

**16-Я МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
«ВЕЙНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» '2020**

***Симпозиум РОИБ в рамках
ГЛОБАЛЬНОГО ГОДА ПО БОРЬБЕ С БОЛЬЮ***

***Открытая дискуссия
«Профилактика хронической боли —
приоритет в лечении
или теория, далекая от практики?»***

***М.Л. Кукушкин
М.В. Чурюканов
О.С. Давыдов***



Кукушкин Михаил Львович — Доктор медицинских наук, профессор, Заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии



Чурюканов Максим Валерьевич — Кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), старший научный сотрудник Клиники изучения и лечения боли ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского



Давыдов Олег Сергеевич — Кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии



СИМПОЗИУМ РОИБ В РАМКАХ ГЛОБАЛЬНОГО ГОДА ПО БОРЬБЕ С БОЛЬЮ

Открытая дискуссия «Профилактика хронической боли — приоритет в лечении или теория, далекая от практики?»

Можно ли или нужно ли вообще профилактировать развитие хронического болевого синдрома? Тема неоднозначная, поэтому призываем активно участвовать в дискуссии. Соответственно, участники дискуссии — лица, вам всем знакомые.



Профессор, заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии **Кукушкин Михаил Львович** акцентировал внимание участников на значении слова «Боль» — это неприятное сенсорное эмоциональное переживание. Она рождается в голове. Она не имеет никаких основ для объективизации. Ответить на вопрос: есть ли у человека боль или нет — мы не можем. Поэтому мы прислушиваемся к отчету данного конкретного больного, верим ему и занимаемся лечением. Соответственно, основная функция острой боли — это сигнальные функции. Хронический болевой синдром — это боль продолжительностью более трех месяцев, он не несет информационной физиологической функции острой боли. Боль может сохраняться даже после заживления тканей. И возникает вопрос: а зачем нам нужна такая боль? Ответ однозначный: не нужна вообще. [1]

Если мы посмотрим на эпидемиологию распространенности этой боли в мире, то окажется, она по разным регионам и странам колеблется в очень больших диапазонах. От 20 до 50 % популяции населения испытывают хронический болевой синдром. Он имеет разную локализацию: в голове, в спине, в руке, в ноге, в животе. Такие боли плохо лечатся.

Если мы посмотрим на данные, которые стали просекой EFIC в Европе, то 40 % пациентов утверждают, что они не имеют адекватного контроля над болью даже при наличии так называемых специализированных противоболевых клиник и центров. С чем это связано? [2] Помимо неприятных эмоциональных жизненных проблем боль приносит огромные расходы для государства: 125 миллиардов долларов в США, и причем 75 % расходов — это не на лечение. Это на выплаты по инвалидности, нетрудоспособности, так называемые косвенные расходы. Иными словами, бремя хронической боли огромно. [3, 4]

Всемирная организация здравоохранения выносит в МКБ 11 шифр хронический болевой синдром. Боль становится болезнью. Будут шифроваться 7 типов различных болей. Хроническая боль превращается в болезнь, и, если мы посмотрим на принципиальное отличие острой и хронической боли, здесь действительно все признаки заболевания, которые не всегда адекватно коррелируют с тем или иным повреждением, который видит доктор. Эти проблемы требуют этиопатогенетического подхода. Сегодня боль рассматривается как биопсихосоциальный феномен, который очень четко показывает, что степень повреждения и степень переживания оценки боли не коррелируют между собой. По той простой причине, что и биологические, и социально психологические факторы моделируют друг друга. Они настолько могут существенно изменить конечную оценку боли, что иногда мы видим отсутствие каких-либо повреждений со стороны организма или минимальные повреждения, выраженные жалобой на болевые феномены. И часто у врачей, которые воспринимают боль как симптом того или иного повреждения, возникает когнитивный диссонанс. Не может болеть у человека данный орган, он здоров. Но тем не менее проекция боли, локализация боли в том или ином отделе формирует необходимость внимательного отношения к этой проблеме со стороны врачей. То есть биопсихосоциальная модель допускает, что каждый из этих факторов способствует развитию хронического болевого синдрома. [5]

Если мы посмотрим наиболее детально на эту проблематику, одно из первых эпидемиологических исследований по хронической боли, которые провел Сергей Сергеевич Павленко в Новосибирской области, четко показывает, у кого доминируют хронические болевые синдромы. У лиц с плохой самооценкой психологического фона, социального статуса, с проблемами в материальном положении, в семье, среди женщин, среди старших возрастных групп. Психосоциальный фактор играет важную роль.

