OL Opinion Leader

профессиональные сообщества

Задача максимум — формирование специализированной многоуровневой противоболевой службы

Генеральный секретарь межрегиональной общественной организации «Российское общество по изучению боли» д. м. н., профессор

КУКУШКИН
Михаил Львович

6 (24) 2019

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ

СТРУКТУМ 500 мг

ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ

Необходимый компонент базисного лечения остеоартроза

2 капсулы в день

- Рекомендован EULAR, ESCEO и APP при ОА различной локализации[1,2,3]
- В 72% случаев останавливает, либо в 4,5 раза замедляет дальнейшее прогрессирование ОА[4]
- Нет ограничений у пациентов с сопутствующей патологией (СД, заболевания почек, бронхиальная астма и др.)[5]

Регистрационное удостоверение
П №013685/01 от 06.07.2007

Список литературы:

1. *EULAR evidence based recommendations: Ann Rheum Dis, 2007; 66: 377-388; Ann Rheum Dis, 2004; 64: 669-681; Ann Rheum Dis, Ann Rheum Dis, 2003; 62: 1145-1155.*
2. *Клинические рекомендации «Остеоартрит», Приказ № 01-01/ф19 от 02.04.2014 Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация ревматологов России».*
3. *Bruyere O., Cooper C., Pelletier JP. et al. Semin Arthritis Rheum. 2014; 44(3): 253-2634.*
4. *Andre Kahan, ARTHRITIS & RHEUMATISM, Vol. 60, № 2, Feb 2009, pp 524-533.*
5. *Инструкция по медицинскому применению препарата Структум.*

Pierre Fabre

OL Opinion Leader

профессиональные сообщества

Издатель
АННА ГУРЧИАНИ

Главный редактор
СВЕТЛАНА ЕПИСЕЕВА

Арт-директор
ЕЛЕНА МАППЫРОВА

Руководитель направления
ОЛЬГА ЗЮЗЮКИНА

Фотограф
НАТАЛИЯ ВРЕМЯЧКИНА

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-66303 от 01 июля 2016 года.
Издательство «Лидер Мнений»
125412, г. Москва, ул. Ангарская, д. 55, оф. 6 / **+7 (926) 317-4445**
opinionleaderjournal@gmail.com

Электронную версию выпущенных номеров журнала можно бесплатно скачать на сайте:
www.opinionleaderjournal.com

Журнал распространяется бесплатно, только среди врачей. 18+

Подписано в печать 13.05.2019

Тираж 2500 экз.

Типография «ТРЕК ПРИНТ»
+7 (495) 785-5733 / www.trackprint.ru

Фото на 1-й странице обложки:
Доктор медицинских наук, профессор, М. Л. Кукушкин

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале Opinion Leader, допускается только по согласованию с редакцией.

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ

6 (24) 2019

ТЕМА НОМЕРА:
Российское общество по изучению боли

Содержание

04–05
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
Н. Н. Яхно /
Приветственное слово

06
ХРОНИКА
Люди. События. Комментарии /
Служба боли в России быть?

10–14
КРУПНЫМ ПЛАНОМ
М. Л. Кукушкин /
Больной вопрос

18–19
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
М. В. Чурюканов /
Комитет по организации противоболевой помощи

20–22
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
В. А. Парфёнов /
Комитет по боли в спине

23–26
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
А. Е. Каратеев /
Комитет по боли в суставах

28–30
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
О. С. Давыдов
Комитет по невропатической боли

32–34
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
Е. В. Балязина /
Комитет по лицевой боли

36–37
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
О. И. Загорулько /
Комитет по послеоперационной боли

38–40
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
О. К. Левченко /
Комитет по изучению боли в гематологии

41
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
А. В. Сергеев /
Комитет по боли в педиатрии

42–43
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
А. В. Амелин /
Комитет по изучению головной боли

44–47
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
В. А. Широков /
Комитет по миофасциальной боли и фибромиалгии

48–49
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
А. В. Палехов /
Комитет по опиоидной терапии боли в клинической практике

50–53
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
П. П. Калинский /
Комитет по психологическим аспектам боли

54–55
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
Л. А. Медведева /
Комитет по эпидемиологическим исследованиям

56
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА
А. Е. Барулин /
Комитет по немедикаментозным методам лечения

58–59
КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ
Важные отраслевые события 2019 / май–сентябрь

RU/CYTI/1018/0028 SAP 6207634

Удобный режим дозирования:
1 капсула в день!

Необходим курсовой прием*

*Курс приема – 20 дней, при необходимости повторить.
СГР № RU.77.99.11.003.E.005541.04.15 от 10.04.2015 г.
Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью.
ООО «Такеда Фармасьютикалс»: ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625; www.takeda.com.ru
Дата выпуска рекламы: май 2019. На правах рекламы.

Takeda

реклама
БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Уважаемые коллеги!

Приветствую вас от имени Российского общества по изучению боли на XXV Российской научно-практической конференции с международным участием «Медицина боли — от понимания к действию», которая проходит 23–25 мая 2019 года в Казани.

В рамках конференции будут обсуждаться актуальные для нашего времени проблемы боли и обезболивания. Основная цель конференции — распространение передовых знаний по проблеме боли, улучшение взаимодействия врачей различных специальностей в комплексной терапии больных с болевыми синдромами, обмен опытом по вопросам организации специализированной противоболевой помощи и юридическим аспектам медицины боли. Для участия в конференции приглашаются неврологи, нейрохирурги, анестезиологи, терапевты, ревматологи, педиатры, психиатры, онкологи, гинекологи, клинические фармакологи, врачи общей практики, организаторы здравоохранения, а также другие специалисты, чья профессиональная деятельность связана с изучением, диагностикой и лечением болевых синдромов. Считаю, что проведение конференции будет способствовать дальнейшему развитию медицины боли и формированию специализированной противоболевой службы в нашей стране.
Желаю всем участникам конференции интересного и плодотворного общения.

Президент Российского общества
по изучению боли академик РАН
Н. Н. Яхно

Opinion Leader

Люди. События. Комментарии

СЛУЖБЕ БОЛИ В РОССИИ БЫТЬ?

© onf.ru

В России необходимо создать службу боли, задача которой — профилактические и лечебные действия по лечению боли у пациентов. Такое предложение было озвучено в ходе заседания круглого стола на тему: «Управление болью», которое состоялось 22 апреля в Москве, на площадке Общероссийского народного фронта.

Сопредседатель центрального штаба ОНФ доктор Леонид Рошаль в своем выступлении отметил, что борьба с болью страдающих от нее пациентов — это государственная задача и мы должны сделать все, чтобы облегчить физическую боль россиян.

Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Дмитрий Морозов подчеркнул: «Необходимо учитывать гетерогенность боли и разные подходы к этой проблеме. Есть хроническая боль как часть жизни, она требует серьезного осмысления, многокомпонентной работы. Острая боль как тревожный маркер страдания, боль в ходе медицинских вмешательств, которой быть не должно. Боль в ходе восстановления после операции, реабилитации — большой пласт проблем. И боль умирающего человека — суть сохранения достоинства человека и качества его жизни. Сегодняшний вопрос — это шаг вперед всего социума, вопрос гуманизации общества».

Тему о том, что следует декриминализировать ответственность врачей за назначение обезболивающих препаратов, подняла член центрального штаба ОНФ, учредитель фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер.

Для повышения доступности обезболивания участники круглого стола предлагают ввести законодательные изменения.

Эти и другие предложения по усовершенствованию оказания населению противоболевой помощи, прозвучавшие в ходе заседания, будут направлены на рассмотрение в Правительство РФ.

В работе круглого стола со стороны Российского общества по изучению боли активное участие приняли генеральный секретарь РОИБ М. Л. Кукушкин, руководитель Комитета по организации противоболевой помощи М. В. Чурюканов и руководитель Комитета по невропатической боли О. С. Давыдов. Ими были представлены сообщения, отражающие позицию РОИБ в отношении необходимости реализации междисциплинарного подхода в лечении боли и создании системы противоболевой помощи, в том числе с вниманием к проблеме хронической неонкологической боли. Было принято решение продолжить дальнейшую совместную работу в этом направлении.

Проблемы боли вновь будут подняты на заседании круглого стола, которое проведет Комитет ГД по охране здоровья 21 июня, где авторитетные специалисты обсудят тему: «Лечение хронического болевого синдрома в Российской Федерации: состояние и перспективы развития. Законодательные аспекты». Предварительно от РОИБ в нем примут участие президент общества академик Н. Н. Яхно, руководитель Комитета по послеоперационной боли О. И. Загорулько, М. Л. Кукушкин, М. В. Чурюканов и О. С. Давыдов.

1. http://www.prnewswire.co.uk/news-releases/merck-serono-celebrates-the-50-year-anniversary-of-neurobion-159834275.html. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения Нейробион®: раствор для внутримышечного введения РУ ЛСР-004589/08 , таблетки РУ ЛС-001540 grls.rosminzdrav.ru (дата обращения 19.07.2017). 3. Tong HI Influence of neurotropic vitamins on the nerve conduction velocity in diabetic neuropathy. Ann Acad. Med Singapore 1980; 9.; Janka HU et al. The influence of Neurobion on temperature sensibility in patients with diabetic polyneuropathy In: Hrsg: Rietbrock N. Pharmakologie und klinische andwedung hochdosierter B-vitamine-steindkopff. Verlag, Darmstadt, 1991: 87-97.
Информация для медицинских специалистов. Для использования на медицинских конференциях. Реклама.

Полную информацию о препарате вы можете получить в ООО «Др.Редди'с Лабораторис». 115035 г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1.

«Медицина боли: от понимания к действию!»

1990
Организовано Российское общество по изучению боли (РОИБ)

1990
РОИБ — официальное подразделение Международной ассоциации по изучению боли (IASP)

1993
I конференция РОИБ

1993
Официальное подразделение Европейской федерации боли (EFIC)

Создано **15** профильных комитетов РОИБ

1993–2018

Проведено **24** российские конференции по проблемам боли, участие в организации

38 симпозиумов в рамках съездов и конференций

2004

Начинает издаваться научно-практический «Российский журнал боли»

Более **1500** врачей всех специальностей, интересующихся проблемой боли, объединены РОИБ

www.painrussia.ru

источник актуальной информации по медицине боли:

/ образовательные и исследовательские проекты

/ клинические рекомендации, опросники, шкалы

/ дистанционный образовательный курс

/ информация о Центрах по изучению боли, отвечающих международным стандартам

БОЛЬНОЙ ВОПРОС

Часто боль из симптома превращается в болезнь. Врачи должны научиться видеть разницу

Генеральный секретарь Российского общества по изучению боли, завлабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии д. м. н., профессор Михаил Львович Кукушкин о ситуации с решением проблемы боли в России

Межрегиональная общественная организация «Российское общество по изучению боли» (РОИБ) уже 28 лет объединяет врачей разных специальностей, занимающихся проблемой боли. К сожалению, боль многолика и может из симптома какого-либо повреждения превратиться в самостоятельную болезнь. Далеко не всегда такую трансформацию удается вовремя определить, и больной вместо комплексной этиопатогенетической терапии будет продолжать получать симптоматическое лечение. Эксперты Международной ассоциации по изучению боли рассматривают боль как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения. Из данного определения следует, что боль может возникать не только при повреждении ткани, но и в условиях риска повреждения ткани и даже при отсутствии какого-либо повреждения. На индивидуальное восприятие боли влияют пол, возраст, социальные и культурологические факторы, этнические особенности. Персональная позиция и убеждения больного, его индивидуальные стратегии преодоления трудностей, а также его отношение к болезни влияют и на интенсивность боли, и на эффективность проводимой терапии. Боль как болезнь представляет собой тесное переплетение биологических, психологических и социальных проблем, поэтому в обследовании и лечении

пациентов с хронической болью могут потребоваться скоординированные действия многих специалистов. При большинстве патологических состояний, сопровождающихся хронической болью, не существует единого повсеместно принятого терапевтического алгоритма; как правило, требуются индивидуализированные реабилитационные программы, которые могут быть реализованы в специализированных клиниках. Результаты исследований показывают очевидное преимущество применения таких программ по сравнению с обычным лечебным подходом. Целью многокомпонентных лечебных программ у больных с хронической болью является уменьшение боли, максимальное восстановление функциональной активности, уменьшение количества принимаемых препаратов и возвращение больного к работе. Как правило, в таких программах используются методы фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры. Лечебный алгоритм хронической боли должен учитывать особенности клинической картины, быть простым, безопасным и эффективным.

— Михаил Львович, кто вступает в Российское общество по изучению боли и как строится его работа?

— Официально мы зарегистрированы как общественная организация, которая объединяет врачей различных специальностей, чья профессиональная деятельность так или иначе связана с болью. Стать членом Российского общества по изучению боли может любой врач, интересующийся проблемой боли. Работа в обществе строится на инициативе людей и их профессионализме. Сегодня в обществе сформировано 15 комитетов, каждый из которых работает в конкретном направлении. Задача комитетов — подготовить методические и клинические рекомендации, разработать обучающие программы для повышения квалификации врачей.

— РОИБ не только вырабатывает различные рекомендации и публикует их на своем сайте. Вы также считаете необходимым силами опытных специалистов по разным видам боли проводить образовательные школы для врачей.

Мы — как общественная организация пытаемся заниматься образовательными программами, поэтому в рамках РОИБ проводим в разных городах страны школы, которые сертифицируются в рамках непрерывного медицинского образования. Мы также пытаемся через наши контакты с Европейской федерацией боли (EFIC) отправлять молодых врачей на стажировку в Европу. Как правило, это победители конкурса молодых ученых, который ежегодно проводится в рамках Российской научно-практической конференции «Медицина боли: от понимания к действию!». Помимо вышесказанного, наше общество оказывает помощь в организации специализированных противоболевых центров. Задача максимум — формирование специализированной многоуровневой противоболевой службы, направленной не только на эффективное устранение боли, но и скорейшее выздоровление больных с хроническими неонкологическими болевыми синдромами. Например, 10 февраля 2018 года по инициативе комитета РОИБ по организации противоболевой помощи в Москве состоялось совещание «Организация противоболевой помощи в РФ — проблемы и пути их решения». По итогам совещания готовятся рекомендации по созданию противоболевой службы в стране. Часть этих рекомендаций была представлена 22 апреля 2019 года на площадке Народного фронта в Москве, где обсуждались вопросы создания специализированной противоболевой службы в России.

— А эта серьезность проблемы боли находит отражение в Международном классификаторе болезней?

— Да, находит. Всемирная организация здравоохранения подготовила новую версию международного классификатора болезней — МКБ-11, в которой впервые вводится понятие боли как самостоятельной болезни. Хроническая боль получает отдельную рубрификацию.

Кукушкин Михаил Львович

д. м. н., профессор

Генеральный секретарь межрегиональной общественной организации «Российское общество по изучению боли», заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ НИИ общей патологии и патофизиологии.

В 1980 году окончил лечебный факультет Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко.

С 1980-го по 1988 год работал в Центральном научно-исследовательском институте рефлексотерапии МЗ РСФСР сначала в должности старшего лаборанта, затем младшего и старшего научного сотрудника. С 1988 года по настоящее время работает в ФГБНУ НИИ общей патологии и патофизиологии в должности старшего научного сотрудника (1988), затем ведущего научного сотрудника (1992) и заведующего лабораторией (1996).

В 1986 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Анализ влияния коры головного мозга на проведение ноцицептивных сигналов при рефлекторном воздействии».

В 1995 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Системные механизмы развития нейрогенных болевых синдромов и их патогенетическая коррекция».

В 2002 году М. Л. Кукушкину присвоено ученое звание профессор.

Им опубликовано 352 научные работы. Он является соавтором 9 монографий, 6 учебников, 6 руководств, 7 клинических и методических рекомендаций.

РОИБ объединяет специалистов, обладающих знаниями по диагностике и лечению болевых синдромов, которые могут быть использованы при формировании противоболевой службы в стране

— Лечение болевых синдромов в основном связано с фармакотерапией, а какие еще методы применяются при лечении? Нуждаются ли такие больные в реабилитации?

— Конечно, нуждаются. Под реабилитацией мы понимаем восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или врожденными дефектами. Если мы говорим о больных с хроническими болевыми синдромами, то комплекс лечебных мер будет направлен не только на избавление ощущения боли, но и на выработку навыков преодоления, устранение признаков катастрофизации, восстановление двигательной активности. Этот комплекс мер включает не только фармакотерапию, но и методы психологической поддержки; методы, связанные с адекватной физической нагрузкой; методы рефлексотерапии, тейпирование — все то, что позволяет эффективно обеспечивать восстановление деятельности, например, скелетно-мышечной системы, роль которой в генезе и хронизации боли огромна. В специализированных центрах по лечению больных с болевыми синдромами наряду с неврологами, анестезиологами, психотерапевтами и другими врачами должны присутствовать также и специалисты, которые разбираются в вопросах физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, в вопросах восстановления двигательных функций за счет дозированных нагрузок. Команда, обеспечивающая выздоровление больного в специализированных противоболевых центрах, должна состоять из различных специалистов, но их работа должна быть скоординирована, подчинена единой цели. Каждый врач, работающий в специализированных противоболевых клиниках, помимо своей основной специальности также должен владеть дополнительными знаниями по проблеме боли.

— Достаточно ли в нашей стране таких центров и в каком формате они доступны для пациентов?

