

# ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ: ВАЖЕН СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

Все ли известно сегодня о боли? Может показаться удивительным, но в XXI в., несмотря на все успехи фундаментальной и клинической медицины, в изучении этой проблемы осталось немало белых пятен. По мнению исполнительного директора Ассоциации междисциплинарной медицины, доктора медицинских наук, профессора кафедры нервных болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Алексея Борисовича Данилова, боль – не только биомедицинская, но и психосоциокультурная проблема. И только междисциплинарный подход, учитывающий все аспекты жизни пациента, поможет эффективно справиться с ней.

– Алексей Борисович, известно, что более половины взрослого населения страдают болью в спине. В чем причина столь высокой распространенности этой патологии?

– Причина заключается в образе жизни и мыслей современного человека. Избавиться от тяжелого физического труда, который приводит к боли в спине и шее, – было давней мечтой человечества. И эта мечта сбылась, однако проблема боли в спине не только не исчезла, но стала еще более актуальной. Это связано как с эргономическими причинами (малоподвижный образ жизни, неправильная поза во время работы), так и с социокультурными факторами, ведь сегодня человек испытывает стресс в еще большей степени, чем наши предки. С другой стороны, высокая распространенность боли в спине связана с недостаточной активностью противоболевой (антиноцицептивной) системы у современного человека. Образ жизни наших предков позволял активно «тренировать» антиноцицептивную систему. Сегодня же она практически не тренируется, поэтому малейшее воздействие может вызвать ощущение боли. Люди стали воспринимать боль как досадное недоразумение, которое мешает им заниматься «ратным трудом» и наслаждаться жизнью. На самом же деле, боль – это некий сигнал опасности, который говорит о том, что нужно прекратить издеваться над своим телом, что-то изменить в своем образе жизни. Но вместо этого люди просто глушат боль, они блокируют эти добрые дружественные сигналы, пока болезнь не заявляет о себе во весь голос. Чему способствует также огромный выбор и доступность обезболивающих препаратов, которые позволяют мгновенно решить проблему, не задумываясь о ее причинах и сигнальном значении.

– Кто чаще страдает от боли в спине – мужчины или женщины?

– В целом боль в спине чаще встречается у мужчин, поскольку они в большей степени склонны заниматься



травматичными видами деятельности. Но это также зависит от возраста, веса и других факторов. Например, боль в спине может обостряться при беременности, когда повышается нагрузка на поясницу.

– Каким образом гендерный фактор влияет на возникновение боли в спине?

– Это очень интересная проблема. Восприятие боли у мужчин и женщин разное. Считается, что мужчины лучше

переносят боль, чем женщины. На самом деле, женщины чаще предъявляют жалобы на боль, мужчины же более толерантны и позже начинают демонстрировать болевое поведение, но если боль возникает, мужчины хуже с ней справляются. В возникновении боли у женщин большую роль играют гормональные факторы. Показано, что многие болевые синдромы обостряются при гормональном дисбалансе – в предменструальном периоде, во время менопаузы. Возможно, не всем известно, но у мужчин тоже есть менопауза, хотя симптомы ее не так резко выражены, как у женщин. Климакс у современного мужчины может наступить уже в 25 лет! Снижение уровня тестостерона влияет не только на сексуальные и репродуктивные функции, но и на восприимчивость к боли. Если мужчина ведет малоподвижный образ жизни, у него нарушается обмен веществ, он может стать более чувствительным к боли. С другой стороны, в ряде исследований было показано, что лечение тестостероном уменьшает потребность в анальгетиках у мужчин, а в некоторых случаях даже помогает справиться с болью без применения обезболивающих средств. У женщин важную роль в поддержании хорошей антиноцицепции играет прогестерон и в целом сбалансированный гормональный фон. Гормональный баланс – очень мощная защита от болевых синдромов. К сожалению, традиционная медицина не рассматривает человека как единое целое. Но человеческий организм – это интегративная система. И, нормализовав гормональный фон, мы могли бы защитить

человека и от эндокринных нарушений, и от боли, и от других расстройств. Поэтому мы считаем, что первичную сигнальную боль не следует подавлять, не разобравшись в причине. Пришло время более взвучиво относиться к тем сигналам, которые посылает организм посредством боли. Боль может означать серьезную опасность, наличие проблемы, требующей вмешательства. Если же острая боль переходит в хроническую, она уже не выполняет своей защитной функции, а сама становится проблемой: человек серьезно страдает, вся его жизнь концентрируется вокруг боли. Поэтому очень важно предотвращать переход острой боли в хроническую.

