

Андрей ДАНИЛОВ:

«Хроническая боль – это уже не эпидемия, а пандемия»

Боль остается наиболее частой жалобой пациентов, сопровождая почти 70% всех известных заболеваний¹ и значительно ухудшая качество жизни миллионов людей в мире. В то же время, по статистике, от 30 до 80% пациентов не получают адекватного обезболивания². Прояснить сложившуюся ситуацию мы попросили Андрея ДАНИЛОВА, профессора кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, члена Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain), главного редактора журнала «Manage Pain».

? Андрей Борисович, боль считается одной из основных причин, по которой люди обращаются к врачам. На какую именно боль – острую или хроническую – чаще жалуются пациенты?

– И тот и другой вид боли зачастую становятся причиной обращения пациентов к врачам. Теоретически чаще должны приходить на прием люди, страдающие хронической болью, количество которых постепенно увеличивается, «накапливается». Но в реальности так не происходит, поскольку, не получив адекватного лечения, многие перестают обращаться за медицинской помощью. Поэтому какой-то достоверной статистики в данном случае не существует.

? Американская академия медицины боли называет хроническую боль эпидемией. Чем это объясняется?

– Прежде всего, следует заметить, что любая боль не может рассматриваться вне категорий острой и хронической. Острая боль – это, как правило, органический процесс, имеющий большое значение с точки зрения защиты организма. Испытав ее, человек будет искать



Андрей Данилов

причины ее появления и возможности устранения. К примеру, у него появилась резкая боль в правой нижней части живота. Диагностировав аппендицит, ее купируют проведением аппендэктомии. Или же кто-то получил ожог при неосторожном контакте с включенной электроплитой. Испытав боль, этот человек в дальнейшем будет вести себя осторожнее. Существует известное выражение: «Острая боль – наш сторожевой пес». Поэтому, с одной стороны, острая боль – очень неприятное явление, а с другой – она

выполняет важную биологическую защитную функцию, корректируя поведение человека. Совсем иная ситуация с хронической болью, которая не несет в себе защитную функцию. Другое отличие состоит в длительности боли. Если острая боль – это кратковременное состояние, то подострая боль, которую также принято выделять в медицинской практике, длится до 3 мес., а хроническая боль продолжается свыше 3 мес. Между тем хроническая боль отличается от острой не только по хронологии и длительности, но и по патогенезу. Эти отличия являются принципиальными и имеют огромное значение для понимания терапии боли. В случае острой боли механизмы и процессы, приводящие к ее развитию, локализованы в одном месте. Поэтому диагностика, как и лечение, направлены на место появления болевых ощущений, указанное пациентом. Иная ситуация при хронической боли. Если боль беспокоит пациента несколько месяцев или лет, необходимо обследовать не только место, в котором человек испытывает боль, но и проанализировать другие факторы, принимающие участие в патогенезе боли (плохой сон, лишний вес и т. д.). В патогенезе хронической боли, в отличие от острой, участвуют не 1–3 механизма – воспаление, травма, компрессия, а гораздо больше. И значительно больше факторов (т. н. драйверов боли) влияют на восприятие хронической боли, в результате чего она становится персистирующей. К ним относятся, в частности, психологические факторы, такие как тревожность, депрессия и катастрофизация, выражающаяся в уверенности

¹ Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R. et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89(2-3):175–180. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00361-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00361-4).

² Концепция универсальности в лечении болевого синдрома: теория и практика. XII ежегодная конференция «Вейновские чтения». Сателлитный симпозиум компании «Сандоз». Эффективная фармакотерапия. Неврология. 2016;(2). Режим доступа: https://umedp.ru/articles/kontseptsiya_universalnosti_v_lechenii_bolevogo_sindroma_teoriya_i_praktika_xii_ezhegodnaya_konferen.html.

пациента в неблагоприятном исходе какого-то события, несущего для него угрозу. Зачастую эта опасность преувеличена. Наряду с тревогой и депрессией, такой пессимистический настрой может поддерживать и подпитывать ту или иную боль, что доказано в научном мире. Эти три психологических фактора играют очень важную роль. Для их анализа разработаны различные шкалы и анкеты. В этих случаях может быть использована не только лекарственная терапия, но и доказавшая свою эффективность когнитивно-поведенческая терапия. К драйверам, поддерживающим персистенцию хронической боли, также относятся постоянное недосыпание и плохой ночной сон, низкий уровень физической активности, избыточный вес и ожирение (в жировой ткани жировые клетки синтезируют провоспалительные цитокины, которые разносятся по всему организму, провоцируя появление хронических болей в суставах, в спине и т.д.). Еще одним фактором, который может влиять на развитие хронической боли, является нарушение когнитивных функций. В этом случае хроническая боль становится более тяжелой, труднокурабельной. Свой вклад в развитие хронической боли вносит и коморбидность.

