

## **IX конгресс Европейской Федерации Боли EFIC**

*2-5 сентября 2015 г., Вена, Австрия*

М.А. Иванова, М.В. Чурюканов

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

2-5 сентября 2015 года в Вене состоялся IX конгресс Европейской Федерации Боли EFIC. Европейская федерация членов Международной ассоциации по изучению боли (EFIC) - важнейшая мультидисциплинарная организация в сфере медицины боли в Европе. Как подчеркнул в своем приветственном слове Президент EFIC Chris Wells, с момента основания в 1993 году численность федерации возросла до 20 000 специалистов по изучению и лечению боли (среди них врачи, ученые, медсестры, психологи, физиотерапевты). Основной задачей конгресса являлось определение путей применения новых научных данных в клинической практике, а также обсуждение перспектив лечения боли в будущем. Конгресс объединил около 4000 участников из 93 стран. Российская делегация состояла из 71 человека. Программа включала курсы повышения квалификации, пленарные лекции, тематические семинары, постерные сессии, спутниковые симпозиумы и специализированную выставку.

На конгрессе рассматривались вопросы диагностики и лечения хронической боли, боли в нижней части спины, головной боли, скелетно-мышечной боли. Большое внимание было уделено механизмам и фенотипам невропатической боли. Обсуждались такие важные медико-социальные проблемы, как боль в детском возрасте, боль у пациентов с деменцией, боль и суицид. Анализировались подходы к назначению различных обезболивающих препаратов, в том числе опиоидов и габапентиноидов. Несколько докладов были посвящены эффекту плацебо. Обсуждалась роль нейрогенного воспаления в модуляции боли, а также взаимосвязь механизмов температурной и болевой чувствительности.

В докладе, посвященном персонализированному лечению невропатической боли, R. Baron (Германия) отметил, что пациенты по-разному описывают испытываемые ими ощущения. Некоторые жалуются на температурную гипералгезию, гипералгезию при уколе иглой, механическую аллодинию, а некоторые – на жжение, покалывание, прострелы и онемение. Возможно, это является следствием разных механизмов боли и таким пациентам требуется разное лечение. Докладчик предположил, что патофизиологический механизм боли и индивидуальный сенсорный профиль (определяемый с помощью количественного сенсорного тестирования) обусловлены генотипом, этиологией заболевания, факторами среды. При обследовании 849 пациентов с невропатической болью различной этиологии было выделено 3 группы: Gain - с гиперчувствительностью (290 человек), Loss - с преобладанием неврологического дефицита (330 пациентов) и группа, сочетающая гиперчувствительность и дефицит, Loss+ (229 человек). Для группы с гиперчувствительностью характерна сохранность нервных волокон, аллодиния. Предполагаемыми механизмами невропатической боли у этих пациентов являются: экспрессия ваниллоидных рецепторов (TRPV), Na-каналов, центральная и периферическая сенситизация. Для группы с преобладанием неврологического дефицита характерна потеря нервных волокон всех классов, аллодиния;

ведущим предполагаемым механизмом боли у них считается деафферентация. Блокатор Na-каналов окскарбазепин был более эффективен в первой группе, по сравнению со второй. Авторы пришли к заключению о том, что сенсорный профиль предопределяет ответ на лечение. Таким образом, в качестве перспективного подхода к лечению боли рассматривается соответствие профиля препарата и сенсорного профиля пациента по принципу «ключ к замку».