**– Все ли известно сегодня о механизмах возникновения боли?**

– Мы живем в эпоху, когда наши представления о боли можно охарактеризовать известной фразой Сократа: «Я знаю, что ничего не знаю». Совсем недавно казалось, что достижения молекулярной биологии, генетики, физиологии позволят окончательно раскрыть механизм боли. Но оказалось, что боль – это очень сложный биопсихосоциокультурный феномен. Нам известны определенные механизмы, биологические факторы, молекулы, которые воздействуют на передачу болевого импульса, мы научились подавлять боль, но очень многое еще остается за пределами наших знаний. Если мы сумеем объединить знания в области молекулярной биологии, генетики, иммунологии, философии и других направлений с клиническим опытом и выработать новые концепции формирования боли, мы сможем существенно продвинуться в решении этой проблемы.

**– В чем заключается современная концепция боли?**

– Боль является биопсихосоциокультурным феноменом, который зависит от возраста, пола человека, рода его деятельности, и может меняться под влиянием жизненных обстоятельств, предшествующего опыта, социокультурного контекста. Например, человек не может терпеть боль в экспериментальных условиях, но легче переносит ее в боевых условиях. Так, солдаты начинают ощущать боль от ран, только когда бой уже закончен. Другой пример: если вы посмотрите на свою рану через бинокль, приближая изображение, боль будет казаться более интенсивной, и наоборот, отдаление изображения будет способствовать уменьшению восприятия боли; если скрестить руки, это вызовет замешательство в путях восприятия боли, и боль будет восприниматься как менее выраженная и т. д. Таким образом, боль – это постоянно изменяющийся феномен, а не какая-то константная ситуация. Ощущение боли у человека модулируется лобной долей мозга. Люди, которые чем-то увлечены, переносят боль легче по сравнению с теми, кто сосредоточен исключительно на своей боли.

Важно рассматривать боль не только с точки зрения анатомии повреждения, но и в каком контексте это повреждение произошло, какие есть ресурсы у человека, чтобы справиться с болью. Такие факторы, как высо-

кий социальный статус, любящая семья, хорошие финансовые возможности, наличие хобби, увлечений, являются защитными механизмами. Испытывает ли человек радость, хороший ли у него сон, как он справляется с проблемами – все это влияет на прогноз пациента, страдающего болью. Очень важный фактор – установки человека. Генри Форд говорил своим менеджерам: «Если вы считаете, что вы справитесь (с задачей), или же вы считаете, что не справитесь, – в обоих случаях вы будете правы». То же самое можно сказать и о человеке, страдающем болью. Если он считает, что он может справиться с болью (или, наоборот, что не справится), – так оно и будет, независимо от того, какой препарат мы ему назначим. Кроме того, есть исследования, которые показали, что ощущение компетентности и уверенности у врача в том, что он рекомендует, передается каким-то невербальным образом пациенту. Все эти психологические аспекты, вопросы коммуникации врача и пациента сейчас выходят на передний план в лечении боли. Мы уже достигли пика в подборе обезболивающих средств, но оказалось, что управление болью – это оператор-зависимая ситуация. Оператор в данном случае – врач, и его искусство, мастерство передачи информации и лечебных технологий очень сильно влияет на результат лечения.

***Первичную сигнальную боль не следует подавлять, не разобравшись в причине, – пришло время более взвучиво относиться к тем сигналам, которые посылает организм посредством боли***

**– Какие факторы способствуют хронизации боли?**

– Боль приводит к определенным изменениям в организме, в частности, к перестройке нервной системы. В результате из периферической области, где произошло повреждение, боль перемещается в ЦНС. Показано, что, если человек страдает болью в спине более 6 месяцев, у него происходит перестройка рецепторов в спинном и головном мозге, вплоть до атрофии в лобных долях головного мозга. Поэтому люди с хронической болью довольно капризны, с ними тяжело общаться и находить общий язык. Хронизации боли в значительной мере способствуют пессимистические установки пациента. Катастрофизация – когда человек видит все в мрачном свете и считает что будет еще хуже – очень мощный фактор формирования хронической боли. Пессимизм, отсутствие увлечений, хобби, семейной и социальной поддержки, сексуальная депривация, тревожность, депрессия, гиподинамия, избыточный вес – все это способствует хронизации боли, так же как и плохой сон: систематические недосыпания приводят к перестройке и нарушению деятельности противобольных систем, и наоборот.

