

Болевой синдром в практике врача: новые возможности терапии

Боль различной локализации – один из наиболее распространенных клинических синдромов – нередко приобретает хроническое течение и приносит значительные моральные страдания больным, ухудшая качество их жизни.



О тактике ведения пациентов с болью нашему корреспонденту рассказала **главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.**

– В чем состоит медико-социальная значимость боли?

Боль – это наиболее частая жалоба, с которой пациенты обращаются к врачу. Современная медицина рассматривает боль, скорее, как болезнь, а не симптом, имеющий ключевое влияние на качество жизни пациента. Боль – многофункциональное составляющее как физических, так и психологических симптомов, включая тревогу и депрессию, пониженную активность, нарушения сна и аппетита. В зависимости от продолжительности болевого синдрома боль может быть острой или хронической. По данным проведенных эпидемиологических исследований, от 20 до 30% населения стран Европы и Америки страдают хронической болью. Каждый пятый пациент страдает хронической болью более 20 лет. Каждый шестой пациент боль считает невыносимой. 40% неудовлетворены назначенным им лечением. Самая частая причина хронической боли – артриты и остеоартриты (34%). Самая частая локализация боли – нижняя часть спины. Боль в спине является одной из серьезных проблем здравоохранения многих стран мира, поскольку именно на этот тип боли приходится основные финансовые затраты. Около 25% населения как минимум 1 раз в год обращаются за медицинской помощью при болях в спине, у 12% таковые возникают ежедневно. Типичный пациент с хронической болью имеет длительный анамнез, прошел немало курсов малоэффективной терапии и получил консультации у нескольких докторов. Расходы на лечение пациентов с болью в спине весьма существенны. Так, в Германии для этих целей выделяется 48,5 млрд евро в год. Показательно, что большая часть указанных средств расходуется не на терапию, а на оплату временной нетрудоспособности и инвалидности; только 28,5% общих затрат составляет стоимость медицинских процедур, в том числе фармакотерапии, на которую расходуется не более 1,4% отчислений, и хирургических вмешательств.

Какие существуют факторы риска развития болей в спине?

К факторам риска развития болей в спине относятся:

- профессиональные (тяжелые физические работы, статические нагрузки на позвоночник, монотонный физический труд, включающий в себя частые наклоны вперед и повороты тела; работа, сопровождающаяся вибрационными процессами);
- психосоциальные (мышечный дистресс, вызванный пребыванием в условиях острого и/или хронического стресса);
- индивидуальные соматические особенности (сколиоз, кифосколиоз, сутулость ввиду слабости мышечного корсета и отсутствия регулярных занятий физкультурой);
- индивидуальные физические особенности (противоположное положение тела, монотонные стереотипные движения, статичность позы и др.);
- влияние метеофакторов (локальное и общее переохлаждение);
- нерациональное питание и заболевания ЖКТ (нарушения всасывания витаминов группы В, употребление пищи с большим количеством пуриновых оснований, избыточная масса тела);
- курение, злоупотребление алкоголем.

– Существуют ли различия в алгоритмах ведения пациентов с острой и хронической болью?

– Сбор анамнеза и тщательный осмотр пациента, включая определение неврологической симптоматики, обязательны как при острой, так и при хронической боли. В 95% случаев при условии поддержания адекватной физической активности болевой синдром проходит без медицинского вмешательства. Однако в 5-10% случаев при острых болях в поясничном отделе и в шее происходит хронизация боли. Переход боли в хроническую стадию означает, что болевой синдром больше не является результатом механического раздражения; это диктует необходимость более детального

обследования пациента и непрерывного мониторинга состояния периферической нервной системы, мышечного аппарата. Таким образом, при лечении боли основная задача врача состоит в том, чтобы не допустить формирования болевой чувствительности и усиления нейронального ответа на повторные болевые раздражения, что позволит предотвратить усиление болевого синдрома и его трансформацию в хроническую форму, при хронической боли – снизить ее интенсивность.

– Как правильно выбрать лекарственный препарат для купирования боли?

