

# Медицина боли

## Первая международная научно-практическая конференция «Вейновские чтения в Украине»

**Александр Моисеевич Вейн** был одним из самых авторитетных в странах СНГ исследователей в области неврологии, сомнологии, алгологии. Вот уже в течение 7 лет сотрудники кафедры, которую возглавлял этот выдающийся ученый, проводят научно-практические конференции по медицине боли «Вейновские чтения» (г. Москва, РФ). В этом году Украина поддержала эту замечательную традицию, и 17-18 февраля в г. Яремче состоялись первые «Вейновские чтения в Украине». В работе конференции приняли участие ведущие отечественные и зарубежные специалисты в лечении боли, а также неврологи, терапевты, семейные врачи, анестезиологи.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Луганского государственного медицинского университета, президент Украинской ассоциации по изучению боли **Игорь Владимирович Романенко** (г. Луганск), который под руководством А.М. Вейна защищал диссертационную работу, стал вдохновителем и организатором первых «Вейновских чтений в Украине». Он выступил с двумя докладами, посвященными наиболее распространенным болевым синдромам в клинической практике.

— Среди болевых синдромов боль в пояснице занимает лидирующее положение. Так, болевые феномены в области позвоночника встречаются практически у всех лиц трудоспособного возраста старше 40 лет. У подавляющего большинства терапевтов, неврологов, ортопедов сформировалась устойчивая доминанта о преобладающей роли остеохондроза в формировании различных болевых синдромов.

С точки зрения клинического интереса решение проблемы болей в спине включает определение источника боли и пути ее устранения.

Большинство составляющих позвоночного столба содержат нервные окончания и могут быть источником боли в спине. Болевые рецепторы выявлены в капсулах фасеточных суставов, задней продольной, желтой и межостистой связках, твердой мозговой оболочке, эпидуральной жировой клетчатке, перисте позвонков, стенках артериол и вен, сосудах паравертебральных мышц, наружной трети фиброзного кольца межпозвоночных дисков. В патологический процесс может быть вовлечена любая из перечисленных структур позвоночного двигательного сегмента. Важно представлять, что процесс начинается с межпозвоночного диска, затем вовлекаются другие структуры, отвечающие за сохранность его функционального состояния. К вертеброгенным причинам возникновения боли в спине относятся такие патологии, как грыжа диска, спондилез, остеофиты, сакрализация, люмбализация, изменения в межпозвоночных (фасеточных) суставах, анкилозирующий спондилит, спинальный стеноз, переломы позвонков, остеопороз, опухоли позвонков, болезнь Бехтерева, функциональные вертеброгенные нарушения. Болевой синдром в пояснице может быть обусловлен и невертебральными причинами (гинекологической, почечной патологией, сосудистыми заболеваниями, неврологическими нарушениями, психогенной, миофасциальной болями, отраженными болями при заболеваниях внутренних органов, опухолевыми и метастатическими болями). В его основе лежит изменение функционального состояния структур, обеспечивающих вертикальное положение тела. Следует дифференцировать боли локальные, отраженные, радикулярные, миофасциальные.

Лечение боли в нижней части спины предусматривает определение причины

боли, степени вовлечения различных отделов нервной системы в формирование болевого ощущения и устранение боли. В остром периоде (1-6 сут) нужно максимально разгрузить позвоночник, назначить постельный режим, хотя о необходимости последнего ведутся дискуссии. Одновременно назначают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и/или опиоидные анальгетики.

Даже при небольшой положительной динамике со стороны двигательных нарушений есть шансы на успех при помощи длительной консервативной терапии. Нарастающая в течение нескольких месяцев симптоматика свидетельствует о ее неэффективности. Показаниями к оперативному лечению следует считать сдавление корешков конского хвоста с парезом стопы, анестезией аногенитальной области, нарушением функций тазовых органов. При лечении хронических болевых синдромов препаратами первого ряда являются трициклические антидепрессанты. Лекарственными средствами второго ряда являются антиконвульсанты. Применение анксиолитиков (производных фенотиазина или бензодиазепинов) дополнительно способствует миорелаксации. Большое разнообразие видов и механизмов боли говорит о необходимости участия в их диагностике и лечении различных специалистов — неврологов, анестезиологов, ревматологов, психологов, клинических электрофизиологов, физиотерапевтов. Только комплексный междисциплинарный подход к изучению теоретических и клинических проблем боли может решить назревшую задачу нашего времени — избавление людей от страданий, связанных с болью.