Огромное значение имеет также качество питания. Употребление переработанной пищи (полуфабрикаты), продуктов, содержащих транс-жиры (т. н. фастфуд), спо-

способствует появлению системного воспаления и болевого синдрома. Продукты, которые оказывают противовоспалительный эффект, – свежая сезонная пища, правильно приготовленная (на гриле или печеная). Казалось бы, это относится к области гастрономии, но наука сегодня говорит о том, что мы должны объединить гастрономию, нутрициологию и неврологию. Объединив эти области знаний, мы сможем «дать отпор» сразу многим болезням цивилизации, а не только глушить отдельные симптомы (боль, повышенное АД, аллергию и т. д.). В Австрии сейчас успешно работают центры Майер-медицины, где в основе лечения лежит культура питания. Такая клиника появилась недавно и в нашей стране. Улучшая пищеварение, уменьшая воспаление ЖКТ, мы можем вылечить аллергию, головные боли, диабет и многие другие заболевания.

Одна из самых серьезных причин роста распространенности болевых синдромов и других заболеваний заключается в убеждении (установке) пациента в том, что он не виноват в своем заболевании: виноваты обстоятельства, травма, наследственность и т. п. и задача медицины и врача – устранить проблему, а задача его самого – всего лишь принимать лекарства. На самом же деле один из главных факторов успеха в лечении боли – это принятие пациентом ответственности за свое здоровье. Врач как хороший наставник может подсказать, как устранить острую боль, но он не в силах предотвратить появление хронической боли без участия самого пациента. Нужно объяснить больному, что он «режиссер и автор сценария» своего болевого синдрома и необходимо что-то менять в образе жизни, в работе, учиться управлять своим стрессом, а не только пить лекарство. Потому что боль в спине – это еще и сигнал о диссоциации между желаниями пациента и реальными возможностями. Безусловно, нужно стремиться к каким-то целям, но необходимо соразмерять их со своими ресурсами.

**Один из главных факторов успеха в лечении боли – это принятие пациентом ответственности за свое здоровье. Врач как хороший наставник может подсказать, как устранить острую боль, но он не в силах предотвратить появление хронической боли без участия самого пациента**

**– С какими сложностями сталкивается врач при диагностике боли в спине?**

– Проблема в том, что очень часто отсутствует прямая корреляция между биомедицинскими показателями и выраженностью боли. Раньше, например, считалось: если есть грыжа – есть боль, нет грыжи – нет боли. Однако исследования показывают, что в половине случаев наличие грыжи не сопровождается болевым синдромом, и наоборот. Это говорит о том, что боль – нейродинамический феномен. Вначале она может носить функциональ-

ный характер, и лишь позднее возникают изменения в мышцах или суставах.

Сегодня помимо традиционных методов диагностики и лечения существует целый ряд интересных направлений, таких как прикладная кинезиология или остеопатия. Эти методы используют эвристический подход к терапии, они не просто подавляют боль, а находят и устраняют ее причину.

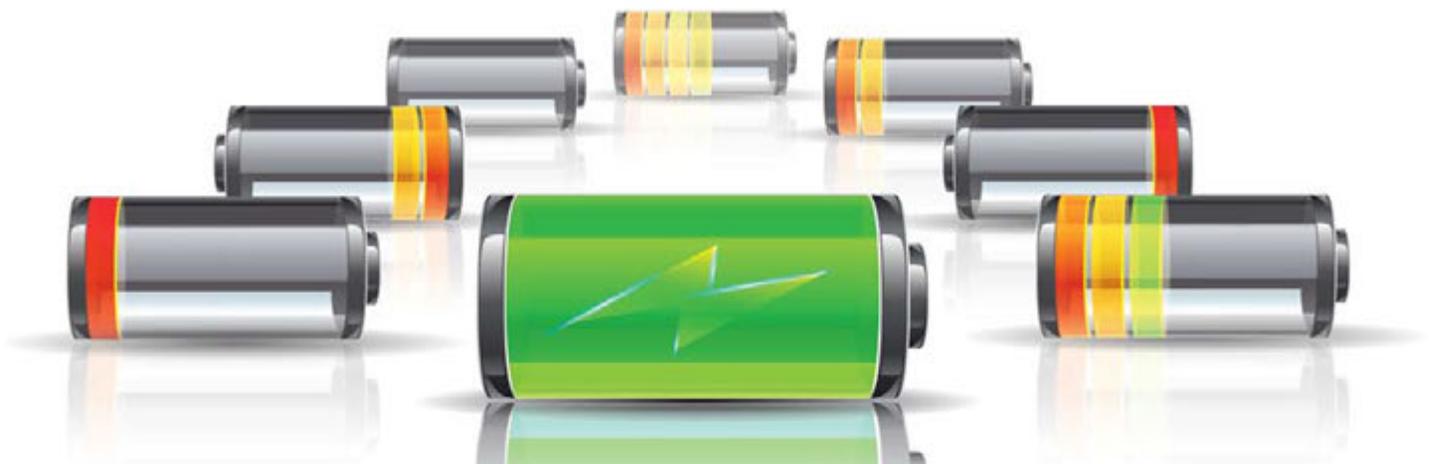
Когда мы оцениваем уровень боли, нужно объяснить пациенту, что боль – это не только биомедицинская, но и психосоциокультурная проблема. С помощью специальных тестов мы оцениваем уровень тревоги, депрессии, стрессоустойчивости, состояние иммунной системы. Лишь в некоторых случаях мы используем методы визуализации – МРТ, КТ и т. д. И только когда мы видим всю картину целиком, мы можем определить слабые места пациента и разработать персонализированную программу реабилитации.

**– Что изменилось в подходах к терапии болевых синдромов за последнее время?**

– Сегодня становится очевидным, что необходим междисциплинарный подход к управлению болью. В настоящее время успешно применяются междисциплинарные программы, когда в течение 2–3 недель с пациентом одновременно работают психолог, невролог, анестезиолог, нутрициолог, специалист по лечебной физкультуре, эрготерапевт. И все вместе они разрабатывают синхронизированный план лечения, в котором нет иерархии – важен каждый элемент. Пациенту объясняют, с чем связана боль, что необходимо изменить в образе жизни, что предпринять в качестве краткосрочных мер, а что – в качестве долгосрочных; обучают управлению стрессом и болью. Конечно, такая программа стоит дороже и занимает намного больше времени, чем обычное посещение врача. Но в результате значительно уменьшается количество повторных обращений пациента, сокращается необходимость в приеме лекарственных средств и существенно повышается качество жизни человека. В конечном итоге и пациент, и общество экономят огромные ресурсы – подобные экономические исследования проводились в Великобритании, США, Австралии. Но очень трудно изменить систему, поскольку у нас есть определенные регламенты, стандарты. Тем не менее мы занимаемся этим – разрабатываем программы, организовываем конференции, объясняем, как провести интегративную оценку статуса пациента и лечить не только болевой синдром, а человека в целом.

В последние годы стали активно развиваться такие направления, как глубокая стимуляция мозга, ботулинотерапия, ксенонотерапия, прикладная кинезиология; появились новые препараты, которые сами по себе не являются анальгетиками, но улучшают управление болью. Однако задача заключается не в том, чтобы выяснить, какой препарат или метод является лучшим, а в том, чтобы понять, какой из них необходим данному пациенту с его особенностями.

**– Какое место в лечении боли сегодня занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)?**



**НПВП,  
ЗАРЯЖЕННЫЙ\* НА  
ПОЛНЫЕ  
24 ЧАСА  
ДЕЙСТВИЯ  
В ТЕРАПИИ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ<sup>1</sup>**

**СКОРО ДЛЯ ВСЕХ СПЕЦИАЛИСТОВ\*\***

**\*\*с марта 2018**

\* оказывает противовоспалительное, анальгетическое и жаропонижающее действие  
<sup>1</sup>John P. Gonzalez and Peter A. Todd Tenoxicam A Preliminary Review. Drugs 34: 289-310 (1987)  
РЕКЛАМА. Новостное сообщение. Информация для медицинских работников.

– Это одни из наиболее широко применяемых препаратов среди всех существующих сегодня. НПВП обычно хорошо переносятся, дают быстрый эффект, позволяют восстановить качество жизни. Как правило, их назначают при острой боли, но при таких заболеваниях, как, например, остеоартроз, их применяют систематически, длительно. НПВП оказывают противовоспалительное, противоболевое и жаропонижающее действие, причем более мощное, чем у антипиретиков. Преимущество этих препаратов в том, что при краткосрочном применении они безопасны. При этом важно отметить, что многие из НПВП относятся к безрецептурным препаратам, поэтому пациенты нередко злоупотребляют их приемом. Применение безрецептурных препаратов также требует взвешивания.

**– Могли бы Вы немного подробнее коснуться особенностей препаратов оксикамового ряда? На какой препарат следует обратить особое внимание?**

– У них есть ряд отличий от других НПВП. Недавно было обнаружено, что, помимо ингибирования циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), некоторые из препаратов оксикамового ряда, например теноксикам, действуют и на центральном уровне, что обеспечивает дополнительный противоболевый эффект. Было показано, что теноксикам воздействует на гипервозбудимые нейроны таламуса и уменьшает центральную сенситизацию. Теноксикам не оказывает воздействия на активность липооксигеназ, кроме того, подавляет некоторые функции лейкоцитов, включая фагоцитоз, высвобождение гистамина и уменьшает содержание активных радикалов в очаге воспаления. Препарат быстро всасывается и при этом имеет длительный период полувыведения (72 часа), чем обусловлен его пролонгированный анальгетический эффект. Особо отмечу, что это отличительная особенность теноксикама от других препаратов этого класса.

Очень важно, что при острых болевых синдромах действие теноксикама сохраняется в течение суток и более. Теноксикам обладает мощной анальгетической и противовоспалительной активностью и применяется при широком круге болевых синдромов, включая острую боль, боли в спине, миалгический синдром и т.д. Стоит отметить также удобство использования препарата – он применяется один раз в сутки. Наличие нескольких форм выпуска – инъекции и таблетки – позволяет использовать теноксикам в последовательной схеме, что, несомненно, повышает эффективность терапии.

**– Могли бы Вы привести примеры доказательной базы эффективности теноксикама в терапии боли?**

– Эффективность и безопасность теноксикама изучалась в целом ряде международных многоцентровых исследований, включающих более 40 000 пациентов с различными формами ревматических заболеваний. Применение теноксикама приводило к значительному улучшению в отношении таких показателей, как боль, подвижность суставов или отечность. Теноксикам продемонстрировал высокую эффективность в лечении боле-

вых проявлений, воспалительных и дегенеративных заболеваний костно-мышечной системы, таких как остеоартрит или тендинит. В сравнительных исследованиях теноксикама с пироксикамом, диклофенаком натрия медленного высвобождения и кетопрофеном значимых различий в эффективности препаратов выявлено не было, при этом исследователи сообщили о положительной тенденции для теноксикама.

***При острых болевых синдромах действие теноксикама сохраняется в течение суток и более. Теноксикам обладает мощной анальгетической и противовоспалительной активностью и применяется при широком круге болевых синдромов, включая острую боль, боли в спине, миалгический синдром и т.д.***

Глубоко убежден, что одним из ключевых критериев при выборе между тем или иным НПВП является профиль безопасности препарата. С этой точки зрения представляет интерес анализ, выполненный с использованием данных, зарегистрированных через систему фармаконадзора Франции (в 2002–2006 гг.). Были проанализированы спонтанные сообщения о серьезных нежелательных реакциях (НР) по восьми препаратам: ацеклофенаку, диклофенаку, кетопрофену, мелоксикаму, напроксену, нимесулиду, пироксикаму и теноксикаму. Из восьми исследуемых препаратов теноксикам, нимесулид и пироксикам показали самые низкие соотношения зарегистрированных НР. Кроме того, эффективность теноксикама была подтверждена в ряде клинических исследований, в частности у пациентов с дорсалгией.

**– И в заключение несколько слов о перспективных направлениях в терапии боли.**

– В ближайшие 5–10 лет появятся инновационные биомедицинские препараты, которые будут воздействовать на нейроиммунном уровне. Они во многом изменят подходы к лечению боли. Тем не менее в основе терапии боли, на наш взгляд, должен оставаться биопсихосоциально-культурный подход, учитывающий все аспекты жизни пациента. Возможности медицины XXI в. позволяют справиться с болью, но как это скажется на функционировании всего организма? К сожалению, эта проблема пока не решена. И наша задача – не просто устранить боль, а помочь организму функционировать правильно. Поэтому наша миссия сейчас – просветительская. Это касается как медицинской общественности, так и пациентов, которые должны нести ответственность за свое здоровье.

**– Огромное Вам спасибо за интервью, Алексей Борисович!**



**Беседовала Людмила Головина**