Однако все эти факторы обычно не рассматриваются в рутинной практике, прежде всего из-за нехватки времени на амбулаторных приемах. Кроме того, не все врачи считают их важными, что в итоге мешает эффективно лечить пациентов с хронической болью. Больным назначают примерно те же схемы лечения (препараты и физиотерапию), как и пациентам с острой болью. И так происходит во всем мире.

Между тем и за рубежом, и в России все больше говорится о том, что подходы к диагностике и анализу состояния пациентов с хронической болью должны быть

другими, нежели к тем, кто испытывает острую боль. В позапрошлом году мы разработали мультидоменный алгоритм именно для пациентов с хронической болью в спине. И в этом алгоритме мы предлагаем врачам проанализировать фенотип больного, предоставляем им специальные анкеты и шкалы, позволяющие оценить состояние пациента по драйверам боли.

Таким образом, отвечая на вопрос о признании хронической боли эпидемией, следует отметить, что в его основе лежат ошибочные подходы к ее лечению, которые приводят к увеличению числа пациентов с хроническими болевыми синдромами. По европейской и американской статистике, количество таких больных достигает 20–40% в популяции. Это очень много. По сути, хроническая боль – это уже не эпидемия, а пандемия. В ее лечении должны применяться не только НПВП, миорелаксанты, но и, возможно, антидепрессанты, может назначаться когнитивно-поведенческая терапия. Пациенту могут быть показаны физические упражнения, рекомендовано более сбалансированное питание. Кому-то необходимо изменить условия работы и образ жизни. Все это должно обсуждаться с врачом.

? **С какими видами боли по локализации чаще всего приходится сталкиваться в клинической практике?**

– По статистике, наиболее часто люди жалуются на головные боли. Кроме того, значительная часть пациентов приходят к врачам с жалобами на мышечно-скелетные боли (в спине, в шее, в грудном отделе).

? **Как часто у пациентов выявляют боль в спине?**

– Если обратиться к научным обзорам, то от 80 до 90% людей в мире в той или иной мере испытывают острую боль в спине. Но главная проблема заключается

не в количестве таких пациентов, а в том, что острая боль со временем приобретает хронический характер. Проблема боли в спине очень актуальна и потому, что она часто связана с образом жизни человека, с биомеханическими факторами, наличием стресса, а ее решение зачастую пытаются найти с помощью различных блокад, процедур, таблеток и мазей. Пациента не информируют о мерах профилактики, тогда как «на пустом месте» острая боль не возникает. В дальнейшем ее эпизоды повторяются, и постепенно развивается хроническая боль, патогенез которой довольно сложен.

? **Несмотря на множество научных исследований, избавление от боли в спине остается сложной терапевтической задачей. Это связано с тем, что не все факторы, приводящие к ней, принимаются во внимание?**

– Да, но это с одной стороны. А с другой стороны, проблема заключается еще и в том, что все клинические исследования (КИ), которые сегодня проводятся, направлены на изучение эффективности конкретного препарата или метода у всей группы больных с хронической болью в спине, тогда как драйверы боли, их удельный вес у пациентов могут быть разными. У кого-то существенную роль в развитии боли в спине играет биомеханический фактор – давний сколиоз или лордоз, у кого-то психологическая травма, которая произошла 2 мес. назад, у кого-то плохой сон и т.д. В зависимости от драйверов боли эффективность препарата может быть разной, зачастую низкой. Как следствие, результаты большинства КИ свидетельствуют о том, что новый изучаемый препарат не обладает необходимой эффективностью.

? **На протяжении уже длительного времени основу лечения хронической боли, а также острых болевых**

синдромов любой степени выраженности составляют НПВП.

Чем объясняются столь прочные позиции этих ЛС?

– НПВП востребованы благодаря их основному механизму действия – подавлению ферментов ЦОГ-2, являющихся ключевым звеном в синтезе простагландинов. Это один из самых частых и распространенных механизмов воспаления, прежде всего, при острой боли. Любая острая боль запускает этот каскад реакций с включением фермента ЦОГ-2. НПВП блокируют ЦОГ-2, купируют воспаление и болевой синдром.

? Насколько широк перечень НПВП сегодня?

– В мире зарегистрировано примерно 150 наименований НПВП. На фармрынке России представлено 7 классов НПВП – порядка 20 оригинальных препаратов, а также дженерики.

? На что ориентируется врач, назначая НПВП?

– Выбор препаратов для лечения боли должен быть основан на ее механизмах, которые можно косвенно изучить, используя методику анализа фенотипа – клинического рисунка боли, ее особенностей. Эти особенности позволяют понять, какой препарат назначить больному. Если, например, у пациента, жалующегося на боль в спине, наблюдаются мышечное напряжение, болезненность мышц при пальпации, повышенный тонус, что указывает на фенотип мышечного спазма, то ему показаны миорелаксанты. В случае, когда у пациента отмечается гипералгезия (аномально высокая чувствительность организма к болевым стимулам) или аллодиния (боль вследствие воздействия раздражителей, обычно ее не вызывающих), то это уже другой рисунок боли, в развитии которой участвует центральная нервная система. Для лечения такой боли потребуются уже другие препараты.

Если же локальная боль усиливается при движении, возникает болезненность при пальпации, то данный фенотип свидетельствует о наличии воспаления. Пациентам с таким клиническим рисунком боли назначают НПВП. Таким образом, НПВП показаны и эффективны у пациентов с воспалительным фенотипом боли.

? Какое место в НПВП занимает декскетопрофен трометамол?

– Декскетопрофен – это препарат из группы НПВП, правовращающий изомер кетопрофена. В отличие от кетопрофена, представляющего собой рацемат из право- и левовращающего изомеров (а именно левовращающий изомер негативно действует на ЖКТ), декскетопрофен не оказывает такого выраженного побочного действия и обладает более высоким профилем безопасности. Его преимущество перед кетопрофеном также заключается в более быстром и мощном обезболивающем эффекте. Это доказано в КИ, в котором сравнивали клинические возможности 50 мг кетопрофена и 25 мг декскетопрофена. Показано, что, несмотря на значительно меньшую дозу, декскетопрофен оказался эффективнее кетопрофена.

? В каких случаях показано назначение пероральных (таблетки, саше) или парентеральных форм декскетопрофена?

– Форма назначаемого врачом препарата зависит от предпочтений пациента, предшествующего опыта и понимания врача, какую тактику лечения выбрать. Благодаря разнообразию форм препарата врач может выбрать такой способ его доставки, который не только обеспечит эффективную терапию, но и будет комфортен и безопасен для пациента.

? Какова рекомендуемая длительность применения препарата декскетопрофен

в терапии острых болей, а также в комплексном лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника?

– Это очень важный вопрос. Если речь идет об острой боли в спине, то длительность приема НПВП составляет от 14 до максимум 21 дня. Но это не значит, что боль уйдет через 21 день. В том случае, когда пациент не очень сложный (у него наблюдается фасеточный синдром, имеется точная локализация боли), то 2 нед. для купирования болевого синдрома будет достаточно. А если фасеточный синдром возникает на нескольких уровнях или имеются болезненные ощущения в других участках тела, то может понадобиться еще одна неделя. Но дальше продолжать лечение ни в коем случае нельзя.

НПВП следует назначать, когда за болью стоит воспалительный процесс.

В нашей практике при хронической неспецифической боли в спине мы выявляем фенотип, и если это воспаление, то можем назначить НПВП максимум на 2–3 нед. Но если пациенту через 3 нед. не становится лучше, это не означает, что данный препарат не эффективен. Просто назначенное лечение не соответствует мишени, механизму боли и должно быть пересмотрено в сторону других терапевтических подходов.

? Декскетопрофен сегодня применяют во многих странах мира. Чем объясняется его востребованность?

– Большинство лекарственных препаратов – это рацематы, они имеют и тот и другой изомер. В мировой фарминдустрии сегодня популярна идея выделения из смеси эффективного изомера. Декскетопрофен в этом смысле – современный востребованный препарат.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»