— Специализированных противоболевых центров в России немного, и основная их часть представлена на сайте РОИБ. Сегодня они существуют преимущественно в рамках коммерческой медицины.

— Михаил Львович, можно ли говорить о том, что РОИБ сегодня является неким законодателем по проблеме боли?

— У нас в стране система оказания медицинской помощи определяется Министерством здравоохранения. РОИБ — это общественная организация, которая объединяет специалистов, обладающих достаточными знаниями и навыками по диагностике и лечению болевых синдромов, которые могут быть эффективно использованы при формировании специализированной противоболевой службы в стране.

Межрегиональная общественная организация «Общество по изучению боли» (РОИБ)

painrussia.ru

Добровольная самоуправляемая некоммерческая общественная организация образована в 1990 году.

Цели общества: содействие развитию и поддержке научных и клинических исследований (фундаментальных и прикладных) в области физиологии, патофизиологии, эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики болевых синдромов; содействие организации и развитию медицинских центров, специализированных отделений, лабораторий и кабинетов по лечению болевых синдромов; содействие в подготовке и повышении квалификации специалистов в области изучения и терапии болевых синдромов.

Деятельность РОИБ включает:

- */ развитие сотрудничества с международными и национальными обществами, ассоциациями и организациями по изучению болевых синдромов;*
- */ организация международного обмена опытом специалистов в разработке стандартов в лечении и новых подходов в лечении, диагностике и профилактике болевых синдромов;*
- */ организация конференций, школ, семинаров, образовательных программ, выставок, пресс-конференций, круглых столов на международном и национальном уровнях с участием российских и иностранных специалистов по изучению болевых синдромов;*
- */ поддержка участия молодых ученых в школах, семинарах, образовательных программах, научных конференциях на международном и национальном уровне по болевым синдромам;*
- */ проведение информационных компаний в СМИ по информированию населения о проблемах болевых синдромов;*
- */ содействие членам РОИБ в издании их трудов и внедрении в практику их научных работ и изобретений;*
- */ содействие созданию объединений и групп самопомощи пациентов, страдающих различными видами боли;*
- */ содействие проведению консультаций и экспертиз, связанных с сертификацией специалистов и лицензированием медицинских учреждений в области диагностики, лечения и профилактики боли;*
- */ взаимодействие с государственными организациями, общественными объединениями в рамках основных целей организации.*

В структуре РОИБ сформированы комитеты, которые объединяют наиболее авторитетных специалистов по основным направлениям деятельности общества.

РОИБ насчитывает более 1500 регулярных членов.

Под эгидой РОИБ с 2004 года издается научно-практический «Российский журнал боли», который выходит 4 раза в год.

В 1990 году РОИБ стало коллективным членом Международной ассоциации по изучению боли (IASP), а в 1993 году — коллективным членом Европейской федерации боли (EFIC).

КОМБИЛИПЕН® КОМБИЛИПЕН® ТАБС

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА НЕРВНОГО ВОЛОКНА

НЕЙРОТРОПНЫЕ ВИТАМИНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ следующих заболеваний:

- моно- и полинейропатий различного генеза
- дорсалгий • плексопатий • люмбоишиалгии
- корешкового синдрома, вызванного дегенеративными изменениями позвоночника

- Направленное нейротропное действие
- Оптимальные разовые и суточные дозировки
- Доступная стоимость за упаковку и курс лечения

Фармстандарт
www.pharmst.ru

Форма выпуска: раствор для инъекций по 2 мл №5, №10; таблетки п/о №30, №60

Российское общество по изучению боли

КОМИТЕТ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ПОМОЩИ

Создание комитета было продиктовано необходимостью регламентировать порядок и принципы оказания противоболевой помощи в России с акцентом на проблему хронической неонкологической боли. В данном случае мы непосредственно не рассматриваем вопросы лечения боли в рамках паллиативной помощи, этим занимаются соответствующие профессиональные ассоциации. Принципы лечения хронической неонкологической боли иные, нежели те, что заложены в паллиативную помощь.

Принятые за рубежом принципы междисциплинарности в оказании противоболевой помощи на разных уровнях до настоящего времени у нас в стране не реализованы. Речь идет о создании трехуровневой системы противоболевой помощи. Так, на первом уровне должны работать врачи первичного звена, имеющие достаточно специальных знаний, чтобы решать основную часть вопросов лечения болевых синдромов. Второй уровень — это так называемые клиники боли, где обязательно должна работать междисциплинарная команда специалистов; туда пациенты направляются врачами первичного звена, которые сталкиваются со сложностями в диагностике и лечении боли. Третий уровень — это уже специализированный центр боли, куда придет несколько процентов больных из клиник боли (самые редкие, самые сложные пациенты) для решения высокотехнологичных лечебных задач.

Смысл создания данного комитета также в решении организационных задач в отношении образования, лечения и в какой-то степени науки боли. В наш комитет входят различные специалисты, которые тем или иным образом сталкиваются с проблемой боли, но на разных уровнях работы — от первичного звена до крупных центров.

В феврале 2018 года Комитет по организации противоболевой помощи провел крупное совещание при участии ведущих экспертов из других комитетов РОИБ, специалистов Комитета по охране здоровья Государственной Думы и юристов, на котором обсуждались вышеозначенные вопросы. Сейчас идет подготовка методических рекомендаций по созданию службы оказания противоболевой помощи пациентам с хронической неонкологической болью. Промежуточным, но уже серьезным результатом деятельности в данном направлении в этом году должно стать утверждение таких рекомендаций. В них четко прописан алгоритм

Чурюканов Максим Валерьевич

к. м. н., доцент, руководитель комитета, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, старший научный сотрудник Клиники изучения и лечения боли РНЦХ им. Б. В. Петровского, Москва

организации кабинета, клиники и центра боли. 22 апреля 2019 года члены комитета приняли участие в совещании по противоболевой помощи на площадке Общероссийского народного фронта. Ведется работа совместно с Национальной медицинской палатой и Комитетом по охране здоровья ГД РФ.

Регламентировать это очень важно, потому что сегодня создается масса «центров боли», которые не соответствуют международным требованиям. Называться центром имеет право только учреждение, созданное на базе университета или научного института, которое способно решать лечебные, образовательные и научные задачи. Все остальное может быть кабинетом или клиникой.

В России в настоящее время «центров» больше, чем кабинетов, — это абсурд, а по сути полноценного центра у нас в стране еще нет ни одного. В этом году мы начинаем профильное образование по «Медицине боли» на базе Клиники изучения и лечения боли Российского научного центра хирургии им. Б. В. Петровского, которое будет проводиться анестезиологами, неврологами и другими специалистами. Вот тогда эта клиника уже сможет именоваться центром, так как там будут реализовываться все соответствующие этому задачи: лечебная работа, образование и научная деятельность.

Создание комитета было продиктовано необходимостью регламентировать порядок и принципы оказания противоболевой помощи в России с акцентом на проблему хронической неонкологической боли. Это очень важно в том числе и потому, что сегодня создается масса «центров боли», которые не соответствуют международным требованиям. Называться центром имеет право только учреждение, созданное на базе университета или научного института, которое способно решать лечебные, образовательные и научные задачи. Все остальное может быть кабинетом или клиникой

КОМИТЕТ ПО БОЛИ В СПИНЕ

Парфёнов Владимир Анатольевич

д. м. н., профессор, руководитель комитета, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, главный редактор журнала «Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика», Москва

Боли в спине занимают первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья. Примерно 6–9% взрослого населения в течение года консультируются по поводу этой жалобы. В США боль в спине — одна из самых распространенных жалоб, с которой пациенты посещают врача общей практики. Почти каждый 4-й житель США отмечал боль в спине хотя бы раз в течение последних 3 месяцев. На протяжении жизни боли в спине возникают у большинства людей (более чем у 70%), пик частоты болей наблюдается в 35–55 лет. Согласно эпидемиологическим данным, 18,3% населения при опросе отмечают, что боль в спине беспокоит их в настоящее время, 30,8% сообщают, что испытывали боль в спине в течение последнего месяца, 38,9% — в течение последнего года. По данным опроса, проведенного в поликлиниках Москвы, из 1300 пациентов 24,9% обратились в связи с болью в спине, при этом в течение последнего года боль беспокоила более половины опрошенных (52,9%). В Великобритании около 30% обращений к врачу общей практики связано с болью в спине и конечностях, при этом на поясничные боли приходится около 7 млн обращений в год.

С болью в спине связаны громадные социально-экономические потери общества в связи с временной утратой трудоспособности. В 2005 году в США прямые медицинские затраты на лечение пациентов, страдающих болью в спине, превысили 86 млрд долларов.

Эти данные свидетельствуют об актуальности рассмотрения болей в спине как отдельной проблемы, в связи с чем в нашей стране в рамках РОИБ был создан специальный комитет для совершенствования диагностики и лечения болей в спине. В течение последних 5 лет членами комитета подготовлены более 50 статей в журналы ВАК и журналы, цитируемые в системе Scopus. Защищены 3 кандидатские диссертации. Планируются к защите еще 5 кандидатских и 2 докторские диссертации. Изданы 2 книги:

/ Парфёнов В. А., Исайкин А. И. Боли в нижней части спины: мифы и реальность. М.: ИМА-ПРЕСС, 2016. 104 с.
/ Парфёнов В. А., Исайкин А. И. Боли в поясничной области. Библиотека практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 200 с.

В Первом МГМУ им. И. М. Сеченова в течение последних 5 лет проводятся специализированные циклы обучения для врачей по диагностике, лечению и профилактике болей в спине. Ежегодно обучение проходят более 100 врачей. Для студентов каждый год проводится специальный курс (электив) по боли, включающий вопросы диагностики и лечения болей в спине. Члены комитета участвуют в большом числе научных конференций, выступают с докладами более 10 раз в год.

Существенную помощь в ведении пациентов с болью в спине оказывают рекомендации экспертов. Одними из первых стали Канадские рекомендации, предложенные 30 лет назад и основанные на результатах 109 рандомизированных исследований. В настоящее время разработано несколько национальных и международных рекомендаций по ведению пациентов с поясничной болью, основанных на результатах большого числа рандомизированных исследований (958 к апрелю 2009 года), посвященных оценке эффективности различных методов лечения боли в спине. В 2010 году был опубликован сравнительный анализ 15 клинических рекомендаций — 13 национальных. Анализ этих рекомендаций показывает, что они совпадают по основным позициям обследования и лечения пациентов [Koes B. W. и соавт., 2010]. Недавно опубликованы рекомендации экспертов из Канады [Wong J. J. и соавт., 2016], Великобритании [NICE Guideline, NG59, 2016] и США [Qaseem A. с соавт., 2017].

При участии членов комитета подготовлены рекомендации РОИБ «Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль», которые опубликованы в журнале «Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика», 2018, № 2. В этих рекомендациях отмечается, что обследование пациента с острой поясничной болью включает выяснение жалоб и анамнеза, краткое соматическое и неврологическое обследование, оценку симптомов опасности. Диагноз острой неспецифической (скелетно-мышечной) поясничной боли основывается на исключении специфической причины боли (потенциально опасного заболевания), дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза. В случае типичной скелетно-мышечной боли и отсутствия симптомов опасности не рекомендуется проведение рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии в первые 4 недели заболевания. Целесообразность их выполнения рассматривается при сохранении поясничной боли сверх этого времени.

В течение последних 5 лет членами комитета подготовлены более 50 статей в журналы. Защищены 3 кандидатские диссертации. Изданы 2 книги

Пациент с острой неспецифической (скелетно-мышечной) поясничной болью должен быть информирован о благоприятном исходе заболевания, необходимости сохранять физическую и социальную активность, избегать постельного режима, при возможности продолжать профессиональную деятельность. Для облегчения боли можно использовать НПВП в минимально эффективных дозах и коротким курсом, а также миорелаксанты (средний уровень доказательности). Части пациентов целесообразно назначить мануальную терапию и массаж спины (низкий уровень доказательности).

Для предупреждения рецидивов поясничной боли рекомендуется образовательная программа (профилактика чрезмерных нагрузок, длительного пребывания в статических и неудобных позах, правильные способы подъема тяжестей и др.) и вне периода обострения — лечебная гимнастика.

В 2019 году в дополнительном выпуске журнала «Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика», подготовленном к очередному Всероссийскому съезду неврологов, планируется публикация новых рекомендаций РОИБ «Хронические неспецифические (скелетно-мышечные) поясничные боли».

В них отмечается, что обследование пациента с хронической поясничной болью направлено на исключение специфической причины, дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза, на оценку социальных и психологических факторов хронической боли. Целесообразно выявление возможных источников боли: межпозвоночных дисков, фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сочленения, миофасциального синдрома.

При лечении хронической скелетно-мышечной поясничной боли эффективен комплексный мультидисциплинарный подход (высокий уровень доказательности), включающий лечебную гимнастику, опти-

мизацию двигательной активности, психологические методы (когнитивно-поведенческая терапия), образовательную программу («школа») при боли в спине, мануальную терапию. Для облегчения боли можно использовать НПВС (средний уровень доказательности) в минимально эффективных дозах и коротким курсом, миорелаксанты, пластырь с капсаицином, при наличии депрессивного расстройства — антидепрессанты. У части пациентов могут быть использованы радиочастотная денервация или лечебные блокады с анестетиками и кортикостероидами (поражение фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сустава), массаж спины, иглорефлексотерапия (низкий уровень доказательности).

В профилактических целях рекомендуются лечебная гимнастика и образовательная программа: профилактика чрезмерных нагрузок, длительного пребывания в статических и неудобных позах, правильные способы подъема тяжестей и др.

Во многих странах имеются три уровня оказания медицинской помощи пациентам с болью в спине. Первый уровень включает врача общей практики, к которому обращаются люди с острой болью. Он проводит обследование, назначает лечение, при необходимости направляет к физиотерапевту (специалисту по лечебной гимнастике, кинезиотерапевту), мануальному терапевту и другим специалистам. Второй уровень предназначен для пациентов, страдающих преимущественно хронической поясничной болью и не получающих эффекта от лечения у врача общей практики. Им помощь оказывается в специализированных противоболевых центрах или отделениях больниц. Лечение осуществляется на основе мультидисциплинарного подхода, включающего лечебную гимнастику, образовательную программу для пациентов с болью в спине, психологические методы и эффективное обезболивание, лечение сопутствующих заболеваний, среди которых часто встречаются депрессивные и тревожные расстройства. Третий уровень — специализированная помощь в нейрохирургическом или ортопедическом стационаре, куда пациенты могут быть направлены как врачами общей практики, так и из специализированного болевого центра.

Совершенствование оказания помощи пациентам с болью в спине в нашей стране — одно из основных направлений работы комитета.

Необходимо проведение дальнейших исследований эффективности различных методов лечения боли в спине, выяснение, имеют ли преимущество какие-либо методы лечебной физкультуры, подбор индивидуальных методик для конкретного пациента, тесная комбинация лечебной гимнастики и когнитивно-поведенческой терапии. Требуют уточнения частота, длительность, интенсивность и объем упражнений. Важно также совершенствование информирования пациента о диагностике, лечении и профилактике боли в спине в виде брошюр, инструкций, книг, видеофильмов, специальных сайтов с возможностью консультаций. Относительно новым методом лечения хронической боли, особенно в нашей стране, является когнитивно-поведенческая терапия. В последние годы она становится одним из ведущих методов лечения пациентов не только с болью в спине, но и с другими хроническими болевыми синдромами, тревожными расстройствами. Неясно, в какой степени она эффективна, если проводится врачами, не имеющими высшего психологического образования. Дальнейшего уточнения требуют объем, длительность, последовательность комплексного (мультидисциплинарного) лечения, которое включает лечебную гимнастику, образовательную программу, психологические методы и оптимизацию лекарственной терапии, а во многих случаях и другие методы (мануальная терапия, иглорефлексотерапия, йога и т. д.).

Требуют уточнения показания к блокадам фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сочленения у групп пациентов, которым эти блокады принесут максимальный эффект. Неясны оптимальные сроки проведения хирургического лечения при дискогенной радикулопатии, а также можно ли по данным МРТ предположить, что конкретная грыжа диска имеет высокую вероятность регресса, не требует хирургического лечения и поддается интенсивной консервативной терапии.

К сожалению, в настоящее время в нашей стране в полной мере не используются эффективные методы обследования, диагностики, лечения и профилактики при поясничной боли. Их внедрение в клиническую практику способно существенно улучшить состояние многих пациентов и уменьшить экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью вследствие поясничной боли.

КОМИТЕТ **ПО БОЛИ В СУСТАВАХ**

Каратеев Андрей Евгеньевич

д. м. н., руководитель комитета, заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой, Москва

Одна из основных причин страданий, потери социальной активности и трудоспособности людей в современном мире — хронические заболевания суставов и позвоночника, относящиеся к XXIII классу по системе международной классификации болезней МКБ-10. Это широко распространенные ревматические заболевания (РЗ), такие как остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА), спондилоартриты (СпА), подагра, неспецифическая боль в спине и др. По официальной статистике Росстата, в нашей стране насчитывается более 19 млн людей, страдающих РЗ.

Боль в суставах, так же как боль в спине, скованность, утомляемость, депрессия и тревожность, — основные проявления этой патологии. Причина развития данных симптомов может быть различна: снижение толерантности к нагрузке, хроническое низкоинтенсивное воспаление и неполноценная репарация тканей при ОА, аутоиммунные и иммуновоспалительные нарушения при РА и СпА, системные изменения метаболических процессов при подагре. Тем не менее именно боль выходит на первый план в клинической картине этих заболеваний, в наибольшей степени влияя на качество жизни пациентов.

