

Сучасні підходи до діагностики та лікування болю

За матеріалами наукової онлайн-конференції «Біль: сучасні підходи до діагностики та лікування», 25 листопада

Широкий спектр питань, пов'язаних зі специфікою ведення больового синдрому в клінічній практиці різних медичних спеціальностей, було розглянуто в рамках наукової онлайн-конференції «Біль: сучасні підходи до діагностики та лікування», що відбулася 25 листопада.



У вступному слові директор ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Іван Михайлович Тодуров зауважив, що близько 70% усіх відомих захворювань супроводжуються болем. Від больового синдрому тої чи іншої етіології страждає кожна п'ята людина працездатного віку. Поширеність

хронічного болю у загальносвітовій популяції за даними різних авторів становить 2-50%. Незважаючи на це, до 75% хворих з болем не звертаються до лікаря.

Проблема болю з давніх часів турбувала людство, тому філософи та науковці різного профілю створювали власні теорії болю та вивчали перебіг больових синдромів. Відносно недавно сформувалися поняття гострого та хронічного, фізіологічного та патологічного болю. Патологічний біль втрачає корисний адаптивний характер і стає своєрідним окремим захворюванням. Проблема болю є мультидисциплінарною, що обґрунтовує доцільність багатогранного підходу до діагностики та лікування.



Заступник директора з наукової роботи ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», доктор медичних наук Олександр Васильович Перехрестенко у своєму виступі охарактеризував контроль болю в абдомінальній хірургії з позиції ERAS. Протягом останнього часу все більшого поширення набуває амбулаторна хірургія і хірургія од-

ного дня. У наш час останнє поняття стосується не лише дрібних втручань на кшталт видалення врослої нігтьової пластини, але й великих абдомінальних операцій. У хірургії одного дня застосовуються протоколи прискореного післяопераційного відновлення (enhanced recovery after surgery, ERAS), що дозволяє оптимізувати витрати на лікування та мінімізувати час перебування пацієнта у медичному закладі. ERAS – це система мультимодального інтегрованого ведення хворого, яка має на меті зниження періопераційного стресу, прискорення фізичної та психічної реабілітації, зменшення тривалості госпіталізації. Слід зауважити, що заходи ERAS є цілісною системою, які повинні використовуватися разом.

У системі ERAS вагоме значення належить контролю болю та концепції мультимодальної аналгезії (ММА). Працювати з больовим синдромом слід розпочинати ще в передопераційному періоді. Важливою складовою даного етапу є роз'яснення пацієнту особливостей операції, анестезії та знеболення. Для спілкування з хворим доцільно використовувати візуальну аналогову шкалу (ВАШ) болю, яка дозволяє стандартизувати відчуття пацієнта. Вважається, що при оцінці 0-4 бали за ВАШ аналгезія є достатньою, при оцінці 5 балів потрібна додаткова аналгезія, а при оцінці 6-10 балів слід розглянути питання про доцільність призначення опіоїдів. Якщо больовий синдром контролюється погано, варто задуматись також про можливі ускладнення операції.

На сьогодні хірургія пережила своєрідну лапароскопічну революцію, яка завершилась мініінвазивною ерою. Лапароскопічна операція – це не просто проведення втручання через кілька маленьких розрізів, це окрема технологія або навіть сукупність технологій, що продовжують розвиватися. Із часом розміри портів зменшуються (мінілапароскопія), впроваджується однопортова лапароскопія, а інструментарій удосконалюється, що дозволяє зменшити травматизацію під час операції. На 28-й день після проведення мінілапароскопічного втручання біль

відзначають 10% пацієнтів, а після проведення традиційного лапароскопічного втручання – 24% (Novitsky Y.W. et al., 2005).

В інтраопераційному періоді доцільно використовувати якомога менше опіоїдів, оскільки в разі призначення великої їхньої кількості необхідно буде застосовувати їх і після операції.

Концепція ММА включає превентивну аналгезію, призначення системних аналгетиків (опіоїди, нестероїдні протизапальні препарати – НПЗП, парацетамол, NMDA-антагоністи, габапентиніди, кортикостероїди) та регіонарну анестезію (епідуральну анестезію, регіонарні блокади передньої черевної стінки, введення місцевих анестетиків). Блок поперечного м'яза живота (transversus abdominis plane block, TAP-блок) виконується під ультразвуковим контролем.

