

КОМИТЕТ ПО НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ



**Давыдов
Олег
Сергеевич**

к. м. н., руководитель комитета, ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, Москва

Предпосылкой создания Комитета по невропатической боли в структуре Российского общества по изучению боли явилась прежде всего актуальность проблемы. Среди всех хронических болевых синдромов, а в Европе ими страдает порядка 20% популяции, невропатическая боль занимает особо значимое место, поскольку встречается чаще других видов хронической боли — у 6–7% населения. Невропатическая боль обуславливает значительное бремя для государства, общества и системы здравоохранения. В свое время в США было подсчитано, что ежегодные расходы государства и страховых компаний на одного больного составляют \$3–8 тыс. в зависимости от интенсивности невропатической боли, что в 2–3 раза превышает расходы на сердечно-сосудистые и респираторные заболевания. В России ситуация во многом сходная, и именно поэтому ни у кого из руководства общества не возникло даже тени сомнения по поводу необходимости регулярной работы по продвижению передовых знаний по проблеме невропатической боли среди российских врачей.

На момент создания комитета одной из основных задач была обра-

зовательная деятельность. Очень часто приходилось, да и до сих пор приходится слышать ошибочное мнение о том, что невропатическая боль — это исход хронической боли, многие специалисты не знакомы с критериями диагностики этого вида боли и перечнем заболеваний и причин ее вызывающих. То есть систематическое образование врачей по невропатической боли еще долгое время останется востребованным.

Важно понимать, что невропатическая боль — проблема, касающаяся не только неврологов, такие пациенты встречаются у ревматологов (например, при ревматоидном артрите часто возникают туннельные синдромы и полиневропатии), эндокринологов (до 25% больных сахарным диабетом страдают от болевой диабетической полиневропатии), онкологов (до 40% пациентов с онкологическим заболеванием имеют невропатическую боль), хирургов (10–80% пациентов после операций страдают от этого вида боли) и других специалистов. Именно поэтому Комитет по невропатической боли РОИБ — междисциплинарный, в него вошли специалисты самых разных специальностей.

Для того чтобы объединить и систематизировать взгляды различных специалистов на проблему, была

создана междисциплинарная рабочая группа по подготовке клинических рекомендаций по диагностике и лечению невропатической боли. Итогом этой работы стала публикация рекомендаций в «Российском журнале боли» № 4 за 2018 год. Представляется, что появление данного документа позволит унифицировать и систематизировать подходы к диагностике и лечению пациентов с невропатической болью в России.

Врачам в реальной практике не всегда удается диагностировать невропатическую боль, и хотя она имеет свои особые дискрипторы (описательные характеристики), про них не все знают; не все понимают, что является основой возникновения невропатической боли, что и обуславливает диагностические сложности.

За последние сто лет в общем-то ничего не изменилось, ядром диагностики по-прежнему остается клиническое обследование: выявление позитивных и негативных сенсорных феноменов и на их основании постановка диагноза. Не так давно созданы вспомогательные инструменты, например опросники для скрининговой диагностики невропатической боли. Кроме того, международным сообществом разработаны критерии для диагностики невропатической боли, основанные на данных анамнеза, паттерне распределения боли, симптомах и результатах дополнительных методов обследования. Использование указанных критериев, согласно мировой практике, позволяет с высокой степенью достоверности поставить диагноз и избежать как «гиподиагностики», так и избыточной диагностики невропатической боли.

В мире сегодня общепринята точка зрения, что лечение невропатической боли, как и любой другой, особенно хронической боли, должно быть мультимодальным. Это

Основой лечения невропатической боли является фармакотерапия. Известно, какие средства наиболее эффективны в рамках доказательной медицины

подразумевает использование всех способов лечения в комплексе, не только фармакотерапии, но и нелекарственные методы, включая психотерапию, при необходимости малоинвазивные и даже нейрохирургические методы.

Основой лечения невропатической боли является фармакотерапия. Известно, какие средства наиболее эффективны в рамках доказательной медицины. К препаратам первой линии терапии (их следует назначать прежде всего) относятся два антиконвульсанта — габапентин и прегабалин и три антидепрессанта — дулоксетин, венлафаксин и amitриптилин. Вторая и третья линии терапии — местные анестетики, опиоидные анальгетики, пластыри с капсаицином в высокой концентрации — являются скорее резервом. Нестероидные противовоспалительные средства в основном не эффективны при невропатической боли и должны использоваться там, где она сочетается с ноцицептивной.