Вопросам диагностики боли в нижней части спины (БНЧС) был посвящен специальный семинар. D.Bouhassira (Франция) представил доклад о применении инструментов скрининга для подразделения пациентов с болью в спине на группы. Согласно классификации, аксиальная БНЧС локализуется ниже краев ребер и выше нижних ягодичных складок; псевдокорешковая (отраженная) БНЧС характеризуется недерматомной иррадиацией (в ягодицу, бедро, реже – ниже колена); корешковая (проекционная) боль имеет соответствующее дерматому распределение (чаще L5, S1). Предполагаемой причиной псевдокорешковой боли является сенситизация нервных волокон (вследствие диффузии воспалительных медиаторов) без их компрессии. По некоторым данным, хроническая БНЧС включает невропатический компонент более чем у трети пациентов. При проведении обзора 11 исследований (13 500 пациентов) невропатический компонент боли был выявлен в среднем у 36,6% пациентов с хронической БНЧС. Докладчик отметил, что невропатическая боль в пояснице чаще встречается у оперированных пациентов. Невропатический компонент боли является одним из факторов более тяжелого течения хронической БНЧС. По данным Наапраа и соавт., при оценке чувствительности и специфичности диагностических тестов были получены следующие результаты: LANSS – 85%, 80%; NPQ – 74%, 76%; DN4 – 83%, 90%; Pain Detect – 85%, 80%, соответственно. В заключение, D.Bouhassira подчеркнул, что в исследованиях с использованием опросников у 20-30% пациентов с БНЧС выявляется компонент невропатической боли в отсутствие типичных неврологических симптомов, что имеет большое значение для определения тактики лечения. Для дифференциальной диагностики между корешковой и псевдокорешковой болью M. Reimer (Германия) предложил использовать количественное сенсорное тестирование, отметив в своем докладе большую выраженность онемения и парестезий, а также большую чувствительность к давлению и нарушение механического восприятия у пациентов с радикулопатией по сравнению с пациентами с БНЧС без радикулопатии. Сообщение P.Hullemann (Германия) было посвящено специфическим методам диагностики при болевых синдромах в нижней части спины. В качестве золотого стандарта диагностики радикулопатии он предложил сочетание клинических данных, результатов МРТ и миографии, учитывая, что показатели чувствительности и специфичности МРТ составляют 74% и 39%, соответственно, а показатели чувствительности и специфичности миографии – 54% и 61% (по данным Soltani и соавторов). P.Hullemann представил лазерные вызванные потенциалы как одну из перспективных методик диагностики хронической радикулопатии (продолжительностью более 3 месяцев) и отбора пациентов для хирургического лечения.

A. Moore (Великобритания) в своем докладе рассматривал применение научных данных в ежедневной практике. Успех лечения хронической неонкологической боли, по сведениям разных источников, составляет 10-30%. Было подчеркнуто, что при уменьшении боли наблюдается улучшение других показателей (сон, настроение и т.д.). Специальная часть доклада была посвящена проблемам неадекватного лечения боли,

ответа на лечение и правилу прекращения лечения. В зависимости от ответа на терапию автором были выделены 2 группы пациентов. Респондеры отвечают на лечение в ранние сроки и хороший ответ в целом сохраняется при продолжении лечения; нереспондеры склонны не отвечать на лечение независимо от срока. Эти наблюдения могут быть использованы для формулирования правила прекращения лечения. Оно позволяет определить точку, в которой мы можем быть уверены в безрезультатности дальнейшей терапии. Эта точка достигается в тех случаях, когда: пациент прекращает лечение из-за побочных эффектов или регистрируется неадекватное облегчение боли для обоснования дальнейшего лечения. Такой подход позволяет предотвратить дополнительные риски и затраты в условиях отсутствия пользы. Докладчик отметил, что мы не можем сказать априори, какому пациенту с болью - какое лекарство подходит. Но мы можем достаточно быстро выявить пациентов, не отвечающих на лечение, которым может быть полезно поменять терапию. Чтобы определить количество препаратов, необходимое для проведения лечения пациентам с определенным болевым синдромом, был предложен показатель Number needed on formulary (NNoF) = типичный NNT + 1.

U. Baumgartner (Германия) в своем докладе о температурных вызванных потенциалах (ВП) предложил применять сочетание холодных ВП с лазерными ВП или тепловыми ВП в качестве объективного метода исследования соматосенсорных проводящих путей для регистрации дифференцированной потери температурной чувствительности. Было отмечено, что холодовые и тепловые ВП формируются отдельными проводящими путями из А-волокон, имеют сходные амплитуды, но различные латенции.

Сообщение N.V. Finnerup (Дания) касалось вопросов центральной интеграции восприятия различных температур. Особое внимание было уделено измененному ощущению холода. К этой категории относятся: холодовая аллодиния – боль вследствие в норме не болевых холодовых стимулов; парадоксальное ощущение тепла – ощущение тепла вследствие снижения температуры; температурная «иллюзия гриля» - контакт кожи с чередующимися холодными и теплыми пластинами, вызывающий необычное ощущение жара/жжения. Механизмы измененной чувствительности к холоду включают периферическую сенситизацию первичных аферентов, сенситизацию центральных проводящих путей, дезингибицию. Симптомы холодовой боли, наблюдаемые при невропатических синдромах, вероятно, являются следствием специфических взаимодействий между периферическими волокнами, ионными каналами и центральной модуляцией. По мнению автора, холодовая аллодиния может рассматриваться как предиктор центральной боли.

R.H. Jensen (Дания) затронул проблему головной боли напряжения, распространенность которой достигает 78% населения. В патофизиологии эпизодической ГБН существенное значение придается ноцицептивной афферентации из перикраниальных мышц. Предполагается, что сенситизация центральных ноцицептивных путей способствует трансформации эпизодической боли в хроническую. Для лечения, как правило, применяется комбинация из лекарственных и нелекарственных методов. Автор особенно подчеркнул необходимость дальнейшего поиска более специфических и эффективных терапевтических стратегий.