Протягом останнього часу змінилися погляди на встановлення дренажів. Концепція ERAS виступає за відсутність дренування черевної порожнини. У багатьох дослідженнях показано, що відсутність дренування супроводжується зменшенням вираженості больового синдрому та, відповідно, потреби в аналгетиках. Часто хірурги за звичкою орієнтуються на кількість та характер рідини, що відділяється дренажем, однак сухий дренаж не завжди є свідченням хорошого перебігу післяопераційного процесу. За даними великої бази даних MBSAQIP (n=142 631) встановлення дренажу асоціюється з підвищенням ризику розвитку протікання анастомозу на 30%, необхідності повторних операцій – на 17% та смертності на 19%. Отже, рутинне встановлення дренажу недоцільне. Варто сформулювати у кожній окремій клініці власні протоколи з переліченням показань до встановлення дренажів. За наявності обґрунтованої потреби у дренуванні встановлюється дренаж мінімального діаметра на мінімально можливий термін.

Аналогічна дискусія має місце щодо назогастральної інтубації. Рутинна інтубація не дає жодних переваг, а лише збільшує дискомфорт та частоту деяких ускладнень. Потенційним тяжким ускладненням введення зонду в тонкий кишечник є множинна перфорація.

Критеріями виписки хворого після операції є можливість ефективного контролю болю за допомогою пероральних аналгетиків, нормальна переносимість рідкої їжі, можливість вживання рідини (не менше 1 л на добу), відновлення нормальної рухової активності (до догоспітального рівня), наявність дорослого члена сім'ї, який допоможе у догляді, знання та розуміння хворим симптомів «червоних прапорців» та алгоритмів дій у таких випадках.



Проблему хронічного тазового болю (ХТБ) у практиці гінеколога у своїй доповіді охарактеризувала **головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Наталія Василівна Косей.**

За визначенням, біль являє собою неприємне сенсорне і емоційне переживання, пов'язане з дійсним або потенційним ушкодженням тканин, або таке, що описується в термінах такого ушкодження. Біль можна поділити на ноцицептивний, невропатичний, психогенний та змішаний. Гострий біль триває до 6 міс, є переважно ноцицептивним і відповідає на аналгетики. Натомість хронічний біль триває довше 6 міс, зазвичай є нейропатичним, має повільно прогресуючий характер. Відповідь на аналгетики при нейропатичному болю дуже слабка або відсутня.

Що стосується ХТБ, даний стан є причиною кожного десятого звернення до гінеколога. Алгоритм діагностики ХТБ передбачає ретельний збір анамнезу та фізикальний

огляд. Якщо при цьому виявляють ознаки певного специфічного захворювання, слід розпочинати лікування. Якщо ж ні, встановлюють діагноз синдрому тазового болю з виявленням органоспецифічних симптомів. Останні можуть належати до різних областей медицини: урології, гінекології, гастроентерології, неврології, сексології тощо. Так, з боку шлунково-кишкового тракту ХТБ можуть спричиняти ціліакія, коліт, рак товстого кишечника, запальні захворювання товстого кишечника, синдром подразненого кишечника; з боку репродуктивних органів – спайки, аденоміоз, кісти придатків, хронічний ендометрит, дисменорея, ендометріоз, злоякісні пухлини, лейоміома матки; з боку опорно-рухового апарату – дегенеративні захворювання хребта, фіброміалгії, міофасціальний больовий синдром, переломи; з боку сечової системи – пухлини сечового міхура, хронічні інфекції сечових шляхів, цистити, сечокам'яна хвороба. Психологічними та неврологічними підґрунтями можуть виступати черевна епілепсія, черевна мігрень, депресія, порушення сну тощо. Ключ до розуміння етіології болю можна отримати, задаючи питання стосовно факторів, які провокують або посилюють біль. Під час проведення фізикального обстеження слід оглянути живіт і таз на предмет тригерних точок, післяопераційних рубців, виділень з піхви, збільшення матки. Одноразове обстеження тазу та живота за допомогою кінчика вказівного пальця домінуючої руки може бути корисним для виявлення підвищеної чутливості очеревини. Зовнішні статеві органи слід обстежити на предмет ознак інфекції, запальних процесів, малігнізації.

