

**ИНФОРМАЦИЯ О XV РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«БОЛЬ: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ»
(10—12 ноября 2009 г., г. Москва)**

Екатерина Андреевна Кузнецова

*ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: kkatrine@yandex.ru*

10—12 ноября 2009 г. в Москве состоялась XV Российская научно-практическая конференция с международным участием «Боль: медицинские и социальные аспекты». Программа конференции включала различные аспекты изучения проблемы болевых синдромов — от эпидемиологии и социально-экономических аспектов болевых синдромов до современных патогенетических подходов к терапии боли. Анализ содержания докладов и материалов конференции позволил выделить несколько наиболее актуальных разделов по данной проблеме: организация альгологической помощи, современные представления о патогенезе хронических болевых синдромов, нейрофизиологические методы исследования при болевых синдромах, патогенетическое лечение хронических болевых синдромов.

Организация альгологической помощи

В ходе конференции неоднократно обсуждалась проблема необходимости формирования государственной и региональной политики по организации противоболевой медицинской службы (Биккулова Д.Ш., Лазебник Л.Б., Осипова Н.А., Павленко С.С., Яхно Н.Н. и др.). Основными предпосылками к созданию противоболевой медицинской службы следует считать большую распространенность различных видов хронических болевых синдромов (ХБС) среди населения и неадекватность существующей системы медицинской помощи пациентам с хронической болью, оказывающей влияние на качество жизни населения и экономические потери, возникающие вследствие высокой распространенности и заболеваемости ХБС (Павленко С.С.).

На сегодняшний день отсутствуют нормативная база, системность в создании структур альгологической помощи и единый подход в диагностике и

лечении ХБС. Отсутствуют стандарты ведения пациентов с болевыми синдромами, не разработаны протоколы диагностики и лечения пациентов с острой и хронической болью в зависимости от этиологии и ведущих патогенетических механизмов (Биккулова Д.Ш., Лазебник Л.Б., Павленко С.С.). Важным в организации противоболевой помощи является мультидисциплинарный подход к лечению ХБС, что подразумевает командный стиль работы (невролог, психотерапевт, физиотерапевт, мануальный терапевт и т.д.) и разработку специальных комплексных программ для лечения пациентов, страдающих хронической болью (Данилов А.Б.).

Особое внимание при ведении пациентов с болевыми синдромами необходимо уделять выявлению факторов риска, предикторов развития ХБС с помощью шкал и опросников, применяемых для оценки болевых синдромов, и инструментальных методов исследования, что позволит осуществлять раннюю профилактику хронической боли (Яхно Н.Н.).

Нерешенной проблемой организации альгологической помощи является также отсутствие образовательных программ по проблеме боли для врачей различных специальностей. Обучение в области альгологии должно быть проведено в первую очередь среди врачей общей практики, терапевтов и неврологов, поскольку врачам именно этих специальностей чаще других в своей работе приходится решать вопросы диагностики и лечения боли (Лазебник Л.Б., Павленко С.С.). Важными принципами в организации образовательного процесса являются этапность и последовательность подготовки медицинских кадров (Павленко С.С.).

Современные представления о патогенезе хронических болевых синдромов

Исследования последних лет свидетельствуют о многокомпонентности патогенеза ХБС. Отсутствует прямая связь болевого синдрома с органической патологией. Обязательным условием появления болевого ощущения независимо от вида инициирующего фактора является активация структур ноцицептивной системы (Кукушкин М.Л.). Установлено, что характер болевого восприятия и особенности течения болевого синдрома определяются многими факторами: функциональным состоянием головного мозга, в частности структур антеноцицептивной системы разных уровней, взаимодействием ноцицептивных и антеноцицептивных структур, состоянием вегетативной регуляции и особенностями психоэмоционального реагирования (Кукушкин М.Л., Решетняк В.К.). Доказана патогенетическая связь и взаимовлияние тревожно-депрессивных расстройств и ХБС различной этиологии и локализации. При психогенной боли, когда отсутствует повреждение тканей или структур нервной системы, возможно возбуждение ноцицепторов симпатическими эфферентами и их последующая сенсилизация путем нейрогенного воспаления (Кукушкин М.Л.).