Второй доклад **И.В. Романенко** был посвящен определению места нейропатической боли среди других болевых синдромов.



— Нейропатическая боль — это боль, вызванная поражением или дисфункцией структур нервной системы, ответственных за проведение болевого импульса. В большинстве случаев при жалобе пациентов на боль врачи назначают простые анальгетики или НПВС, которые являются неэффективными в случае нейропатической боли. Знание определенных подходов к дифференциальной диагностике ноцицептивной и нейропатической боли помогает избежать ошибок в диагностике и назначить адекватное лечение больному.

Для нейропатической боли характерна комбинация позитивных и негативных сенсорных симптомов. Первые проявляются в спонтанной боли, дизестезии, парестезии, аллодинии, гипералгезии. Ко вторым относятся гипестезия, анестезия, гипалгезия, аналгезия. Диагностику нейропатической боли проводят,

учитывая алгоритмы трех «С»:

- слушать — как больной описывает боль (дескрипторы боли);
- смотреть — обязателен неврологический осмотр больной зоны, исследование ее чувствительности;
- систематизировать — являются ли выявленные нарушения следствием поражения нервной системы.

Пациенты используют следующие дескрипторы для описания нейропатической боли: «как удар электрического тока», «стреляющие», «прострел», «покалывающие» «иголки», «жгучие», «жжение», «онемение». Если больной определяет боль словами «ноющая», «постоянная», «тупая», это может свидетельствовать о ее ноцицептивной природе.

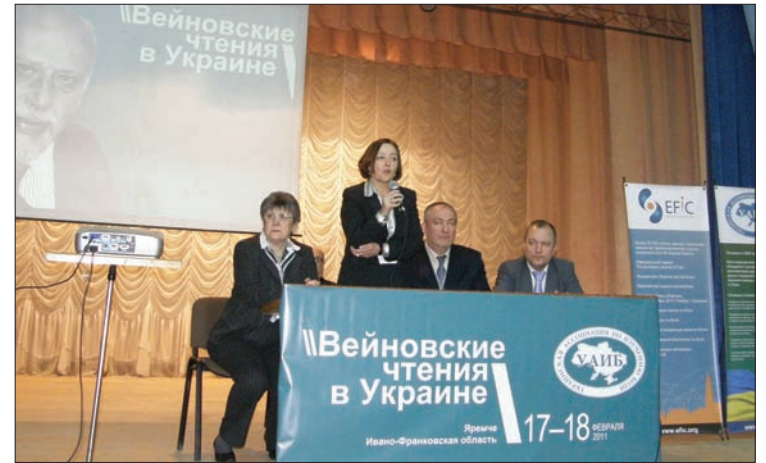
Неврологический осмотр включает: — осмотр болевой зоны и сравнение ее со здоровой: по цвету, температуре кожи, отечности, потливости; — исследование чувствительности простыми способами: тактильной (ватой, бумажной салфеткой), болевой (иглой), температурной (неврологическим молотком, пробирками), с помощью специфических тестов (симптом Ласега, симптом Тинеля);

— исследование моторной системы (тонуса, мышечной силы, рефлексов, гипотрофии).

Нейропатическая боль чаще всего встречается при диабетической полинейропатии и постгерпетической невралгии. Нейропатический компонент также имеют тригеминальная невралгия, радикулопатия, туннельный синдром, центральная постинсультная боль (связанная с поражением центральной нервной системы), рассеянный склероз, спинальная травма, фантомная боль.

У пациентов с нейропатическим болевым синдромом часто встречаются такие коморбидные состояния, как нарушения сна, расстройства настроения в виде симптомов депрессии и тревоги. У лиц с интенсивной и/или хронической болью чаще наблюдаются расстройства сна и настроения по сравнению с пациентами, страдающими от острой боли.