Поэтому эффективный контроль боли считается принципиально важной задачей при комплексном лечении РЗ.

Конечно, современная терапия при этой патологии опирается прежде всего на целенаправленную патогенетическую (таргетную) терапию. Такой подход активно реализуется при лечении аутоиммунных и иммуновоспалительных РЗ, фармакотерапия которых связана с применением синтетических и биологических базисных противовоспалительных средств. Однако патогенез хронической боли сложен, поэтому даже самые современные и эффективные препараты не всегда предотвращают ее развитие при РЗ. Поздняя диагностика болезней, которая приводит к несвоевременному началу лечения, агрессивное течение РЗ, недостаточная приверженность больных назначенной терапии и ряд других объективных и субъективных факторов приводят к хронизации боли и связанным с ней психоэмоциональным нарушениям. Не следует забывать, что в популяции имеется большое число людей, которые заболели РЗ 15–20 лет назад и в силу целого ряда причин не могли получать в полном объеме «правильную» современную терапию. Эти люди

инвалидизированы, испытывают тяжелые страдания и нуждаются в паллиативной помощи, включающей адекватное обезболивание.

Очевидно, что оптимизация лечения боли в суставах является очень важной клинической и социальной задачей. Ее решение невозможно без четких знаний патогенеза суставной боли, понимания причин ее хронизации, связи боли с психоэмоциональными нарушениями и социальными факторами. Необходимы точные знания по всему спектру фармакологических и нефармакологических методов, которые могут быть использованы для контроля боли при РЗ. И разумеется, необходимо создание единой системы оказания преемственной и комплексной противоболевой помощи всем пациентам с РЗ.

Основные задачи работы Комитета по боли в суставах:

/ выделение и изучение клинических особенностей различных форм (фенотипов) болевых ощущений при РЗ;
/ изучение влияния генетических особенностей, характера иммунного воспаления, вариантов поражения суставов и позвоночника, метаболических нарушений, психического статуса, коморбидной патологии и др. на развитие и хронизацию боли при РЗ;
/ изучение эпидемиологии боли и связанных с ней проблем медицинского и социального характера у пациентов с РЗ;
/ совершенствование методов объективизации болевых ощущений при РЗ с использованием опросников и стандартных шкал, объективной оценки реакции организма и биомаркеров;
/ разработка методов прогноза эффективности различных анальгетиков (в том числе выделение предикторов низкого ответа на лечение) при РЗ;
/ внедрение новых и совершенствование уже существующих методов контроля боли при хронических РЗ;
/ внедрение новых и совершенствование уже существующих методов профилактики осложнений, связанных с применением анальгетических средств (в частности, нестероидных противовоспалительных препаратов, НПВП);
/ создание клинических алгоритмов и рекомендаций по лечению боли, в том числе по использованию отдельных классов анальгетических средств и немедикаментозных методов при РЗ;
/ обучение врачей общей практики и ревматологов современным методам эффективного контроля боли при РЗ;
/ проведение образовательных программ и обучающих школ для пациентов с РЗ, в том числе в сотрудничестве с организациями больных и средствами массовой информации.

Очевидно, что оптимизация лечения боли в суставах является очень важной клинической и социальной задачей. Ее решение невозможно без четких знаний патогенеза суставной боли, понимания причин ее хронизации, связи боли с психоэмоциональными нарушениями и социальными факторами

Комитет работает на базе ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой — научно-медицинского центра, возглавляющего ревматологическую службу нашей страны. Это дает возможность проводить научные исследования, касающиеся проблемы эпидемиологии боли, ее патогенеза при различных РЗ, поиска подходов к ее более эффективному лечению и внедрению в практику новых лекарственных средств и немедикаментозных методов. Настоящая работа охватывает многие регионы нашей станы, чему в большой степени содействует деятельное сотрудничество с Ассоциацией ревматологов России, возглавляемой академиком РАН Е. Л. Насоновым. Так, в последние годы активно разрабатывается тема центральных механизмов боли при РЗ, проводится оценка влияния генно-инженерных биологических препаратов (ингибиторы фактора некроза опухоли-α, интерлейкина-6 и др.) и «малых молекул» (ингибитор JAK тофацитиниб) на снижение интенсивности боли при РЗ, изучение факторов, определяющих эффективность различных обезболивающих средств в реальной клинической практике.

Проблема лечения боли занимает одно из ведущих мест в системе непрерывного медицинского образования врачей, занимающихся лечением РЗ. Эта тема постоянно представлена на медицинских и образовательных мероприятиях, организуемых Институтом ревматологии. Без сомнения, это очень важный аспект нашей работы. К сожалению, до настоящего времени приходится видеть большие проблемы при проведении адекватной обезболивающей терапии у больных РЗ. Многие практикующие врачи недооценивают ее значимость, не имеют достаточных знаний по выделению разных фенотипов боли, не знают современных подходов к ее комплексному лечению. Зачастую приходится наблюдать, что единственными методами анальгетической терапии РЗ «на местах» становится назначение больших доз НПВП (нередко без учета серьезной коморбидной патологии) и локальное или системное применение глюкокортикоидов. Подобная тактика становится причиной хронизации боли и частого развития лекарственных осложнений. Последнее представляется особенно опасным при фактическом отсутствии в нашей стране четкой системы регистрации и контроля нежелательных реакций лекарственных препаратов. При этом необходимость воздействия на центральную сенситизацию, коррекции психоэмоциональных нарушений, проведения медицинской реабилитации у больных, страдающих от скелетно-мышечной боли, нередко полностью игнорируется.

Результатом научной и образовательной деятельности комитета становится создание клинических рекомендаций и методических указаний по проведению анальгетической терапии при ревматических заболеваниях. Эти материалы — важный инструмент повышения качества оказания медицинской помощи больным РЗ, они существенно облегчают и повышают результативность работы практикующих врачей.

Комитет проводит большую научную и практическую работу по изучению эффективности и безопасности многих методов фармакотерапии боли при РЗ. Так, традиционно оцениваются возможности оптимизации применения НПВП и медленнодействующих противовоспалительных средств (так называемых хондропротекторов). Важное место в данной работе занимает проведение крупных многоцентровых наблюдательных (неинтервенционных) исследований, в которых эффективность и безопасность таких лекарств изучается в реальной клинической практике. Большой интерес также вызывает создание регистров больных РЗ, длительно получающих анальгетическую терапию. Такими исследованиями стали КАРАМБОЛЬ (эффективность лечения острой боли в спине), ПРИНЦИП (применение рекомендаций по рациональному использованию НПВП в реальной практике), АЛИСА (апробация алгоритма обезболивающей терапии), НОТА (применение НПВП в реальной практике), регистр АВРОРА (амтолметил гуацил при РА, ОА и СпА), ПРИМУЛА (изучение эффективности инъекционной формы гликозаминогликан пептидного комплекса при ОА). Проводится переоценка достоинств и недостатков хорошо известных НПВП. В частности, здесь следует отметить историю изучения эффективности и безопасности одного из наиболее популярных препаратов данной группы — нимесулида, а также планы по исследованию относительно нового НПВП — теноксикама, обладающего наиболее длительным действием и возможностью для в/в и в/м введения (то есть быстрого купирования острой боли).

Активное внимание уделяется применению препаратов, влияющих на центральную сенситизацию. В частности, проводятся исследования комбинированной терапии боли при ОА и РА с использованием прегабалина. В клиническую практику внедряются

Важнейшим достижением Комитета по боли в суставах стало участие в создании рекомендаций по рациональному использованию НПВП в клинической практике. Они были опубликованы в 2018 году

новые методы лечения боли, такие как применение обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). Этот метод проходит в Институте ревматологии сравнение с локальным введением препарата гиалуроновой кислоты при ОА и поражении околосуставных мягких тканей при синдроме столкновения ротаторов плеча.

В последнее время интересы комитета все более обращены к использованию немедикаментозных методов как важнейшего компонента лечения хронической боли. В частности, мы развиваем сотрудничество с отделением физиотерапии и реабилитации для создания комплексной системы персонализированного применения нефармакологических методов при РЗ. Отражением этого сотрудничества являются постерные доклады на 13-й конференции ISPRM (Кобе, Япония).

Важнейшим достижением Комитета по боли в суставах стало участие в создании рекомендаций по рациональному использованию НПВП в клинической практике. Они были опубликованы в 2018 году. Этот документ — консенсусное соглашение экспертов, представляющих ряд медицинских специальностей (ревматологов, неврологов, терапевтов, хирургов-ортопедов, гастроэнтерологов), которые наиболее заинтересованы в правильном, безопасном использовании данной группы лекарств. Рекомендации определяют области применения НПВП, показания и противопоказания для их назначения, длительность использования и дозы в различных клинических ситуациях. Основная часть рекомендаций посвящена профилактике возможных осложнений. Она включает раздел, посвященный выбору НПВП с учетом факторов риска (коморбидных заболеваний), а также систему контроля за развитием нежелательных реакций.

Активно развивается тема поражения околосуставных мягких тканей как одного из важнейших источников формирования хронической скелетно-мышечной боли в популяции. Первым исследованием в этом направлении стала ЭНТРОПИЯ — многоцентровая работа, в ходе которой проведена оценка характера патологии околосуставных мягких тканей у 1227 больных

Еще одним успехом комитета стало создание первой редакции междисциплинарных рекомендаций по лечению скелетно-мышечной боли. В работе над этим документом приняли участие ревматологи, неврологи, хирурги-ортопеды, реабилитологи. Представляется, что данный документ может стать основой для единой системы оказания медицинской помощи пациентам, страдающим от скелетно-мышечной боли.

Перспективы работы комитета связаны с изучением фундаментальных аспектов патофизиологии боли: биомаркеров болевых реакций, участия различных отделов центральной нервной системы (с помощью функциональной МРТ) в ноцицептивном процессе, генетических механизмов предрасположенности к хронизации боли и развитию центральной сенситизации. В практическом плане большой интерес представляет совместная работа с хирургами-ортопедами, направленная на изучение феномена послеоперационной боли. Также активно развивается тема поражения околосуставных мягких тканей как одного из важнейших источников формирования хронической скелетно-мышечной боли в популяции. Первым исследованием в этом направлении стала ЭНТРОПИЯ — многоцентровая работа, в ходе которой проведена оценка характера патологии околосуставных мягких тканей у 1227 больных. □

Dr.Reddy's

РАБОТАЕТ ДО 24 ЧАСОВ[1,3]

ТЕКСАРЕД

Высокая скорость действия и стабильный результат 24 часа[1,2]

- Скоростной результат — максимальная концентрация **через 15 минут**[1,2]
- **До 24 часов** от боли и воспаления[1,3]
- Удобство применения — **1 раз в сутки**[4,5,6]
- **Широкий спектр** показаний[4,5]
- Инъекционная и таблетированная формы

1. «Теноксикам (тексамен) в лечении острой цервикалгии: результаты открытого сравнительного исследования» Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева. «Неврология и психиатрия» №4, 2014.
2. SPC Tenoxicam 20 mg lyophilisate for solution for injection. http://www.mhra.gov.uk (от 28.06.18)
3. «Эффективное лечение боли: важен системный подход» А.Б.Данилов «Медицинский совет» №17,2017г
4. Инструкции по медицинскому применению препарата Тексаред лиофилизат для приготовления раствора для инъекции 20 мг №1, РУ ЛС-000295 от 23.06.17; Инструкции по медицинскому применению препарата Тексаред таблетки 20 мг №10, РУ ЛС-000294, РУ ЛС-000295 от 23.06.17
5. «Теноксикам». Каратеев А.Е. «Клиническая фармакология и терапия». 26.5.2017
6. «Эффективность теноксикама у больных с анкилозирующим спондилитом» И.З.Гайдукова, А.В.Апаркина, Э.В.Хондкарян, А.П.Ребров. «Неврология и психиатрия» №2,2018

ООО «Др.Реддиˋс Лабораторис» 115035, г.Москва, Овчинниковская наб., д.20, стр.1.
Тел.: +7(495)783-29-01. E-mail: inforus@drreddys.ru.
Реклама. Информация для медицинских работников.

КОМИТЕТ ПО НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

Давыдов Олег Сергеевич

к. м. н., руководитель комитета, ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, Москва

Предпосылкой создания Комитета по невропатической боли в структуре Российского общества по изучению боли явилась прежде всего актуальность проблемы. Среди всех хронических болевых синдромов, а в Европе ими страдает порядка 20% популяции, невропатическая боль занимает особо значимое место, поскольку встречается чаще других видов хронической боли — у 6–7% населения. Невропатическая боль обуславливает значительное бремя для государства, общества и системы здравоохранения. В свое время в США было подсчитано, что ежегодные расходы государства и страховых компаний на одного больного составляют $3–8 тыс. в зависимости от интенсивности невропатической боли, что в 2–3 раза превышает расходы на сердечно-сосудистые и респираторные заболевания. В России ситуация во многом сходная, и именно поэтому ни у кого из руководства общества не возникло даже тени сомнения по поводу необходимости регулярной работы по продвижению передовых знаний по проблеме невропатической боли среди российских врачей.

На момент создания комитета одной из основных задач была образовательная деятельность. Очень часто приходилось, да и до сих пор приходится слышать ошибочное мнение о том, что невропатическая боль — это исход хронической боли, многие специалисты не знакомы с критериями диагностики этого вида боли и перечнем заболеваний и причин ее вызывающих. То есть систематическое образование врачей по невропатической боли еще долгое время останется востребованным.

Важно понимать, что невропатическая боль — проблема, касающаяся не только неврологов, такие пациенты встречаются у ревматологов (например, при ревматоидном артрите часто возникают туннельные синдромы и полиневропатии), эндокринологов (до 25% больных сахарным диабетом страдают от болевой диабетической полиневропатии), онкологов (до 40% пациентов с онкологическим заболеванием имеют невропатическую боль), хирургов (10–80% пациентов после операций страдают от этого вида боли) и других специалистов. Именно поэтому Комитет по невропатической боли РОИБ — междисциплинарный, в него вошли специалисты самых разных специальностей.

Для того чтобы объединить и систематизировать взгляды различных специалистов на проблему, была создана междисциплинарная рабочая группа по подготовке клинических рекомендаций по диагностике и лечению невропатической боли. Итогом этой работы стала публикация рекомендаций в «Российском журнале боли» № 4 за 2018 год. Представляется, что появление данного документа позволит унифицировать и систематизировать подходы к диагностике и лечению пациентов с невропатической болью в России.

Врачам в реальной практике не всегда удается диагностировать невропатическую боль, и хотя она имеет свои особые дискрипторы (описательные характеристики), про них не все знают; не все понимают, что является основой возникновения невропатической боли, что и обуславливает диагностические сложности.

За последние сто лет в общем-то ничего не изменилось, ядром диагностики по-прежнему остается клиническое обследование: выявление позитивных и негативных сенсорных феноменов и на их основании постановка диагноза. Не так давно созданы вспомогательные инструменты, например опросники для скрининговой диагностики невропатической боли. Кроме того, международным сообществом разработаны критерии для диагностики невропатической боли, основанные на данных анамнеза, паттерне распределения боли, симптомах и результатах дополнительных методов обследования. Использование указанных критериев, согласно мировой практике, позволяет с высокой степенью достоверности поставить диагноз и избежать как «гиподиагностики», так и избыточной диагностики невропатической боли.

В мире сегодня общепринята точка зрения, что лечение невропатической боли, как и любой другой, особенно хронической боли, должно быть мультимодальным. Это подразумевает использование всех способов лечения в комплексе, не только фармакотерапии, но и нелекарственные методы, включая психотерапию, при необходимости малоинвазивные и даже нейрохирургические методы.

Основой лечения невропатической боли является фармакотерапия. Известно, какие средства наиболее эффективны в рамках доказательной медицины

Основой лечения невропатической боли является фармакотерапия. Известно, какие средства наиболее эффективны в рамках доказательной медицины. К препаратам первой линии терапии (их следует назначать прежде всего) относятся два антиконвульсанта — габапентин и прегабалин и три антидепрессанта — дулоксетин, венлафаксин и амитриптилин. Вторая и третья линии терапии — местные анестетики, опиоидные анальгетики, пластыри с капсаицином в высокой концентрации — являются скорее резервом. Нестероидные противовоспалительные средства в основном не эффективны при невропатической боли и должны использоваться там, где она сочетается с ноцицептивной.

К сожалению, моно- и комбинированная фармакотерапия средствами с высоким уровнем доказательности позволяет добиться успеха (снижение интенсивности боли на 30%), по разным данным, только у 18–30% больных. Среди причин неуспеха лечения отмечают использование препаратов в более низких, чем среднетерапевтические, дозах и высокую частоту отмены фармакотерапии из-за побочных эффектов.

Существует ряд простых правил, которых следует придерживаться при назначении препаратов первой линии: необходимо формировать адекватные ожидания пациента от лечения; начинать терапию следует с более низких доз с плавной титрацией до средних и максимальных с учетом переносимости; всегда требуется прогнозирование и мониторинг нежелательных явлений терапии; лечение должно быть достаточной длительности, непрерывным и комплексным.

