

# Проблема боли в неврологии: сложная, но решаемая

**20-21 ноября 2015 года в г. Львове прошел I симпозиум Центральной Европы по неврологии, нейрохирургии и психиатрии, в рамках которого были представлены доклады ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Работа симпозиума была организована по нескольким секциям, посвященным дискуссионным вопросам диагностики и лечения неврологической патологии, болевым синдромам различной локализации, цереброваскулярным заболеваниям, эпилепсии и др. В рамках симпозиума также были проведены интересные мастер-классы, касающиеся практических аспектов проведения электронейромиографии и ботулинотерапии. С кратким обзором докладов, посвященных проблеме терапии боли в неврологической практике, мы предлагаем ознакомиться нашим читателям.**

Доклад доктора медицинских наук, профессора Елены Леонидовны Товажнянской (Харьковский национальный медицинский университет) был посвящен рациональной терапии боли в спине.



Профессор напомнила, что боли в спине вызываются тремя основными группами патологических состояний: мышечно-скелетной патологией (включая миофасциальную дисфункцию, вертеброгенные рефлекторные и корешковые синдромы), заболеваниями внутренних органов и психогенными нарушениями (депрессия, истерия, ипохондрия).

С учетом многообразия причин боли в спине ее терапия должна быть строго дифференцированной. Если при миофасциальной дисфункции в первую очередь требуется создание правильного двигательного стереотипа и формирование мышечного корсета в сочетании с нивелированием мышечного спазма и инактивацией триггерных точек с помощью медикаментозных и местных немедикаментозных методов, то при психогенных нарушениях на первый план выступает лечение тревоги, нивелирование стрессорных факторов, укрепление психоэмоционального здоровья. Вполне очевидно, что случаи патологии внутренних органов, проявляющиеся болями в спине, также требуют специфического лечения.

Различия заключаются не только в этиотропной терапии, но и в методах медикаментозного обезболивания. Так, при миофасциальной дисфункции схема лечения включает в себя нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, миорелаксанты. При нейропатической боли требуется назначение антиконвульсантов и антидепрессантов. А присоединение дисфункционального компонента в структуре болевого синдрома в спине обуславливает необходимость назначения трициклических антидепрессантов либо селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина.

Однако следует учитывать, что ввиду сложности патогенеза болевого синдрома и индивидуальных различий вклада каждого из его компонентов у конкретного пациента, монотерапия может не обеспечить достаточного обезболивания либо потребовать больше времени для достижения желаемого результата. Кроме того, всем анальгетикам присущи побочные эффекты, что, несомненно, ограничивает сроки их применения. Поэтому в последнее время активно изучается возможность использования для анальгезии комбинаций разных препаратов, что может повысить эффективность обезболивания и снизить риск развития побочных эффектов. Последнее особенно актуально в случаях хронической боли, требующей длительного медикаментозного лечения.

В целях повышения эффективности и безопасности терапии хронического болевого синдрома исследователи в последнее время снова обращают внимание на витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), продемонстрировавшие анальгетический эффект в экспериментах и клинических исследованиях.

Так, экспериментально было доказано, что витамины группы В способны угнетать тепловую гипералгезию (Z.B. Wang et al., 2005), ингибировать синтез и действие медиаторов воспаления (D.S. Franca et al., 2001), оказывать антиноцицептивное влияние на процесс обработки ноцицептивной импульсации (Хие-Жун Сонг, 2003). В ряде других экспериментальных работ показано, что витамины группы В уменьшают ноцицептивные ответы в спинномозговых нейронах и таламусе, усиливают эффекты анальгетиков (I. Jurna, 1998), габапентина (G. Reyes-Garcia et al., 2004) и потенцируют эффекты главных антиноцицептивных нейромедиаторов – норадреналина и серотонина (Hsieh et al., 2010).

Профессор Е.Л. Товажнянская привела результаты клинических исследований эффективности применения

комплекса витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>. Так, специальное рандомизированное двойное слепое исследование эффективности комбинированного витаминного препарата (В<sub>1</sub> – 100 мг, В<sub>6</sub> – 200 мг, В<sub>12</sub> – 200 мкг) в профилактике рецидивов при болях в спине показало, что при лечении поливитаминным комплексом по окончании периода наблюдения было отмечено увеличение числа пациентов без болевого синдрома. Также было отмечено достоверно большее число случаев отсутствия боли на протяжении курса наблюдения (N. Zollner et al., 1988). Ретроспективная оценка терапевтической тактики у 1082 больных с различными болевыми синдромами показала эффективность применения комбинированного препарата (В<sub>1</sub> – 200 мг, В<sub>6</sub> – 200 мг, В<sub>12</sub> – 1 мг) у пациентов с болями в спине. В 45% случаев был отмечен хороший и очень хороший терапевтический эффект; у 47% пациентов констатировали значительное улучшение или умеренное постепенное улучшение (K.F. Pietrzik et al., 1991). В других исследованиях (G. Vetter et al., 1988, G. Bruggemann et al., 1990; M.A. Mibielli et al., 2009) было убедительно доказано, что НПВП в сочетании с витаминами группы В при болях в нижней части спины превосходили по обезболиванию монотерапию НПВП, а также способствовали улучшению подвижности и функциональности позвоночных сегментов. Кроме того, сочетание НПВП с витаминами группы В, повышая эффективность противоболевой терапии, давало возможность сократить сроки лечения и потенциально снизить риск нежелательных явлений.