При невропатической боли основным патогенетическим механизмом является формирование локусов эктопической активности (генераторов патологически усиленного возбуждения — ГПУВ) в системе болевой чувствительности (Крыжановский Г.Н., Кукушкин М.Л.). Для развития невропатической боли у пациента с повреждением соматосенсорной нервной системы изначально необходимо наличие предрасположенности к формированию устойчивых патологических состояний, способных обеспечить длительную возбудимость нейронов ноцицептивной системы (Кукушкин М.Л.). Проведенные исследования и анализ заболеваний, коморбидных ХБС, свидетельствуют о первичной несостоятельности регуляторных систем организма у пациентов с невропатической болью и ХБС.

Нейрофизиологические методы исследования при болевых синдромах

Нейрофизиологические методы исследования имеют важное диагностическое и прогностическое значение при болевых синдромах, позволяя не только определить уровень поражения нервной системы и уточнить характер болевого синдрома, но и оценить эффективность проводимой терапии.

У пациентов с невропатическими, хроническими и идиопатическими болевыми синдромами регистрируются изменения в фоновой

ритмике ЭЭГ, которые связаны с первичной дисфункцией корково-подкорковых взаимодействий (Кукушкин М.Л.).

По данным А.С. Рыбакова и Е.Е. Мейзерова, нейрофизиологическими особенностями невралгии тройничного нерва являются нарушения биоэлектрической активности мозга в виде изменения характера доминирующего ритма ЭЭГ, нарушений зональных различий, признаков дисфункции ретикулярных синхронизирующих механизмов. По данным этих авторов, примерно у половины пациентов с невралгией тройничного нерва на ЭЭГ выявлялись вспышки высокочастотных острых волн, билатерально синхронных вспышек волн тета- и дельта-диапазонов, более выраженных в центральных отделах, комплексов *быстрая волна-медленная волна*. Выявленные нарушения указывают на наличие при невралгии тройничного нерва патологической импульсации из срединных неспецифических структур и снижение порога судорожной готовности (Рыбаков А.С., Мейзеров Е.Е.).

Невропатическая боль является следствием прямого повреждения или болезни соматосенсорной системы (Eur. J. Pain, 2007). Исследование соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) является достоверным нейрофизиологическим методом диагностики состояния афферентной соматосенсорной системы на разных уровнях — от периферического уровня до церебрального. Исследование ССВП может применяться для объективизации центральной сенсилизации при невропатической боли и для дифференциальной диагностики ноцицептивных и невропатических болевых синдромов (Торопина Г.Г., Баринов А.Н.). Так, при исследовании ССВП у пациентов с полинейропатиями, сопровождающимися болевым синдромом, обнаружено повышение амплитуд промежуточных компонентов ССВП, отмечена корреляция с выраженностю жгучих болей и аллодинии (Торопина Г.Г., Баринов А.Н.). Выявленные изменения свидетельствуют о повышении возбудимости неспецифических структур мозга.

У пациентов со вторичными головными болями (ГБ) при исследовании ССВП определяются нарушения проведения афферентной импульсации разных уровней. При хронической посттравматической ГБ преобладают нарушения функции соматосенсорной коры и предположительно ассоциативных областей мозга. При цервико-крайиалгиях и ГБ, сопровождающихся нарушениями гемодинамики в вертебробазилярном

бассейне, преобладают нарушения проведения афферентной импульсации на уровне задних рогов шейного отдела спинного мозга, т.е. страдает механизм воротного контроля боли (Кузнецова Е.А., Якупов Э.З.).