Найчастішими причинами ХТБ (33%) є ендометріоз та аденоміоз. У 35% точну причину виявити не вдається. Типовими симптомами ендометріозу виступають дисменорея, передменструальний біль, диспареунія, розлитий ХТБ. Слід зауважити, що вираженість болю при ендометріозі не корелює з розмірами та кількістю гетеротопій. Постановка діагнозу лише на основі симптомів утруднена, оскільки схожі симптоми може мати низка інших хвороб. За наявності ХТБ та безпліддя слід обов'язково виключати діагноз ендометріозу. Слід враховувати його також у жінок репродуктивного віку з негінекологічними періодичними симптомами (дисхезія, дизурія, гематурія, ректальна кровотеча, біль у плечі). Відповідно до сучасних підходів, першою лінією лікування ендометріозу є медикаментозна терапія, яка призводить до регресії старих вогнищ та профілактики виникнення нових. Методами хірургічного лікування ендометріозу є видалення вогнищ, роз'єднання злук, сальпінгооваріолізис, видалення парієтальної очеревини позаматкового простору, крижово-маткових зв'язок. При ендометріозі з больовим синдромом рекомендується призначення медроксипрогестерону ацетату, дієногесту або норетистерону ацетату. Можливе також застосування внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом. Якщо ефект від монотерапії відсутній, у поєднанні з комбінованими оральними контрацептивами, прогестинами або агоністами гонадотропін-рилізінг-гормона призначають інгібітори ароматази.

Відповідно до вітчизняного протоколу, лікування больового синдрому у пацієнток з генітальним ендометріозом призначає сімейний лікар, який передусім повинен надати рекомендації стосовно способу життя, особливостей харчування та фізичних навантажень, а за неефективності цих заходів – призначити фармакотерапію (НПЗП, аналгетики, седативні засоби).

Ще одна часта причина ХТБ – запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ). До мінімальних діагностичних критеріїв ЗЗОМТ належать больючість при пальпації нижніх відділів живота, придатків матки, зміщення шийки матки. Додатковими критеріями виступають підвищення температури тіла, С-реактивного білка, патологічні виділення з шийки матки або піхви, лабораторне підтвердження інфекції, а достовірними – виявлення тубооваріальних утворів при проведенні візуалізаційних досліджень, лапароскопічні ознаки. На даний момент рекомендовано емпіричне лікування ЗЗОМТ з відповідною аналгезією. Внутрішньовенна терапія рекомендується для пацієнток з клінічно тяжкою хворобою, наприклад, за наявності лихоманки >38 °С, клінічних ознак тубооваріального абсцесу, пельвіоперитоніту.

Вульводинія як причина ХТБ може бути наслідком ураження гілок різних нервів (nervus pudendus, nervus

НЕОСПАСТИЛ®

НЕОСПАСІННЯ

від сильного спазму та болю*

ЄДИНА ТА УНІКАЛЬНА КОМБІНАЦІЯ
кеторолаку та 2-х засобів
із спазмолітичним ефектом на
фармацевтичному ринку України¹



- Доведена **висока ефективність** в лікуванні ниркової кольки²
- Тривалість аналгетичної дії **до 12 годин**³
- Вплив на біль та спазм **в одній ампулі**⁴