Прехронизирующие факторы: демография, психология, социальные проблемы, а самое главное — неадекватное лечение больного, создают условия для длительного персистирирования болевого синдрома. И возникает вопрос: а что же тогда из себя представляет хроническая боль как заболевание? Это действительно те изменения морфофункционального характера, которые сегодня мы можем зарегистрировать в системе регуляции болевой чувствительности на клеточном, нейрональном, системном уровнях. Это — безвозвратное состояние, потому что мы можем наблюдать изменения в транскриптоме, в протеоме, в метаболоме. Мы можем увидеть изменения в структуре и функции нейрона. [6]

Мы сегодня видим, что нейроны и глия начинают коммуницировать по-другому, и даже появились данные о так называемой глии ориентированной терапии боли. Но самое главное, что очевидно то, что у всех этих больных с так называемыми молекулярными клеточными или системными изменениями наблюдается изменение поведения в принципе. У них отмечаются неадаптивные стратегии поведения, катастрофизация в голове, тревожно-депрессивная симптоматика. Они готовы съесть волшебную таблетку, но никоим образом не изменить свой образ жизни.

Кто виноват в существовании хронической боли — генетика, повреждение или образ жизни? Образ жизни определяет во многом персистирование длительной центральной сенситизации. Те изменения, которые наблюдаются в структурах, ноцицептивной системе, которые формируют выраженные болевые проблемы и жалобы больного.

А теперь давайте попробуем ответить на вопрос: «Возможна ли профилактика хронической боли?»



Доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, **Чурюканов Максим Валерьевич** подчеркнул, что в первую очередь нужно попытаться разобраться с тем, какие заболевания могут приводить непосредственно к болевому синдрому и смотреть на причины. Если мы попытаемся спрофилактировать то или иное заболевание или состояние, возможно и болевой синдром тогда развиваться не будет. Насколько вообще это возможно?

Рассмотрим основные причины боли в спине, которые мы имеем в клинической практике. Большинство причин относятся к так называемой неспецифической боли в спине. И когда мы говорим — неспецифическая боль в спине, мы понимаем, что как-то четкую причину мы установить в большинстве случаев не можем. И неспецифическая боль в спине относится к понятию скелетно-мышечной боли. Она связана с травматизацией, с повреждением структур опорно-двигательной системы. Почему это происходит? Почему в той или иной момент у человека эта опорно-двигательная система может быть повреждена? Потому что есть тот термин «неловкие и неподготовленные движения». Потому что тренированность не такая хорошая, как хотелось бы. Мышцы, суставы или связки не готовы к нагрузке порой достаточно простой. К этому могут добавляться чрезмерные статические нагрузки. Это последствия гиподинамии, переохлаждения, состояния хронического стресса, повышенного уровня тревоги, депрессии, эмоциональных перегрузок. [7]

Мы пытаемся выяснить у больных, которые приходят на прием с болевым синдромом, были ли нагрузки или иные проблемы. Часто они отмечают, что были эмоциональные переживания. Также роль играет аномальное развитие: разница в длине ног, кривой таз. Эти причины могут быть выявлены и скорректированы на ранних этапах до возникновения болевого синдрома.

Избыточный вес — это отдельная проблема. Можем ли мы направить наши усилия на коррекцию перечисленных состояний? Это корректируется еще до момента возникновения болевого синдрома. К ним относятся нарушения осанки, недостаточные либо избыточные физические нагрузки, профессиональные особенности. Избыточный вес, ожирение и диабет, сами по себе являясь частью метаболического синдрома, способствуют развитию

не только скелетно-мышечной, но и других болевых синдромов. Остеопороз — как отдельный фактор риска развития болевого синдрома может быть выявлен на ранних этапах и может быть скорректирован.

Ожирение и боль — это отдельная проблема. Насколько связаны эти состояния, исследований достаточно много. Приведем лишь одно исследование, в котором участвовало около 2000 жителей одного из районов Австралии. Оно показало высокую степень взаимосвязи между ожирением и хронической болью. То есть механическая нагрузка, метаболическое нарушение, воспалительные сосудистые факторы вносят свой вклад в развитие хронического болевого синдрома. И было показано, что хроническая боль встречается в два раза чаще у пациентов с ожирением, нежели в популяции. Также к ожирению добавляются социально-психологические факторы, курение.

Часто говорят про курение как о факторе риска онкологических заболеваний. Борьба с курением идет мощно. Оказывается, курение связано с хроническим болевым синдромом. И корректируя пристрастие к никотину у пациента на ранних этапах, мы будем не только заниматься профилактикой онкологических заболеваний, но и профилактикой хронической боли. Было показано, что у курильщиков чаще развивается хроническая боль, в том числе это исследование было проведено в отношении боли в нижней части спины. Как правило, интенсивность болевого синдрома, если он возникает у курильщика выше, выше дозы принимаемых анальгетиков; толерантность к принимаемым анальгетикам развивается у этих пациентов быстрее. Часто эти пациенты обращают внимание на то, что повседневная активность усиливает болевой синдром. Травмы у таких пациентов также заживают намного дольше. Курение приводит к повышению риска развития остеопороза и дегенеративных изменений, в том числе в межпозвонковых дисках.