Лечение нейропатического болевого синдрома заключается в назначении антиконвульсантов, антидепрессантов, опиоидных анальгетиков и местных анестетиков. По возможности следует предлагать таким больным психотерапевтическое лечение. При назначении его следует понимать, что полностью устранить такую боль на сегодняшний день не представляется возможным, поэтому пациентов с нейропатическими болевыми синдромами следует настроить на реалистичные ожидания от лечения. Практика показывает, что они остаются удовлетворены лечением, если врачу удастся уменьшить интенсивность боли хотя бы на 30%, что способствует улучшению сна, настроения, снижению уровня тревоги и депрессии. Таким образом, даже



Открытие конференции

добившись некоторого уменьшения боли можно существенно улучшить социальную адаптацию больного и качество его жизни.

Профессор кафедры нервных болезней ФПО врачей ГОУ ВПО Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук **Елена Глебовна Филатова** выступила с двумя интересными лекциями, в которых рассказала о сложностях в дифференциальной диагностике таких распространенных нарушений, как головокружение и мигрень.



— Головокружение встречается у 5% больных в общей практике и 40% — в практике неврологов и отоларингологов, при этом отмечается определенная сложность в диагностике заболевания, провоцирующего появление симптома головокружения, что ведет к трудностям в лечении, полипрагмазии и др. Более 80 болезней и патологических состояний вызывают головокружение, при этом у 40% пациентов с головокружением причины так и остаются невыясненными.

Различают системное (так называемое вестибулярное, истинное головокружение, вертиго) и несистемное (невестибулярное) головокружение.

Системное головокружение бывает центральным и периферическим. Центральное отличается от периферического следующими симптомами:

- чаще постоянное;
- обычно менее выраженное;
- сопутствующий нистагм разнообразен по направлению — в одну или обе стороны, может быть вертикальным, диагональным, ротаторным, а также многонаправленным либо отсутствовать.

Периферическое головокружение — чаще пароксизмальное, персистирующее с односторонним и только горизонтальным нистагмом.

Наиболее частыми причинами головокружения в клинической практике являются такие:

- доброкачественное позиционное головокружение;
- психические заболевания (в первую очередь тревожные расстройства);
- базиллярная мигрень;
- болезнь Меньера;
- вестибулярный нейронит.

Используется следующая схема обследования пациента с головокружением:

- определение спонтанного нистагма и нистагма фиксированного взора; тест плавного слежения;



- выявление саккад (быстрых согласованных движений глаз);
- качание головой;
- проба Дикса-Холлпайка;
- статическая поза;
- согласованность движений конечностей (пробы на координацию);
- устойчивость в позе Ромберга;
- оценка походки;
- специализированные тесты.

При наличии у пациента жалоб на головокружение врачу следует обязательно поинтересоваться лекарственной терапией, которую больной получал или получает в настоящее время, так как многие лекарственные препараты обладают ототоксическим действием и способны вызывать указанное нарушение — неомидин, салицилаты, некоторые диуретики, химиотерапевтические препараты и др.

Причиной ошибок в диагнозе пациента с головокружением нередко является переоценка роли изменений в шейном отделе позвоночника, выявляемая при рентгенологических и нейровизуализационных исследованиях у лиц среднего и пожилого возраста, и результатов ультразвуковых сосудистых методик, показывающих наличие изгибов, умеренных стенозов, асимметрии кровотока, которые, как правило, не являются причинами этого состояния.

Второй доклад **Е.Г. Филатовой** был посвящен мигрени.