Обсуждаются диагностические возможности длиннолатентного спинального ноцицептивного ответа (ДЛНО), регистрируемого на уровне С6 при стимуляции срединного нерва в дистальной точке, при различных вариантах мышечного дисбаланса мышц шеи и плечевого пояса (Лиев А.А., Астежева А.А., Скоробогач М.И., Конова Б.Н.).

Для диагностики и контроля лечения цервикогенных ГБ возможно исследование окципитально-цервикального рефлекса, регистрируемого с трапециевидной мышцы при стимуляции затылочных нервов. Эта методика позволяет оценивать проведение афферентации на уровне С1-С4, т.е. определить вовлечение в патологический процесс верхнешейных сегментов спинного мозга (Сыровегин А.В., Гнездилов А.В., Загорулько О.И., Медведева Л.А.).

Особенности ХБС при некоторых заболеваниях первой системы

При рассеянном склерозе (РС), по разным данным, ХБС наблюдаются в 50—85% случаев. Результаты клинического обследования пациентов с РС показали, что ХБС при РС чаще встречаются при наличии у пациента чувствительных расстройств. Наличие двигательного дефицита не определяет развитие болевого синдрома при РС (Чурюканов М.В., Алексеев В.В., Кукушкин М.Л., Крупина Н.А.). В структуре ХБС при РС преобладают невропатические боли (Савин А.А. и соавт.). Преимущественной локализацией боли являются нижние конечности, реже руки и туловище.

При болезни Паркинсона хроническая боль в большинстве случаев связана со скелетно-мышечными нарушениями. У пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, наблюдается связь интенсивности боли с флюктуациями симптомов и/или кратностью приема и дозой дофаминергических препаратов (Алексеев А.В., Нодель М.Р., Подчуфарова Е.В., Торопина Г.Г.).

Патогенетическое лечение хронических болевых синдромов

При лечении ХБС, в том числе хронических ежедневных ГБ, сопровождающихся коморбидными нарушениями, показано назначение антидепрессантов. Предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) —

милнаципран, венлафаксин, дулоксетин. Лечение антидепрессантами рекомендуется проводить в течение не менее 6 месяцев: в течение 3 месяцев назначается оптимальная доза, которую далее постепенно уменьшают (Вознесенская Т.Г.).

При невропатических болевых синдромах, включая боль при тригеминальной невралгии, доказана эффективность антиконвульсантов. Возможна комбинация антиконвульсантов с разным механизмом действия, комбинация трициклических антидепрессантов (ТЦА) и антиконвульсантов (Воробьев О.В.).

Для профилактики развития невропатической боли при герпетической инфекции рекомендуется в течение 48 часов после появления сыпи начинать противовирусную терапию (фамвир, валтрекс, ацикловир) курсом 7-10 дней (Шакирова И.Н.).

При хронической мигрени для профилактики мигренозных приступов используются следующие группы препаратов с доказанной эффективностью: антиконвульсанты (топирамат, валпроаты), ТЦА, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов (Табеева Г.Р., Рачин А.П., Азимова Ю.Э.). СИОЗС менее эффективны, но продолжаются клинические исследования (Рачин А.П.). При частых приступах интенсивной мигренозной ГБ возможна комбинация триптанов и НПВП (Табеева Г.Р.).

При лечении большинства ХБС рекомендуется титрование дозы препаратов начиная с минимальных терапевтических доз (Амелин А.В.).

Повышение комплайентности лечения достигается выполнением следующих принципов: ведение пациентом с ХБС дневника боли, принцип «реалистичности ожиданий», лечение коморбидных нарушений, использование немедикаментозных методов лечения (Азимова Ю.Э., Осипова В.В.).

Таким образом, диагностика и лечение болевых синдромов, в особенности невропатических и смешанных хронических болевых синдромов, остается актуальной задачей клинической медицины, требующей участия врачей различных специальностей, формирования государственной и региональной политики по организации противоболевой медицинской службы, разработки образовательных программ по проблеме боли с целью дальнейшего усовершенствования альгологической помощи и улучшения качества жизни пациентов.

Поступила 16.11.09.

