

# Боль как болезнь: современное состояние проблемы и перспективы

## По итогам международного симпозиума

**Боль является одной из самых частых жалоб, с которой сталкиваются врачи разных специальностей в своей повседневной практике. Если раньше боль считали неизменной составляющей заболевания, с которой в процессе лечения необходимо мириться, то за последние годы подход к ведению пациентов с болью кардинально изменился: сегодня ее выделяют в самостоятельный синдром.**

**27-29 мая в г. Киеве на базе Клинической больницы «Феофания» состоялся Украинско-Британский симпозиум «Медицина боли: современность и перспективы». Мероприятие проходило при поддержке Национальной медицинской академии последилового образования им. П.Л. Шупика, Ассоциации анестезиологов Украины, Ассоциации анестезиологов Великобритании и Северной Ирландии, UCL Centre for Anaesthesia Specialists in Pain International Network (SPIN), The Pain Management Neuromodulation Centre Guy's St. Thomas' Hospital, Polish Pain Society.**



Профессор анестезиологии медицинской школы при Цюрихском университете Эли Алон (Швейцария) представил доклад «Хроническая боль как болезнь».

— Острая боль, как правило, свидетельствует о наличии заболевания или патологического состояния, в то время как хроническая или рецидивирующая боль сама по себе является специфической медицинской проблемой, которую можно приравнять к заболеванию, и требует лечения.

Из определения очевидно, что острая боль — это процесс, ограниченный во времени; хроническая боль, напротив, может присутствовать в течение долгих недель, месяцев и даже лет и со временем становится доминирующим состоянием как для самого пациента, так и для его близких. Таким образом, в ведении пациента с заболеванием, связанным с наличием боли, адекватное лечение хронического болевого синдрома является одной из важнейших задач врача. Это положение отражено в рекомендациях Международной ассоциации по изучению боли (IASP) и соответствует современным представлениям о должном качестве жизни пациентов.

IASP была создана в 1973 г., а в 1975 году в г. Флоренции (Италия) состоялся I Всемирный конгресс, посвященный проблеме боли, собравший 1100 участников из 35 стран мира. Сегодня членами ассоциации являются более 6,5 тыс. специалистов из 123 стран мира — ученых, врачей различных направлений, медсестер, физиологов, физиотерапевтов и др. Основными задачами IASP являются координация экспериментальных и клинических исследований, развитие теоретических и практических аспектов проблемы боли и обезболивания, подготовка профильных специалистов. Каждые 2 года IASP проводит обучающие программы для членов ассоциации и всех заинтересованных в получении знаний и практических навыков для адекватного лечения различных видов боли. В 1991 г. был издан международный стандарт по базовой профессиональной подготовке врачей-специалистов в области боли. При поддержке ассоциации ежемесячно издается журнал Pain, кроме того, ежеквартально выходит клинический информационный бюллетень.

Чтобы привлечь внимание общественности к проблеме боли, IASP ежегодно проводит кампанию по борьбе с тем или иным ее видом. В настоящее время объявлен Всемирный год борьбы со скелетно-мышечной болью (Global Year Against Musculoskeletal Pain), поскольку во всем мире этот болевой синдром недостаточно эффективно контролируется: как правило, пациенты получают лечение по поводу основного заболевания, а ассоциированный с последним болевой синдром остается некупированным. По мнению специалистов, все типы скелетно-мышечной боли (боль в шее, боль в суставах, боль в нижней части спины, хроническая генерализованная боль), несмотря на целый ряд особенностей и симптомов, имеют одинаковые механизмы возникновения, способы проявления и могут купироваться одними и теми же методами. Следующий год IASP планирует объявить Всемирным годом борьбы с послеоперационной болью.



Профессор кафедры анестезиологии и интенсивной терапии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук Ю.Ю. Кобеляцкий (Украина) представил доклад, посвященный историческим предпосылкам и современным требованиям к выделению медицины боли в качестве самостоятельной специальности в Украине.

— Основателем отечественной альгологии можно считать В.Ф. Войно-Ясенецкого, опубликовавшего в 1915 г. работу «Регионарная анестезия», в которой был представлен доступ к седалищному нерву. В 1917 г. П. Бабицкий предложил подключичный доступ к плечевому сплетению. Эти работы получили особую актуальность в связи с началом Первой мировой войны, во время которой множество раненых погибали не только вследствие полученных ран и сепсиса, но и от болевого шока как во время ранения, так и при проведении операций без обезболивания.

Профессор А.И. Трещинский в 1955 г. защитил диссертацию «Неврологические синдромы вследствие повреждения Т-образных нервов». Один из ведущих анестезиологов мира, этнический украинец, профессор Д.Д. Боника в 1972-1976 гг. возглавлял Всемирную федерацию ассоциаций анестезиологов (WFSA), а также занимал пост главы Американской ассоциации анестезиологов (ASA). Профессор В.В. Сулов, вдохновленный идеями Д.Д. Боники, первым в СССР применил эпидуральную анестезию и анальгезию в урологии, а также интратекальную опиатную анальгезию.