Не менее важно, что лечение невропатической боли, особенно при поражении периферической нервной системы, может включать как симптоматическую терапию, то есть направленную на уменьшение выраженности боли, так и патогенетическую — обеспечивающую восстановление пораженных нервов и профилактику их разрушения. В качестве патогенетической терапии с доказанной эффективностью могут рассматриваться комплексы витаминов группы В в высоких дозах, такие как Комбилипен, Мильгамма, Нейробион, которые, с одной стороны, позволяют усилить действие препаратов первой линии лечения периферической невропа-

тической боли, а с другой — увеличивают скорость проведения возбуждения по нерву.

Для патогенетического лечения периферической невропатической боли также рассматривается применение пиримидиновых нуклеотидов. Нуклеотиды, и особенно уридин, участвуют в активации внутри- и внеклеточных сигналов, которые управляют процессом миграции и прикрепления шванновских клеток к аксону. Они стимулируют синтез липидов и белков мембран нейронов, обеспечивают клеточное деление и метаболизм и в конечном счете значительно ускоряют регенерацию поврежденных нервных волокон.

Уридин-5-монофосфат наряду с витамином B_{12} и фолиевой кислотой содержится, например, в капсулах Келтикан® комплекс, применение которого в качестве средства дополнительной терапии продемонстрировало доказанную эффективность у пациентов с полиневропатиями различной этиологии, невралгиями, туннельными синдромами. Таким образом, появляется все больше новых данных о крайней важности обязательного применения дополнительных средств патогенетической терапии в схемах лечения периферической невропатической боли.

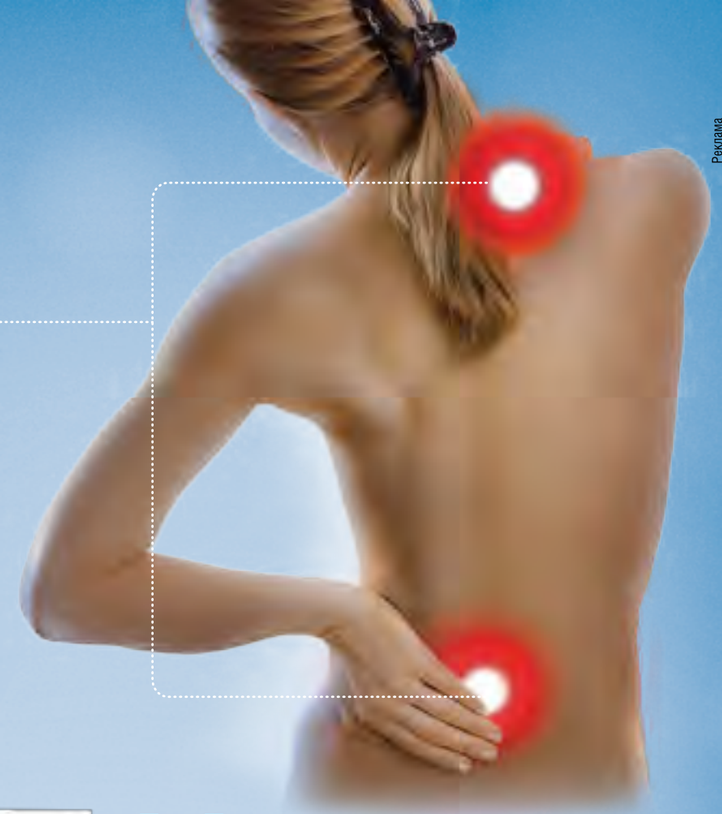
Перспективы успешной терапии в последнее время все больше связывают не с развитием фармакологии и увеличением линейки используемых препаратов, а с выделением так называемых «фенотипов невропатической боли» или групп сенсорных симптомов. Было предположено, что определенный фенотип, вне зависимости от заболевания, явившегося причиной боли, отражает уникальный патофизиологический механизм (такой как блокада проведения по нерву, эктопическое нейрональное возбуждение, периферическая и центральная сенситизация), лежащий в основе возникновения и поддержания боли у конкретного больного. Понимание патофизиологических механизмов открывает перспективы таргетной, персонализированной терапии с помощью уже известных препаратов с определенными механизмами действия.

Среди задач на будущее, стоящих перед Комитетом по невропатической боли, безусловно, продолжение образовательной деятельности, участие в школах, симпозиумах, конференциях, публикационная активность по проблеме. Продолжается работа по включению опубликованных рекомендаций по невропатической боли в список одобренных Минздравом РФ

Среди задач на будущее, стоящих перед Комитетом по невропатической боли, безусловно, продолжение образовательной деятельности, участие в школах, симпозиумах, конференциях, публикационная активность по проблеме. Что касается основных приоритетов, то они обозначены указом президента РФ — создание клинических рекомендаций. Продолжается работа по включению опубликованных рекомендаций по невропатической боли в список одобренных Министерством здравоохранения РФ. Запланировано создание рекомендаций уже не на уровне синдрома, а на уровне конкретных заболеваний, при которых невропатическая боль является ведущим симптомом, например рекомендаций по радикулопатии. Хочется надеяться, что все вышеперечисленные усилия, предпринимаемые комитетом и обществом по изучению боли, приведут к улучшению качества помощи пациентам с невропатической болью в России. □

Боль
в спине и шее?

Уменьшить боль
и восстановить нервное волокно



Реклама

Рег. уд.: П N012551/01

Рег. уд.: П N012551/02

Мильгамма®

- Способствует быстрому регрессу болевого синдрома[1,2]
- Способствует восстановлению нервных волокон[3]
- Уменьшает вероятность повторных приступов боли[4]
- Ускоряет восстановление физической активности[1,2]

RU.GEN.08.19

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ МИЛЬГАММА® КОМПОЗИТУМ

Регистрационный номер: П N012551/01. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые оболочкой. **Состав:** 1 таблетка содержит: активные вещества: бенфотиамин 100,0 мг, пиридоксина гидрохлорид 100,0 мг; вспомогательные вещества. **Показания к применению:** неврологические заболевания при подтвержденном дефиците витаминов B_1 и B_6. **Противопоказания:** повышенная индивидуальная чувствительность к тиамину, бенфотиамину, пиридоксину или другим компонентам препарата. Период беременности и грудного вскармливания. Детский возраст в связи с отсутствием данных. Каждая таблетка содержит 92,4 мг сахарозы. Поэтому препарат не следует применять лицам с врожденной непереносимостью фруктозы, синдромом мальабсорбции глюкозы и галактозы или глюкозо-изомальтазным дефицитом. **Способ применения и дозы:** внутрь по 1 таблетке в сутки. Таблетку следует запивать большим количеством жидкости. В острых случаях после консультации врача доза может быть увеличена до 1 таблетки 3 раза в день. После 4 недель лечения врач должен принять решение о необходимости продолжения приема препарата в повышенной дозе. По возможности доза должна быть снижена до 1 таблетки в сутки с целью снижения риска развития нейропатии, ассоциированной с применением витамина B_6. **Побочное действие:** очень редко. См. полную инструкцию по медицинскому применению. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** см. полную инструкцию по медицинскому применению. **Особые указания:** при применении препарата в дозе 100 мг в сутки на протяжении более 6 месяцев возможно развитие сенсорной периферической нейропатии. **Форма выпуска:** 15 таблеток в блистере, по 2, 4 блистера в пачке. **Срок годности:** 5 лет. **Условия отпуска:** без рецепта.

Перед применением препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению!

1 Данилов А.Б. РМЖ. Специальный выпуск. Болевой синдром. 2008;16.
2. Баринов А.М. РМЖ. 2016;24.
3. Franca D.S. et al. Eur J PharmacoI. 2001;421:157-164.
4. Левин О.С., Мосейкин И.А. Журнал неврологии и психиатрии. 2009;10.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ МИЛЬГАММА®

Регистрационный номер: П N012551/02. **Лекарственная форма:** раствор для внутримышечного введения. **Состав:** 2 мл раствора содержат: активные вещества: тиамина гидрохлорид 100,0 мг, пиридоксина гидрохлорид 100,0 мг, цианокобаламин 1,0 мг, лидокаина гидрохлорид 20,0 мг; вспомогательные вещества. **Фармакологическое действие:** нейротропные витамины группы В оказывают благоприятное воздействие на воспалительные и дегенеративные заболевания нервов и двигательного аппарата. Способствуют усилению кровотока и улучшают работу нервной системы. Лидокаин – местноанестезирующее средство, вызывающее все виды местной анестезии: терминальную, инфильтрационную, проводниковую. **Показания к применению:** в качестве патогенетического и симптоматического средства в составе комплексной терапии заболеваний и синдромов нервной системы различного происхождения: невралгия, неврит, парез лицевого нерва, ретробульбарный неврит, ганглиониты (включая опоясывающий лишай), плексопатия, нейропатия, полинейропатия (диабетическая, алкогольная и др.), ночные мышечные судороги, особенно у лиц старших возрастных групп, неврологические проявления остеохондроза позвоночника: радикулопатия, люмбоишалгия, мышечно-тонические синдромы. **Противопоказания:** период беременности и грудного вскармливания, детский возраст, декомпенсированная сердечная недостаточность, повышенная чувствительность к компонентам препарата. **Способ применения и дозы:** инъекции выполняют глубоко внутримышечно. При выраженном болевом синдроме целесообразно начинать с 2,0 мл ежедневно в течение 5-10 дней. В дальнейшем, после стихания болевого синдрома и при легких формах заболевания, переходят на препарат Мильгамма® композитум либо на более редкие инъекции (2-3 раза в неделю в течение 2-3 недель) с возможным продолжением терапии препаратом Мильгамма® композитум. Переход на терапию препаратом Мильгамма® композитум рекомендуется осуществлять в наиболее возможный короткий срок. **Побочное действие:** возможны аллергические реакции, головокружение, аритмия. См. полную инструкцию по медицинскому применению. **Взаимодействие с другими лекарственными веществами:** см. полную инструкцию по медицинскому применению. **Форма выпуска:** по 2 мл в ампуле из коричневого светозащитного стекла, по 5, 10, 25 ампул в пачке. **Срок годности:** 3 года. **Условия хранения:** хранить в защищенном от света месте при температуре от 2 до 8 °С. Не замораживать! Хранить в недоступном для детей месте. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту.

Перед применением препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению!

Организация, принимающая претензии потребителей: Представительство фирмы «Верваг Фарма ГмбХ и Ко.КГ» 117587, РФ, г. Москва, Варшавское шоссе д. 125 Ж, корп. 6. Тел.: +7 (495) 382-85-56; Факс: +7 (495) 382-28-01
Дистрибьютор в РФ: ООО «Верваг Фарма», 121170, РФ, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 4. Тел.: +7 (495) 269-69-20. www.woerwagpharma.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

WÖRWAG PHARMA

КОМИТЕТ ПО ЛИЦЕВОЙ БОЛИ

Балязина Елена Викторовна

д. м. н., руководитель комитета, врач-невролог, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом мануальной терапии и рефлексотерапии ФПК и ППС РостГМУ, Ростов-на-Дону

Эволюционное значение боли, как и влияние ее на конкретный живой организм, сложно переоценить. Несмотря на неоспоримо важную функцию — сигнализацию и предупреждение о жизнеугрожающей альтерации, интенсивная изнуряющая хроническая боль нередко влечет за собой значительную и длительную дезадаптацию индивидуума. Именно по этой причине к проблеме лечения боли проявляется огромный интерес с момента зарождения врачевания. С тех времен и по сей день не удалось достичь единого мнения в вопросах диагностики и лечения прозопалгий. Первое описание типичных клинических проявлений классической тригеминальной невралгии дал английский врач и философ Джон Локк в 1677 году. Немногим более столетия после этого появились две публикации, выделившие это заболевание в отдельную нозологическую форму. В 1820 году Чарлз Белл предположил, что причина «болевого спазма» кроется в патологии тройничного нерва, что послужило основанием называть болезнь тригеминальной невралгией. В процессе эволюции взглядов на характер лицевых болей было предложено немало теорий, в том числе и наиболее известная теория нейроваскулярного конфликта W. Gardner для классической тригеминальной невралгии. Помимо этого, предпринимались попытки объяснить этиопатогенетические аспекты лицевых болей повышенной судорожной активностью, понятием периферического генератора патологически усиленного возбуждения, патологией зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава, демиелинизирующими процессами и злокачественными новообразованиями. Несмотря на то что за время изучения прозопалгий этиопатогенетические аспекты многих из них стали известны, очевидно, что существует множество пробелов и, как следствие, необходимость дальнейшего изучения данного направления.

Анализ научных материалов, посвященных патогенезу и лечению лицевых болей, показал, что многие ученые работают разнонаправленно, нередко дублируя проводимые в других учреждениях исследования. Занимаясь поиском патогенеза прозопалгий изолированно, исследователи разрабатывают различные способы лечения лицевых болей, порой противоречащие друг другу. Полученные в ходе научного поиска результаты рождают все больше новых вопросов, требующих ответов, что и привело к созданию Комитета лицевой боли в 2017 году. Он организован для координации этой деятельности, в комитет входят ведущие специалисты России, занимающиеся лечением лицевых болей.

Проблема нейропатической боли в практике врача вызывает значительные трудности, в рамках которой вопрос диагностики и лечения лицевых болей является одним из приоритетных. Создание Комитета лицевой боли преследовало несколько целей, главная из них — улучшение качества жизни пациентов с лицевыми болями в результате увеличения процента достоверно установленного диагноза, выбора специфичных методов диагностики, обоснованных инвазивных и фармакологических методов лечения, применения эффективных схем терапии и, как следствие, увеличения частоты и продолжительности ремиссий.

Для реализации этой глобальной цели комитет поставил перед собой ряд задач, требовавших системного последовательного решения. К таковым относятся: разработка общих целей исследования, реализация долгосрочных стратегий, разработка клинических рекомендаций, внедрение лучших практик, разработанных специалистами, координация деятельности специалистов, занимающихся данной проблемой, оптимизация терапии и проведение просветительской работы среди пациентов, страдающих лицевыми болями.

Создание Комитета лицевой боли преследовало несколько целей, главная из них — улучшение качества жизни пациентов с лицевыми болями в результате увеличения процента достоверно установленного диагноза, выбора специфичных методов диагностики, обоснованных инвазивных и фармакологических методов лечения, применения эффективных схем терапии и, как следствие, увеличения частоты и продолжительности ремиссий

Членами комитета ведутся научные исследования, направленные на изучение патогенеза тригеминальных невралгий и невропатий, усовершенствование диагностики и лечения пациентов с прозопалгиями, результаты исследований докладываются на крупнейших всероссийских и международных конференциях, публикуются в печатных изданиях.

Под руководством профессора С. М. Карпова были защищены 4 диссертационных исследования на степень к. м. н., опубликованы 2 монографии по изучаемой проблеме и более 10 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК.

Под моим руководством защищена одна кандидатская диссертация по лечению невралгии тройничного нерва и одна — готовится к защите. Материалы разработок членов комитета используются в учебном процессе, содействуют подготовке и повышению квалификации специалистов в области изучения и терапии различных видов лицевых болей. Членами комитета проводятся выступления на научно-практических всероссийских и международных конференциях, чтение лекций, клинические практические занятия у курсантов ДПО, разборы пациентов с лицевой болью с ординаторами, кружковцами, студентами кафедр.

Проблема лицевых болей является мультидисциплинарной ввиду близкого расположения многих

Современные достижения в вопросах консервативного лечения классической тригеминальной невралгии позволяют максимально отсрочить оперативное вмешательство, увеличить частоту и продолжительность ремиссий, а в некоторых случаях дают возможность ведения пациента исключительно консервативно

анатомических структур и эмоциональной значимости данной области для пациента. В связи с этим с трудностью дифференциальной диагностики прозопалгий сталкиваются многие специалисты, к которым обращается пациент, прежде чем диагноз будет установлен. Это и стоматолог, и челюстно-лицевой хирург, и ЛОР, офтальмолог, и дерматолог, и наконец психиатр. В настоящее время проводится серьезная работа по подготовке клинических рекомендаций по лечению лицевых болей совместно со специалистами других профилей с учетом междисциплинарного подхода.

На протяжении всей эволюции взглядов на принципы лечения прозопалгий было предложено несколько инвазивных методов с последующим внедрением и широким применением в практической деятельности. На сегодняшний день главенствующим методом лечения классической тригеминальной невралгии является микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва. Несмотря на это, по настоящее время в некоторых учреждениях активно применяются деструктивные методы лечения (например, алкоголизация ветвей тройничного нерва), оказывающие нестойкий эффект и с высокой вероятностью приводящие к развитию деафферентационного синдрома.

С другой стороны, современные достижения в вопросах консервативного лечения классической тригеминальной невралгии позволяют максимально отсрочить оперативное вмешательство, увеличить частоту и продолжительность ремиссий, а в некоторых случаях дают возможность ведения пациента исключительно консервативно. Нами (Е. В. Балязина и Т. А. Исаханова) разработан и защищен патентом принципиально новый подход к лечению и профилактике рецидивов классической невралгии тройничного нерва. Проведенными исследованиями было доказано, что пусковым механизмом заболевания является патология сосудов, а именно потеря демпфирующих свойств артериальной стенкой вследствие развивающейся с возрастом эндотелиальной дисфункции. Применение донатора монооксида азота ускоряет наступление ремиссии, увеличивает ее продолжительность и способствует профилактике наступления рецидива заболевания. Разработанный способ лечения обеспечивает многим больным дожитие до естественного исхода без хирургического лечения и без болей.