Склад діючих речовин: в 1 ампулі міститься кеторолак трометамін 30 мг, пітофенону гідрохлорид 10 мг, феніпверіну бромід 0,1 мг; **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій; **Фармакотерапевтична група.** Спазмолітичні засоби в комбінації з анальгетиками. Код АТХ A03D A02. **Показання.** Для короточасного симптоматичного лікування помірного та сильного больового синдрому: при спазмах гладкої мускулатури внутрішніх органів (ниркова колька, спазми сечового міхура і сечовивідних шляхів, печінкова колька, спазми шлунка і кишечника, спастична дискесія жовчних шляхів); як допоміжний засіб для послаблення вісцерального болю після діагностичних процедур. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до кеторолаку, феніпверіну, пітофенону або до будь-якого компонента лікарського засобу; активна пептична виразка, нещодавня шлунково-кишкова кровотеча або перфорація, виразкова хвороба або шлунково-кишкова кровотеча в анамнезі; бронхіальна астма, риніт, ангіоневротичний набряк або кропив'янка, спричинені застосуванням ацетилсаліцилової кислоти або іншими нестероїдними протизапальними засобами (через можливість виникнення тяжких анафілактичних реакцій); бронхіальна астма в анамнезі; повний або частковий синдром носових поліпів, ангіоневротичний набряк або бронхоспазм; не застосовувати як анальгетичний засіб перед і під час оперативного втручання, маніпуляцій на коронарних судинах; не застосовувати пацієнтам, у яких було оперативне втручання з високим ризиком кровотечиливо або неповної зупинки кровотечі, та пацієнтам, які отримують антикоагулянти, включаючи варфарин або гепарин в низьких дозах (2500-5000 одиниць кожні 12 годин); тяжка серцева недостатність; тяжка печінкова недостатність; помірна/тяжка ниркова недостатність (концентрація креатиніну в сироватці крові більше 180 мкмоль/л); підозрювана або підтверджена цереброваскулярна кровотеча, геморагічний діатез, включаючи порушення згортання крові, високий ризик кровотечі; одночасне лікування ацетилсаліциловою кислотою або іншими нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ) (включаючи селективні інгібітори циклооксигенази-2, пентоксифіном, пробенецидом або соліми літій; гіповолемія, дегідратація з ризиком ниркової недостатності; наявність зменшення об'єму рідини; перемиї та пологів; аденома передміурової залози II-III ступеня; атонія жовчного і сечового міхура; тахіаритмії; колатотійний стан; закритокутова глаукома; нерозкладність шлунково-кишкового тракту і мегаколон; протипоказанне епідуральне або інтратекальне введення лікарського засобу. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована доза лікарського засобу Неоспастил® становить 1 мл – 2 мл (15-30 мг в перерахунку на кеторолак трометамін) кожні 8 годин. Слід призначати мінімальну ефективну дозу. Максимальна тривалість лікування не повинна перевищувати 2 дні. **Побічні реакції.** З боку шлунково-кишкового тракту: сухість у роті, відчуття дискомфорту в животі, відчуття переповнення шлунка, нудота, диспепсія, зміна відчуття смаку, анорексія, шлунково-кишковий біль, біль в епігастрії, діарея, рідше – метеоризм, відрижка, блювання, запор, ерозивно-виразкові зміни, в тому числі кровотечі та перфорції шлунково-кишкового тракту, ноді летальні (особливо у пацієнтів похилого віку), блювання кров'ю, гастрит, пептична виразка, панкреатит, мелена, кровотеча з прямої кишки, виразковий стоматит, езофагіт, загострення хвороби Крона і коліту. З боку печінки і жовчовивідних шляхів: дуже рідко порушення функції печінки, печінкова недостатність, жовтяниця, гепатит, підвищення активності печінкових трансаміназ. З боку центральної і периферичної нервової системи: головний біль, запаморочення, підвищена стомлюваність, слабкість, дратівливість, відчуття сухості в роті, підвищене відчуття спраги, нервозність, нерішучість, сплутаність свідомості, парестезії, функціональні порушення, незвичайні сновидіння, депресія, сонливість, порушення сну, безсоння, порушення концентрації уваги, ейфорія, гіперактивність, галюцинації, маразм, гіпернємія, збудливість судин, психотичні реакції, патологічні думки, асептичний менингіт (з відповідним симптоматикою), ригідність м'язів потилиці, відчуття тривоги, вертго, дезорієнтація, розлади мислення. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі від 2°C до 8°C. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/18292/01/01

1. За даними державного реєстру лікарських засобів України станом на вересень 2020 р. 2. За результатами клінічного дослідження Неоспастил® data on file. 3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Неоспастил. 4. Мається на увазі аналізуюча дія кеторолаку трометаміну та спазмолітичної дії пітофенону гідрохлориду та феніпверіну броміду. *Мається на увазі лікування короточасного симптоматичного лікування помірного та сильного больового синдрому при спазмах гладкої мускулатури внутрішніх органів: ниркова колька, спазми сечового міхура і сечовивідних шляхів, печінкова колька, спазми шлунка і кишечника, спастична дискесія жовчних шляхів.

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Неоспастил®

Інформація призначена виключно для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.



Сучасні підходи до діагностики та лікування болю

За матеріалами наукової онлайн-конференції
«Біль: сучасні підходи до діагностики та лікування», 25 листопада

Продовження. Початок на стор. 52.