К сожалению, моно- и комбинированная фармакотерапия средствами с высоким уровнем доказательности позволяет добиться успеха (снижение интенсивности боли на 30%), по разным данным, только у 18–30% больных. Среди причин неуспеха лечения отмечают использование препаратов в более низ-

ких, чем среднетерапевтические, дозах и высокую частоту отмены фармакотерапии из-за побочных эффектов.

Существует ряд простых правил, которых следует придерживаться при назначении препаратов первой линии: необходимо формировать адекватные ожидания пациента от лечения; начинать терапию следует с более низких доз с плавной титрацией до средних и максимальных с учетом переносимости; всегда требуется прогнозирование и мониторинг нежелательных явлений терапии; лечение должно быть достаточной длительности, непрерывным и комплексным.

Не менее важно, что лечение невропатической боли, особенно при поражении периферической нервной системы, может включать как симптоматическую терапию, то есть направленную на уменьшение выраженности боли, так и патогенетическую — обеспечивающую восстановление пораженных нервов и профилактику их разрушения. В качестве патогенетической терапии с доказанной эффективностью могут рассматриваться комплексы витаминов группы В в высоких дозах, такие как Комбилипен, Мильгамма, Нейробион, которые, с одной стороны, позволяют усилить действие препаратов первой линии лечения периферической невропа-

тической боли, а с другой — увеличивают скорость проведения возбуждения по нерву.

Для патогенетического лечения периферической невропатической боли также рассматривается применение пиримидиновых нуклеотидов. Нуклеотиды, и особенно уридин, участвуют в активации внутри- и внеклеточных сигналов, которые управляют процессом миграции и прикрепления шванновских клеток к аксону. Они стимулируют синтез липидов и белков мембран нейронов, обеспечивают клеточное деление и метаболизм и в конечном счете значительно ускоряют регенерацию поврежденных нервных волокон.

Уридин-5-монофосфат наряду с витамином B₁₂ и фолиевой кислотой содержится, например, в капсулах Келтикан® комплекс, применение которого в качестве средства дополнительной терапии продемонстрировало доказанную эффективность у пациентов с полиневропатиями различной этиологии, невралгиями, туннельными синдромами. Таким образом, появляется все больше новых данных о крайней важности обязательного применения дополнительных средств патогенетической терапии в схемах лечения периферической невропатической боли.

Перспективы успешной терапии в последнее время все больше связывают не с развитием фармакологии и увеличением линейки используемых препаратов, а с выделением так называемых «фенотипов невропатической боли» или групп сенсорных симптомов. Было предположено, что определенный фенотип, вне зависимости от заболевания, явившегося причиной боли, отражает уникальный патофизиологический механизм (такой как блокада проведения по нерву, эктопическое нейрональное возбуждение, периферическая и центральная сенситизация), ле-

жащий в основе возникновения и поддержания боли у конкретного больного. Понимание патофизиологических механизмов открывает перспективы таргетной, персонализированной терапии с помощью уже известных препаратов с определенными механизмами действия. Среди задач на будущее, стоящих перед Комитетом по невропатической боли, безусловно, продолжение образовательной деятельности, участие в школах, симпозиумах, конференциях, публикационная активность по проблеме. Что касается основных приоритетов, то они обозначены указом президента РФ — создание клинических рекомендаций. Продолжается работа

по включению опубликованных рекомендаций по невропатической боли в список одобренных Министерством здравоохранения РФ. Запланировано создание рекомендаций уже не на уровне синдрома, а на уровне конкретных заболеваний, при которых невропатическая боль является ведущим симптомом, например рекомендаций по радикулопатии. Хочется надеяться, что все вышеперечисленные усилия, предпринимаемые комитетом и обществом по изучению боли, приведут к улучшению качества помощи пациентам с невропатической болью в России.

□

Среди задач на будущее, стоящих перед Комитетом по невропатической боли, безусловно, продолжение образовательной деятельности, участие в школах, симпозиумах, конференциях, публикационная активность по проблеме. Продолжается работа по включению опубликованных рекомендаций по невропатической боли в список одобренных Минздравом РФ