Может ли помочь отказ от курения? Рассмотрим анализ базы данных большого числа пациентов, которые получали лечение по поводу радикулитов, по поводу ишиалгии; у некурящих отмечено достоверное более значимое снижение интенсивности и боли. Но самое интересное оказалось то, что у лиц, которые бросили курить во время терапии, отмечалась меньшая интенсивность боли, лучшее функциональное восстановление. И эти пациенты быстрее выздоравливали и возвращались к труду. Поэтому есть возможность дать рекомендации бросить курить и результат будет гораздо лучше. Это еще один фактор, который может повлиять на развитие хронического болевого синдрома. [8]

Еще один фактор — курение в депрессии. Частота депрессии у курильщиков может достигать 45 %, и у курильщиков чаще развивается хроническая боль, о чем мы сейчас говорили. Депрессия — фактор риска хронизации боли. Депрессия — боль, боль — депрессия. Это такой своего рода замкнутый круг. Анализ 13 исследований показал, что в восьми из тринадцати исследований депрессия исходно приводила к ухудшению прогноза в отношении развития хронического болевого синдрома. Депрессия может иметь негативное влияние на течение боли в спине. Это тоже было показано в ряде

исследований. Пациенты с симптомами депрессии имеют больший риск развития повторов болевого синдрома, рецидивы заболевания.

Поговорим о возможных нарушениях сна у пациентов с болевыми синдромами. У пациентов с хронической болью в спине качество сна снижено на 50 %. Ухудшение сна на пол балла приводит к усилению интенсивности боли на один балл. Низкое качество сна имеет прямую корреляцию с ухудшением двигательной, физической активности при боли в спине.

Эргономика рабочего места — важный фактор в профилактике болевых синдромов. На работе мы не всегда можем повлиять на это, но дома нужно серьезно задуматься об этом.

Часто мы задумываемся, какие дать рекомендации, порой они ограничиваются словами: чаще двигайтесь, больше двигайтесь. Что делать, например? Ходите, занимайтесь скандинавской ходьбой. Есть типичные ошибки, которые пациент может допускать, начиная такие движения; и нужно понимать, что те группы мышц, которые будут включаться в работу при скандинавской ходьбе, это те группы мышц, которые превосходят по количеству те, что включаются в работу, когда пациент бежит либо ездит на велосипеде. Поэтому задача не просто рекомендовать, надо подсказать пациенту, как это делать правильно.

Есть интересная программа компании «Др.Редди'с Лабораторис» — программа здоровья Найз. Пациенты могут скачать это приложение, зарегистрироваться и получить индивидуальные рекомендации по тому комплексу упражнений, которые следует ему выполнять. Многие рекомендации направлены именно на вопросы профилактики. Также можно посмотреть все рекомендации по двигательной активности, которые очень детально там изложены.

Адекватное обезболивание является приоритетом в лечении боли. И одним из препаратов, является препарат Найз, который выпускается в разных формах. Это и таблетированные формы, это и гелевая форма, которая очень интересной становится у тех пациентов, у которых системный прием НПВП может быть ограничен. В чем особенность и в чем преимущества этого препарата (в том числе в его безопасности)?²¹ российское клиническое исследование с контролем использования препарата Найз в отношении диспепсии, язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, повышения артериального давления, влияния на печеночные ферменты, и отмены его из-за осложнений. Везде у препарата Найз в адекватных терапевтических дозах есть преимущества. Поэтому в данном случае терапия будет и эффективной, и безопасной, если мы учитываем все необходимые факторы риска развития осложнений при применении нестероидных противовоспалительных препаратов. Сейчас очень интересные сведения появились о 3D эффекте. Что это такое? Благодаря добавлению супердезинтегранта таблетка при контакте с водой очень быстро распадается, это ведет к быстрому обезболивающему действию и терапевтическому эффекту в течение 24 часов.



Ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, **Давыдов Олег Сергеевич** начал свою лекцию о терапии острой боли. Нужно ли вообще острую боль в спине лечить? Или через 14 дней без терапии она пройдет сама? Есть данные, что если мы неправильно и неадекватно лечим острую боль, то это один из важных факторов перехода в боль хроническую.

В качестве примера рассмотрим хирургическое лечение заболеваний. Оказалось, что у пациентов, у которых была неинтенсивная боль до операции, она была либо купирована, либо у очень небольшого процента развивалась острая постоперационная боль и у совсем минимального процента развивалась хроническая послеоперационная боль. А вот те пациенты, у которых была высокая интенсивность боли, то там частота развития хронического послеоперационного болевого синдрома достигала там почти сорока пяти процентов. Какой вывод? Предоперационное обезболивание важно. Да и лечение острой боли — важно.