Во всех регионах ведется реестр пациентов с лицевой болью, где учитывается вид боли, коморбидные состояния, сопутствующие расстройства и осуществляется динамическая оценка болевого синдрома.

На базе Клиники лечения боли совместно с кафедрами стоматологии и нервных болезней СаратГМУ проводится дискуссионный клуб «Невролог/Стоматолог» с рассмотрением актуальных вопросов и клиническим разбором сложных пациентов. Планируется продолжить работу в данном направлении, провести конференцию, посвященную нейростоматологическим синдромам для специалистов разного профиля.

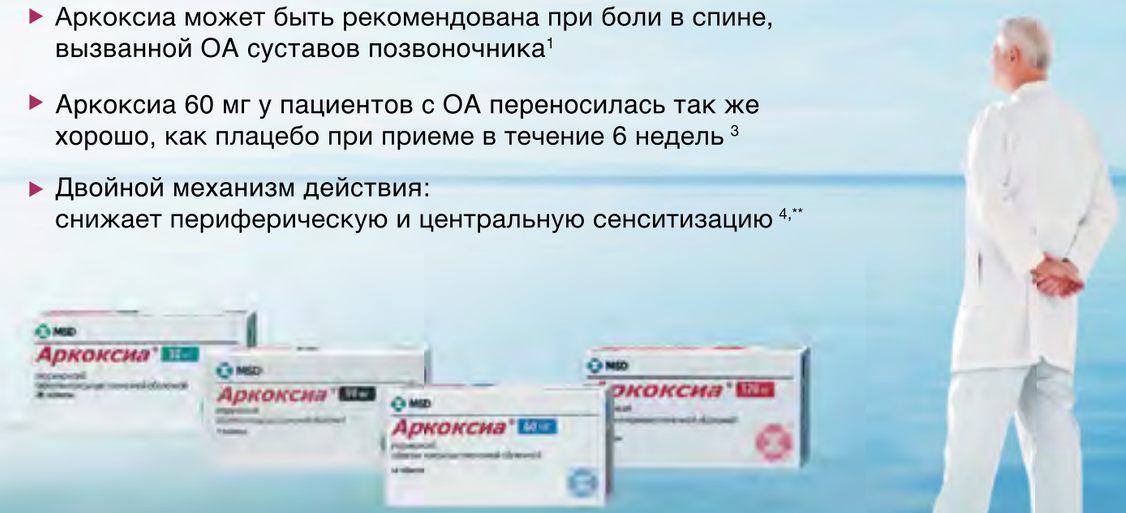
Актуальным остается издание информационных писем с привлечением внимания к проблеме лицевой боли, издание методических рекомендаций по лицевой боли для студентов, ординаторов, врачей.

□

РАСШИРЯЯ ГРАНИЦЫ ПРИВЫЧНОГО
В ТЕРАПИИ БОЛИ

АРКОКСИА®
МОЖЕТ ПРЕДЛОЖИТЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ВЫ ОЖИДАЕТЕ

- Широкие терапевтические возможности: дозировки 30, 60, 90,120 мг[1]
- Аркоксиа сильнее других* НПВП снижала боль при ОА[2]
- Аркоксиа может быть рекомендована при боли в спине, вызванной ОА суставов позвоночника[1]
- Аркоксиа 60 мг у пациентов с ОА переносилась так же хорошо, как плацебо при приеме в течение 6 недель [3]
- Двойной механизм действия: снижает периферическую и центральную сенситизацию [4,**]



Ключевая информация по безопасности из инструкции по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

Регистрационный номер: ЛСР-009511/08. **Торговое название:** АРКОКСИА®. **МНН:** эторикоксиб. **СОСТАВ:** на 1 таблетку: эторикоксиб 30 мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** Эторикоксиб при пероральном приеме в терапевтических концентрациях является селективным ингибитором циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). В клинических фармакологических исследованиях эторикоксиб дозозависимо ингибировал ЦОГ-2, не оказывая влияния на ЦОГ-1 при применении суточной дозы до 150 мг. Препарат не ингибирует синтез простагландинов в слизистой оболочке желудка и не влияет на функцию тромбоцитов. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Симптоматическая терапия остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, боли и воспаления, связанных с острым подагрическим артритом. Краткосрочная терапия умеренной острой боли после стоматологических операций. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Препарат АРКОКСИА® следует применять в минимальной эффективной дозе минимально возможным коротким курсом. *Остеоартроз.* Рекомендуемая доза составляет 30 мг один раз в день или 60 мг один раз в день. *Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит.* Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. При состояниях, сопровождающихся острой болью, препарат АРКОКСИА® следует применять только в острый симптоматический период. *Острый подагрический артрит.* Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. *Острая боль после стоматологических операций.* Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. При лечении острой боли после стоматологических операций препарат АРКОКСИА® следует применять только в острый период не более 3 дней. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, активное желудочно-кишечное кровотечение. Полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или других нестероидных противовоспалительных препаратов (в том числе в анамнезе). Беременность, период грудного вскармливания. Тяжелые нарушения функции печени (сывороточный альбумин <25 г/л или ≥10 баллов по шкале Чайлд Пью). Тяжелая почечная недостаточность (КК менее 30 мл/мин). Детский возраст до 16 лет. Воспалительные заболевания кишечника. Хроническая сердечная недостаточность (**II–IV** функциональный класс по NYHA). Неконтролируемая артериальная гипертензия, при которой показатели АД стойко превышают 140/90 мм рт. ст. Подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и/или цереброваскулярные заболевания. Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Подтвержденная гиперкалиемия. Прогрессирующие заболевания почек. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** У пациентов с повышенным риском развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта вследствие приема НПВП; у пациентов , имеющих в анамнезе факторы риска сердечно-сосудистых осложнений, такие как дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение, сердечная недостаточность, нарушение функции левого желудочка, отеки и задержка жидкости; у пациентов с нарушениями функции печени легкой степени тяжести (5–6 баллов по шкале Чайлд-Пью) не следует превышать дозу 60 мг один раз в день, пациентам с нарушениями функции печени средней степени тяжести (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью)–30 мг один раз в день; у пациентов с нарушениями функции почек, одновременно применяющих ингибиторы АПФ, диуретики ангиотензина **II**, особенно пожилые; у пациентов с клиренсом креатинина < 60 мл/мин; у пациентов с предшествующим значительным снижением функции почек, с ослабленной функцией почек, декомпенсированной сердечной недостаточностью или циррозом печени, находящиеся в группе риска при длительном применении НПВП. Следует соблюдать осторожность при сопутствующей терапии следующими препаратами: антикоагулянты (например, варфарин); антиагреганты (например, ацетилсалициловая кислота, клопидогрел); препараты, метаболизирующиеся сульфотрансферазами. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Рекомендуется соблюдать осторожность при лечении пациентов с высоким риском развития осложнений со стороны ЖКТ при применении НПВП, в частности у пожилых, пациентов, которые одновременно принимают другие НПВП, в т.ч. ацетилсалициловую кислоту, а также у пациентов с такими заболеваниями ЖКТ в анамнезе, как язва или желудочно-кишечное кровотечение. Пациентам с известными факторами риска развития СС осложнений (такими как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, курение) следует назначать эторикоксиб только после тщательной оценки пользы и риска. Следует соблюдать осторожность при назначении препарата АРКОКСИА® пациентам, у которых в анамнезе имеются сердечная недостаточность, нарушение функции левого желудочка или артериальная гипертензия. Во время лечения эторикоксибом следует обратить особое внимание на контроль АД, которое следует контролировать в течение 2 недель после начала лечения и периодически в дальнейшем. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; эхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки покрытые пленочной оболочкой 30мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1, 2 или 4 блистера вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:** Хранить при температуре не выше 30°С. Хранить в недоступном для детей месте. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. Не использовать по истечении срока годности. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** По рецепту врача. **ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** Мерк Шарп и Доум Б.В., Нидерланды.

1. Инструкция по применению препарата для медицинского применения Аркоксиа ЛСР-009511/08–280915. 2. Jung S.Y. et al. Comparative Effectiveness of Oral Pharmacologic Interventions for Knee Osteoarthritis: A Network Meta-analysis, 2018, Modern Rheumatology. 3. Адаптировано из Gottesdiener K, et al. Rheumatology (Oxford). 2002;41(9):1052-1061. 4. Lars Arendt-Nielsen Evidence for a central mode of action for etoricoxib (COX-2 Inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis, 2016.
*В исследовании проводилось сравнение с препаратами целекоксиб, напроксен, диклофенак, мелокикам, ацеклофенак. ** в дозе 60

MSD

ООО «МСД Фармасьютикалс»
119021, Россия, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 1, БЦ «Демидов». Тел.: +7 (495) 916 71 00, факс: +7 (495) 916 70 94. www.msd.ru
Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению. RU-CXB-00036 04.2019

КОМИТЕТ ПО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

Загорулько Олег Иванович

д. м. н., профессор, руководитель комитета, руководитель Клиники боли Российского научного центра хирургии им. Б. В. Петровского, Москва

Проблема послеоперационной боли является актуальной и значимой с медицинской и социально-экономической точек зрения. Неуклонное увеличение числа хирургических вмешательств и объема оказываемой хирургической помощи, а также расширение возможностей применения хирургических и интервенционных методов лечения определяют необходимость ее динамического изучения.

Острая послеоперационная боль, интегрирующая соматический, воспалительный, нейропатический и висцеральный компоненты, вызывает активацию сегментарных и надсегментарных структур центральной нервной системы. При недостаточно эффективном обезболивании, усиленной ноцицептивной стимуляции, а также при дисфункции антиноцицептивной системы формируется гиперсенсибилизация ноцицепторов в зоне хирургического вмешательства (первичная гиперальгезия), а также расширение зоны болевой перцепции (вторичная гиперальгезия), нарушаются процессы модуляции (тормозного контроля) боли. Вторичная гиперальгезия и нарушения модуляции — основные патофизиологические процессы формирования хронической послеоперационной боли.

Хроническая послеоперационная боль является продолжением острой после операции или развивается после бессимптомного периода, длится не менее двух месяцев, локализуясь в месте хирургического вмешательства, отражаясь в зоны иннервации нерва, находящегося в зоне хирургического поля.

Проблема послеоперационного обезболивания определяется не только сложностью патофизиологических процессов, лежащих в основе формирования острой и особенно хронической послеоперационной боли, но и отсутствием эффективной организации и преемственности противоболевой помощи таким больным.

В основе организации противоболевой помощи пациентам хирургического профиля, как и всей медицины боли, должен находиться междисциплинарный подход, что оптимально и рекомендовано ведущими организациями по противоболевой помощи, в том числе Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), Европейской федерацией боли (EFIC) и Российским обществом по изучению боли (РОИБ).

Наиболее перспективна и наименее затратна организация специализированной «переходной» службы боли в хирургических клиниках. Подобный подход целесообразен по причине возможности координированного взаимодействия специалистов данного подразделения с лабораторно-диагностическими, консультативными, финансовыми, административно-хозяйственными и другими подразделениями стационара, а также привлечения врачей-консультантов смежных дисциплин (хирургов, анестезиологов, неврологов, психиатров, клинических фармакологов и др.) для оказания противоболевой помощи пациентам хирургического профиля.

Создание переходной службы боли в хирургии позволяет не только более эффективно справляться с болью на всех этапах хирургического вмешательства, но и снизить частоту послеоперационных осложнений, ускорить процессы послеоперационной реабилитации, повысить качество жизни прооперированных больных и уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре, повышая эффективность хирургического лечения в целом

Основные этапы противоболевой помощи:

/ предоперационный амбулаторный этап;
/ предоперационный этап в стационаре;
/ интраоперационное обезболивание (анестезия);
/ обезболивание в раннем послеоперационном периоде (1–3 сутки);
/ обезболивание на этапе пребывания в условиях хирургического стационара;
/ обезболивание на амбулаторном этапе после хирургического вмешательства, в том числе в период активной реабилитации.

Оптимальный состав специалистов переходной службы боли в хирургии:

/ хирург;
/ анестезиолог-реаниматолог;
/ клинический фармаколог;
/ невролог;
/ психиатр;
/ реабилитолог;
/ клинический психолог;
/ инструктор-методист ЛФК и другой средний медицинский персонал, прошедший специальную подготовку по уходу за пациентами с болью в послеоперационном периоде.

Создание переходной службы боли в хирургии позволяет не только более эффективно справляться с болью на всех этапах хирургического вмешательства, но и снизить частоту послеоперационных осложнений, ускорить процессы послеоперационной реабилитации, повысить качество жизни прооперированных больных и уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре, повышая эффективность хирургического лечения в целом.

КОМИТЕТ **ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ В ГЕМАТОЛОГИИ**

Обезболивание гематологических пациентов — очень актуальная, но недостаточно освещенная проблема. Болевой синдром у пациентов с заболеваниями системы крови (ЗСК) может быть как непосредственным проявлением самого тяжелого недуга (компрессионные переломы позвоночника при множественной миеломе, гемофилические гемартрозы), так и следствием проведенного лечения (например, химиоиндуцированная полинейропатия, тяжелейшие мукозиты слизистой полости рта на фоне миелотоксического агранулоцитоза). Боли могут быть хроническими (так, пациенты с болезнью Гоше или гемофилией страдают артритическими болями на протяжении всей жизни) и острыми (например, пациенты с сублейкемическим миелозом, перенесшие спленэктомию как этап лечения). Наиболее вероятной причиной недостаточного внимания к боли в гематологии представляется тот факт, что это сравнительно молодая наука: наиболее известные гематологические центры сложились в Москве и Ленинграде в 1960–1970 годах. Особенно интенсивное развитие гематологии приходится на последнюю четверть XX и XXI веков, характеризуется появлением цитогенетических, молекулярно-генетических, иммунологических, иммуноморфологических методов, повлекших новые подходы к диагностике и лечению ЗСК. Именно в этот период в гематологических стационарах впервые появляется самостоятельное отделение анестезиологии и реанимации; врач анестезиолог-реаниматолог наряду с гематологом становится штатным сотрудником данных подразделений. Высокодозная химиотерапия онкогематологических заболеваний, хирургическое лечение некоторых их них, трансплантация костного мозга, а также морфологические методы исследования и диагностики, обеспечение длительного «сосудистого доступа» оказались невозможными без анестезиологического «прикрытия» и реанимационного пособия. Возможно, в связи с этим проблема обезболивания гематологических больных стала особенно актуальной. Существует и обратная сторона данного вопроса: неадекватное управление болью наблюдается и в иных областях медицины. Так, в настоящее время, несмотря на огромные материально-нравственные затраты, связанные с болью, и существующее множество рекомендаций по управлению болью, в мире регистрируется по-прежнему несвоевременная диагностика и лечение боли. Таким образом, учитывая всю сложность лечения болевых ощущений и рост гематологических больных, противоболевая служба перспективна и актуальна.

© Фото Топкачева Виктория

Левченко Ольга Константиновна

к. м. н., руководитель комитета, старший научный сотрудник НМИЦ гематологии, заведующая редакцией журнала «Гематология и трансфузиология», врач — анестезиолог-реаниматолог, терапевт, гематолог, преподаватель кафедры гематологии и трансфузиологии РМАНПО, Москва

Клиники, занимающиеся лечением болевых синдромов, не способны обслуживать гематологических и онкологических пациентов в силу тяжести этих больных, высоких рисков инфекционных и геморрагических осложнений. В связи с этим целесообразным представляется разработка отделений противоболевой помощи на базе гематологических стационаров.

Перед нашим комитетом стоят две глобальные задачи:

/ организация (экономические, правовые, клинические, этические, организационные аспекты отделений/кабинетов) противоболевой помощи в штатной структуре гематологических стационаров;

/ изучение особенностей боли в гематологии и разработка определенных алгоритмов диагностики и лечения боли у пациентов с различными заболеваниями системы крови.

Научная деятельность комитета ведется по следующим направлениям: особенности диагностики и лечения болевого синдрома у пациентов с множественной миеломой, гемофилией, тромбофилией, порфирией, миелопролиферативными заболеваниями; особенности диагностики и лечения болевого синдрома у пациентов гематологического профиля с нейропатической болью; генетические маркеры боли у пациентов с ЗСК; особенности терапии послеоперационной боли в гематологии.

На рассмотрении и, надеюсь, скоро в общем пользовании появится учебное пособие «Противоболевая помощь в гематологии».

