

Резолюция круглого стола

Принципы рациональной терапии хронической боли

Алексеева Людмила Ивановна – д.м.н., профессор, заведующая отделом метаболических заболеваний суставов с лабораторией остеоартрита ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Давыдов Олег Сергеевич – к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ НИИ общей патологии и патофизиологии, член Президиума РОИБ

Захаров Денис Валерьевич – к.м.н., научный сотрудник, заведующий 6 отделением реабилитации психоневрологических больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Исайкин Алексей Иванович – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФGAOY BO Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Каратеев Андрей Евгеньевич – д.м.н., заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Кукушкин Михаил Львович – д.м.н., профессор, руководитель лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ НИИ общей патологии и патофизиологии, Ответственный секретарь Российского общества по изучению боли

Чичасова Наталья Владимировна – д.м.н., профессор кафедры ревматологии ФППО ФGAOY BO Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Чуриканов Максим Валерьевич – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФGAOY BO Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, член Президиума РОИБ

DOI:10.25731/RASP.2019.01.12

Согласно определению IASP (Международная ассоциация по изучению боли), боль считается хронической, если ее длительность превышает три месяца или она сохраняется дольше, чем нормальный период заживления тканей [1].

Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, свидетельствуют о том, что хроническая боль – распространенное состояние [2], независимый фактор, увеличивающий риск смерти [3], и может считаться самостоятельной болезнью, которая требует специального комплексного этиопатогенетического лечения [4].

Высокая распространенность хронической боли, ее тяжелое гуманитарное, социальное и экономическое бремя заставило оптимизировать организацию медицинской помощи. Сформировалось новое направление в медицине – медицина боли (алгология), в рамках которой актуализируется персонифицированный подход при проведении анальгетической терапии, учитывающий биологические, психологические и социальные характеристики конкретного больного и особенности клинического случая.

Структура хронической боли, как правило, гетерогенна и представлена сочетанием комплекса симптомов, отражающих наличие ноцицептивной, невропатической

и дисфункциональной составляющей [2]. Недостаточно полное обследование пациента и расхождение в оценке его состояния между разными специалистами, нечеткое понимание причин развития боли, ошибки при выборе лекарственных средств, а также тяжесть структурных изменений существенно снижают эффективность анальгетической терапии [5, 6].

Хроническая боль представляет тесное переплетение биологических, психологических и социальных проблем, поэтому при обследовании и лечении пациентов с этой патологией могут потребоваться скоординированные действия многих специалистов. При большинстве заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся хронической болью, не существует единого, принятого всеми специалистами терапевтического алгоритма. Тем не менее индивидуализированные реабилитационные программы, которые проводятся в специализированных клиниках медицины боли, демонстрируют значительно лучшие результаты в отношении снижения выраженности боли и функционального восстановления больных, чем при обычном лечебном подходе.

Целью многокомпонентных программ терапии при хронической боли является уменьшение ее интенсивности, максимальное восстановление функциональной активности, снижение количества используемых лекарств (многие из которых могут вызывать серьезные

побочные эффекты) и возвращение больного к работе и нормальной жизни. Как правило, в таких программах используются методы фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры. При этом фармакотерапию следует считать наиболее важным компонентом комплексной системы лечения хронической боли.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются средством выбора для купирования ноцицептивной боли, возникающей вследствие повреждения и воспаления тканей. Хорошее анальгетическое действие НПВП доказано во многих контролируемых исследованиях, прежде всего при наиболее распространенных заболеваниях опорно-двигательного аппарата – остеоартрите и неспецифической боли в спине [7, 8]. Однако использование НПВП может сопровождаться развитием серьезных «класс-специфических» нежелательных реакций – прежде всего со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой системы и почек. Уменьшение опасности развития осложнений при использовании НПВП достигается с помощью учета факторов риска. С целью улучшения результатов применения НПВП, при участии нескольких врачебных ассоциаций России были созданы национальные рекомендации по практическому использованию этих препаратов, основанные на принципах доказательной медицины [9].

Одним из наиболее удачных представителей группы НПВП по сочетанию эффективности и безопасности, является ацеклофенак. Этот препарат используется в клинической практике более 30 лет. Ацеклофенак обладает высокой биодоступностью, при этом пиковая концентрация в плазме достигается через 1–3 часа после перорального приема. Доказательством эффективности и безопасности ацеклофенака служит метаанализ 13 рандомизированных контролируемых исследований [10]. Эффективность ацеклофенака доказана при болях в спине, остеоартрите, ревматоидном артрите и др. скелетно-мышечных заболеваниях.

