



Новые возможности лечения боли в суставах
Дэвид Уолш, член Королевского терапевтического колледжа, к.м.н.
(David Walsh FRCP, PhD)

Остеоартроз (ОА) все еще остается частым источником боли, психологического стресса и нетрудоспособности среди населения старших возрастных групп. ОА, поражающий опорные суставы, в частности, коленный или тазобедренный, ограничивает подвижность и физическую активность, тогда как поражение суставов верхних конечностей влияет на повседневную деятельность. Боль при ОА появляется в результате сложных взаимодействий между патологическими нарушениями в суставе, процессингом нервных импульсов и психологическим контекстом. Часто для адекватного управления болью необходима комбинация подходов. Лечение может облегчить боль в суставах путем модификации основного заболевания (например, с помощью биологических препаратов, применяемых при ревматоидном артрите), однако часто такие болезнь-модифицирующие препараты не доступны, поэтому приоритетным является симптоматическое лечение.

В некоторых опубликованных руководствах обобщены имеющиеся в настоящее время доказательства благоприятного действия ряда методов лечения при ОА. Физические упражнения, ортопедические устройства, местные или системные обезболивающие препараты, внутрисуставные инъекции, психологические подходы и операции по замене сустава могут помочь некоторым пациентам с болью при ОА. Несмотря на это, многие люди с ОА используют лишь часть из приведенных методов лечения, а иногда не применяют ни один из них.

Низкие показатели приема лекарственных препаратов могут отражать сложности с доступом к ним или получение неадекватной информации о выборе лечения. Решения начать или продолжить специфическое лечение всегда подвержены влиянию баланса между ожидаемой пользой и нежелательными явлениями. Низкая эффективность или неприятные, а иногда и серьезные с медицинской точки зрения побочные эффекты могут также ограничить лечение. В настоящее время ведется значительная научно-исследовательская работа, направленная на улучшение переносимости лечения и уменьшение частоты нежелательных явлений. Например, при приеме новых опиатов можно достигнуть более значительного улучшения при меньшей степени выраженности нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, когнитивных расстройств или риска зависимости. Способ, с помощью которого вводятся обезболивающие лекарства, играет важную роль. Системных нежелательных явлений можно избежать за счет местного введения. Обезболивающий эффект при внутрисуставных инъекциях глюкокортикоидов, к примеру, может быть пролонгирован. Местные ингибиторы циклооксигеназы обладают более низкой склонностью вызывать нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы по сравнению с препаратами для перорального применения и при этом могут обеспечить достаточное обезболивание при ОА коленного сустава или суставов кисти.



Недавно опубликованные клинические исследования блокирующих антител, направленных на фактор роста нервов (anti-NGF) поддерживают предполагаемую значимость периферической сенситизации при ОА боли и иллюстрируют потенциальные возможности применения биологических препаратов для лечения при данном виде боли. Эти препараты плохо проникают в центральную нервную систему и больше направлены на периферические механизмы боли. Это что позволяет предотвратить нежелательные явления, такие как бессонница и тошнота, связанные с центральным механизмом действия, что наблюдается, например, при приеме опиоидов. Вклад обновления субхондральной кости в появление боли при ОА был подтвержден в недавно проведенном клиническом исследовании, которое показало уменьшение боли при подавлении остеокластов с помощью бисфосфонатов.

Боль при ОА обычно описывается словами, свойственными нейропатической боли, увеличивая вероятность того, что нейропатический компонент может вносить свой вклад в развитие симптомов ОА. Повреждение нервов может явиться результатом хирургического вмешательства на суставе, объясняя некоторую персистентность боли после артропластики коленного сустава, хотя симптомы, похожие на нейропатические, могут также развиваться и в следствие наличия общих механизмов между ОА и нейропатической болью. Дулоксетин показал эффективность в отношении как ОА, так и нейропатической боли. Менее убедительные результаты при ОА в отношении других видов фармакологического лечения нейропатического компонента боли могут свидетельствовать о том, что общие механизмы боли применимы только к подгруппе пациентов с ОА. Лучшее фенотипирование боли даёт потенциал для отбора пациентов в группы, для которых существующие методы лечения могут давать лучший результат, чем предполагалось в рандомизированных контролируемых испытаниях с неселективным отбором.

Психологические методы могут помочь пациентам уменьшить боль при ОА. Психологический стресс может усилить как восприятие, так и значимость боли, а когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может улучшить управление болью. Психологический стресс также является ключевым предиктором неблагоприятных исходов хирургического вмешательства, а КПТ может усилить положительные ответы на непсихологические вмешательства. Последние разработки в области психологических подходов к управлению болью, включая терапию принятия и приверженности, могут также иметь место в управлении болью при ОА.

Результаты, полученные во многих рандомизированных контролируемых испытаниях, направленных на уменьшение боли при ОА говорят о том, что плацебо-вмешательства могут иметь значительный анальгетический эффект. Согласно проведенным оценкам, ответ на плацебо обуславливает приблизительно 50% анальгетического действия лекарственных препаратов при ОА. Ответ на плацебо в клинических исследованиях отражает контекст, в котором используются методы лечения, и этот контекст может модулировать ответ на анальгетики в клинической практике. Ключевые факторы контекста могут включать представления пациента о боли и лекарственных препаратах, психологическом стрессе, одновременном или последовательном лечении, а также сопутствующих заболеваниях. Оптимизация данного контекста с целью увеличения анальгетического эффекта обладает большим потенциалом для облегчения страданий пациентов с ОА.



Литература:

1. Lane NE, Schnitzer TJ, Birbara CA, et al. Tanezumab for the treatment of pain from osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2010;363:1521-31
2. Laslett LL, Dore DA, Quinn SJ, et al. Zoledronic acid reduces knee pain and bone marrow lesions over 1 year: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2012;71:1322–8.
3. Moreton, BJ, Tew, V, das Nair, R, Wheeler, M, Walsh, DA, Lincoln, NB. Pain phenotype in patients with knee osteoarthritis: classification and measurement properties of painDETECT and self-report Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs scale in a cross-sectional study. *Arthritis Care Res.* 2015;67:519-28.
4. Pincus, T, Holt, N, Vogel, S, Underwood, M, Savage, R, Walsh, DA, Taylor, SJC. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: a systematic review. *Pain* 2013, 154, 2407-16
5. *Osteoarthritis: Care and management in adults*. National Institute for Health and Care Excellence, London 2014
6. Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2008;67(12):1716–1723.