В докладе V. Apkarian (США) о мозговых детерминантах риска хронификации боли было отмечено, что хроническая боль вовлекает схему эмоционального обучения. По данным функциональной МРТ, активность мозга при острой и хронической боли

различается. Взаимодействие лимбической и ноцицептивной систем реорганизует кору при хронических болевых синдромах. Наблюдается локальное снижение плотности серого вещества в специфических областях при различных болевых синдромах.

L. Colloca (США) представила доклад об эффекте плацебо. Его составляют нейробиологические и клинические изменения вследствие восприятия пациента, его ожиданий, предшествующего опыта, а также терапевтической случайности – включения в группу плацебо. Эффекты плацебо и ноцебо определяются активацией модулирующих боль систем и выделением эндогенных опиоидных и неопиоидных нейропептидов. Данные о плацебо и ноцебо позволяют изучать системы модулирования боли и их взаимоотношения с клиническими исходами в исследованиях и клинической практике.

M. van Kleef (Нидерланды) посвятил свой доклад научно-обоснованному подходу к интервенционным вмешательствам при боли в позвоночнике. Было показано, что при фасетогенной боли в области шеи блокады медиальных ветвей местными анестетиками с или без добавления кортикостероидов обеспечивают сходное уменьшение боли на короткий срок (уровень доказательности 2B+). Данные наблюдательных исследований поддерживают применение радиочастотной денервации в лечении боли в фасеточных суставах шеи при их дегенеративных изменениях (2C+). В отношении корешковой боли в шее имеющиеся данные об эффективности и безопасности поддерживают (2B+) интерламнарное эпидуральное введение стероидов. Трансфораминальное введение стероидов в области шеи не рекомендовано (2B-), учитывая негативные результаты недавнего рандомизированного контролируемого исследования и возрастающее число сообщений о серьезных побочных эффектах. Пульсовая радиочастотная денервация, направленная на ганглий дорсального корешка, рекомендована при хронической корешковой боли в шее (1B+). Если ее эффект непродолжителен или недостаточен, следует применить традиционную радиочастотную денервацию. Стимуляция спинного мозга может быть назначена пациентам с корешковой болью в шее, рефрактерной к другим способам лечения, эта процедура должна осуществляться в специализированных центрах. Вторая часть сообщения касалась боли в пояснице. Докладчик отметил, что у пациентов с подтвержденной блокадами болью в фасеточных суставах интервенционные методы могут применяться в рамках мультидисциплинарного, мультимодального подхода, включающего фармакотерапию, физиотерапию и регулярные упражнения, психотерапию при наличии показаний. В настоящее время «золотым стандартом» лечения фасетогенной боли в поясничной области является радиочастотная терапия (1B+). Хотя данные в пользу внутрисуставного введения стероидов ограничены, этот метод может применяться у пациентов, не ответивших на радиочастотное лечение. При неэффективности консервативной терапии при подострой корешковой боли в пояснице вследствие грыжи диска ниже уровня L3 рекомендовано трансфораминальное введение кортикостероидов (2B+). В отношении хронической корешковой боли в пояснично-крестцовой области может применяться радиочастотное (пульсовое) воздействие на спинальный ганглий (2C+). У пациентов с резистентной корешковой болью в рамках синдрома неудачной операции на позвоночнике (failed back surgery syndrome) рекомендовано применение стимуляции спинного мозга (2A+), проводимое в специализированных центрах.

Семинар, посвященный эпидуральному введению стероидов при радикулопатии, был организован в качестве дискуссии с обсуждением преимуществ и недостатков методики. S. Perrot (Франция) в своем докладе заметил, что FDA одобрила