Профессор И.П. Шлапак в 1995 г. защитил докторскую диссертацию «Комбинированная спинальная опиатная анестезия/анальгезия и ее оценка как адекватного метода ноцицептивной защиты». Директор Института проблем боли, к.м.н. В.А. Берсенев создал новое направление в медицинской науке, основанное на закономерностях нейрометамерной иннервации тела человека. Эти лечебные технологии защищены 15 патентами и признаны во всем мире. Распространение знаний о проблеме боли в Украине связано с именем еще одного знаменитого ученого — заведующего отделом ствола головного мозга Института физиологии НАН Украины, доктора биологических наук, профессора Ю.П. Лиманского.

Сегодня лечением боли в Украине занимаются анестезиологи (острая и хроническая боль), невропатологи (нейропатическая боль), травматологи и ортопеды (боль при артрозах, суставном синдроме, сочетанной травме, повреждениях), сосудистые хирурги (ишемическая боль), онкологи (боль при раке), хирурги (боль при абдоминальной и торакальной патологии), ревматологи (боль при ювенильном артрите, ревматоидном артрите), гастроэнтерологи (боль при синдроме раздраженного кишечника и др.), гинекологи (тазовая боль, эндометриоз), урологи (тазовая боль при хронической патологии), физиотерапевты, психотерапевты, специалисты паллиативной медицины. Однако такие разрозненные, спорадические усилия зачастую неэффективны в решении проблемы, а междисциплинарный подход и этапность в оказании помощи пациентам с болевым синдромом в большинстве случаев не реализуются. В Украине существуют следующие предпосылки к выделению медицины боли в отдельное направление:

- заинтересованность врачей различных специальностей в лечении болевого синдрома;
- большая потребность в специалистах по лечению боли;
- наличие современных фармакологических препаратов и технологий, которые позволяют индивидуализировать терапию;
- наличие современных расходных материалов для проведения инвазивных техник анальгезии;
- существование Украинской ассоциации по изучению боли.

Среди основных препятствий в становлении медицины боли как отдельной врачебной специальности можно выделить:

- отсутствие профессиональной подготовки врачей в данном направлении медицины согласно международным требованиям;
- отсутствие отечественных клинических протоколов по лечению различных болевых синдромов;
- разрозненность усилий специалистов;
- несовершенство законодательной базы, особенно в отношении оборота наркотических анальгетиков;
- отсутствие украинского печатного издания, посвященного проблемам боли;
- Украина в целом не вовлечена в международное движение против боли и не является участником международных профессиональных организаций.



Президент Польской ассоциации по изучению боли, руководитель отдела по исследованию и лечению боли Ягеллонского университета Ян Добровольски (Польша) представил классификацию и типы острой и хронической боли.

— Согласно определению IASP (1979) боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения; то есть болевой синдром является гораздо более широким понятием, чем просто негативное физическое ощущение, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием.

Острая боль определяется как внезапно возникшая и, предположительно, ограниченная во времени. Как правило, причину возникновения острой боли у пациента достаточно легко идентифицировать. Острая боль является нормальной реакцией организма на повреждение и носит предупредительный характер. Ее цель — предупредить организм о существующей в данный момент опасности органического повреждения или заболевания, а также предотвратить усугубление состояния.

Ноцицепция — это нейрофизиологическое понятие, обозначающее восприятие, проведение и центральную обработку сигналов о вредоносных процессах или воздействиях (Loeser, Treede, 2008). Это физиологический механизм передачи боли, и он не затрагивает ее эмоциональную составляющую. Однако важно понимать, что процесс проведения болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентен ощущаемой боли, которая субъективно может значительно усиливаться в процессе ее ожидания. Характеристика ощущаемой боли состоит из нескольких

компонентов: ноцицепции, перцепции, страдания, поведенческой реакции. Каждый из этих компонентов является важным фактором, от которого зависит выраженность болевого синдрома.

Лимбическая система и кора головного мозга играют важную роль в восприятии болевого сигнала и отвечают за когнитивную составляющую в формировании субъективного восприятия боли (перцепцию). Так, при возникновении болевого импульса активизируются такие эмоции, как страх, злость, тревога, которые могут усиливать страдания от боли и принимать участие в формировании поведенческой реакции на боль.

Помимо разделения на острую и хроническую, существует множество классификаций боли: по локализации (при этом выделяют более 600 различных болевых синдромов), по механизмам развития и др. По механизмам развития выделяют ноцицептивную боль, которая, в свою очередь, подразделяется на соматическую и висцеральную; отраженную боль; нейропатическую боль; фибромиалгию; смешанную боль; идиопатическую, или психогенную, боль.