– Определение источника боли и целенаправленное воздействие на ее механизм – залог успешного лечения. Если причиной острой боли является воспаление, то, безусловно, медикаментозной терапией выбора будет прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Как правило, в 70% случаев причиной боли является мышечный спазм, таким пациентам назначают миорелаксанты.

Известно, что прием НПВП приводит к развитию побочных явлений, которые значительно возрастают после 7 дней терапии. Уже через 1 сут приема НПВП более чем у 50% пациентов наблюдается повреждение слизистой оболочки гастроинтестинального тракта. Особенно это касается пациентов с сопутствующей патологией (артериальной гипертензией, почечной недостаточностью), а также лиц с желудочно-кишечными кровотечениями в анамнезе и больных, принимающих кортикостероиды. Для этих категорий пациентов прием НПВП противопоказан. Как показывает практика, около 80% пациентов с болью в спине препараты данного класса не могут быть назначены ввиду наличия противопоказаний.

Следует отметить, что применение миорелаксантов центрального действия также часто сопряжено с возникновением побочных действий, среди которых наиболее значимыми являются генерализованная мышечная слабость и седативный эффект, которые затрудняют повседневную деятельность пациентов, что ограничивает широкое использование этой группы препаратов в клинической практике.

При различных болевых синдромах, включая предотвращение хронизации боли, перспективно использование селективных активаторов калиевых каналов нейронов (SNEPCO), например Катадолона (компания «Тева»).

– Расскажите подробнее об этом препарате.

– Катадолон – селективный активатор калиевых каналов нейронов, механизм действия которого уникален, поскольку такого рода эффектом (SNEPCO – selective neuronal potassium channel opener) не обладает ни один другой препарат, что открывает широкие возможности для его применения.

Катадолон – в первую очередь анальгетик, который эффективен при любой боли, сочетающейся с мышечным напряжением. Особенно важно, что терапия данным препаратом предотвращает хронизацию боли в спине, а в том случае, если алгический синдром уже перешел в хроническую фазу, способна вернуть пациентов к нормальному образу жизни, значительно улучшив ее качество.

Нейропротекторное действие Катадолона связано с тем, что он, препятствуя хронизации боли, предупреждает апоптоз нервных клеток.

Катадолон хорошо сочетается с другими лекарственными средствами, при его применении не возникает угнетения центральной нервной системы. Исследования показали, что, кроме выраженного обезболивающего эффекта, применение Катадолона ассоциируется со значительным улучшением сна. Это связано с нормализацией фаз сна вследствие способности данного препарата снижать боль.

– В чем заключается отличие механизма действия Катадолона от таковых НПВП и миорелаксантов?

– НПВП блокируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ), ингибируя тем самым развитие воспаления. Ферменты ЦОГ способствуют синтезу простагландинов, которые активируют болевые рецепторы. Однако, помимо этого, ферменты ЦОГ отвечают также за экскрецию калия и натрия, обеспечивают гастропротекцию. Поэтому применение НПВП угнетает не только синтез воспалительного нейротрансмиттера простагландина, но и защитные механизмы, обладающие гастропротекторными свойствами. В отличие от НПВП, обезболивающее действие Катадолона связано с активированием потенциалнезависимых калиевых каналов в проводящих нейронах спинного мозга, что обеспечивает стабилизацию мембранного потенциала нервной клетки, в результате чего угнетается активность NMDA (N-метил-D-аспартат) – рецепторов,

которые принимают активное участие в нисходящих механизмах формирования боли и ГАМК-эргических процессов, а также снижением содержания внутриклеточного кальция. Это приводит к тому, что развивающееся торможение нервной клетки угнетает активацию нейрона в ответ на болевые стимулы, что препятствует усилению возбуждения или величины ответной реакции в нервной системе, предотвращает переход острой боли в хроническую. Поскольку миорелаксация при применении Катадолона достигается за счет торможения передачи возбуждения на вставочные и мотонейроны, мышечный тонус снижается только в области болевого очага. Поэтому применение этого препарата не ассоциируется с возникновением генерализованной мышечной слабости и других побочных эффектов, характерных для других групп лекарственных препаратов, применяемых при болевом синдроме. Таким образом, Катадолон – современный неопиоидный обезболивающий препарат центрального действия, сочетающий в себе анальгетический, миорелаксирующий, нейропротективный эффект и хорошую переносимость.