В комплексном лечении скелетно-мышечной боли целесообразно применять миорелаксанты. Как правило, назначение миорелаксантов направлено на усиление анальгетического потенциала НПВП. При лечении больных с неспецифической болью в спине врачи в РФ отдают предпочтение толперизону [11]. В настоящее время получены прямые доказательства того, что миорелаксирующий эффект толперизона, связан не только с торможением активности потенциал зависимых Na^+ -каналов, но и снижением выброса возбуждающих нейромедиато-

ров. Клиническая эффективность и безопасность применения толперизона при неспецифической боли в спине доказана в многоцентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании [12].

Весьма серьезной проблемой является невропатическая боль. Ее распространенность в популяции колеблется от 6 до 16% [13]. Согласно Российскому эпидемиологическому исследованию (2007), невропатические болевые синдромы отмечаются у 17,8% пациентов на амбулаторном приеме врача-невролога. Невропатическая боль нередко выявляется у пациентов с хронической болью в спине, характерна для диабетической полиневропатии и постгерпетической невралгии. Болевые полиневропатии нередко наблюдаются у ревматологических больных, в частности, при системных васкулитах, ревматоидном артрите, системной красной волчанке, синдроме и болезни Шегрена. Не менее 30% онкологических больных страдают невропатической болью.

Диагностика невропатической боли должна носить объективный характер, основываться на выявлении специфических характеристик болевых ощущений и результатах неврологического обследования.

Фармакотерапия невропатической боли предполагает широкий выбор лекарственных средств. Их эффективность и безопасность оценивалась в серии метаанализов и систематических обзоров. По их заключению, к препаратам первой линии для терапии невропатической боли относятся антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин и венлафаксин) и антиконвульсанты (габапентин, прегабалин) (*сила рекомендаций А*) [13].

В целом эффективность терапии хронической боли определяется правильным выбором фармакологических и нефармакологических методов лечения. Ни один из отдельно взятых методов фармакологического, хирургического, физического или психологического лечения не может сравниться по своей эффективности с многопрофильным комплексным подходом. Такая форма оказания помощи доказала свою медицинскую и финансовую состоятельность в большинстве развитых стран мира. Лечение пациентов с хронической болью должно быть направлено не только на устранение симптомов, но на полную медицинскую и социальную реабилитацию. Для реализации этого положения необходимо повышение уровня знаний практикующих врачей по диагностике и лечению хронической боли, а также совершенствование организации помощи пациентам, страдающим этим заболеванием, в специализированных многопрофильных центрах.

Список литературы

1. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms /prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy; editors, H. Merskey, N. Bogduk. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994: 222 p.
2. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006; 10: 287–333.
3. Torrance N., Elliot A.M., Lee A.J., Smith B.H. Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study. *European journal of pain*. 2010; 14: 380–386.
4. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. (Ред.) Боль (практическое руководство для врачей). М.: Изд-во РАМН; 2011: 512 с

5. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; 368с.
6. Pergolizzi J., Ahlbeck K., Aldington D., et al. The chronic pain conundrum: should we CHANGE from relying on past history to assessing prognostic factors? *Curr Med Res Opin*. 2012 Feb; 28(2): 249–56.
7. Bruyère O., Cooper C., Pelletier J-P., et al. An algorithm recommendation for the management of knee Osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2014, 44, 253–263.

8. Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W., et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010 Dec; 19(12): 2075–94.
9. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т. и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. *Научно-практическая ревматология.* 2018; 56(прил.1): 1–29.
10. Dooley M., Spencer C., Dunn C. Aceclofenac: a reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease. *Drugs.* 2001; 61(9): 1351–1378.
11. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Сыровегин А.В. Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН»

- по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. *РЖБ.* 2013; 2: 10–14.
12. Кукушкин М.Л., Брылев Л.В., Ласков В.Б. и др. Результаты рандомизированного двойного слепого параллельного исследования эффективности и безопасности применения толперизона у пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117 (11): 69–78.
13. Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. и др. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. *Российский журнал боли.* 2018; 4: 5–41. DOI: 10.25731/RASP.2018.04.026.