Научная деятельность комитета ведется по следующим направлениям: особенности диагностики и лечения болевого синдрома у пациентов с множественной миеломой, гемофилией, тромбофилией, порфирией, миелопролиферативными заболеваниями; особенности диагностики и лечения болевого синдрома у пациентов гематологического профиля с нейропатической болью; генетические маркеры боли у пациентов с ЗСК; особенности терапии послеоперационной боли в гематологии

Задачи на будущее: прежде всего сделать доступной (расширять службу, развивать в различных учреждениях страны, где есть гематологические пациенты) и современной (следовать последним мировым рекомендациям по обезболиванию) противоболевую помощь в гематологии, таким образом повысить качество оказания помощи в гематологии

Ведется разработка клинических и методических рекомендаций: вышли в свет рекомендации по периоперационному ведению (обезболиванию) пациентов с гемофилией (на зарубежном сайте орфанной анестезии).
Комитет ведет работу по внедрению новых подходов в лечении. В лекарственной терапии, вероятнее всего, они будут зависеть от результатов генетических исследований в области боли, чем мы активно занимаемся. Сейчас выполняется в своем роде уникальное исследование, которое направлено на определение полиморфизма генов у пациентов с гемофилией после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭПКС). Предположительно, данное исследование и разработанная методология приведут к множеству многоцентровых крупномасштабных исследований по изучению факторов риска острой и хронической послеоперационной боли при ТЭПКС у больных гемофилией. Вероятно, дальнейшие исследования позволят идентифицировать новые клинические и генетические факторы, связанные с риском тяжелой острой и хронической боли, что приведет к созданию индивидуальных схем лечения и реабилитации после ТЭПКС, развитию индивидуального подхода, уменьшит хроническую боль после ТЭПКС.
Активно занимаемся и нефармакологическими методами лечения, в которых новые тенденции демонстрируют некоторый презентизм: например, в прошлом больным с гемофилией не рекомендовалось заниматься спортом, с детства освобождали от физкультуры. В настоящее время спортивная медицина и реабилитация, проводимые в условиях тщательного гемостатического контроля (первичная профилактика), произвели революцию в менеджменте больных гемофилией, уменьшив их заболеваемость и смертность. Это касается и других ЗСК.
Комитетом выпущена монография «Гемофилия и боль». Она в свободном доступе. Мы достигли успехов в разработке алгоритмов диагностики боли (в том числе нейропатической) у пациентов с ЗСК. Много времени посвящается непосредственно созданию специализированной противоболевой помощи пациентам с ЗСК, кабинетов боли. Ведется разработка различных комплексов (схем) обезболивания, здесь преимущество остается именно за фармакологическими методами. Хотя превосходство неинвазивных методик неоспоримо, но мы также изучаем различные инвазивные методы: например, раневая аналгезия у пациентов с врожденной гипокоагуяцией при высокотравматичных операциях.
Задачи на будущее: прежде всего сделать доступной (расширять службу, развивать в различных учреждениях страны, где есть гематологические пациенты) и современной (следовать последним мировым рекомендациям по обезболиванию) противоболевую помощь в гематологии, таким образом повысить качество оказания помощи в гематологии. □

КОМИТЕТ **ПО БОЛИ В ПЕДИАТРИИ**

Сергеев Алексей Владимирович
к. м. н.,
руководитель комитета,
врач-невролог Клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,
Москва

Вокруг болевых расстройств в педиатрической практике распространено много мифов и ошибочных заключений. Например, низкая частота боли в спине, отсутствие необходимости лечения частых головных болей, оценка болевого синдрома только по жалобам ребенка и т. д. При этом современные эпидемиологические данные показывают широкую распространенность у детей и подростков боли в спине, болей в животе, головных болей и др. Выявление причин болевого синдрома, своевременная медицинская помощь с грамотным сочетанием нелекарственных и медикаментозных подходов — залог успеха в помощи детям с болевыми расстройствами.
Отдельной сложной проблемой является противоболевая паллиативная помощь детям. Не всегда просто оценить как наличие, так и выраженность болевого синдрома у детей. Диагностика болевых расстройств в детской практике имеет свои особенности и требует отдельного изучения навыков общения и обследования. Ребенок может спать или играть даже при наличии боли, в то же время проявлением болевого расстройства могут быть изменения настроения и сна. Сохранение боли, отсутствие эффективного лечения может приводить к серьезным и долгосрочным последствиям в физическом и психосоциальном развитии ребенка и являться выраженным психоэмоциональным стрессом для всей семьи. Именно в связи с высокой актуальностью и сложностью проблемы болевых расстройств в детской практике появилась специализированная группа РОИБ по изучению боли в педиатрии. В этот комитет вошли врачи разных специальностей (невролог, онколог, специалисты паллиативной медицины). Комитет только формируется и заинтересован в плодотворном диалоге и сотрудничестве как со специалистами — ревматологами, ортопедами, анестезиологами, реабилитологами, психологами и психотерапевтами, так и с представителями организаций и сообществ пациентов.
Одним из основных критериев научной и клинической деятельности группы по изучению боли в педиатрии является работа в соответствии с требованиями современной доказательной медицины. Основная задача на начальном этапе — создание междисциплинарной группы экспертов с вовлечением практических врачей, профильных общественных организаций.
Работа специализированной группы РОИБ по изучению боли в педиатрической практике ведется по следующим направлениям:

/ распространение объективной информации о болевых синдромах у детей и методах диагностики и лечения;
/ организация образовательных программ для практикующих врачей (неврологи, педиатры, ортопеды, врачи паллиативной медицины);
/ организация и проведение клинических и научных исследований;
/ разработка клинических рекомендаций по основным формам болевых расстройств у детей и подростков. □

КОМИТЕТ ПО ИЗУЧЕНИЮ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Амелин Александр Витальевич

д. м. н., профессор, руководитель комитета, профессор кафедры неврологии, руководитель отдела общей неврологии НИИ неврологии НКИЦ, руководитель Центра диагностики и лечения головной боли СПбГМУ им. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

Многообразие острых и хронических болевых синдромов определяется не только их многочисленной локализацией, но и различием клинических проявлений и особенностями патогенеза. Это становится особенно очевидным при обсуждении головной боли. Встречаемость в течение года различных головных болей, по данным эпидемиологических исследований, проведенных в большинстве стран мира, составляет от 53 до 75%. Появившиеся в последние годы новые данные патогенеза мигрени, разработка высокоспецифических лекарственных и немедикаментозных методов купирования головной боли и ее профилактического лечения наряду с изменениями в новой международной классификации цефалгий, основанной на большом количестве доказательств, делают понятным и обоснованным появление в рамках РОИБ Комитета по изучению головной боли. Его задачи определены современными тенденциями развития науки о боли и, в частности, цефалгий. Основные направления деятельности комитета: экспериментальные и клинические исследования патогенеза различных форм головной боли, и прежде всего мигрени. Изучение нейрофизиологических, генетических и нейробиологических основ мигрени, лекарственно индуцированной головной боли и других коморбидных состояний является приоритетным в работе комитета. Реализация этих задач осуществляется в тесном сотрудничестве различных научных учреждений России и Европы. Благодаря научному взаимодействию Российского общества изучения головной боли (РОИГБ) и Комитета по изучению головной боли РОИБ проводятся многочисленные образовательные семинары для врачей первичного звена, неврологов и специалистов в области головной боли. Популяризация знаний о диагностике и лечении головных болей, а также приобретенный врачами практический опыт стали основой для создания в различных регионах России специализированных клиник по лечению головной боли. Многолетний опыт работы таких клиник в Москве, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Уфе, Казани, Самаре, Екатеринбурге, Краснодаре свидетельствует о несомненной оправданности развития этой специализированной медицинской помощи. Члены Комитета по изучению головной боли руководят экспериментальными и клиническими исследованиями, направленными на изучение патогенеза головных болей, разработку новых методов фармакологического и немедикаментозного лечения цефалгий. Совместно с РОИГБ разработаны методические рекомендации Минздрава РФ по диагностике и лечению мигрени. Результаты научно-образовательной деятельности Комитета по изучению головной боли регулярно докладываются на проводимых РОИБ конференциях, публикуются в российских и зарубежных журналах. Перед комитетом стоят большие задачи по дальнейшему повышению уровня знаний врачей в вопросах диагностики и лечения различных видов головной боли, разработке новых методов лечения цефалгий в тесном сотрудничестве с различными отечественными и зарубежными научными учреждениями.

Результаты научно-образовательной деятельности Комитета по изучению головной боли регулярно докладываются на проводимых РОИБ конференциях, публикуются в российских и зарубежных журналах. Перед комитетом стоят большие задачи по дальнейшему повышению уровня знаний врачей в вопросах диагностики и лечения различных видов головной боли, разработке новых методов лечения цефалгий в тесном сотрудничестве с различными отечественными и зарубежными научными учреждениями

КОМИТЕТ ПО МИОФАСЦИАЛЬНОЙ БОЛИ И ФИБРОМИАЛГИИ

Шведский исследователь J. H. Kellgren (1948), один из основоположников концепции миофасциальной боли, отметил: «Феномен боли находится на границе между телом и душой, о котором легко рассуждать, находясь в комфортном кресле, но который создает сложные проблемы при научном изучении».
В 30-х годах прошлого века он показал, что стимуляция болезненных участков мышцы вызывает появление болей в отдаленных от нее областях. При введении в крупные мышцы 0,1–1,3 мл 6% гипертонического физиологического раствора боль, как правило, возникала в отдаленных областях той же конечности, а иногда она появлялась в областях, находящихся через несколько спинальных сегментов от места инъекции. Интересен факт, что сначала введение гипертонического раствора автор осуществлял на себе, потом на коллегах и лишь после этого на пациентах. Поскольку в то время не были достаточно изучены ни спинной мозг, ни обширные сенсорные взаимосвязи между его сегментами, Kellgren и его последователи считали, что отраженная боль передается через периферические нервы стимулируемого сегмента в «общий путь» центральной нервной системы (ЦНС), позволяющий ей охватывать несколько сегментов спинного мозга.
Следует отметить, что интерес к проблеме мышечной боли существует давно. В 1843 году Froriep назвал болезненные точки в мышце, которые на ощупь напоминали сухожильные связки или широкие тяжи и вызывали сильную ревматическую боль, «мышечной мозолью». Вирхов считал, что эти симптомы вызваны мышечным ревматизмом или ревматической лихорадкой. На основании анатомических исследований Strauss заключил, что никаких соединительнотканных «мозолей», которые прощупываются в болезненных мышцах как плотные тяжи, не существует.
В 1915 году была издана книга «Фиброзит» (Llewellyn, Jones), что укрепило позиции термина «фиброзит», но запутало его определение. Этот термин включал в себя безошибочные описания ревматоидного артрита и подагры, а также миофасциальных болевых синдромов. Однако в большинстве случаев данные биопсии не подтвердили воспалительную этиологию патологии соединительной ткани в качестве причины фиброзита. Это привело к снижению значимости термина «фиброзит», полезного разве что для обозначения боли неорганического происхождения.

Широков Василий Афонасьевич

д. м. н., руководитель комитета, профессор кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики Уральского государственного медицинского университета, руководитель НПО «Клиника неврологии» Екатеринбургского медицинского научного центра, Екатеринбург

Исследования в Германии во время Первой мировой войны вызвали новый подъем интереса к этой проблеме. В 1919 году Schade сообщил о наличии устойчивых уплотнений, появляющихся при глубокой анестезии и сохраняющихся после смерти, вплоть до появления трупного окоченения. Этот факт опроверг представления о том, что пальпируемые тяжи возникают в результате мышечного сокращения, активированного через нерв. Позднее Schade показал, что причиной уплотнений является увеличение вязкости мышечного коллоида, и ввел термин «миогелез».
В 1933 году Hunter сообщил об иррадиации боли из болезненных точек мышц живота (миалгия стенки живота). В 1936 году Edeiken и Wolferth отметили, что сдавление триггерных зон над левой лопаткой вызывает иррадиацию боли в плечо и руку на этой же стороне. Kraus описал распыление на поверхность кожи быстроиспаряющегося вещества как метод лечения триггерных точек (ТТ), а позднее он опубликовал книгу, в которой подчеркнул важность упражнений при лечении больных с болью в спине, вызванной ТТ.
В работах других авторов были подробно описаны зоны отраженной боли для разных мышц, выявлены мышцы головы и шеи, ТТ которых вызывают головную боль, сообщены случаи ошибочно поставленного диагноза инфаркта миокарда при иррадиации боли из грудных мышц.
Позднее некоторые исследователи при ультрамикроскопическом исследовании биопсийного материала мышц, имеющих ТТ, обнаружили аномальные изменения сократительных мышечных элементов.
В 1954 году Schwartz сообщил, что инактивация ТТ инъекцией новокаина снимает боли в области височно-нижнечелюстного сустава. Ранее им была описана болевая иррадиация из жевательных мышц, а само заболевание получило название «ВЧС-болевой дисфункциональный синдром». Впоследствии с учетом психофизиологической природы этого синдрома было предложено назвать его «миофасциальным болевым дисфункциональным синдромом». Новый термин стал широко использоваться в стоматологической литературе, хотя некоторые авторы все еще пользуются старым термином.
В СССР в 1976 году Я. Ю. Попелянским описан двухстадийный процесс формирования миофасциальных ТТ — латентной и «манифестной», которым соответствует стадия нейромышечной дисфункции, переходящая в стадию дистрофических изменений. То есть в начальной стадии формирования триггерная точка может не проявляться клинически и диагностируется только на основании специальной пальпации мягких тканей. В дальнейшем учеником Якова Юрьевича — Г. А. Иваничевым (1991) обоснована концепция механизма развития миофасциального болевого синдрома (МФБС) за счет первоначального искажения проприоцептивной импульсации с участка мышечного гипертонуса.
Клиническое значение имеет то, что отраженная боль от ТТ очень полиморфна и может проявляться головной болью, болью в области левой половины грудной клетки и расцениваться как ишемия миокарда. Боль в пояснице может быть обусловлена триггерными точками,

Клиническое значение имеет то, что отраженная боль от триггерных точек очень полиморфна и может проявляться головной болью, болью в области левой половины грудной клетки и расцениваться как ишемия миокарда. Боль в пояснице может быть обусловлена триггерными точками, расположенными за пределами поясничной области

расположенными за пределами поясничной области. Миофасциальная боль может имитировать боли при радикулопатии.

Приоритет в разработке научной основы миофасциальной боли и дисфункции принадлежит Дж. Тревелл, которая ввела в клиническую практику термины «миофасциальный болевой синдром», «триггерная точка». Дж. Тревелл и Д. Саймонс обобщили мировой и свой клинический опыт в прекрасном двухтомном руководстве «Миофасциальные боли и дисфункции». В нем авторами проведена тщательная нейрофизиологическая верификация клинических и лабораторных исследований. Обращено внимание на то, что миофасциальный подход кардинально меняет методы диагностики и лечения при большинстве изученных состояний, сопровождающихся болью. Фактически эти изменения часто настолько существенны, что способны изменить представление о рассматриваемой проблеме. Например, тот факт, что миофасциальные расстройства могут служить пусковым механизмом некоторых видов мигрени. А то, что миофасциальное лечение может изменить течение тендинита локтевого сустава и подошвенного фасциита, свидетельствует, что болевой синдром при этих заболеваниях может возникать прежде всего в результате отражения от миофасциальных ТТ, а не являться симптомом воспаления тканей. Точно так же успех лечения, направленного на исправление патологической мышечно-суставной механики при синдроме «замороженного плеча», ставит под сомнение представление о том, что слипание или сужение суставной сумки — основной патогенетический фактор при этом расстройстве.

Указывается частое совпадение локализации ТТ и акупунктурных точек. По-видимому, древние китайские врачи в поисках активных точек, вызывающих боль, находили локализации наиболее часто встречающихся миофасциальных ТТ. Как показано в экспериментах, механизм снятия боли при акупунктуре связан с модулирующим действием ее на уровень эндорфинов. Акупунктура снимает осознание боли. Миофасциальная боль снимается же в основном за счет инактивации источника боли — ТТ.

Принципиальным положением является то, что при локальном лечебном воздействии на триггерную точку (введение анестетиков, пункция, локальный массаж) боль значительно уменьшается.

В настоящее время продолжается изучение механизмов, субстрата триггерной точки. Для этого была использована магнитно-резонансная эластография и осуществлена визуализация тяжа триггерной зоны в верхней трапециевидной мышце.

Целесообразность создания Комитета по миофасциальной боли и фибромиалгии была обусловлена необходимостью объединения усилий врачей различных специальностей для улучшения диагностики и повышения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий

В последнее время все чаще высказывается мнение о том, что МФБС является психосоматическим расстройством, которое развивается в результате стресса или на фоне тревожно-мнительного состояния. Данное утверждение сближает МФБС и фибромиалгию (ФМ). Фибромиалгия — сравнительно недавно появившееся заболевание (конец прошлого века), вариант центрального болевого синдрома, которое характеризуется широко распространенными болями в теле и сопутствующими симптомами, такими как повышенная утомляемость, нарушение сна и проблемы с памятью.

Пациенты с фибромиалгией имеют более высокие уровни нейротрансмиттеров ЦНС, которые усиливают боль (например, глутамата), и более низкие уровни тех, которые подавляют боль (например, норадреналина и гамма-аминомасляной кислоты, ГАМК), с парадоксальным увеличением

количества эндогенных опиоидов (что может объяснять резистентность к опиоидам у больных фибромиалгией). Пациенты с более высокой степенью фибромиалгии будут менее восприимчивы к терапии, которая хорошо работает при острой или ноцицептивной боли, и более чувствительны к лекарственной и немедикаментозной терапии, которая работает на уровне ЦНС (такие как трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, габапентиноиды).

Психологические сопутствующие заболевания чаще встречаются у пациентов с фибромиалгией, но не объясняют нарушения чувствительности или жалобы на боль.

Проведение этого различия имеет решающее значение для адекватного выявления и лечения миофасциального компонента боли.

Несколько независимых и появляющихся направлений научного исследования, включая гистологические, нейрофизиологические, биохимические и соматосенсорные исследования природы миофасциальных ТТ, выявили объективные отклонения. Эти данные свидетельствуют о том, что при миофасциальной боли имеют место двигательные и сенсорные нарушения в периферической и центральной нервной системе, которые происходят с центральной сенсибилизацией и нервно-мышечной дисфункцией.