Нові можливості лікування гострого болю в пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) охарактеризувала у своєму виступі **завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини Дніпропетровської медичної академії, доктор медичних наук, професор Олена Юрївна Сорокіна.**

Біль – одна з найчастіших проблем пацієнтів, що надходять до ВІТ. Неадекватне знеболення може призвести до порушення загоєння ран, інфекцій, збільшення тривалості штучної вентиляції легень та подовження стаціонарного лікування. До 44% пацієнтів, що підлягали лікуванню у ВІТ, відзначають хронічний біль після виписки з лікарні. Належне лікування больового синдрому дозволяє зменшити ймовірність хронізації болю та розвитку інших несприятливих наслідків.

Диференційована терапія, що ґрунтується на патогенетичних особливостях розвитку больового синдрому, дозволяє ефективно усувати біль, мінімізувати ймовірність розвитку побічних реакцій, знижувати ймовірність подовження післяопераційного больового синдрому.

Різні чинники періопераційного стресу (тривога, голодування, зневоднення, хірургічна травма, викид прозапальних медіаторів, інфекція) здатні викликати та модулювати реакцію на стрес протягом періопераційного періоду, посилюючи післяопераційний біль. Своєю чергою, біль викликає низку несприятливих системних реакцій організму, серед яких підвищена потреба міокарду в кисні, гіпервентиляція, погіршення моторики травного тракту, активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, гіперглікемія, посилення катаболізму, гіперкоагуляція та дисфункція тромбоцитів, депресія, психоз, тривога, розлади сну, серотонінергічний дисбаланс, гальмування імунomodуляції.

Оцінка болю у ВІТ повинна передбачати визначення основних характеристик болю: локалізації, типу, інтенсивності та факторів загострення і полегшення. Ноцицептивний біль виникає в результаті стимуляції поверхневих чи глибоких больових рецепторів, обумовленої травмою чи запаленням. Ноцицептивний біль включає поверхневий та глибокий соматичний, а також вісцеральний. Своєю чергою, нейропатичний біль виникає при пошкодженні нервових волокон внаслідок дисфункції самої нервової клітини або її аксона внаслідок компресії, запалення, травм, метаболічних розладів чи дегенеративних змін. Коли патологічне вогнище знаходиться в центральній нервовій системі, викликаний ним біль називається центральним нейропатичним болем. Окреме значення у перебігу больових синдромів має гіпералгезія, яка поділяється на первинну та вторинну. Первинна гіпералгезія полягає у тому, що викид медіаторів запалення сенситизує первинні аферентні ноцицепторні нейрони, що відповідають за посилення больових відчуттів та чутливості у пошкодженій зоні. Вторинна гіпералгезія є наслідком змін у задніх рогах спинного мозку.

Одним із способів подолати біль у пацієнта хірургічного профілю, зокрема пацієнта ВІТ, є застосування fast-track хірургії. Дане поняття характеризує систему поглибленої підготовки пацієнта в передопераційному періоді у сполученні з системою активної післяопераційної реабілітації. До складу мультимодальної fast-track програми входять передопераційне інформування пацієнта, ММА, мінімально інвазивні способи оперативного втручання, активне післяопераційне відновлення. Оптимальна аналгезія повинна оптимізувати комфорт пацієнта за рахунок зменшення інтенсивності болю, а також сприяти відновленню фізіологічних функцій (робота кишечника, мобілізація, сон) на тлі мінімізації побічних ефектів анагетиків. З цієї метою повинна застосовуватися ММА. Наріжними каменями останньої є застосування низьких доз препаратів для оптимізації співвідношення користь/ризик, призначення медикаментів різноспрямованої дії з метою досягнення максимальної ефективності на тлі мінімальної кількості побічних явищ. У зв'язку з наявністю великої кількості побічних ефектів рекомендовано обмежити застосування опіоїдів.

Слід пам'ятати, що в деяких випадках біль можна зняти за допомогою зміни положення тіла, фіксації кінцівки, видалення ендотрахеальної трубки, регіонарної аналгезії.