Теперь по поводу острой боли в спине, почему ее тоже надо лечить. В течение 12 недель наблюдали пациентов с острой болью в спине. И через три месяца посмотрели, а у кого же эта боль стала хронической. На момент обращения это были пациенты с высокой интенсивностью боли и/или с высокой длительностью боли, то есть они не сразу пришли к врачу. Пациенты, которые пропускали прием препаратов, и пациенты, которые надеялись на компенсационные выплаты на работе, но это уже больше к психосоциальным аспектам. Вывод однозначен — острую боль в спине тоже нужно купировать, и чем раньше мы это сделаем, тем лучше.

Еще одна история, связанная уже с невропатической болью, с постгерпетической невралгией. В одной группе больных назначалась ранняя терапия боли — это были пациенты с острой герпетической невралгией. Другим назначали обезболивающие через две недели и позже от момента возникновения сыпи. Там, где препараты обезболивающие назначили через две недели, пик боли возник к 21 дню. При раннем лечении интенсивность боли значительно снижалась сразу и длительно. Постгерпетическая невралгия возникла при позднем начале лечения болей у 70 % больных, в то время как она была в половину меньше, когда мы начинали лечить боль рано.

Как развивается острая боль и почему она становится хронической? Есть физиологические ноцицептивные реакции, когда у нас возникает повреждение, есть ряд стимулов механических, термических, химических, которые посредством процесса трансдукции превращаются в электрические сигналы. Этот электрический сигнал дает болевой стимул в задний рог спинного мозга. Это первая платформа, где происходит модуляция боли. Затем этот сигнал попадает в головной мозг, происходит осознание боли, возникает некий поведенческий акт. Предположим, если мы коснулись рукой чего-то горячего, то поведенческим актом будет отдергивание руки. Есть процесс периферической сенситизации — это то, что происходит в месте повреждения, повы-

шается чувствительность ноцицепторов к воздействию повреждающих стимулов. То есть снижается порог восприятия стимула, увеличивается возбудимость в периферических нервных окончаниях, и все это происходит в ответ на выработку медиаторов воспаления. Все эти провоспалительные факторы поддерживают существование острого болевого синдрома. Потом мы назначим противовоспалительные препараты, и выброс этих медиаторов снизится и, соответственно, мы получим уменьшение боли.

Есть другой процесс. Называется он центральная сенситизация, происходит это все на уровне заднего рога спинного мозга. А при центральной сенситизации наблюдается усиление сигнала, который идет с периферии. Вследствие этого менее интенсивные стимулы начинают восприниматься как более интенсивные. И центральная сенситизация сегодня рассматривается как один из основных механизмов возникновения и поддержания хронической боли.

Сегодня мы можем разными способами подействовать на эти механизмы, и, в частности, сегодня известно, что НПВП работают не только на уровне места повреждений, не только на уровне периферической сенситизации, но по многим НПВП доказано, что они проникают через гематоэнцефалический барьер и уже на уровне заднего рога спинного мозга блокируют активность циклооксигеназы второго типа.

О чем мы не должны забывать, когда мы говорим об острой боли? Мы купировать боль, но не должны забывать о поиске причины, потому что в ряде случаев поиск причины — это профилактика возникновения хронической боли. Если у пациента с болью в спине есть разная длина ног, например, мы можем лечить его с помощью самых лучших, современных препаратов, но эффекта добьемся небольшого, если не подберем пациенту стельки. Мы можем подумать о том, как будем лечить миофасциальный болевой синдром, например, с помощью релаксантов, релаксационных методик, типа постизометрической релаксации. И это все тоже будет профилактикой возникновения хронического болевого синдрома. И вы видите российские рекомендации по лечению острой неспецифической боли в спине. Они отражают то, что сегодня известно, и то, что происходит в мире по поводу лечения этого состояния. И конечно же на первый план для купирования острой боли у нас выходит использование нестероидных противовоспалительных препаратов. И тогда, когда нужно купировать острую боль быстро, мы знаем, что такие препараты у нас есть. Например, препарат теноксикам с коммерческим названием Тексаред. Его максимальная концентрация в крови достигается через 15 минут. Достаточно одной инъекции, которая поможет обезболить пациента на 24 часа. Теноксикам в таблетках и в инъекциях действует максимально быстро. А это означает, что он быстрее будет облегчать боль.

Для облегчения боли также используют комбинации НПВП с витаминами группы В. И в ситуации комбинации препарата Нейробион с нестероидным противовоспалительным препаратом было показано, что время выздоровления ускоряется.