– Мигрень — это заболевание, которое было известно еще в древнем мире, однако за прошедшие тысячелетия врачи практически не приблизились к пониманию этиологии этого нарушения. Впрочем, за последние годы было доказано, что мигрень является наследственным заболеванием. Ее распространенность колеблется от 3 до 30% во всем мире. В большинстве стран, где были проведены эпидемиологические исследования, она составляет в общей популяции 14%, а только среди женского населения — 25%. Таким образом, показано, что женщины чаще подвержены проявлениям мигрени, при этом почти в 90% случаев приступы начинаются в возрасте до 20 лет. Диагноз мигрени, как и других форм первичной головной боли, ставят на основании рассказа пациента и исключения органической патологии. К сожалению, до сих пор не существует ни одного специфического метода диагностики мигрени. Поэтому умение врача задать правильные вопросы больному

является крайне важным для постановки правильного диагноза. Необходимо обязательно выяснить у пациента:

- в каком возрасте началась головная боль;
- частоту приступов головной боли;
- длительность приступов;
- локализацию и распространение боли;
- характер боли;
- факторы, влияющие на головную боль: прерывающиеся, усиливающие, облегчающие;
- интенсивность головной боли — что пациент может делать во время приступа головной боли: во время легкого приступа отмечается отсутствие или наличие легкого ограничения повседневной активности; при тяжелом течении полностью теряет способность к активности (для мигрени характерны среднетяжелое и тяжелое течение приступов);
- наличие сопровождающих симптомов;
- ранее назначенное лечение;
- коморбидные состояния;
- почему больной обратился за помощью именно сейчас.

Мигрень разделяют на две основные формы: без ауры (80% всех случаев) и с аурой. Для постановки указанного диагноза требуется наступление минимум 5 приступов, соответствующих следующим критериям:

- боль проявляется в форме приступа — большой может с точностью до минут записать начало и конец приступа в отличие от головной боли напряжения;
  - длительность приступа от 4 до 72 ч;
  - присутствуют хотя бы два из следующих признаков: односторонность боли, пульсирующий характер, интенсивность от средней до тяжелой, боль провоцируется активностью;
  - есть сопровождающие симптомы: тошнота, рвота, фоно- и фотофобия.
- Диагностическим критерием мигрени с аурой является наличие хотя бы трех признаков из следующих:
- полная обратимость симптомов ауры;
  - продолжительность ауры не более 1 ч (чаще 5-20 мин);
  - последовательное развитие симптомов (зрительные — чувствительные — двигательные);
  - наличие «светлого промежутка» (не более 1 ч).

Главная задача невролога и врача общей практики заключается в том, чтобы правильно дифференцировать первичную и вторичную головную боль. Однако не следует забывать, что между приступами мигрени пациент также может страдать от головных болей другого генеза (например, напряжения), поэтому больной в жалобах может описывать несколько разных ее типов.

Лечение мигрени заключается в назначении препаратов с неспецифическим действием, таких как простые анальгетики, НПВС; комбинированных лекарственных средств; препаратов со специфическим действием — селективных агонистов 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторов, или триптанов; вспомогательных средств; психотерапии; устранения факторов, которые могут провоцировать развитие приступов.

**Доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней ФППО врачей ГОУ ВПО Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, ученица А.М. Вейна Галина Михайловна Дюкова** рассказала об особенностях диагностики и лечения вегетососудистой дистонии (ВСД).



– Одной из распространенных ошибок многих неврологов, терапевтов, кардиологов является стремление квалифицировать ВСД не как синдром, в который вовлечены несколько систем, а как самостоятельное заболевание, при этом завершив необходимый поиск причин, обусловивших данный синдром. ВСД — это диагноз исключения. Если к врачу обращается пациент с наличием множественной симптоматики, в первую очередь следует провести комплексное и полное обследование на наличие органической патологии или определить ее удельный вес в генезе предъявляемых жалоб. Последнее положение крайне важно, поскольку ВСД может быть выявлена не только у соматически здоровых лиц, но также у больных с наличием сердечно-сосудистой, легочной, неврологической и другой патологией. Поэтому даже при выявлении соматического заболевания всегда следует учитывать, насколько соотносятся предъявляемые жалобы пациента с тяжестью болезни, характерны ли все симптомы для основного заболевания или часть из них может указывать на вовлеченность вегетативной нервной системы. Известно, что вегетативная система распространена практически во всех органах, что объясняет сочетание у всех больных с ВСД признаков функционального нарушения в нескольких различных системах, при этом наличие симптомов со стороны только одной системы, как правило, указывает на невыявленное органическое нарушение и требует проведения дополнительной диагностики.