В последние годы среди поливитаминных комплексов заслуженной популярностью пользуется препарат Нейробион. Профессор Е.Л. Товажнянская назвала его золотым стандартом адекватной терапии при любом типе боли. Прямой обезболивающий эффект этого препарата опосредован снижением ноцицептивной и повышением антиноцицептивной активности нейронов в задних рогах спинного мозга и таламусе. Благодаря этому он усиливает и пролонгирует эффект других анальгетиков, позволяет снизить их дозы. Кроме того, данный комплекс витаминов группы В улучшает метаболические процессы и энергетический обмен в нервных волокнах, усиливает эндотелийзависимую вазодилатацию, активизирует синтез аксональных белков и миелиновой оболочки, что обуславливает его высокую эффективность при нейропатической боли. Еще одним механизмом обезболивающего эффекта Нейробиона является ингибирование синтеза и/или действия медиаторов воспаления, что актуально при боли ноцицептивно-воспалительной природы.

В пользу выбора препарата Нейробион говорит солидная практика его клинического использования: он зарегистрирован и применяется с 1962 г.; в настоящее время – в 71 стране мира. Очень важно отметить и тот факт, что производство Нейробиона соответствует стандартам GMP EU (Good Manufacturing Practice EU), поэтому врач может быть уверен в качестве назначаемого препарата. И наконец, Нейробион имеет как пероральную, так и парентеральную формы, что позволяет реализовать принцип ступенчатой терапии в лечении пациентов с болями в спине и максимально индивидуализировать лечение.



Многообразие причин острой лицевой боли посвятил свое выступление доктор медицинских наук, исполняющий обязанности заведующего кафедрой неврологии, нейрохирургии и психиатрии Ужгородского национального университета Михаил Михайлович Орос.



Докладчик рассказал участникам конференции о причинах, механизмах формирования, особенностях диагностики и лечения основных синдромов лицевой боли, таких как невралгия тройничного нерва, краниомандибулярная дисфункция (синдром Костена), синдром височно-нижнечелюстного сустава, аурикулотемпоральный синдром (Байярже-Фрей), шилоподъязычный синдром (Игла), остеонекроз-индуцированная невралгия (синдром NICO – Neuralgia Inducing Cavitation Osteonecrosis). Профессор напомнил, что одним из ключевых факторов патогенеза боли при перечисленных патологических состояниях является воспаление, поэтому среди применяемых медикаментозных средств на первом месте стоят НПВП и анальгетики. Кроме того, могут использоваться местные обезболивающие средства, компрессы с диметилсульфоксидом, а в случае выраженной и трудно купируемой боли – опиоиды.

Среди применяемых в настоящее время НПВП наиболее высокой анальгетической активностью характеризуется кеторолак (В.Г. Кукес, 2004). Более низким анальгетическим эффектом в порядке убывания обладают диклофенак, индометацин, флурбипрофен, метамизол натрия, пироксикам, напроксен, ибупрофен, кетопрофен и др.

Выраженный анальгетический эффект кеторолака доказан клиническими исследованиями. В 1997 г. Бабаева и соавторы сравнили эффективность кеторолака (30 мг) и опиоидного анальгетика трамадола (100 мг) в лечении послеоперационной боли. Было показано, что кеторолак обладал не только более выраженным обезболивающим действием (количественное соотношение эффекта – 1:0,85), но и большей продолжительностью анальгезирующего эффекта (12 и 7 ч соответственно). Кеторолак (который представлен на украинском рынке препаратом Кеторол) обладает самой выраженной анальгетической активностью среди всех НПВП. Было показано, что 30 мг кеторолака сопоставимы с 12 мг морфина по уровню обезболивающего эффекта.

Кеторол выпускается в форме раствора для инъекций, таблеток и новой уникальной формы – геля для наружного применения. В состав препарата входит диметилсульфоксид, являющийся и противовоспалительным средством, и эффективным проводником действующего вещества через кожные покровы вглубь тканей.

Особое место в своем докладе Михаил Михайлович придал переходу острой боли лица в хроническую. Были указаны основные причины хронизации болевого синдрома лица. Одной из основных причин перехода острой боли в хроническую является неадекватное купирование острого болевого синдрома. Учитывая различные юридические проблемы использования в нашей стране мягких опиоидов, препараты кеторолака (Кеторол) становятся препаратами первой линии при купировании выраженного болевого синдрома.

Кеторол назначается коротким курсом (до 2 дней внутримышечно, затем до 5 дней перорально). Это позволяет эффективно убрать боль и воспаление, тем самым снизив риск хронизации болевого синдрома. Приведенная выше схема приема кеторолака позволяет добиться оптимального профиля безопасности при высоком уровне анальгетической эффективности препарата при болях не только лица, а и любой локализации.

Подготовил Федор Добровольский