Любой больной, особенно пациент с неправильными представлениями о боли, считающий, что его боль будет неким инвалидизирующим состоя-

РАБОТАЕТ ДО 24 ЧАСОВ^{1,3}

ТЕКСАРЕД

Отличается от всех НПВП –
все 24 часа^{1,3,5,*}



- Оперативное действие – максимальная концентрация уже через **15 минут**^{1,2}
- **До 24 часов** от боли и воспаления^{1,3,6}
- Удобство применения — **1 раз в сутки**^{4,5,6}
- **Широкий** спектр показаний^{4,5}
- Инъекционная и таблетированная формы⁴
- **Единственная в России** таблетированная форма с МНН-Теноксикам⁷

* НПВП с длительным периодом полувыведения.

1. «Теноксикам (тексамен) в лечении острой цервикалгии: результаты открытого сравнительного исследования» Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева, «Неврология и психиатрия» №4, 2014.
2. SPC Tenoicam 20 mg lyophilisate for solution for injection, <http://www.mhra.gov.uk> (от 28.06.19)
3. «Эффективное лечение боли: важен системный подход» А.Б.Данилов «Медицинский совет» №17.2017г
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Тексаред лиофилизат для приготовления раствора для инъекции 20 мг №1, РУ ЛС-000295 от 23.06.17; Инструкция по медицинскому применению препарата Тексаред таблетки 20 мг №10, РУ ЛС-000294, РУ ЛС-000295 от 23.06.17
5. «Теноксикам», Каратеев А.Е. «Клиническая фармакология и терапия», 26(5), 2017
6. «Эффективность теноксикама у больных с анкилозирующим спондилитом» И.З.Гайдукова, А.В.Апаркина, Э.В.Хонджарян, А.П.Ребров, «Неврология и психиатрия» №2, 2018
7. Источник <http://grlsrosminzdrav.ru> (от 25.04.2020)

нием, нуждается в психологической поддержке. Короткая беседа с больным должна привести к тому, что результат выздоровления будет лучше. И сегодня есть исследования, которые доказывают, что вот эти разговоры о катастрофизации боли позволяют снизить процент хронизации боли.

У больных с вибромиялгией тоже основной механизм возникновения и поддержания боли — центральная сенситизация. Но периферического входа у них нет. Соответственно, есть некая центральная дисфункция, которая приводит к тому, что возникает генерализованная гиперчувствительность.

Существует ли клиническая доказанность эффективности витаминов группы В в клинической практике? Можно найти около 50 рандомизированных исследований, доказывающих, что витамины группы В в высоких дозировках потенцируют действие НПВП. Они обеспечивают усиление анальгетического эффекта. Все витамины группы В — это коферменты, которые активируют массу ферментов, участвуют в метаболизме. Они стимулируют регенерацию нервных волокон, иммунитет.

Когда мы говорим о витаминах, важно выбрать препарат, который мы хотим использовать, и обратить внимание на дозировку, входящих в него витаминов. В препарате Нейробион таблетки содержится витамин В12 в терапевтической дозировке в комбинации с В1 и В6. Витамин В12 способствует усилению анальгетического эффекта НПВП при болях в спине способствует уменьшению боли при диабетической невропатии, восстановлению нервных волокон, усиливает эффективность витаминов В1 и В6.

Сегодня мы применяем комплексы витаминов группы В, в одну ампулу, что удобно для потенцирования в устранении тех или иных болевых феноменов. Поэтому преимущество у комплексов очевидное. Но всегда возникает вопрос по В12: а хорошо ли, когда мы его вводим много или это плохо? В12 — мощнейший иммуностимулятор. Это именно тот препарат, который может профилактировать развитие онкопатологии, а не только способствовать купированию болевого синдрома.

У очень большого процента больных боль сохраняется в течение и трех, и шести, и даже двенадцати месяцев. Почему лечение может быть неэффективным? Это связано с био- и социопричинами быстрой боли. Таких пациентов можно более детально изучить на предмет наличия у них депрессии, тревоги, каких-то других преморбидных проблем. Потому что у них высокая вероятность риска хронизации болевого синдрома.

Нейробион®

Витамины B₁+B₆+B₁₂

Кто сказал,
что нервные клетки
не восстанавливаются?

Первый нейротропный комплекс в мире!*



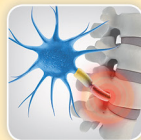
БЕЗ ЛИДОКАИНА!



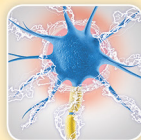
*Не содержит лидокаина.

- Показан при нейропатической боли²
- Содержит терапевтические дозировки витаминов B₁, B₆ и B₁₂
- Восстанавливает структуру и функцию нервных волокон³
- Без лидокаина²

Применяется в 75 странах¹



БОЛЬ В СПИНЕ



НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ



ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

*Первый зарегистрированный в мире лекарственный препарат с комбинацией витаминов B₁, B₆, B₁₂.