НПЗП увійшли в арсенал мультимодальних технік як патогенетично доцільні засоби. Доповнення опіоїдної терапії НПЗП дозволяє зменшити використання опіоїдів та, відповідно, спричинених ними нудоти, блювання та седації. Кандидатами для призначення НПЗП у ВІТ є пацієнти, які не приймають інших нефротоксичних препаратів, мають стабільну хорошу функцію нирок, є гемодинамічно стабільними і не мають порушень перфузії, не мають цирозу печінки, запальних захворювань кишечника, виразкових уражень травного тракту, активних кровотеч або коагулопатій.



Завідувач гастроентерологічного відділення, науковий співробітник відділу діагностики та лікування метаболічних захворювань ДНУ «Центр інноваційних технологій НАМН» України Олена Михайлівна Бака у своєму виступі описала функціональні порушення жовчовивідних шляхів та їх корекцію. Дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) являють собою

захворювання функціональної природи, зумовлені порушеннями моторики (розвиток спазму біліарних сфінктерів та порушення відтоку жовчі) та підвищенням вісцеральної чутливості, тобто, чутливості стінок жовчних шляхів. При цьому структурна (органічна) патологія, наприклад, холестистит або конкременти, не виявляється. Відповідно до Римських критеріїв-IV, до розладів з боку жовчного міхура та сфінктера Одді (СО) належать біліарний біль та функціональний панкреатичний розлад СО.

Причинами ДЖВШ можуть виступати психогенні та генетичні чинники, гормональні впливи, систематичні порушення режиму харчування, різні інтоксикації та інфекції, вегетативні дистонії, алергічні реакції, порушення продукції холецистокініну. Дисфункціональні зміни біліарної системи можуть завершуватися безкаменевим холециститом, а згодом і жовчнокам'яною хворобою. Біліарний сладж може супроводжувати будь-яку стадію даного процесу. Діагностичні критерії біліарного болю, пов'язаного з ДЖВШ, включають наявність епізодів болю в епігастральній ділянці та/або у правому квадранті живота у поєднанні з усіма нижче наведеними ознаками: тривалість болю 30 хв і більше, постійний рівень болю під час нападу, рецидивування симптомів з різними інтервалами (не обов'язково щодня), інтенсивний сильний біль, що може порушувати повсякденну активність і спричинити госпіталізацію до відділення невідкладної допомоги, відсутність зменшення болю після дефекації, прийому антацидів або інгібіторів протонної помпи. Сполучення больового синдрому з нудотою або блюванням, іррадіацією в спину та/або праву підлопаткову ділянку, виникнення в нічні години підтверджують діагноз біліарного болю.

Частота біліарного болю за відсутності жовчних каменів у чоловіків становить 2,4-7,6%, у жінок – 20,7%. Подібний біль є діагностичним критерієм функціонального розладу жовчного міхура.

При ДЖВШ за гіпокінетичним типом біль не має характеру нападів, має тупий, ниючий, розлитий, неінтенсивний, виникає вночі або при тривалих перервах між прийомами їжі, часто супроводжується нудотою, гіркотою в роті, зниженням апетиту, нестійкими випороженнями, здуттям живота. ДЖВШ за гіперкінетичним типом супроводжується болем після хвилювань, рідше – після харчової провокації та фізичного навантаження, проходить самостійно після накладання тепла на праве під掖ер'я або прийому спазмолітиків, часто асоціюється з неприємними відчуттями в ділянці серця, тахі- чи брадикардією.

Діагностика захворювань біліарного тракту включає проведення функціональних проб печінки, визначення панкреатичних ферментів у крові та сечі, ультразвукове дослідження (УЗД), фіброезофагогастроудоденоскопію, динамічне та ендоскопічне УЗД, гепатобілісцинтиграфію, магнітно-резонансну холангіопанкреатографію, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з манометрією СО.

Основні принципи лікування ДЖВШ включають дієтичне харчування, нормалізацію режиму дня, сну, відпочинку, медикаментозну терапію, фізіотерапію, хірургічне лікування, за потреби – консультацію психотерапевта.

Медикаментозне лікування може включати спазмолітики, урсодезоксихолову кислоту, анагетики, антидепресанти.