внутриуставные инъекции стероидов, однако не одобрила их эпидуральное введение. В опубликованном в 2008 году обзоре Cochrane был сделан вывод о недостаточном количестве доказательств в пользу инъекционной терапии при подострой и хронической боли в нижней части спины. Показаниями для интервенционного лечения боли считаются: неэффективность консервативной терапии, неприемлемые побочные эффекты систематической терапии, болевой кризис. Был представлен континуум лечения боли от малоинвазивных методов к более инвазивным: психологический подход, местные препараты, пероральные препараты и интервенционные техники. Однако указанная последовательность не связана с уровнем эффективности. Патофизиологическим обоснованием эпидурального применения стероидов является возможность увеличения противовоспалительных эффектов за счет локализованного введения, учитывая высокое содержание провоспалительных медиаторов в пульпозном ядре. Т. Maus (США) представил данные о статистически значимом улучшении исходов у пациентов с трансфораминальным введением стероидов по сравнению с контрольной группой. Кроме облегчения боли у них наблюдалось достоверное улучшение функционального статуса. По результатам другого исследования совместное применение бупивакаина и стероида позволило достоверно снизить потребность в хирургическом лечении. Обсуждались такие грозные осложнения эпидурального введения стероидов, как инфаркт спинного мозга (может быть следствием вазоспазма, тромбоза при прямой травме артерии, эмболизации корпускулярным препаратом), эпидуральный абсцесс или гематома, повреждение спинного мозга. Однако было отмечено, что при проведении манипуляции в соответствии с научно-обоснованными руководствами, трансфораминальное и интерламинарное эпидуральное введение стероидов представляет собой относительно безопасное вмешательство (более 16 500 процедур без значимых побочных эффектов) и может применяться для лечения радикулопатии.

В докладе H.G. Schaible (Германия) рассматривались основные механизмы боли в мышцах и суставах. Автор отметил, что патологические процессы в мышцах и суставах (например, воспаление) характеризуются выраженной гиперчувствительностью ноцицептивной системы к механической стимуляции, что вызывает боль при пальпации и движениях. Нейрональными коррелятами гиперчувствительности является снижение порога механочувствительных и молчащих ноцицепторов и сенситизация нейронов спинного мозга афферентным потоком от мышц и суставов, впоследствии приводящая к активации и сенситизации ноцицептивных центров ствола мозга, таламокортикальной системы и миндалевидного тела. Механическая сенситизация ноцицепторов обусловлена большим числом воспалительных медиаторов, включая простагландины, факторы роста, цитокины. Сенситизация спинного мозга связана с действием возбуждающих аминокислот, нейропептидов, спинальных простагландинов, цитокинов и других веществ. Нисходящие ингибирующие и активирующие системы могут существенно влиять на ноцицептивную обработку, тогда как нарушение ингибирования способно внести значимый вклад в формирование тяжелой и распространенной боли при прогрессирующей болезни суставов.

Доклад М. Наанрää (Финляндия) был посвящен современным подходам к фармакологической терапии невропатической боли. Было отмечено, что менее половины пациентов с невропатической болью испытывают достаточное облегчение симптомов. Последний наиболее всеобъемлющий систематический обзор по этой проблеме был опубликован в начале этого года (NeuPSIG). В качестве препаратов первой линии для

лечения периферической и центральной невропатической боли были рекомендованы прегабалин, габапентин, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, трициклические антидепрессанты. К препаратам второй линии был отнесен трамадол, а также пластыри с 5% лидокаином и пластыри с высокой концентрацией капсаицина для лечения периферической невропатической боли. Сильные опиоиды и ботулинический токсин признаны средствами третьей линии, при этом ботулинический токсин для лечения периферической невропатической боли должен использоваться только специалистами. Была особо подчеркнута необходимость индивидуального подбора терапии с учетом коморбидных заболеваний, иных принимаемых препаратов, а также сопутствующих симптомов (нарушения сна, тревожность или депрессия). Перспективным представляется определение лечебной тактики в соответствии с сенсорным фенотипом пациента, однако это относительно новый подход, требующий дополнительных исследований. По современным данным, комбинация препаратов с различными механизмами действия является альтернативой высокодозной монотерапии. Рациональной комбинацией считается сочетание системного и местного препаратов, что часто применяется в клинической практике, однако рандомизированных клинических испытаний по этому вопросу недостаточно.

Особого внимания заслуживает симпозиум EFIC Grunenthal Grant (EGG). Перед каждым конгрессом EFIC и компания Grunenthal проводят конкурс для молодых ученых на получение грантов, обеспечивающих финансирование научных исследований. Были представлены результаты работ, поддержанных в 2012 г.

Постерная сессия включала более 1200 постеров. С российской стороны были представлены работы Н.А. Осиповой и соавт. о новом эффективном методе профилактики фантомного болевого синдрома, М.Л. Кукушкина и соавт. об иммунных механизмах невропатической боли, Я. Кацнельсона и соавт. об эффективности и безопасности краниальной электростимуляции при боли, вызванной остеоартритом, Д.М. Меркуловой и соавт. о комбинированной структуре болевых синдромов при полиневропатии при злокачественных опухолях, Л.А. Медведевой и коллег о значении локального повышения мышечного тонуса в формировании цервикокраниалгии и сопутствующих вегетативных нарушениях и др.

Проведение следующего конгресса EFIC запланировано на 6-9 сентября 2017 г. в Копенгагене, Дания.