1. <http://www.prnewswire.co.uk/news-releases/merck-serono-celebrates-the-50-year-anniversary-of-neuron-159834275.html>. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения Нейробион®: раствор для внутримышечного введения РУ ЛСР-004589/08, таблетки РУ ЛС-001540 grls.rosminzdrav.ru (дата обращения 19.07.2017). 3. Tong H Influence of neurotropic vitamins on the nerve conduction velocity in diabetic neuropathy. Ann Acad. Med Singapore 1980; 9.; Janka HU et al. The influence of Neuron on temperature sensibility in patients with diabetic polyneuropathy In: Hrsg: Rietbrock N. Pharmakologie und klinische Anwendung hochdosierter B-vitamine-Steindokopf. Verlag, Darmstadt, 1991: 87-97.

Информация для медицинских специалистов. Для использования на медицинских конференциях. Реклама.

Полную информацию о препарате вы можете получить в ООО «Др.Редди's Лабораторис», 115035 г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1.



Доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, **Максим Валерьевич Чурюканов** продолжил дискуссию. Мы можем помочь части пациентов в начале фармакотерапии. Но все же часть больных, несмотря на наши усилия, страдает хронической болью. Вот что делать с ними? Можем ли мы постараться помочь сделать так, чтобы та боль, которая у них уже есть, меньше им мешала, и как это сделать. Можно помочь не только в плане устранения болевого синдрома, но и в плане влияния на другие составляющие, которые у этих пациентов действительно зачастую выходят на первый план. Это те пациенты, у которых на первые места помимо болевого синдрома начинают выходить нарушения сна, медикаментозная зависимость, ограничение физической активности, депрессия. И другие проявления и своего рода вот эта вот концепция, этот взгляд — хроническая боль как болезнь, вот в каком виде мы ее сейчас уже видим в международной классификации болезней 11 го пересмотра. Необходимо учесть эти составляющие, чтобы попытаться так сделать, что сама боль может быть на 100 % и не регрессировала, но сопутствующие проявления не влияли на качество жизни. Болевые синдромы различны, они, как правило, сопровождаются психологическими особенностями, различными неврологическими заболеваниями, желудочно-кишечными проблемами и другими проявлениями.

В современной концепции лечения хронической не онкологической боли — это, прежде всего, индивидуализированный подход. У нас нет единого возможного подхода к лечению пациентов с хроническим болевым синдромом. Это будет определяться в первую очередь установлением непосредственно типа болевого синдрома, который перед нами оказался. Необходимо учитывать сопутствующие психологические особенности пациента. Необходимом уменьшать боль и восстанавливать физическую активность. А как она влияет на физическую активность? Какие последствия в отношении уменьшения возможности пациента это несет? Это — изменение убеждения больного по отношению к болезни, лечению.

Многие пациенты месяцами ходят по врачам в поисках источника боли, но не находят его. А вот взять часть ответственности на себя, понять, что да, я могу изменить что-то в своей жизни, чтобы эта боль прошла, вот это, наверное, самая сложная задача, которая стоит перед нами, когда мы лечим этих пациентов и пытаемся уменьшить воздействие на них той боли, которая с ними существует.

Болевое поведение, страдание, эффективное, когнитивное составляющее ощущение боли от повреждения ткани. Вот к нам приходит пациент с болевым поведением. Для него это способ коммуникации, с помощью которого он взаимодействует с миром, с окружающими. Для нас это — тоже симптом. Но дальше попытаться разобраться, какое же повреждение тканей лежит в основе, будет очень сложно.

Если пациент получает какое-то повреждение, которое ведет к ощущению боли, то дальше у пациента есть потенциально два направления. Первое

направление — тогда, когда пациент имеет неадаптивную стратегию преодоления, эмоции, убеждения; он неправильно понимает, почему и в чем причина развития его болевого синдрома. Вот пациент приходит к врачу с каким-то дополнительным обследованием. И, поставив уже диагноз, пациент приходит не для того, чтобы получить рекомендации, а порассуждать с врачом про грыжу, которую у него нашли, что она влияет на его болевой синдром. В результате катастрофизация — неправильное представление пациента о своих болевых ощущениях будет вести к страху нового повреждения. Эти пациенты с неспецифической болью могут приходить в корсете, ограничивать свою активность. И вот такое избегающее поведение — инвалидизация эффективных расстройств. Но это — такой своего рода порочный круг, в котором оказываются эти больные. Если пациент приходит к специалисту, изначально получает правильное объяснение происхождения своей боли, у него складывается правильное понимание и то, что мы называем адаптивными стратегиями преодоления боли. И вот наша задача, когда мы пытаемся помочь уже тому пациенту, у которого развилась хроническая боль в зоне так, чтобы он из этого злополучного круга вышел, пройти этот путь придется наоборот. Придется уменьшить инвалидизацию, объяснить необходимость все-таки большей активности, а затем нужно будет работать с катастрофизацией, с адаптивными стратегиями преодоления, изменять убеждения в отношении своего здоровья. Существенной задачей является коррекция болевого поведения. Это то, чем приходится порой заниматься в практике, но это то, чем не может заниматься специалист первичного звена. [9]