**Медицинский директор междисциплинарного центра противоболевой терапии университетского госпиталя г. Эрлангена (Германия), член образовательного комитета Европейской федерации членов Международной ассоциации по изучению боли (EFIC), доктор Рейнхард Ситтль** рассказал об особенностях работы клиники по лечению боли. Так, основой ее является мультидисциплинарность: в каждую команду, работающую с пациентами, входят специалисты по лечению боли — врач-невролог и анестезиолог, ортопед, специалист по психосоматической медицине, психолог, специалист по лечебной физкультуре, физиотерапевт, медсестры; недавно к команде также присоединились педиатр и социальный работник. В клинику, как правило, обращаются больные с хронической болью (часто множественной локализации), наличием ряда психосоциальных проблем и длительной историей неэффективной терапии. Самыми распространенными у пациентов болевыми синдромами, с которыми персоналу клиники приходится иметь дело, являются головная и нейропатическая боли, а также боль в нижней части спины.

При поступлении в клинику больного вначале обследуют врач-специалист по лечению боли (продолжительность консультации 90-120 мин) и психолог (в среднем 90 мин). Также проводятся дополнительные инструментальные и лабораторные исследования. Затем совместно

с остальными членами команды устанавливают диагноз и выработывают стратегию ведения больного: в зависимости от тяжести заболевания рекомендуют амбулаторную или стационарную терапию.

Лечение пациента состоит из адекватного обезболивания с использованием опиоидных и неопиоидных анальгетиков, а также трициклических антидепрессантов, посещения групповой и индивидуальной психотерапии, лечебной физкультуры и образовательных занятий.

Ученица А.М. Вейна, продолжающая его труды в области исследования сна, кандидат медицинских наук **Алия Иманалиевна Байдаулетова (г. Алматы, Республика Казахстан)** рассказала о методе диагностики синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), который подтвердил свою валидность в качестве скрининга в сравнительном исследовании у пациентов с наличием храпа.



– СОАС — это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции

при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна, избыточной дневной сонливостью. Характерные циклические ночные колебания сатурации можно рассматривать в качестве одного из маркеров СОАС. Циклическая брадикардия/тахикардия является чувствительным (95%), но неспецифичным (48%) симптомом СОАС. Для его диагностики рекомендуют проводить такие методы исследования, как СО-оксиметрия, анализ газов крови и пульсоксиметрия.

СО-оксиметрия является золотым стандартом и классическим методом калибровки пульсоксиметра. СО-оксиметр вычисляет фактическую концентрацию гемоглобина, дезоксигемоглобина, карбоксигемоглобина, метгемоглобина в пробе крови, а затем вычисляет фактическую кислородную сатурацию. СО-оксиметры более точны, чем пульсоксиметры, однако они определяют сатурацию только в определенный момент (эффект «снимка»), громоздки, дороги в обслуживании и требуют забора пробы артериальной крови, что создает сложности в рутинном применении такого метода. Анализ газов крови также требует инвазивного вмешательства для получения образца артериальной крови больного, при этом точность определения сатурации с помощью этого метода уступает пульсоксиметрии — скрининговому методу обследования пациентов с предполагаемым СОАС, чувствительность которого составляет 31-98% (в зависимости от точности прибора), а специфичность — 41-100%.

В г. Алматы было проведено сравнительное исследование диагностической ценности пульсоксиметрии в скрининговой диагностике СОАС у взрослых. Обследовано 117 пациентов (67 мужчин и 50 женщин, средний возраст 57 лет) с жалобами на храп. Первичный (неосложненный) храп без снижения сатурации был выявлен у 32% больных. СОАС с тяжелым течением был выявлен у 22% пациентов. У 45% лиц выявлено наличие СОАС I-II степени тяжести. Всем участникам проведено кардиореспираторное мониторирование. Выявлено, что чувствительность пульсоксиметрии составила 100%, специфичность — 59%. Таким образом, этот метод с успехом может быть использован при скрининге СОАС у пациентов с храпом.

Подготовила  
**Татьяна Канцидайло-Спринсян**



Участники конференции



В зале заседаний