Ноцицептивная боль возникает при повреждении, которое воспринимается ноцицепторами в месте травмы; затем по периферическим нервам импульс передается в кору головного мозга, где и формируется представление о боли. В формировании нейрогенной боли ключевое место занимают повреждение и патологическое возбуждение нейронов в периферической или центральной нервной системе. Отраженная, или рефлекторная, боль возникает в результате иррадиации болевого ощущения из поврежденной области в здоровую часть тела. О психогенной боли говорят, когда не удается определить источник боли и у пациента нет видимых повреждений; следует отметить, что психогенный компонент часто присутствует у пациентов с рецидивирующей или хронической болью.

В отличие от острой хроническая боль не является защитным механизмом, сама по себе может расцениваться как болезнь и требует адекватного лечения; наличие хронического болевого синдрома подразумевает необходимость междисциплинарного подхода в ведении пациентов.

Хронический болевой синдром значительно ухудшает качество жизни больных и влечет за собой изменение их психоэмоционального состояния и поведения — появление тревожности, страхов, озлобленности, раздражительности и депрессии; ухудшение аппетита, снижение либидо и сексуальной активности; нарушение когнитивных способностей; ухудшение работоспособности вплоть до инвалидизации и неспособности к самообслуживанию; появление зависимости от наркотических препаратов.



**Член Королевского медицинского общества, доктор Эндрю Барановски (Великобритания)** охарактеризовал возможности оказания медицинской помощи пациентам с болевым синдромом в Великобритании.

— По данным различных исследователей, в Великобритании болевой синдром регистрируется более чем у 17% мужчин и 20% женщин (Walsh, 1992; Elliot, 1999; Blyth, 2001; Eriksen, 2003), при этом у большинства из них (1,6 млн человек) отмечается скелетно-мышечная или суставная боль; 25% жителей в возрасте 40 лет испытывали по меньшей мере один приступ боли в коленном суставе, при этом почти в половине случаев развивается инвалидизация вследствие хронизации боли. Как свидетельствует мировая статистика, почти 22% пациентов, обращающихся за первичной медицинской помощью, предъявляют жалобы по поводу различных видов боли (Gureje, 1998).

Помимо основного — болевого — компонента, причиняющего наибольшие страдания, пациенты также испытывают дискомфорт от психологических нарушений, возникающих вследствие длительного наличия боли, нетрудоспособности, сексуальных нарушений и социальных последствий болевого синдрома. Более 65% лиц с наличием боли страдают нарушениями сна, 50% отмечают снижение социальной активности, у 49% выявляют признаки депрессии; 25% пациентов теряют работу из-за болевого синдрома, ограничивающего трудовую активность. Влияние болевого синдрома ощущают также родственники и близкие больных. Только в 2007 г. более 584 млн фунтов стерлингов было потрачено пациентами на рецептурные анальгетики и противовоспалительные средства. Прямые расходы медицинской отрасли на лечение боли ежегодно составляют 1,632 млн фунтов стерлингов, непрямые — более 13 млн (Maniadaakis et al., 2000). Таким образом, материальные и нематериальные потери от болевого синдрома представляют собой значительную экономическую и социальную проблему, эффективное решение которой требует мультидисциплинарного подхода.



В Великобритании функционирует Центр по лечению боли, в задачи которого входит эффективное оказание медицинской помощи пациентам с различными болевыми синдромами. В центре работают физиотерапевты, медсестры, клинические психологи и врачи, специализирующиеся на лечении боли. В различных регионах страны открыты филиалы учреждения, таким образом, пациентам нет необходимости приезжать в г. Лондон для того, чтобы получить медицинскую помощь.

С каждым пациентом работает отдельная бригада, в состав которой входят медсестра, физиотерапевт и психолог; однако первичный прием проводит врач. Он уточняет диагноз и определяет тактику лечения, которое, как правило, проводят амбулаторно. Центр эффективно сотрудничает с подразделениями ревматологии, спинальной хирургии, онкологии, неврологии и нейрохирургии, урогинекологии, физиотерапии и психотерапии, паллиативной медицины для выявления пациентов с разными типами болевого синдрома и оказания им помощи в максимально ранние сроки.



**Член IASP, доктор Беверли Коллетт (США)** отметила основные принципы современного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам с болью.

— Если ранее считалось, что лечение болевого синдрома может проводить врач, занимающийся ведением пациента по основному заболеванию, то сегодня такой подход признан неэффективным,

поскольку в этом случае непосредственно терапии болевого синдрома уделяется недостаточное внимание, а вместо полного устранения боли пациенты зачастую получают лишь некоторое ее облегчение. В настоящее время основным принципом ведения пациента с хронической болью является полное и максимально быстрое ее облегчение. Больной должен быть активным участником лечебного процесса и обладать необходимой информацией о методах и продолжительности лечения; кроме того, необходимо формировать у него реалистичные ожидания относительно возможностей лечения. Такой подход позволяет снизить негативные психологические реакции на боль и за счет этого уменьшить ее психогенный компонент.

Необходимо создать законодательную базу, позволяющую обеспечить пациентам надлежащее лечение, ведь довольно часто ограничение доступа к наркотическим медикаментам существенно снижает возможность купирования боли даже у пациентов с онкологической патологией.

Представляется актуальным дополнительное обучение медицинских работников, курирующих пациентов с болевым синдромом; помимо специфических знаний и навыков, эти специалисты должны обладать такими личностными характеристиками, как коммуникабельность, способность к эмпатии, эмоциональной поддержке и мотивации пациентов и их родственников, повышенная стрессоустойчивость.

Согласно принципам современного подхода, представленного IASP, роль врача в лечении болевого синдрома должна заключаться в первичном осмотре, обследовании и верификации диагноза, составлении плана лечения и его коррекции, проведении инвазивных вмешательств. Медсестры следят за соблюдением врачебных назначений и выполняют сестринские манипуляции (перевязки, инъекции, акупунктуру), а физиотерапевты проводят обучение пациентов, в том числе и с помощью психотерапевтов, составляют программу индивидуальных упражнений, применяют немедикаментозные техники лечения боли.

Важная роль в ведении пациентов с болевым синдромом принадлежит клиническим психологам, которые своевременно выявляют психические нарушения и проводят их коррекцию, а также составляют индивидуальный план по предотвращению нежелательных психологических реакций (индивидуальная или групповая психотерапия).

Подготовила **Татьяна Спринян**



## НОВИНИ МОЗ



### У м. Луганську відкрили завод із виготовлення медичних шприців

У м. Луганську відкрито завод із виготовлення медичних шприців. В офіційному відкритті заводу взяли участь заступник міністра охорони здоров'я України Олександр Гудзенко та мер міста Сергій Кравченко.

На новоствореному заводі будуть випускатися трикомпонентні шприци одноразового застосування. Виробничі потужності дозволяють виготовляти до 110 млн шприців на рік. Якість виробів відповідатиме всім світовим стандартам, а технологія стерилізації на новому заводі, за словами фахівців, перебудується використання газової суміші оксиду етилену, що не має аналогів в Україні.

Як зазначив Олександр Гудзенко, забезпечення медичних закладів України сучасними конкурентоздатними вітчизняними виробами медичного призначення сьогодні є першочерговим завданням.

«З метою сприяння розвитку вітчизняного медичного виробництва урядом України затверджено концепцію Загальнодержавної цільової економічної програми розвитку промисловості на період до 2017 р., згідно з якою до пріоритетів розвитку віднесено, зокрема, вітчизняне виробництво діагностичних систем, медичної апаратури, а також виробів медичного призначення для оснащення закладів охорони здоров'я», — наголосив заступник міністра охорони здоров'я України. За словами чиновника, поява виробів медичного призначення однократного використання нового потужного вітчизняного виробника дозволить стабілізувати вітчизняний фармацевтичний ринок, обмежити недобросовісну конкуренцію і захистити українського споживача від її наслідків.

### Недостатнє фінансування та негативні «міфи» у суспільстві гальмують розвиток трансплантології в Україні

Окрім недостатнього фінансування, розвиток трансплантології гальмується через відсутність необхідної кількості донорських органів. Однією з основних причин такої ситуації є неготовність суспільства до донатії трупних органів, адже родичі відмовляються надати органи померлого для трансплантації.

Директор Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України Руслан Салютін зазначив, що закон, який регламентує всі ці моменти, досить виважений — подібні закони успішно діють у країнах ЄС, США. «Адже не презумпція незгоди заважає донатії трупних органів, а менталітет тих, хто не хоче зрозуміти: один донор може врятувати щонайменше чотири людських життя. Бажання допомогти іншій людині непідвладне закону. На жаль, і ЗМІ, і громадськість загалом налаштовані проти нього», — зазначив директор центру.

За словами головного позаштатного фахівця МОЗ України за спеціальністю «Трансплантологія», заступника директора з наукової роботи Інституту хірургії і трансплантології НАМН України, доктора медичних наук Олега Котенка, вітчизняна трансплантологія потребує соціальної підтримки і матеріально-технічного забезпечення. «Переконаний, якщо фінансування залишатиметься на нинішньому рівні, ця галузь буде ледь жевріти замість того, щоб розвиватися. Пацієнти і надалі платитимуть значні кошти за лікування за кордоном. Натомість, ці кошти потрібно інвестувати у вітчизняну трансплантологію. В Україні потрібно створювати всі умови, щоб трансплантація була доступною», — зазначив О. Котенко.

За інформацією прес-служби МОЗ України