензодиазепинов не должен превышать 2-3 недели, а в российской аннотации пишут 2-3 месяца, поскольку не возникает зависимость. Но помимо психологической зависимости, есть другие побочные эффекты, например, нарушение памяти. Актуальность создания нового препарата многие годы была достаточно высока. Стрезам является этим новым препаратом, который действует на уровне сложного молекулярного рецептора и имеет двойной механизм действия. Клинические исследования подтверждают эффективность препарата, которую измеряли по шкале тревоги Гамильтона. Детальная оценка по шкале Гамильтона показала значимое превосходство Стрезама над транквилизаторами и бензодиазепинами.

Влияние на память – еще один важный момент. Когнитивные требования очень высоки в современном обществе. Исследования проводили по введению слов в быстром и отсроченном варианте. Пациенты принимали плацебо, лоразепам и Стрезам. У Стрезама и плацебо – отличий почти не было замечено, что еще раз подтверждает безопасность нового препарата. 

Материал подготовила И. Новикова

В работе конференции приняли участие около 100 специалистов из Сочи и Краснодара

