

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «MANAGE PAIN» (Управляй болью)

Э.Ю. Соловьева, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией, Факультет усовершенствования врачей, научно-образовательный центр кафедры неврологии и лаборатории биомедицинских исследований в неврологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова

П.Р. Камчатнов, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

16–18 ноября 2017 года в Москве состоялся восьмой Междисциплинарный международный конгресс «Manage pain» (Управляй болью). Конгресс «Manage pain» является совместным образовательным проектом Европейской лиги борьбы с болью (EULAP), Ассоциации междисциплинарной медицины (АММ), Российского общества по изучению боли (РОИБ) и Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ).

Целью проекта «Управляй болью» является распространение среди врачей передовых знаний по проблеме боли, улучшение коммуникации между врачами различных специальностей, занимающихся проблемой боли, а также международный обмен опытом по организации помощи и лечению пациентов, страдающих различными болевыми синдромами. В конгрессе приняли участие ведущие отечественные и зарубежные эксперты по проблеме боли.

Боль – это междисциплинарная проблема, требующая взаимодействия различных специалистов. Несмотря на постоянно растущие финансовые вливания, эффективность диагностики и лечения болевых синдромов остается низкой. Решением может стать междисциплинарный подход. Научные исследования показывают, что междисциплинарное взаимодействие разных специалистов улучшает и клинические, и экономические показатели лечения. Иными словами, увидеть целое можно, только объединив совместные усилия.

Прошедший конгресс был мультидисциплинарным. На конгрессе приняли участие неврологи, терапевты, анестезиологи, ревматологи, психиатры, урологи, гастроэнтерологи, эндокринологи и врачи других специальностей. За три дня конгресс посетили 2500 врачей.

В конференции приняли участие ведущие отечественные и зарубежные эксперты по проблеме боли. В рамках конгресса прошла интерактивная выставка

с участием производителей лекарственных средств, изделий, технологий применяемых для лечения боли.

В этом году программа очень насыщенная.

Конгресс открыли – **А.Б. Данилов**, профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального обучения Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова, Варассари Дж. (Италия), Ликар Р. (Австрия), Шенк М. (Германия).



В рамках конгресса Управляй болью при поддержке компании Канонфарма продакшн с успехом прошел симпозиум на тему «Болевые синдромы во врачебной практике». На мероприятии присутствовало более 60 человек из Москвы, Екатеринбурга, Челябинска, Брянска, Астрахани, Махачкалы, Ижевска, Ташкента, Самары, Алматы, Тулы, Ярославля, Новосибирска, Читы и других городов.

Синдром позвоночной артерии

В своем докладе профессор **Э.Ю. Соловьева** отметила, что термин синдром позвоночной артерии (СПА) в определенной



степени является собирательным понятием и объединяет комплекс церебральных, сосудистых, вегетативных синдромов, возникающих вследствие поражения симпатического сплетения позвоночной артерии (ПА), деформации ее стенки или изменения просвета. Этиологические факторы СПА можно разделить на 3 основные группы: окклюзирующие заболевания артерий (атеросклероз, тромбозы, эмболии, артерииты различного генеза); деформации артерий (патологическая извитость, перегибы, аномалии структуры и хода); экстравазальные компрессии артерий (сдавление их костными аномалиями, ребрами, мышцами, остеофитами и суставными отростками шейных позвонков, рубцами, опухолями и пр.). Множественность этиологических факторов несколько «размывает» трактовку СПА, т.к. под данным понятием можно подразумевать практически любое поражение сосуда, включая ОНМК в вертебробазилярном бассейне. В клинической неврологической практике, как правило, диагноз СПА выставляется пациентам, имеющим определенный набор жалоб и клинических синдромов, которые можно связать с дегенеративно-дистрофическими поражениями или аномалиями шейного отдела позвоночника. Несмотря на полиэтиологичность СПА, в клинической практике под данным термином подразумевается компрессионный вариант воздействия на позвоночную артерию и окружающее ее нервное симпатическое сплетение.

В рамках конгресса, посвященных проблеме боли, профессор Э.Ю. Соловьева уделила особое внимание связи головных болей особого типа с нарушениями в шейном отделе позвоночника, которая давно замечена и описана клиницистами-неврологами и отражается в постановке таких диагнозов, как задний шейный симпатический синдром; синдром позвоночной артерии; невралгия затылочного нерва; шейная мигрень; синдром Баре-Льеу; синдром позвоночного нерва.

Эти диагнозы в основном отражают патогенетические представления неврологов в развитии данных коморбидных состояний и объединяют определенную совокупность симптомов: унилатеральную головную боль, распространяющуюся от шейно-затылочной области к передним отделам головы, связанную с механическими воздействиями и сочетающуюся с цервико-брахиалгией, вестибулярными и вегетативными расстройствами.

По мнению Э.Ю. Соловьевой более корректным является применение термина «вертеброгенный синдром позвоночной артерии».

В рамках доклада отмечено, что следствием изменений или повреждений шейного отдела и анатомических особенностей тригеминальных и цервикальных афферентов, входящих в верхние сегменты спинного мозга, является возникновение цервикогенной головной боли (ЦГБ). В патогенезе ЦГБ выделяют тригемино-васкулярную и тригемино-цервикальную системы, играющие ведущую роль при возникновении и развитии болевых синдромов в области головы и лица; сосудистый механизм, связанный с поражением симпатического сплетения позвоночной артерии и невралгический, обусловленный компрессией или раздражением большого затылочного нерва.

В докладе обсуждены медикаментозные стратегии лечения ЦГБ: при острой боли – назначение НПВС (как однократного – для купирования приступа, так и курсового лечения); использование анальгетиков центрального действия (**Нейродолон**); использование центральных миорелаксантов. При хронической ЦГБ – использование антидепрессантов (амитриптилина, сертралина, венлафаксина), флупиртина (**Нейродолон**) и антиконвульсантов (карбамазепина, габапентина, прегабалина). При наличии вазомоторного и ишемически-гипоксического механизмов головной боли к терапии целесообразно присоединять вазоактивные (**Винпотропил**[®]) и метаболические препараты (**Мексигон 6**[®]), при венозной дисгемии – венотоники (детралекс, флебодиа).

Профессор Э.Ю. Соловьева отметила, что препарат **Нейродолон** (мнн: флупиртин), относящийся к группе селективных нейрональных открывателей калиевых каналов, обладает обезболивающим, миорелаксирующим, нейропротективным действием, предотвращающим хронизацию боли. Привела результаты исследования, подтверждающие, что препарат **Нейродолон** капсулы, 100 мг, производства ЗАО «Канонфарма продакшн», Россия, и препарат Катадолон[®] капсулы, 100 мг, производства «Тева Фармацевтические Предприятия Лтд.», Израиль являются биоэквивалентными.

В докладе обсужден механизм действия препарата **Винпотропил**[®], представляющего комбинацию пирацетама 400/800 мг и винпоцетина 5/10 мг, оказывающую благоприятное воздействие на кровообращение в головном мозге, улучшающую память и работоспособность. Препарата **Мексигон 6**[®], в состав которого входит этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭМГПС), пиридоксин и магний. Эффекты **Мексигон 6**[®] обусловлены синергизмом действия 3-х компонентов: ЭМГПС улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга; пиридоксин – активизирует метаболические процессы, особенно при гипоксии, участвует в синтезе нейромедиаторов: ГАМК, глицина, серотонина; магний – оказывает вазодилатирующий эффект, участвует в регуляции передачи нервных импульсов.

Купирование болевого синдрома – одна цель, разные подходы



Камчатнов П.Р.

Скелетно-мышечный болевой синдром – распространенное патологическое состояние, ассоциированное с высокой частотой временной утраты трудоспособности. Наиболее частой формой таких синдромов является поясничная боль (ПБ), в основе развития которой лежит комплекс дегенеративных изменений в хрящевой ткани и связочном аппарате позвоночника. Важную роль в формировании ПБ играет избыточное напряжение поперечно-полосатой паравертебральной мускулатуры.

Раннее купирование болевого синдрома способно обеспечить восстановление привычного образа физической активности и повысить качество жизни пациентов. В настоящее время при лечении пациентов с поясничной болью (ПБ) широко используются методы немедикаментозного лечения – лечебная гимнастика, мануальная терапия, рефлексотерапия, физиотерапевтические процедуры. Для купирования болевого синдрома применяются обезболивающие препараты (анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства) и миорелаксанты. Несмотря на доказанную эффективность большинства таких препаратов, их широкое применение связано с повышением риска развития нежелательных побочных явлений. В значительной степени такой риск обусловлен особенностями химического строения препарата и спектром эффектов, которые препарат оказывает в организме. Наиболее значимыми способами снизить риск побочных эффектов являются сокращение сроков лечения, использование адекватных состоянию больного сроков лечения, применение препаратов, обладающих многонаправленным действием, что уменьшает вероятность лекарственных взаимодействий при проведении комбинированной терапии.

Препаратом, обладающим сочетанным противо-болевым и миорелаксирующим действием является оригинальный активатор калиевых каналов флупиртин. Препарат оказывает сильное обезболивающее действие и одновременно устраняет избыточное напряжение поперечнополосатой мускулатуры. В силу ряда особенностей фармакологических эффектов, применение флупиртина не связано с риском кардиоваскулярных и гастроинтестинальных осложнений, препарат не обладает эйфоризирующим действием. Среди зарегистрированных нежелательных явлений, связанных с применением флупиртина, следует отметить потенциальную гепатотоксичность, требующую осторожности его применения у пациентов с заболеваниями печени и у больных с риском ее поражения вследствие особенностей пищевого поведения, необходимости приема других гепатотоксичных препаратов. Склонность к сонливости, которая может наблюдаться у отдельных пациентов при приеме флупиртина, в ряде случаев носит полезный характер, т.к. обеспечивает возможность улучшения качества ночного сна у пациента с ПБ.

Флупиртин более 30 лет применяется для лечения пациентов с различными болевыми синдромами, в частности, с ПБ. Применение препарата обеспечивает быстрое достижение противоболевого эффекта, одновременно регистрируется нормализация исходно повышенного мышечного тонуса. Возможно применение флупиртина с другими противобольными препаратами и лекарственными средствами для лечения других заболеваний.

В настоящее время флупиртин присутствует на отечественном фармацевтическом рынке под названием **Нейродолон**. Следует отметить, что применение дженерических лекарственных препаратов, изготовлен-

ных соответствующих производственных стандартов, обеспечивает возможность экономии колоссальных материальных средств, которые только в США исчисляются десятками миллиардов долларов.

Уже получен опыт применения Нейродолон в Российской Федерации у пациентов с ПБ. Так, при назначении **Нейродолон** по 100 мг (1 капс.) 3 раза в сутки больным с ПБ интенсивностью $5,8 \pm 2,1$ балла, было установлено, что снижение интенсивности боли до приемлемого уровня, обеспечивающего возвращение к исходному уровню двигательной активности, наступило через $6,3 \pm 2,2$ дня. Достижение положительного эффекта не потребовало проведения полного курса терапии, предусмотренного Инструкцией по применению препарата (срок лечения – 2 нед). Важно, что применение среднетерапевтической дозы препарата обеспечило достаточный противоболевой эффект, что позволило отказаться от дополнительного приема анальгетиков. Значимых побочных эффектов проводимого лечения, которые потребовали бы отмены или изменения режима дозирования препарата, отмечено не было.

Частым следствием болевого синдрома, в частности, ПБ, являются диссомнические нарушения в виде сложности засыпания и частых пробуждений среди ночи. Наличие диссомнии ухудшает состояние пациента, так как связано с тревожными расстройствами. Препарат, назначаемый в качестве средства для коррекции нарушений, должен обладать рядом особенностей – отсутствием чрезмерной миорелаксации (устранение защитного компенсаторного напряжения мышц при боли и нарастание ПБ), токсичности в отношении ЦНС (риск появления атаксии, координаторных нарушений после пробуждения).

Одним из оптимальных мягких гипнотиков, назначение которых может быть целесообразным для пациентов с ПБ, является **Соннован**[®], одна таблетка которого содержит 3 мг мелатонина. Препарат может широко назначаться пациентам с ПБ, у которых требуется достижение как достаточного количества, так и хорошего качества ночного сна. Применение препарата не требует длительных сроков лечения, он может назначаться в режиме «по требованию», т.е., пациент может принимать его в том случае, если болевые ощущения мешают нормальному засыпанию.

Имеющиеся на сегодняшний день сведения позволяют рассматривать Нейродолон в качестве эффективного препарата для лечения пациентов с ПБ различной интенсивности.

