

«Тактика терапии определяется источниками, возможными механизмами боли и пониманием того, имеем ли мы дело с острой или хронической болью...»



Амелин Александр Витальевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра диагностики и лечения головной боли и профессор кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

Руководитель комитета головной боли Российского межрегионального общества по изучению боли, член президиума Российского общества по изучению головной боли и президиума Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга.

Автор более 180 научных работ, 5 монографий и методических рекомендаций Минздрава России. Под его руководством защищены 5 кандидатских и 4 докторские диссертации.

Награжден почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд.

— **Уважаемый Александр Витальевич, диагностика и лечение боли занимают важнейшее место среди проблем неврологии. Можно ли говорить о том, что растет количество пациентов, жалующихся на хроническую боль?**

— Мне трудно ответить на этот вопрос однозначно. Можно предположить, что количество пациентов с хроническими болевыми синдромами возрастает. Это, возможно, связано с увеличением продолжительности жизни.

Надо признать, что пожилой человек часто страдает от многих заболеваний, и, естественно, с возрастом число болевых синдромов увеличивается. Особенно распространен суставной болевой синдром.

Пациентов, страдающих от головных болей, тоже становится все больше. Во многом это объясняется особенностями окружающей действительности, темпом жизни, неприятными событиями — они для многих становятся источником дистресса. Он, как известно, очень часто сопровождается головной болью, в том числе головной болью напряжения. Иногда больные начинают злоупотреблять анальгетиками в попытках помочь себе справиться с головной болью, что в некоторых случаях приводит к развитию лекарственно-индуцированной головной боли, и создается замкнутый круг.

Медицинская статистика ведется, но по нозологическим формам. А руководствуясь этими данными, не всегда можно понять, есть ли у конкретного пациента боль в данном случае, острая она или хроническая. При формулировке диагнозов врачи порой не указывают, что у пациента хронический болевой синдром.

— **Скажите, пожалуйста, бывает ли, что боль становится следствием не органического поражения или заболевания, а постоянного стресса? Может ли такая боль перерасти в хроническую?**

— Стресс сам по себе вызвать боль не может, но он серьезно влияет на восприятие окружающей действительности. У человека в состоянии стресса даже незначительная соматическая причина может вызвать боль. При отсутствии стресса она была бы, скорее всего, излечена, но в условиях постоянного стресса способна хронизироваться.

— **С какими видами боли чаще всего обращаются к терапевту? С чем он может справиться сам, а когда необходима консультация невролога, хирурга?**

— Еще лет 35–40 назад боль в спине лечили хирурги, поскольку если у больного нет признаков страданий нервной

системы, но есть признаки страдания межпозвоночных суставов, межпозвоночных дисков, мышц, значит, у него заболевание опорно-двигательного аппарата. Его лечением раньше всегда занимались хирурги либо терапевты.

В силу традиций у нас неврологи лечат любые болевые синдромы. Сейчас терапевт направляет пациента с любой болью в суставах на консультацию к неврологу, хотя в некоторых случаях болевой синдром может быть проявлением, например, ревматологического или онкологического заболеваний. Чтобы не пропустить такую патологию, врачу любой специальности (терапевту, хирургу, неврологу) надо помнить так называемые «красные флажки», указывающие на возможный недоброкачественный характер боли.

— **В последние годы наблюдаются старение населения и увеличение количества коморбидных пациентов. Какие виды терапии боли предпочтительны для них?**

— Непросто вести больного с коморбидной патологией. Допустим, у пациента ИБС, нарушения сердечного ритма, он как минимум получает оральный антикоагулянт, средства для предупреждения ИБС, нитраты, антагонисты кальция, β -блокаторы. Если у него атеросклероз, то он принимает и гиполлипидемическое средство. Из схемы

лечения этого пациента ни один препарат невозможно исключить. Но если у него разовьется болевой синдром, например в спине, то любой специалист прибегнет к НПВП. Такие препараты могут усилить геморрагические осложнения на фоне применения антикоагулянтов, ряд других препаратов может увеличить риск тромбозов.

В рекомендациях сказано, что если польза от применения НПВП превышает потенциальные риски, то их можно назначить коротким курсом в минимальной дозе до купирования болевого синдрома. Но мы можем говорить только о купировании обострения, а хроническая боль вряд ли исчезнет полностью.

— Каковы причины появления мигрени, какие классы препаратов для ее лечения существуют? Что можно предпринять для профилактики приступов?

— Мигрень — самостоятельное заболевание ЦНС, которое проявляется головной болью, связанной с развитием нейрогенного воспаления в сосудах твердой мозговой оболочки. Появление новых препаратов, помогающих купировать или предупредить приступы мигрени, в частности триптанов, моноклональных антител, пептидов, родственных гену кальцитонина, подтверждает правильность наших знаний о механизмах формирования заболевания. Это не анальгетики. Например, триптаны взаимодействуют с серотониновыми рецепторами в твердой мозговой оболочке в сосудистой стенке, на периваскулярных волокнах сосудов твердой мозговой оболочки, блокируя выделение из этих нервных окончаний в сосудистую стенку провоспалительных медиаторов, которые вызывают затылочный приступ головной боли, известный как мигренозная головная боль.

В последние несколько лет применяются препараты для профилактики приступов: моноклональные антитела, пептиды, родственные гену кальцитонина. Их назначают только пациентам, страдающим частой эпизодической и хронической мигренью. Систематическое использование таких средств снижает риск очередного приступа мигрени, уменьшает количество ежемесячных мигренозных дней.

— Боль в спине — бич современного человека. Какие фенотипы боли можно выделить?

— Выделяют три группы болевых синдромов. Первая — так называемая неспецифическая скелетно-мышечная боль, максимально доброкачественная, с точки зрения исходов. Источником боли при данном патогенетическом варианте являются все структуры позвоночника: паравертебральные структуры, межпозвоночные диски, мягкие ткани, связки, мышцы в позвоночнике.

Второй фенотип — радикулярные боли. Корешковый синдром, радикулопатия — это особая форма болевого синдрома, которая связана с раздражением, компрессией спинномозгового корешка и представляет собой мучительные сильные боли, которые бывают не только в пояснице, но распространяются по ходу корешка по ноге до стопы, иногда даже сопровождаются слабостью в некоторых мышцах стопы. Причины развития радикулярной боли самые разнообразные: протрузия или экструзия межпозвоночного диска или большие остеофиты. Данные структуры позвоночника могут контактировать со спинномозговым корешком, который выходит в межпозвоночных отверстиях, и тогда возникает боль по ходу корешка. В некоторых случаях таким пациентам помогает только хирургическое лечение.

Третий вид — так называемая дисфункциональная боль. У нее сложный механизм развития: пациент жалуется на боль, а причины ее возникновения трудно распознать. Это некоторые формы хронических болевых синдромов, таких как фибромиалгия, синдром раздраженной кишки, хроническая головная боль напряжения, некоторые региональные комплексные болевые синдромы. В таких случаях возникновение боли связывают с нарушением функций ЦНС. Лечить ее нужно не анальгетиками, а средствами, которые способны воздействовать на центральные механизмы формирования боли.

Тактика терапии определяется источниками, возможными механизмами развития боли и пониманием того, имеем ли мы дело с острой или хронической болью, возможно ли устранение ее причины. Хроническую боль лечить сложно, потому что чаще всего у нее неустраняемая причина, какое-то хроническое заболевание.

— Расскажите, пожалуйста, что нового содержится в вышедших в 2022 году клинических рекоменда-

циях по лечению боли в спине и суставах?

— В новых рекомендациях проведен анализ того, чего не стоит делать, а то, что стоит делать, сведено к некоторому рациональному минимуму. Там упомянуты НПВП, мышечные релаксанты, средства, влияющие на обменные процессы в хрящевой ткани. Ревматологи настаивают, что при лечении некоторых болевых синдромов, в частности суставных в области кисти, коленных суставов, связанных с дегенерацией суставных дисков, долгосрочное применение этих препаратов может улучшать структуру суставных дисков и косвенным образом уменьшать болевой синдром.

— Много говорится о частых радикулопатиях и скелетно-мышечных болях, возникающих вследствие перенесенного COVID-19. Насколько серьезна эта проблема?

— И влияние инфекции, и ограничительные меры, которые были связаны с пандемией, — серьезный стресс для населения. Конечно, последствия перенесенной новой коронавирусной инфекции имеются. Пациенты наиболее часто жалуются на расстройство когнитивных функций: рассеянное внимание, ухудшение памяти. Вполне допускаю, что именно инфекция производит такое действие на функции мозга.

При так называемом постковидном синдроме в некоторых случаях жалобы больных настолько неспецифичны, что лишь недавно перенесенная инфекция заставляет считать их следствием COVID-19. Чтобы связать синдромокомплекс и заболевание, существует определенный временной фактор. Например, посттравматическая головная боль может быть диагностирована в том случае, если она возникла не более чем через 7–10 дней после перенесенной травмы головы. А для постковидного синдрома указывают периоды от недели до 2–3 месяцев. Но за 3 месяца после перенесенной инфекции у человека может возникнуть огромное количество проблем, которые не имеют к ней никакого отношения. Хотелось бы не допустить ситуации, когда мы перестанем диагностировать другие заболевания, будем пропускать их, считая, что любая проблема со здоровьем является следствием COVID-19.

Специально для *Доктор.Ру*
Васинович М.А.