Неоспастил® (ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна) являє собою фіксовану комбінацію трьох діючих речовин: НПЗП та двох спазмолітиків: міотропного та холіноблокуючого. Після внутрішньом'язового введення **Неоспастилу** анагезуюча дія розвивається через 30 хв, а максимального рівня знеболення досягає через 1-2 години. Середня тривалість знеболення складає 10-12 годин. Вищезгаданий трьохкомпонентний препарат **Неоспастил®** перевищує ефективність монотерапії кеторолаком: за даними опорного дослідження, у групі **Неоспастилу** частка пацієнтів, які досягли зниження інтенсивності болю від високої/помірної до низької впродовж 2 днів, складала 87,7%, а в групі монотерапії кеторолаком – 72,3%. Ще більш виражена відмінність була зафіксована при порівнянні **Неоспастилу** з комбінацією метамізолу натрію, пітофенону та фенпіверинію: 79,4% проти 42,4%.

Доповідь лікаря-уролога ДНУ «Центр інноваційних технологій НАН України» **Вікторії Олександрівни Посад** стосувалася больового синдрому в урології. За визначенням, больовий синдром в урології – це клінічний прояв широкого спектру захворювань органів сечової системи у жінок та сечостатевої системи у чоловіків, а також наслідок різних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, у тому числі, хірургічних втручань. Даний больовий синдром можна поділити на біль в поперековій ділянці (ниркова колька, пієлонефрит), у надлобковій ділянці (цистит, простатит, сечокам'яна хвороба, наявність постійного катетера Фолея чи сечовідного стенту), у калитці (епідидиміт, орхіт, перекрут яєчка, варикоцеле), у статевому члені (хвороба Пейроні, уретрит, стриктура уретри, сечокам'яна хвороба).

Причиною ниркової коліки є пасаж сформованого у нирці каменю вниз по сстраховоду. Біль починається раптово та має характер коліки (хвилюподібне посилення та послаблення інтенсивності болю). Патогенез гострого болю при нирковій кольці включає пошкодження тканин, вивільнення арахідонової кислоти, синтез простагландинів, активацію ноцицепторів, первинну гіпералгезію. Перша допомога пацієнту з нирковою колькою може включати призначення НПЗП, наркотичних анагетиків, комбіновану анагезію (**Неоспастил®**, ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна), десмопресин, інгібітори кальцієвих каналів (ніфедипін), інгібітори фосфодіестерази-5 (тадалафіл), дренажування верхніх сечовивідних шляхів. Перелічені препарати та методи, окрім наркотичних анагетиків, можуть також застосовуватися у профілактиці рецидивуючої ниркової коліки.

Причинами болю у сечовому міхурі можуть виступати гостра затримка сечі, тампонада сечового міхура, бактеріальний цистит, катетер-індукований дискомфорт. Для лікування застосовуються НПЗП, комбінована терапія (**Неоспастил®**), антихолінергічні препарати (соліфенацин, толтеродин, оксибутинін), наркотичні анагетики (трамадол, кетамін). Якщо біль зумовлений нейропатичним компонентом при тривалій наявності катетера, можуть додаватися також протиепілептичні засоби (габапентин, прегабалін). Якщо ж причиною болю є наявність сечовідного стенту, призначають α-блокатори, антихолінергічні препарати, НПЗП, комбіновану терапію (**Неоспастил®**), а також застосовуються стенти з покриттям кеторолаком.

Знеболювання при біопсії простати може включати перипростатичну блокаду, блокаду тазового сплетіння, комбіновану терапію (**Неоспастил®**), наркотичні анагетики, внутрішньопростатичну місцеву анестезію, а лікування болю при захворюваннях яєчка та придатків яєчка – антибіотикотерапію, НПЗП, блокаду сім'яного канатика, оперативне лікування (за показаннями). При поствазектомічному больовому синдромі можуть призначатися НПЗП, трициклічні антидепресанти (амітриптилін), протисудомні препарати (габапентин, прегабалін), блокада сім'яного канатика, мікрохірургічна денервація.

Ефективна боротьба з больовим синдромом є одним із головних напрямів у лікуванні хворих зі різноманітними патологічними станами, що потребують як консервативного, так і інвазивного лікування. Успішна анагезія зменшує кількість ускладнень та прискорює одужання хворих. сьогодні час лікар має великий арсенал медикаментозних засобів, які дозволяють забезпечити високоефективне знеболення та втілити у лікування своїх пацієнтів сучасні підходи медицини.

Підготувала **Лариса Стрільчук**