– Каковы особенности применения Катадолона у пациентов с хронической болью?

– Если установлено, что боль неспецифическая, т. е. нет сдавливания корешков или межпозвоночной грыжи, то основная роль в генерации алгического синдрома принадлежит воспалительным изменениям в связочно-связочном аппарате и мышечному спазму. При воспалении суставов или других соединений опорно-мышечного аппарата Катадолон целесообразно использовать совместно с НПВП. Применение данного препарата одновременно с НПВП у пациентов с хронической болью позволяет усилить их анальгезирующее действие, снизить суточную дозу и, как следствие, редуцировать хроническую боль. Если пациент уже принимал НПВС и воспалительный компонент купирован, то рекомендуется проводить монотерапию Катадолоном.

Для воздействия на нейропатический компонент боли при заинтересованности корешков можно применять как монотерапию Катадолоном, так и сочетать его с антиконвульсантами. Если пациент страдает от боли в течение длительного времени и Катадолон недостаточно эффективен, его можно комбинировать с опиоидами. Поскольку терапия хронической боли длительная, использование Катадолона в этом случае имеет явные преимущества в сравнении с другими лекарственными препаратами – не вызывает лекарственной зависимости и отличается оптимальным профилем безопасности.

Таким образом, для лечения болевого синдрома целесообразно применение препаратов, обладающих полимодальным действием (Катадолон, «Тева») и хорошей переносимостью, что позволяет эффективно устранить боль или предотвратить ее хронизацию (при острой боли).

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**




Катадолон
флапуртин

Капсулы 100 мг № 10, 30
Таблетки ретард 400 мг № 14, 42

Характеристики та лікувальні властивості лікарського засобу

- Ненаркотичний анальгетик з ефектом міорелаксанту
- Базова терапія болу у спині, шії та суглобах¹



Інформація про лікарський засіб:
Склад: **Форма розчину:** флапуртин малакт; 1 капсула містить 100 мг флапуртину малакту. **Лікарська форма:** Капсула. **Фармакологічна група:** Анальгетики та антипіретики. Код АТС: N02B C01. **Позначення:** Болісні спазми м'язів опорно-рухового апарату; головний біль, напруга; біль, спричинений зловживанням новотвореннями; біль при дисменорей; посттравматичний біль, біль після травматологічних/ортопедичних операцій та після травми. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до флапуртину малакту або будь-якої допоміжної речовини в складі препарату, гострі захворювання печінки, печінкова енцепалопатія, жовтяця, алкогалізм, міастенія (Myasthenia gravis), дані у вухах. **Побічні реакції:** Втомлюваність, запаморочення, печія, нудота/блювання, запор, метеоризм, діарея, порушення сну, сплутаність, втома, апетиту, депресія, тремор, головний біль, біль у животі, сухість у роті, неадекватність/нервозність. **Упаковка:** По 10 капсул у бістері; по 1, 3 або 5 бістерів у картонній коробі. **Виробник:** ТОВ Тева Окремішки Польща, Місцезнаходження: Вул. Могильська 80, 31-546 Краків, Польща. Р. н. № UA12019/01/01 від 31.01.2012. № UA12019/02/01 від 23.05.2012. Повна інформація та повний перелік можливих побічних реакцій вказані в інструкції для медичного застосування препарату.
Література: 1. Weyl P., Mueller-Schwab G., Strassmann J. et al. Back pain: Guidelines for drug therapy // Fortschritte – 2006 – № 14(2) – P. 21-33.
ТОВ «Лева Україна», вул. Флапуртин, 30-а, офіс 200, 03680, м. Київ, Тел.: +38 044 594 70 80, факс: +38 044 594 70 81, www.teva.ua, Зареєстровано за номером 2012.
Інформація для використання в професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників