

Проблема боли в современной неврологии: от понимания механизмов к рациональному выбору терапии

20-21 марта в г. Харькове состоялась научно-практическая конференция «Болевые синдромы в практике невролога», целью посвященная проблеме боли как проявления многих заболеваний нервной системы. Руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко открыла работу конференции содержательной лекцией, в которой напомнила врачам о разнообразии механизмов, причин боли, нозологических форм болевых синдромов и современных принципах терапии.

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 90% заболеваний ассоциируются с болью. Боль служит основной причиной 11-40% обращений за первичной медицинской помощью и наиболее часто является проявлением неврологических заболеваний. Боль, которая длится 12 нед и дольше, определяется как хроническая и представляет собой актуальную медико-социальную проблему, поскольку истощает эмоциональные ресурсы человека, приводит к социальной и трудовой дезадаптации, прямым и непрямим экономическим потерям. Злоупотребление анальгетиками в высоких дозах для купирования боли влечет за собой новую проблему – абзусную боль. Благодаря новым методам нейровизуализации (функциональной магнитно-резонансной томографии – МРТ, позитронно-эмиссионной томографии) удалось выяснить, что хроническая боль является самостоятельным заболеванием центральной нервной системы (ЦНС), поскольку ассоциируется с органическими изменениями структур головного мозга. Например, при хронической радикулопатии определяется атрофия серого вещества префронтальной коры и таламуса. У больных с высокой частотой приступов мигрени на МРТ отмечается снижение плотности серого вещества в лобной, лимбической и теменной областях, снижение плотности белого вещества в лобных долях, повышение плотности белого вещества в мозжечке и снижение плотности серого вещества в стволе мозга и чечевицеобразном ядре (Denuelle M. et al., 2008).

Самое масштабное популяционное исследование за всю историю изучения боли – PAIN in Europe, в рамках которого были опрошены 46 394 жителя 15 европейских стран и Израиля, показало, что хронической болью страдают от 20 до 30% общего населения и 60% населения старше 60 лет. Более 40% опрошенных отмечают, что боль нарушает их жизнедеятельность, а каждый шестой считает свою боль невыносимой. Самой распространенной причиной хронической боли являются артриты и остеоартроз (34%), на втором месте – дискогенная боль в спине (15%), на третьем – травматическая боль (12%), далее по убывающей идут ревматоидный артрит, мигрень и другие виды боли. По локализации чаще всего встречаются боль в спине, боль в конечностях и головная боль. 40% опрошенных пациентов не удовлетворены своим лечением (Breivik H. et al., 2006).

В Украине статистика болевых синдромов не ведется, но можно предположить, что из 50 млн зарегистрированных неврологических заболеваний большинство сопровождается острой или хронической болью. По-видимому, наибольший вклад вносят заболевания периферической нервной системы, которыми в нашей стране страдают до 500 тыс. человек.

Для оказания эффективной помощи при разнообразных болевых синдромах врачи должны уметь различать четыре вида боли: ноцицептивную, нейропатическую, дисфункциональную и смешанную.

Ноцицептивная боль играет физиологическую защитную роль и возникает в ответ на активацию ноцицепторов периферических тканей при реальном повреждающем воздействии, например воспалительном процессе, мышечном спазме, ожоге.

Нейропатическая боль возникает при первичном повреждении или дисфункции

периферической или центральной нервной системы. Она склонна к хронизации, не выполняет защитной функции и существенно снижает качество жизни. По данным некоторых авторов, распространенность нейропатической боли составляет 6-8%; 20% всех хронических болевых синдромов являются нейропатическими (Wall P.D., Melzack R., 1999). Наиболее частыми причинами нейропатической боли являются: моно- и полинейропатии (диабетическая, алкогольная), инфекционные заболевания с вовлечением нервной системы (постгерпетическая невралгия, поражение периферической нервной системы при СПИДе), комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторная симпатическая дистрофия), инсульт, рассеянный склероз, сирингомиелия, первичные или метастатические опухоли нервной системы.

Пациентов с нейропатической болью можно узнать по характерным жалобам с метафорами и «оттенками» боли: жгучие боли, ощущение ползания мурашек, покалывание, «иголки под кожей», «стреляющие боли», ощущение удара электрическим током, болезненное чувство холода или жара и т.п. Клинический осмотр с определением основных видов чувствительности позволяет выявить позитивные (стимулированная боль, аллодиния, гипералгезия) и негативные сенсорные симптомы (снижение тактильной, температурной, вибрационной, суставно-мышечной чувствительности). Для объективизации симптомов и последующего контроля эффективности терапии разработаны специальные шкалы и опросники, многие из которых доступны на русском и украинском языках: числовая шкала боли (Numeric Pain Scale, NPS), Лидская шкала оценки нейропатической боли (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, LANSS), Лидская шкала для самостоятельного заполнения пациентом (S-LANSS), опросник нейропатической боли (Neuropathic Pain Questionnaire, NPQ) и его краткая форма (NPQ-SF), опросники DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions), painDETECT и др.

Смешанная боль включает как ноцицептивный, так и нейропатический компоненты. Смешанные причины боли можно выявить у пациентов с поясничной радикулопатией, туннельными болевыми синдромами, комплексным регионарным болевым синдромом после травм конечностей (известен также как рефлекторная симпатическая дистрофия), кроме того, смешанная боль характерна для онкологических заболеваний.

Дисфункциональная боль возникает при нейродинамических (функциональных) нарушениях в ЦНС, обусловленных центральной сенситизацией к болевым стимулам, соматизацией эмоциональных переживаний (при соматоформных расстройствах), психическими заболеваниями (боль как сенсорные галлюцинации). Примерами заболеваний, при которых боль может носить дисфункциональный характер, являются синдром раздраженного кишечника, интерстициальный цистит, фибромиалгия, головная боль напряжения.

Основой лечения болевых синдромов остается медикаментозная терапия. Механизмы восприятия, усиления и хронизации боли являются мишенями для действия препаратов разных классов:

– подавление синтеза и высвобождения алгогенов в поврежденных тканях (простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты);

– ограничение поступления болевых импульсов из поврежденных тканей в ЦНС (местные анестетики);

– активация структур антиноцицептивной системы (наркотические анальгетики, агонисты α -адренорецепторов, флупиртин, антидепрессанты);

– подавление генерации эктопических импульсов в периферических нервах (антиконвульсанты);

– устранение болезненного мышечного напряжения (миорелаксанты);

– облегчение психологического восприятия боли (антидепрессанты).

При выборе анальгетиков следует применять механизм-обоснованный подход.

Так, при ноцицептивной боли, например при остеоартрозе, артритах, основной мишенью терапии является воспаление, на которое эффективно влияют простые анальгетики и НПВП. При наличии мышечного спазма, который служит дополнительным источником болевой афферентации, показано назначение миорелаксантов (толперизон, тизанидин). Основные задачи в лечении нейропатической боли – заблокировать механизмы центральной и периферической сенситизации, а также усилить нисходящие ингибиторные влияния. С этой целью назначаются антиконвульсанты (прегабалин, габапентин), трициклические антидепрессанты (амитриптилин), антидепрессанты класса СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин), трамадол и опиоиды. Периферическая сенситизация возникает при поражении периферических нервных волокон и характеризуется локализованными, жгучими и колющими болями, парестезиями и дизестезиями. В данном случае снижение ноцицептивной афферентации достигается за счет локального использования лидокаина или капсаицина. Также для торможения афферентных болевых импульсов используются блокаторы натриевых каналов нейронов карбамазепин и окскарбазепин.

Названные препараты для лечения хронической боли прошли испытание методами доказательной медицины, что позволило сформулировать обоснованные клинические рекомендации по выбору терапии при тех или иных видах боли и нозологических формах.

В рекомендациях Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) средствами первой линии терапии болевых синдромов названы амитриптилин, прегабалин и габапентин. Вторая линия терапии представлена опиоидами, альтернативными антиконвульсантами (топирамат, ламотриджин, вальпроаты), средствами локального действия (мази, кремы и пластыри, содержащие капсаицин или лидокаин), антагонистами NMDA-рецепторов (кетамин, амантадин).

Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) рекомендует при всех видах нейропатической боли, кроме невралгии тройничного нерва, в качестве стартовой терапии назначить один из четырех препаратов: амитриптилин, дулоксетин, габапентин или прегабалин. Если стартовая терапия неэффективна или плохо переносится пациентом, рекомендуется переключение на другой препарат из трех оставшихся, при неэффективности второго препарата –



Т.С. Мищенко

переключение на третий, и так до исчерпания первой линии выбора. Трамадол рекомендуется назначать только в экстренных случаях для купирования острой нестерпимой боли. Пациентам с локализованной нейропатической болью, которые отказываются от приема таблетированных препаратов или плохо их переносят, можно предложить крем с капсаицином в качестве местной терапии.

Рекомендации NICE содержат ряд важных принципов терапии нейропатической боли.

При выборе лечения следует принимать во внимание ожидания и потребности пациента, обсудить с ним влияние боли на повседневную активность и сон, предполагаемую причину боли; почему предлагается тот или иной препарат, его преимущества и возможные побочные эффекты (с учетом сопутствующих заболеваний и лекарственных взаимодействий), важность титрации дозы и соблюдения режима приема лекарств, перспективы применения других видов лечения при неэффективности фармакотерапии.

После назначения нового препарата или перевода с предыдущей терапии на новую рекомендуется в ближайшее время проконтролировать соблюдение пациентом режима титрации и переносимость. При отмене или изменении терапии следует соблюдать принцип постепенного уменьшения дозы во избежание синдрома отмены.

Кроме нейропатической боли, все большую медико-социальную значимость приобретают хронические цефалгии. Головная боль является третьей по частоте локализации, во всем мире растет распространенность первичных цефалгий – мигрени, головной боли напряжения.

Перечисленные виды боли и нозологические единицы далеко не исчерпывают разнообразие болевых феноменов, с которыми приходится сталкиваться неврологам и врачам других специальностей. Некоторые темы, например боль в спине, мигрень, заслуживают отдельных лекций. Цель данной публикации – еще раз обратить внимание читателей на мировые тенденции в изучении боли, необходимость индивидуализации лечения хронической боли в рамках доказательной медицины, широкий выбор адьювантных анальгетиков (антидепрессантов, антиконвульсантов), которые в Украине все еще недооцениваются, несмотря на высокую распространенность нейропатической боли. Следует помнить о том, что даже изначально правильно подобранное лечение хронического болевого синдрома со временем нуждается в модификации, не игнорировать психосоциальные факторы, коморбидные заболевания и проблему злоупотребления безрецептурными анальгетиками.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