Навыки самоконтроля и понимания успеха — это очень сложная задача. Следует обучать поведенческим навыкам, которые помогают преодолеть составляющие боли, позитивное подкрепление, отвлечение внимания. Приходится работать в отношении того, чтобы пациент чем-то занимался помимо поиска причин своего болевого синдрома. Это подходы коррекции болевого поведения. Действительно, в настоящий момент основы эффективного лечения боли — это не какой-то один шаг или какое-то одно действие, которое помогает пациенту. Это тщательная оценка боли, связанная с боленарушением. Необходимо сразу сообщать больному реалии, которые будут настраивать его на долгий, успешный процесс лечения.

Индивидуализированная программа лечения, мультимодальный подход — как это может быть реализовано? Это может быть реализовано при создании специализированной противоболевой службы. Российское общество по изучению боли совместно с Национальной медицинской палатой сейчас как раз и занимается работой над созданием в стране специализированной привоболевой государственной службы. И в настоящий момент мультидисциплинарные программы лечения, которые включают психологические, физические, социальные и профессиональные аспекты воздействия, рассматриваются как то, что должно быть реализовано. Необходимо создание федеральных противоболевых центров, которые должны создаваться на базе крупных учреждений, университетов, либо научных центров, которые будут решать лечебные, научные, образовательные задачи. То есть готовить тех специалистов, которые будут работать уже на уровне первичного звена. [10]



По словам профессора, заведующего лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии **Михаила Львовича Кукушкина**, одному человеку вылечить пациента с хронической болью нереально, поскольку данный доктор должен обладать методами и навыками мануального терапевта, рефлексотерапевта, психотерапевта, анестезиолога, невролога, дерматолога. Это невозможно. Только команда, которая может быть сосредоточена в специализированных клиниках, позволит уменьшить негативное влияние хронической боли на жизнедеятельность больного.

Первичная профилактика острой боли — это образ жизни. Это здоровый образ жизни, спорт, правильное питание, правильная психология, правильные навыки, которые позволяют обеспечить хорошую социализацию. Но если вдруг при определенных обстоятельствах создаются условия, при которых может быть получена травма, повреждение тканей, и возникает острая боль, то основная задача в профилактике хронизации сводится к быстрейшему устранению этого болевого синдрома. И, действительно, вторичная профилактика для превращения перехода от острой боли к хронической является важнейшим аспектом. И вот здесь задача врача становится крайне актуальной, потому что непонимание типа боли, неназначение правильных адекватных лекарственных препаратов, необъяснение больному сути проблемы создают те психосоциальные изменения в его поведении, которые могут обеспечить хронизацию боли.

Подводя итоги, **М. Л. Кукушкин** отметил, что третичная профилактика — уменьшение воздействия хронического болевого синдрома на качество жизни, инвалидность пациента, его страдания, его влияние на ближайших родственников — все это является теми важными реабилитационными программами, которые могут быть реализованы именно только в условиях специализированной противоболевой службы.

Если говорить об эффективности неинвазивных, нефармакологических методов воздействия в отношении боли, с доказанной эффективностью сегодня работают физкультура, рефлексотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия. Если эти методы используются комплексно, то они превосходят действия фармакотерапии.

О. С. Давыдов добавил, что сегодня принят комплексный и мультимодальный подход к лечению хронической боли, где будут использоваться самые разные методы, в том числе и антидепрессанты, а у кого-то могут быть антиконвульсанты и так далее. Но нельзя говорить, что мы будем лечить хроническую боль только антидепрессантами и все. Нет, есть конечно невропатическая боль, есть фибромиалгия, есть и другие нозологии, где по антидепрессантам существуют хорошая доказательная база. При каждом заболевании есть определенный тип препарата, который работает чуть лучше или чуть хуже.

Литература

1. Rolf-Detlef Treede et.al. Pain 2015 Jun; 156(6): 1003–1007.
2. Breivik et.al. //European Journal of pain 10 (2006): 287–333.
3. Stewart et.al., 2003.
4. Olesen, 2011.
5. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. Акод. РАМН Н. Н. Яхно — М.: МЕДпрессинформ, 2009 — 304 с.
6. Theodore J Price and Pradipta R Ray Current Opinion in Physiology 2019, 11: 42–50.
7. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине — 2009 — ГЕОТАРМедиа — 356 с.
8. Downie AS, Hancock MJ, Rzewuska M, Williams CM, Lin CW, Maher CG Trajectories of acute low back pain: a latent class growth analysis, Painm 2016 Jan; 157 (1): 225–34.
9. Кукушкин М. Л., Подчуфарова Е. В., Яхно Н.Н., Физиология и патофизиология боли РАМН 2011, 512 с.; с. 12–30.
10. Kelley Bevers, Lynette Watts, Nancy D Kishino and Robert J Gatchel US Neurology, 2016;12(2): 98–104.

Для заметок

Для заметок

ПРОГРАММА
ЗДОРОВЬЯ

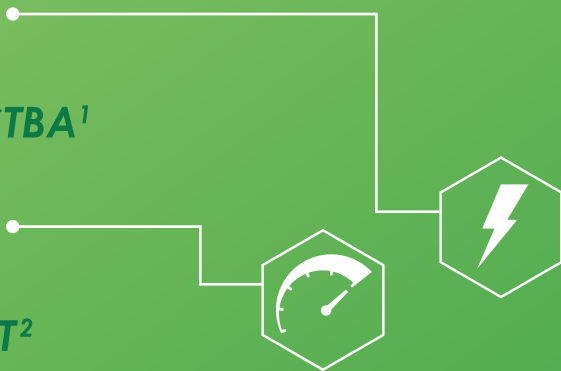
Найз®

СИЛА 3D-ЭФФЕКТА

УСКОРЕННОЕ
ВЫСВОБОЖДЕНИЕ
АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА¹

ПОМОЩЬ
В ОБЕЗБОЛИВАНИИ
В ТЕЧЕНИЕ 20 МИНУТ²

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ДЕЙСТВИЕ 24 ЧАСА
ПРИ ПРИЕМЕ 2 ТАБЛЕТОК³



Инструкция по медицинскому применению препарата Найз® таблетки 100 мг № 20.

Регистрационные удостоверения П №012824/02 от 20.03.2017; П №012824/03 от 14.01.2019.

3D-эффект препарата Найз®: «Как особенности фармакокинетики помогают справиться с острой болью», Доктор.ру, Неврология Психиатрия № 6 (161), 2019.

1. Воллер Р. «Быстрая дезинтеграция — одна из основных задач при разработке рецептур. Фармацевтические технологии и упаковка», 2012; 6:70–71. [Volmer R. Rapid disintegration is one of the main tasks in the development of formulations. Pharmaceutical technology and packaging, 2012; 6:70–71 (in Russ.)].

2. Bianchi M, Brogгинi M. Anti-hyperalgesic effects of nimesulide: studies in rats and humans. Int J Clin Pract Suppl 2002;128:11-19.

3. Кудяева Ф.М., Барскова В.Г., Насонова В.А. «Сравнение скорости наступления противовоспалительного и анальгетического эффекта таблетированных нимесулидов и диклофенака натрия при подагрическом артрите: рандомизированное исследование». Научно-практическая ревматология, 2008; 46(1):55-59.

4. Найз® и Найз® гель — победители премии «Товар года 2019» в номинации: «Препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы».

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Реклама.

НАЙЗ® – СИЛА 3D - ЭФФЕКТА

- УСКОРЕННОЕ
ВЫСВОБОЖДЕНИЕ
АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА¹
- ПОМОЩЬ
В ОБЕЗБОЛИВАНИИ
В ТЕЧЕНИЕ 20 МИНУТ²
- ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ДЕЙСТВИЕ 24 ЧАСА
ПРИ ПРИЕМЕ
2 ТАБЛЕТОК³



найзпро.рф

**РАБОТАЕТ
НА ЗДОРОВЬЕ!**

Инструкция по медицинскому применению препарата Найз® таблетки 100 мг № 20.

Регистрационные удостоверения П №012824/02 от 20.03.2017; П №012824/03 от 14.01.2019.

3D-эффект препарата Найз®: «Как особенности фармакокинетики помогают справиться с острой болью», Доктор.ру, Неврология Психиатрия № 6 (161), 2019.

1. Воллмер Р. «Быстрая дезинтеграция — одна из основных задач при разработке рецептур. Фармацевтические технологии и упаковка». 2012; 6:70–71. [Volmer R. Rapid disintegration is one of the main tasks in the development of formulations. Pharmaceutical technology and packaging. 2012; 6:70–71 (in Russ).]

2. Bianchi M, Brogгинi M. Anti-hyperalgesic effects of nimesulide: studies in rats and humans. Int J Clin Pract Suppl 2002;128:11-19.

3. Кудяева Ф.М., Барскова В.Г., Насонова В.А. «Сравнение скорости наступления противовоспалительного и анальгетического эффекта таблетированных нимесулидов и диклофенака натрия при подагрическом артрите: рандомизированное исследование». Научно-практическая ревматология, 2008; 46(1):55-59.

4. Найз® и Найз® гель — победители премии «Товар года 2019» в номинации: «Препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы».

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Реклама.