Оба заболевания объединяет отсутствие общепризнанных лабораторно-инструментальных диагностических методов. Диагностика осуществляется на основании клинических критериев. Пожалуй, один из основных критериев при миофасциальной боли — эффективность локальной инъекционной терапии, ex juvantibus.

При постановке диагноза МФБС особую проблему в связи с общностью проявлений представляет разграничение этого заболевания с фибромиалгией. Единственным объективным диагностическим критерием ФМ считается наличие 11 из 18 так называемых чувствительных точек. Однако до настоящего времени гистологического обоснования повышенной чувствительности точек при ФМ, так же как и ТТ, не получено. Высказывается мнение, что многие из чувствительных точек на самом деле являются ТТ, а у некоторых больных МФБС может перейти в ФМ (R. Bennet). В то же время не существует ни одного критерия, позволяющего с достоверностью отличить эти состояния.

Миофасциальный болевой синдром и фибромиалгия — междисциплинарная проблема, и эти заболевания встречаются в практике врачей различных специальностей: терапевтов, неврологов, ревматологов, реабилитологов, психотерапевтов и др. В проекте МКБ-11 в разделе «Хроническая боль» эти заболевания включены в раздел «Первичная боль».

Поэтому целесообразность создания Комитета по миофасциальной боли и фибромиалгии была обусловлена необходимостью объединения усилий врачей различных специальностей для улучшения диагностики и повышения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Задачи комитета:

/ создание рабочих групп для разработки рекомендаций и пособий для врачей;
/ участие в подготовке программ конференций и обучающих семинаров;
/ взаимодействие с другими комитетами.

Основные направлениями деятельности комитета:

/ научная деятельность, включающая разработку клинических и методических рекомендаций; мониторирование новых зарубежных и отечественных данных по этой проблеме;
/ образовательная деятельность, направленная на создание учебных модулей, включающих данные темы в программы повышения квалификации врачей общей практики, неврологов;
/ поддержка участия молодых ученых в школах, семинарах, образовательных программах, научных конференциях на международном и национальном уровнях;
/ содействие в издании трудов и внедрении в практику их научных работ и изобретений.

Отечественными специалистами продолжается поиск лекарственных лечебных методик, основанных на локальной инъекционной терапии (Широков В. А., Потатурко А. В., Девликамова Ф. И. и др.). Несомненно, практический интерес представляет навигационный мониторинг с использованием электронейромиографии и ультразвуковой диагностики (Баринов А. Н., Рожков Д. О.).

Приоритетная задача Комитета по миофасциальной боли и фибромиалгии (совместно с другими комитетами РОИБ) — формирование специализированной многоуровневой противоболевой службы, направленной не только на эффективное устранение боли, но и скорейшее выздоровление больных с хроническими неонкологическими болевыми синдромами.

Одной из задач РОИБ может являться создание регистра болевых синдромов, что будет способствовать принятию управленческих решений. Кроме этого необходимо создание объединений и групп самопомощи пациентов, страдающих МФБС и фибромиалгией. Необходим поиск новых лечебных методик на основе изучения механизмов и воздействия на факторы, поддерживающие этот общий болевой синдром. □

КОМИТЕТ ПО ОПИОИДНОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В практической медицине проблема адекватного обезболивания особенно значима при оказании медицинской помощи пациентам с интенсивным хроническим болевым синдромом (ХБС), когда необходимо использование опиоидных анальгетиков (ОА) и прежде всего включенных в группу наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ), применяемых под строгим государственным контролем.

На сегодняшний день практикующие врачи испытывают трудности при назначении ОА, что связано с недостаточной подготовкой специалиста и опытом применения данных препаратов.

В настоящее время на государственном уровне произошли значительные изменения федеральной нормативной базы, повышающие доступность опиоидных анальгетиков нуждающимся в них пациентам. Минздравом России утверждены методические рекомендации, определяющие приоритетность применения современных неинвазивных лекарственных форм наркотических средств. Однако в практическом здравоохранении существуют многочисленные и разноплановые проблемы, препятствующие своевременному и рациональному применению ОА, а следовательно, проведению адекватной анальгетической терапии. Наиболее актуальны из них: несоответствие региональных нормативных актов, регламентирующих правила назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ федеральному законодательству; недостаточное знание врачами нормативной базы по вопросам назначения и выписывания опиоидных анальгетиков и недостаточное понимание своих возможностей при проведении анальгетической терапии; сформированное у медицинских работников заблуждение о необходимости назначения ОА только онкологическим больным; недостаточное знание практикующими врачами основных принципов выбора и назначения опиоидных анальгетиков, характеристик имеющихся в их распоряжении препаратов и особенностей их использования.

Цель создания Комитета по опиоидной терапии боли в клинической практике — внедрение рациональных подходов к использованию ОА врачами всех специальностей и профилактика необоснованного использования этой группы социально значимых лекарственных средств.

Палехов Александр Владимирович

заслуженный врач РФ, руководитель комитета, главный специалист МЗ Ставропольского края по противоболевой терапии, руководитель краевого Центра паллиативной помощи, член рабочей группы Минздрава РФ по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота наркотических и психотропных лекарственных средств, Ставрополь

Комитет по опиоидной терапии боли в клинической практике решает следующие задачи:

- внедрение в широкую клиническую практику основных понятий и принципов применения ОА в различных клинических ситуациях;
- тщательное изучение и анализ существующей нормативно-правовой базы применения опиоидных анальгетиков и внесение предложений по ее совершенствованию;
- анализ эффективности и безопасности практического применения опиоидных анальгетиков и их взаимодействия с препаратами других групп с целью оптимизации анальгетической терапии;
- разработка клинических рекомендаций по использованию ОА в клинической практике;
- информирование и обучение врачей различных специальностей по вопросам рационального применения опиоидных анальгетиков; внедрение в сознание врачей понимания, что при необоснованном выборе ОА возможны отрицательные медицинские (рост толерантности) и социальные последствия (развитие у пациентов и их окружения наркотической зависимости).

Члены комитета ведут активную работу для реализации поставленных задач, публикуя научные статьи в медицинских журналах, выступая на заседаниях РОИБ, всероссийских и региональных конференциях, посвященных вопросам обезболивания; проводят семинары для врачей по проблемам применения ОА в клинической практике в различных регионах России, участвуют в написании клинических рекомендаций по частным вопросам применения опиоидных анальгетиков и организации противоболевой терапии в России.

Цель создания Комитета по опиоидной терапии боли в клинической практике — внедрение рациональных подходов к использованию ОА врачами всех специальностей и профилактика необоснованного использования этой группы социально значимых лекарственных средств

КОМИТЕТ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ БОЛИ

Калинский Павел Павлович

д. м. н., руководитель комитета, профессор кафедры психиатрии и неврологии Тихоокеанского государственного медицинского университета, Владивосток

Еще в XIX веке хирург Наполеона сказал: «Раны у победителей заживают быстрее, чем у побежденных». Это действительно так? Если да, то почему? Вы задумывались над этим вопросом? И насколько важна оценка психологического состояния человека, испытывающего боль? Для изучения данных вопросов в 2018 году в РОИБ создан Комитет по психологическим аспектам боли.

А что же такое боль? Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), «Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения».

А как это происходит? Организм получает сигнал о неблагополучии, опасности. Боль, как и страх, вызывает ответную реакцию — обороняться (бороться) или спасаться бегством. Боль — это информация, которая воспринимается человеком после того, как болевые импульсы попадают в чувствительную зону головного мозга. И только на первый взгляд кажется, что боль — это простой сигнал тревоги. Современная точка зрения гораздо сложнее. Сенсорные импульсы от отдаленных нервных окончаний интегрируются с воспоминаниями, ожиданиями, эмоциями, мыслями, визуальными, аудиальными, кинестетическими образами, что обеспечивает полноту восприятия. Таким образом, целостное восприятие боли зависит от эмоционального состояния и мыслительного процесса, координированных с идущими из очага повреждения болевыми сигналами.

В настоящее время для изучения острых и хронических болевых синдромов используются две гипотетические модели (Ehde D. M., 2014). Первая — биологическая модель — рассматривает боль как ощущение, в основе которого лежит повреждение ткани или органа, и является полезной для понимания механизмов острой боли. Можно сказать, материалистическое понимание проблемы. В то же время эта модель оказывается недостаточной для объяснения происхождения и течения хронических болевых состояний. Например, остаются неясными вопросы: «Почему у двух пациентов с одинаковой локализацией и степенью повреждения тканей ощущение интенсивности боли и способность переносить ее существенно различаются?» Даже у одного и того же человека реакция на болевой раздражитель может меняться с течением времени.

Целостное восприятие боли зависит от эмоционального состояния и мыслительного процесса, координированных с идущими из очага повреждения болевыми сигналами

Вторая модель — когнитивно-поведенческая, согласно которой боль представляет собой не просто ощущение, а комплекс мультимодальных переживаний. Так, значительное влияние на характер болевого поведения у пациентов с хроническими болевыми синдромами оказывают когнитивные факторы, такие как отношение к своей болезни, готовность к «борьбе», надежда на исцеление или, напротив, отсутствие веры в излечение (Hansen G. R., Streltzer J., 2005). Часто пациенты с хронической болью, имеющие негативные пессимистические ожидания в отношении своей болезни, убеждены в собственной беспомощности, не способны справиться со своей болью и контролировать себя. Такой тип когнитивной оценки может надолго «зафиксировать» болевую проблему, а также привести к пассивному образу жизни и серьезной психосоциальной дезадаптации пациента (Esteve R. et al., 2018). Кроме того, доказано, что когнитивные процессы могут оказывать непосредственное влияние на физиологию боли, вызывая повышение чувствительности болевых рецепторов, снижение активности антиноцицептивных систем, а также активацию вегетативных механизмов (Rogachov A. et al., 2016; Вейн А. М., 1996).

От чего же зависит целостное восприятие боли? На первое место я бы поставил личностные особенности. На протяжении многих лет в литературе ведется дискуссия о роли личности в развитии и течении болевых синдромов. Структура личности, которая формируется с детства, обусловлена генетическими и внешнесредовыми факторами, прежде всего культуральными и социальными, является в основном стабильной характеристикой, присущей каждому индивидууму. Именно особенности личности определяют реакцию человека на боль и его болевое поведение, способность переносить болевые стимулы, спектр эмоциональных ощущений в ответ на боль и способы ее преодоления. Обнаружена достоверная корреляция между переносимостью боли (болевым порогом) и такими чертами личности, как интра- и экстравертированность и невротизация (невротизм) (Park M. S. et al., 2014; Kadimpati S. et al., 2015). Экстраверты во время болевых ощущений более ярко выражают свои эмоции и способны игнорировать болевые сенсорные воздействия. В то же время невротичные и интравертированные (замкнутые) индивидуумы «страдают в тишине» и оказываются более чувствительными к любым болевым раздражителям. Кроме того, люди, обладающие оптимистическим взглядом на жизнь, отличаются большей толерантностью к боли, чем пессимисты (Bostick G. P. et al., 2017). В одном из крупнейших исследований в этой области было показано, что для пациентов с хроническими болевыми синдромами характерны не только ипохондрические, демонстративные и депрессивные черты личности, но и зависимые, пассивно-агрессивные и мазохистские проявления (Shapiro B., 2003).

К развитию хронического болевого синдрома также предрасполагают семейные, социально-экономические и культуральные факторы, пережитые в прошлом жизненные события. Так, в «болевых семьях» в нескольких поколениях может формироваться специфическая модель реагирования на боль (Noel M. et al., 2016). Показано, что у детей, родители которых часто жаловались на боль, чаще, чем в «неболевых» семьях, возникали различные болевые эпизоды (Palermo T. M., Valrie C. R., Karlson C. W., 2014). Кроме того, дети, как правило, перенимали болевое поведение своих родителей. Доказано, что в семье, где один из супругов проявляет излишнюю заботу, вероятность возникновения у второго супруга болевых жалоб значимо выше, чем в обычных семьях (Polenick C. A., Brooks J. M., Birditt K. S., 2017). Все эти факты подтверждают важную роль семейных, культуральных и социальных факторов в развитии хронических болевых синдромов.

Большую роль в особенностях реагирования пациентов на боль играет наличие эмоциональных нарушений, из которых наиболее часто встречается тревога. При изучении взаимоотношения между личностной тревожностью и степенью боли, возникающей в послеоперационном периоде, оказалось, что наиболее выраженные болевые ощущения после перенесенной

операции наблюдались у тех пациентов, которые имели максимальные показатели личностной тревожности в предоперационном периоде (Raichle K. A. et al., 2015). Тревога ожидания часто вызывает объективное повышение болевой чувствительности, эмоциональной напряженности и увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС). А как вы или ваши знакомые чувствовали себя в кабинете перед взятием анализа крови? Медицинская сестра берет ваш безымянный палец, протирает его салфеткой, ищет скарификатор, вновь протирает палец спиртом, в это время секунды кажутся вечностью и человек ожидает болезненного прокола. Некоторым пациентам становится плохо, у других обморок, кто-то пытается не показывать болезненных ощущений, но ЧСС и мышечное напряжение увеличиваются, вряд ли у кого-то остаются приятные воспоминания от данной процедуры. Известно также, что тревожные мысли «вокруг» собственно боли и ее очага повышают болевую перцепцию, в то время как тревога по любому другому поводу оказывает обратный, облегчающий, эффект на боль (Bailey K. M. et al., 2010; Dehghani M. et al., 2003). А это приводит к тому, что высокая тревожность пациента отрицательно влияет на выбор им стратегий преодоления боли. В этом случае когнитивно-поведенческие методики оказываются более эффективными (Waters S. J., McKee D. C., Keefe F. J., 2007).

Особенностями личности и внешними факторами определяется и «болевое поведение», которое включает в себя многообразие поведенческих реакций, возникающих у человека в период острой или хронической боли. «Болевое поведение» состоит из вербальных (высказывание жалоб, восклицания, вздохи, стоны) и невербальных реакций (гримаса боли, антальгическая поза, прикосновения к болевой области, ограничение физической активности, прием лекарств) (Hansen G. R., Streltzer J., 2005). Болевое поведение может иметь негативное влияние на пациента с хронической болью в основном за счет двух механизмов: подкрепления (поддержки извне) и прямого влияния на дезадаптацию пациента (Broderick J. E. et al., 2016).

Перед комитетом стоят задачи образовательного характера по повышению уровня знаний о психологических факторах боли, оценки степени имеющихся эмоционально-личностных нарушений, популяризации эффективных методов психотерапии и фармакотерапии болевых синдромов

Боль и депрессия. У 30–40% пациентов с хроническими болевыми синдромами диагностируется депрессия, так называемый синдром «боль — депрессия» (Stubbs B. et al., 2017). А имеющаяся у пациента депрессия, как правило, рано или поздно приведет к возникновению того или иного болевого синдрома «депрессия — боль» (Rusu A. C., Santos R., Pincus T., 2016). При существовании различных взглядов на тесную связь боли и депрессии наиболее признаны представления об общих нейрохимических механизмах этих двух феноменов (Han C., Pae C. U., 2015). Показано также, что при депрессии облегчается сенсорная передача боли из-за соматического фокусирования — повышенного внимания к болевой зоне (Cioffi I. et al., 2016). Депрессивное состояние обусловливает специфическое болевое поведение пациента с хронической болью и приводит к существенному ограничению выбора стратегий преодоления боли, из которых наиболее часто встречается катастрофизация. В результате пациенты начинают воспринимать боль как состояние, угрожающее их здоровью или даже жизни, и становятся еще более депрессивными. В конечном итоге они теряют веру в возможность преодоления болевой проблемы и надежду на излечение, рассматривают свое будущее как мрачное и безнадежное и полностью отказываются от борьбы. У пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами и депрессией, как правило, нарушается социальная и профессиональная адаптация, а качество жизни оказывается существенно сниженным. Хорошо известно, что у таких больных наиболее эффективна психотерапия и лечение антидепрессантами, а не монотерапия анальгетиками. К сожалению, до настоящего времени недостаточно применения антидепрессантов при лечении хронической боли. Это связано и со страхом пациента перед приемом препаратов данной группы, и с недостатком опыта части специалистов в вопросе медикаментозной коррекции болевых синдромов.

Как же справиться с психологической составляющей боли? Стратегиям преодоления боли посвящено много специальных исследований. Совокупность когнитивных и поведенческих приемов, используемых пациентами с хроническими болевыми синдромами, для того чтобы справиться с болью, уменьшить ее интенсивность или смириться с ней, получили название стратегий преодоления боли, или копинг-стратегий (coping strategies, от англ. to cope — справляться). Особое значение приобретают стратегии преодоления при хронической боли (Higgins N. C. et al., 2015). Доказана значимая взаимосвязь между видом используемых стратегий преодоления и такими параметрами, как интенсивность боли, общее физическое самочувствие, степень активности и работоспособности, уровень психологического дискомфорта (Рябус М. В., 1998). Пациенты, которые активно используют несколько стратегий, имеют достоверно более низкий уровень боли и в целом легче переносят ее. Доказано, что обучение использованию более совершенных стратегий позволяет улучшить психологический контроль болевых ощущений, повысить физическую активность и качество жизни пациентов (Litt M. D., Tennen H., 2015). С этой целью используются различные когнитивно-поведенческие методики, такие как психологическая релаксация, биологическая обратная связь, упражнения с воображаемыми образами и медикаментозная коррекция.

Таким образом, психологические факторы определяют предрасположенность индивидуума к развитию болевых синдромов, оказывают существенное влияние на болевое поведение и выбор стратегий преодоления боли, играют ведущую роль в трансформации эпизодических болей в хронические, а также в значительной степени определяют перспективы лечения и прогноз. При лечении болевых синдромов, особенно имеющих хроническое течение, необходимо принимать во внимание целый ряд когнитивно-поведенческих аспектов и наравне с лекарственными препаратами включать в терапевтические схемы специфические методики, такие как психологическая релаксация и аутотренинг, биологическая обратная связь, обучение более прогрессивным стратегиям преодоления боли. А при сочетании боли и депрессии использовать антидепрессанты лучше из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Один из наиболее эффективных и доступных препаратов этой группы на нашем рынке — Дулоксента. Механизм его действия заключается в подавлении обратного захвата серотонина и норадреналина. Данный препарат обладает центральным механизмом подавления болевого синдрома, что в первую очередь проявляется повышением порога болевой чувствительности при болевом синдроме невропатической этиологии. Мы часто в своей практике применяем этот препарат для купирования болевых и тревожно-депрессивных расстройств и убедились в его высокой эффективности. А на своих лекциях я иногда позволяю небольшое лирическое отступление и говорю: «Если у пациента болевой и тревожно-депрессивный синдром, назначьте эффективный антидепрессант и проводите психотерапию. Если вам безразлично состояние пациента, помогите его родственникам — назначьте эффективный антидепрессант и проводите психотерапию. Если вам безразличен пациент и его родственники, пожалейте себя — назначьте пациенту эффективный антидепрессант».

Учитывая вышеизложенное, перед комитетом стоят задачи образовательного характера по повышению уровня знаний о психологических факторах боли, оценки степени имеющихся эмоционально-личностных нарушений, популяризации эффективных методов психотерапии и фармакотерапии болевых синдромов. Для реализации этих задач проводятся тематические усовершенствования по системе НМО: «Психология боли, методы медикаментозной и немедикаментозной коррекции», а также информация докладывается на научно-практических конференциях.

□

КОМИТЕТ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Медведева Людмила Анатольевна

д. м. н., руководитель комитета, главный научный сотрудник Клиники боли Российского научного центра хирургии им. Б. В. Петровского, Москва

На протяжении многих лет проблема боли не утрачивает своей актуальности. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, странах Европы, США и Англии, в последние годы свидетельствуют о том, что от боли страдает от 7 до 64% населения, при этом на долю хронических болевых синдромов приходится до 45%. Значимость хронической боли подтверждают и результаты широкомасштабного проекта «Глобальное бремя болезней за период с 1990-го по 2013 год», проведенного при поддержке Всемирной организации здравоохранения. В результате анализа данных, представленных 188 странами мира, выявлено, что болевые синдромы в структуре глобального бремени болезней занимают ведущее место во всех странах, приводя на протяжении последних 20 лет к значительному ухудшению здоровья и качества жизни. Совершенно очевидно, что эпидемиология боли различна при ее анализе в неклинических популяциях, среди пациентов первичного звена здравоохранения, а также среди респондентов специализированных клиник боли. В этой связи актуально создание Комитета по эпидемиологическим исследованиям.

Основные задачи комитета:

/ осуществление методического руководства специалистов учреждений здравоохранения по вопросам организации и проведения мероприятий, направленных на изучение распространенности различных видов болевых синдромов;

/ организация и контроль эпидемиологических исследований в медицине;

/ организация сбора и анализ информации по распространенности различных видов болевых синдромов среди врачей разных медицинских специальностей;

/ обеспечение организационно-методического сопровождения деятельности отдельных медицинских учреждений, направленного на активное выявление, учет и регистрацию различных видов болевых синдромов;

/ проведение эпидемиологического анализа с целью выявления закономерностей, тенденций и особенностей развития различных видов болевых синдромов;

/ представление актуальных данных по распространенности болевых синдромов для улучшения качества диагностики и лечения боли;

/ определение и организация мер, направленных на снижение распространенности болевых синдромов;

/ представление эпидемиологических данных для организации научно-практической и методической работы;

/ подготовка информационных и аналитических материалов по эпидемиологии боли.

Объективное представление данных по распространенности отдельных видов болевых синдромов способствует развитию актуальной модели противоболевой помощи (создание кабинетов боли, отделений терапии боли, клиник боли со штатом специалистов в зависимости от потребностей в противоболевой помощи и видов болевых синдромов), правильному планированию и реализации направленной стратегии терапии боли, а также решению социальных и экономических задач противоболевой помощи.

Объективное представление данных по распространенности отдельных видов болевых синдромов способствует развитию актуальной модели противоболевой помощи (создание кабинетов боли, отделений терапии боли, клиник боли со штатом специалистов в зависимости от потребностей в противоболевой помощи и видов болевых синдромов), правильному планированию и реализации направленной стратегии терапии боли, а также решению социальных и экономических задач противоболевой помощи

КОМИТЕТ ПО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

Барулин Александр Евгеньевич

д. м. н., профессор, руководитель комитета, заведующий курсом неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии факультета усовершенствования врачей ВолгГМУ, Волгоград

Комитет по немедикаментозным методам лечения проводит работу в соответствии с поставленными перед ним задачами:

- разработка перспективных стратегий и методов немедикаментозной коррекции болевых синдромов на амбулаторном и стационарном уровнях;
- разработка клинических рекомендаций по ведению пациентов с болевыми синдромами с учетом немедикаментозных методов лечения согласно принципам доказательной медицины;
- проведение отдельных тематических заседаний — секций на конференциях различного уровня с привлечением ведущих специалистов-неврологов РОИБ и лидеров смежных специальностей для освещения вопросов немедикаментозной коррекции боли;
- организация проведения на постоянной основе циклов обучения, мастер-классов с целью практического ознакомления врачей-неврологов, терапевтов и других смежных специалистов с имеющимися методиками и технологиями немедикаментозного лечения болевых синдромов;
- регулярная публикация оригинальных статей, обзоров, лекций, описаний интересных клинических случаев по тематике комитета в научных журналах.

За время деятельности комитета достигнуты определенные успехи. Разработаны клинические рекомендации согласно принципам доказательной медицины по ведению пациентов с нейропатическим болевым синдромом. Разработаны основы и физиологическое обоснование принципов кинезиотейпирования и применения методики для коррекции болевых синдромов в неврологии. Создана программа вертеброневрологического скрининга на основе компьютеризированной модели визуально-оптического анализа статики человека с целью определения биомеханических перестроек опорно-двигательного аппарата, а также оригинальная мотивационно-поведенческая программа «Неврологическая школа здоровья позвоночника», направленная на превентивную немедикаментозную коррекцию дорсопатий и развивающихся при этом болевых синдромов.

В перспективных планах комитета разработка и активное внедрение новых, а также совершенствование уже имеющихся методик немедикаментозной коррекции болевых синдромов согласно принципам доказательной медицины. На основании полученных знаний разработка и внедрение в практику комплекса немедикаментозных превентивных методов коррекции болевых синдромов. Повышение качества оказания противоболевой помощи с применением немедикаментозных методов коррекции на амбулаторном и стационарном уровнях. Совершенствование навыков и знаний врачей-неврологов и врачей других смежных специальностей по применению различных немедикаментозных методов коррекции болевых синдромов.

Важные отраслевые события
2019 / май–сентябрь

МАЙ–ИЮНЬ

Города России
painrussia.ru
«КАКАЯ БОЛЬ! КАКАЯ БОЛЬ?»
Образовательные Школы РОИБ

В течение года Российское межрегиональное общество по изучению боли (РОИБ) проводит образовательные Школы по проблеме боли в разных регионах России — от Калининграда до Владивостока.
В программе каждой Школы продолжительностью 3,5 часа рассматриваются следующие темы:

/ Боль, что мы о ней знаем? Дисфункциональная боль — часто ли она встречается в клинике?
/ Пациент с болью в спине — от диагноза к обоснованной терапии без ошибок
/ Невропатическая боль — правильная диагностика — залог успешной терапии. Методические рекомендации РОИБ 2018 года
/ На приеме пациент с невропатической болью — от осмотра к диагнозу за 15 минут
/ Скелетно-мышечная боль в клинических примерах.

Школы проводят:
Кукушкин Михаил Львович — д. м. н., профессор, завлабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, генеральный секретарь РОИБ, заместитель главного редактора «Российского журнала боли», Москва;
Давыдов Олег Сергеевич — к. м. н., ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, член президиума РОИБ;
Чурюканов Максим Валерьевич — к. м. н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, консультант Клиники изучения и лечения боли РНЦ хирургии им. Б. В. Петровского, член президиума РОИБ, член правления Европейской федерации боли (EFIC) Москва;
Строков Игорь Алексеевич — к. м. н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова;
Доронина Ольга Борисовна — к. м. н., доцент кафедры неврологии Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ), врач высшей квалификационной категории, невролог, детский невролог, специалист по диагностике и лечению болевых синдромов, Новосибирск;
Ахмадеева Лейла Ринатовна — д. м. н., профессор кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ), клиника БГМУ; директор Научно-образовательного центра «Педагогика, психология, неврология, нейрореабилитация» БГМУ, председатель Башкирского отделения Межрегионального общества специалистов доказательной медицины, Уфа;
Калинский Павел Павлович — д. м. н., заслуженный врач России, профессор кафедры психиатрии и неврологии Тихоокеанского государственного медицинского университета (ТГМУ), заведующий неврологическим отделением Военно-морского клинического госпиталя Тихоокеанского флота, руководитель Центра диагностики и лечения головной боли МЦ «Асклепий», Владивосток;
Курушина Ольга Викторовна — д. м. н., врач высшей квалификационной категории, невролог, мануальный терапевт, рефлексотерапевт; завкафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики с курсом неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ);
Пархоменко Екатерина Васильевна — к. м. н., врач высшей квалификационной категории, доцент кафедры неврологии Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ), руководитель специализированного приема по головной боли, Барнаул;
Маслова Наталья Николаевна — д. м. н., профессор, завкафедрой неврологии и нейрохирургии Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ), главный невролог ДЗ по Смоленской области, член президиума правления Всероссийского общества неврологов, Смоленск.

КАЛЕНДАРЬ ПРОВЕДЕНИЯ ШКОЛ

Ханты-Мансийск	28 мая 2019
Ульяновск	30 мая 2019
Саранск	31 мая 2019
Саратов	01 июня 2019
Московская область	05 июня 2019
Южно-Сахалинск	08 июня 2019
Самара	13 июня 2019
Брянск	26 июня 2019
Смоленск	27 июня 2019

Подробное расписание Школ боли будет опубликовано на сайте РОИБ

26 СЕНТЯБРЯ

Москва / РНЦХ им. Б. В. Петровского
painrussia.ru
«ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЯ БОЛИ — ЗА И ПРОТИВ»
Третья ежегодная научно-практическая конференция Клиники изучения и лечения боли РНЦХ им. Б. В. Петровского

Для участия в очередной конференции приглашаются организаторы здравоохранения, хирурги, анестезиологи, нейрохирурги, травматологи, неврологи, терапевты, врачи общей практики, психиатры, онкологи, клинические фармакологи, а также другие специалисты, чья профессиональная деятельность связана с оказанием медицинской помощи пациентам с болью.
Основные направления научной программы:

/ Актуальность и эпидемиология острой и хронической боли
/ Патофизиология боли
/ Диагностика болевых синдромов
/ Фармакотерапия острой и хронической боли
/ Малоинвазивные методы лечения пациентов с болевым синдромом
/ Хирургические методы лечения пациентов с болевым синдромом
/ Нелекарственные методы лечения пациентов с болевым синдромом
/ Реабилитация пациентов с болевыми синдромами.

По вопросам участия:
Сафронова Маргарита Петровна,
тел.: +7 916 688 1812
m.safronova@medforum-agency.ru

Ожидайте новый номер Opinion Leader ~ Ревматология

Медицинский журнал — носитель профессиональной позиции и научной информации от Лидеров Мнений медицинского сообщества.

Журнал расскажет докторам о Лидерах Мнений, познакомит практикующих российских врачей с новыми технологиями, научными исследованиями, с полезной в их работе продукцией. Наша цель — сделать журнал настолько стильным, интересным и полезным, чтобы он занял достойное место в профессиональной библиотеке доктора.

В каждом номере, посвященном одному разделу медицины: отраслевые новости и важные события / информация о профессиональных сообществах, кафедрах, клиниках / анонсы и отчеты мероприятий / интервью с авторитетными представителями отрасли / новости от производителей и дистрибьюторов / научные достижения, новейшие исследования, методы лечения / информация о ФУВах, мастер-классах, иных возможностях профильного образования / юридическая консультация.

Электронную версию журнала можно бесплатно скачать на сайте: **www.opinionleaderjournal.com**

Уважаемые Лидеры Мнений из Москвы и регионов, если Вам есть о чем поведать коллегам, пишите нам, мы с удовольствием с Вами познакомимся.

Целевое бесплатное распространение среди врачей — узких специалистов.

КАЛМИРЕКС®

ДВИЖЕНИЕ БЕЗ НАПРЯЖЕНИЯ

РУ ЛП-003821 от 06.09.16

- Помогает снять мышечный спазм
- Не вызывает седативного эффекта
- Улучшает периферический кровоток
- Может применяться с седативными и снотворными препаратами

СОТЕКС

МНН: Лидокаин + Толперизон.
Раствор для внутривенного и внутримышечного введения
2,5 мг/мл + 100 мг/мл №5 и №10

Информация для медицинских и фармацевтических работников.

АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ

- Достоверное уменьшение боли
- Улучшение функции суставов
- Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*

РУ П N012210/01

ЗдоровьеСуставов.рф

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ *IN VITRO*[1-6]

IL-1, 6, 8

- IL-6 на 24 %
- IL-1β
- IL-8 на 45 %

ЭФФЕКТЫ

УСТРАНЕНИЕ СИНОВИТА, БОЛИ, ВОСПАЛЕНИЯ

ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ

- Высвобождение VEGF на 56 %

ЭФФЕКТЫ

ЗАМЕДЛЕНИЕ ДЕСТРУКЦИИ ХРЯЩА И РОСТА ОСТЕОФИТОВ

РЕАКТИВНЫЕ ФОРМЫ КИСЛОРОДА

- Внутриклеточный супероксид анион на 31 %
- Пероксид водорода на 50 %

ЭФФЕКТЫ

УСИЛИВАЕТ АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ СНИЖАЕТ ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС

ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА

- Активность гиалуронидазы на 83 %
- Стимуляция гиалуронан синтазы 1 на 70 %

ЭФФЕКТЫ

ВЛИЯЕТ НА КАЧЕСТВО СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, УМЕНЬШАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ, СТИМУЛИРУЕТ РЕГЕНЕРАЦИЮ

АГГРЕКАНАЗА

- Экспрессия на 27 %

ЭФФЕКТЫ

ЗАЩИТА МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА

ФАКТОР ТРАНСКРИПЦИИ SOX9

- Активность на 70 %
- Аггрекан (синтез) на 60 %

ЭФФЕКТЫ

СТИМУЛИРУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ХОНДРОЦИТОВ, СИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА И ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА

*относительно контроля

BIOTEHNOS
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8 (495) 150-24-71
www.alflutop.ru

1. Laura Olariu, Brindusa Dumitriu, Emilia Buse, Pyatigorskaya Natalya Valerievna, Pavlov Alexey. Изменение in vitro механизмов остеоартрита с помощью препарата "Алфлутоп". Romanian Biotechnological Letters, Vol. 6, №1, 2017, pp. 82-99 // 2. Laura Olariu, Brindusa Dumitriu, Emilia Buse, Pyatigorskaya Natalya Valerievna, Pavlov Alexey. Хондровосстанавливающее действие препарата "Алфлутоп" in vitro, подтвержденное с использованием линии хондроцитов. Romanian Biotechnological Letters, Vol. 22, №6, 2016. // 3. Laura Olariu, Brindusa Dumitriu, Emilia Buse, Pyatigorskaya Natalya Valerievna, Pavlov Alexey. Влияние препарата Алфлутоп на некоторые провоспалительные сигнальные факторы in vitro при костно-суставной воспалительной патологии. Academy of Romanian Scientists Annals Series on Biological Sciences, Vol. 4, №2, 2015, pp. 7-18. // 4. Эмилия Бузе, Брандуза Думитриу, Лаура Олариу, Дина Эне, Михай Божинка, Тома Папакочеа. Клеточная и молекулярная активность стандартизированного экстракта мелкой морской рыбы в экспериментальной модели первичных клеток хряща человека. Румынский журнал ревматологии. 2018, Том XXVII, №1. // 5. Laura Olariu, Brindusa Dumitriu, Emilia Buse, Pyatigorskaya Natalya Valerievna, Pavlov Alexey. EUROPEAN EXHIBITION OF INNOVATIONS AND INVENTIONS, IASI, ROMANIA 2016. // 6. Гроппа Л. и соавт. Эффективность Алфлутопа у больных деформирующим остеоартрозом. Клиническая ревматология. 1995, №3. *Л.И. Алексеева и соавт. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Сообщение 1 - оценка симптом-модифицирующего действия препарата. Сообщение 2 - оценка структурно-модифицирующего действия препарата. Научно-практическая ревматология. 2013. Т. 51, №5. С. 532-538. 2014. Т. 52, №2. С. 174-177.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама