

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 Бевэри 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, передбачатиме 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 не підвладне 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

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укритими»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день



Новини МОЗ

ПОДІЇ • ФАКТИ • КОМЕНТАРІ

Офіційна зустріч

МОЗ України і ЮНІСЕФ обговорили співпрацю щодо захисту населення від інфекцій

Відбулася зустріч керівників Міністерства охорони здоров'я України з представниками Дитячого Фонду ООН – ЮНІСЕФ. Голова Представництва ЮНІСЕФ в Україні Юкіе Мокуо та перший заступник міністра охорони здоров'я України, головний державний санітарний лікар України Сергій Риженко обговорили спільні дії щодо захисту населення від інфекційних хвороб, зокрема торкнулися питання імунізації та інфекційного контролю в рамках співпраці ЮНІСЕФ та МОЗ України.

Під час зустрічі Сергій Риженко наголосив, що наразі має місце нерозуміння важливості імунізації певними верствами нашого суспільства. Проте головний державний санітарний лікар України вважає, що більшість регіонів держави підтвердили свою готовність брати участь в інформаційній кампанії, проводити роз'яснювальну роботу з батьками та лікарями. «За дорученням міністра хочу наголосити, що МОЗ України буде максимально сприяти співпраці з ЮНІСЕФ, оскільки питання імунізації стосується добробуту всієї нації», – підкреслив Сергій Риженко.

У свою чергу, пані Мокуо зазначила, що для ЮНІСЕФ підтримка МОЗ дуже важлива. «Ми маємо спільне розуміння проблем і того, що потрібно робити. Ми готові надати необхідну допомогу, щоб упевнитися, що вакцини прибули на місця, діти імунізовані і спільнота поінформована та розуміє, про що йдеться», – заявила голова Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

За словами Юкіе Мокуо, діяльність організації не є короткостроковою і стосується не лише розв'язання проблем, пов'язаних із нинішньою економічною кризою: «Наша співпраця буде продовжуватися і в інших питаннях, це буде довгострокове партнерство, і в майбутньому ми очікуємо від вас порад і побажань щодо його змісту та формату».

Партнерство

Українські діти оздоровлюються на Кубі

Протягом останніх двох десятиліть дітей, які постраждали внаслідок чорнобильської катастрофи, щороку відправляють на Кубу для оздоровлення та лікування захворювань шкіри.

Цього року спільними зусиллями МОЗ України, Чорнобильського фонду та уряду Куби було оздоровлено 61 дитину, 19 з них – мешканці м. Житомира, оскільки саме ця зона найбільше постраждала від аварії на ЧАЕС.

Пацієнти проживали в оздоровчому центрі «Тарара» в столиці Куби – м. Гавані. Відомо, що кліматичні умови цієї країни сприяють ефективному лікуванню захворювань шкіри, зокрема вітиліго й алопеції.

«Слід зазначити, що діти в оздоровчому центрі «Тарара» не лише лікуються, а й навчаються, – розповідає Василь Лазоришинець. – Там працюють 4 адміністратори та 7 вихователів з України (з розрахунку 1 вихователь на 10 дітей)».

Особливістю програми, за словами посадовця, є те, що діти перебувають на Кубі стільки, скільки необхідно для того, щоб повністювилікуватися або досягнути стану стійкої ремісії (українські діти перебувають на Кубі по півроку або й довше).

Для участі в цій програмі в першу чергу відбираються діти, які проживають у чорнобильській зоні; потім сюди занесені пацієнти, яким, на думку кубинських і українських лікарів, можна допомогти тільки в умовах кубинського клімату. Оздоровитися на Кубі можуть і ті діти, які подають заяву на комісію МОЗ України, а її члени ухвалюють рішення відповідно до висновку кубинських і вітчизняних фахівців.

За 20 років в оздоровчому таборі проліковано майже 23 тис. дітей. З цієї метою кубинська сторона витратила близько 350 млн доларів США, при цьому середня заробітна плата в країні становить 10-15 доларів на місяць. Щорічно уряд України виділяє майже 3 млн грн для забезпечення перельоту дітей, а харчування та перебування в таборі «Тарара» забезпечує кубинська сторона.

Конференція

На базі Науково-практичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України пройшов 5-й Український форум вроджених вад серця «Інтервенційна кардіологія і кардіохірургія перших годин життя».

У церемонії відкриття взяли участь міністр охорони здоров'я України Зіновій Митник, директор Науково-практичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України Ілля Ємець, віце-президент Дитячого госпіталю м. Сітла (США) Сенді Мельцер, менеджер з інтернаціональних програм всесвітньої організації Children's HeartLink Бистра Желева та голова місії соціальної допомоги дітям синодального відділення Української православної церкви архімандрит Філарет.

«Охорона материнства і дитинства є важливою складовою, зважаючи на значимість народження здорових дітей – майбутнього держави. На сьогодні актуальним є питання своєчасної діагностики, лікування та попередження захворювань у дітей», – зазначив Зіновій Митник. За словами міністра, у 2009 р. в Україні вперше виявлені вроджені вади серця у 8927 дітей віком від 0 до 17 років (для порівняння: у 2008 р. 7865 дітей). З них 5045, тобто більш ніж половина, – це діти до 1 року. У структурі вроджених вад розвитку майже 20% займають вади серця. «На жаль, сьогодні в Україні стан діагностики вроджених вад серця не відповідає сучасним стандартам, – зазначив Зіновій Митник. – Найчутливішим індикатором суспільно-економічного добробуту є показник смертності дітей віком до 1 року. У структурі малюкової смертності протягом останніх років після окремих станів, які виникли в перинатальному періоді, друге місце посідають уроджені вади розвитку, третє – зовнішні причини смерті».

Сьогодні потреба в проведенні операцій дітям з вродженими вадами серця перевищує реальні можливості закладів. Стратегія дитячої кардіохірургії спрямована на ранню діагностику патології та своєчасну корекцію вади для забезпечення високої ефективності лікування. Чітка організація, наступність у роботі спеціалістів – акушерів-гінекологів, медичних генетиків, неонатологів, педіатрів і дитячих кардіохірургів – дозволить забезпечити нерозривність лікувального процесу у дітей з вродженими вадами серця, вважає Зіновій Митник.

У свою чергу, Ілля Ємець розповів, що запровадження і вдосконалення нових методів кардіохірургії, інтервенційної кардіології, анестезіології і перфузіології дає можливість значно покращити ефективність лікування вроджених вад серця і зберегти життя тисячам дітей. «Найважливіша особа для нас – пацієнт. Але часто буває так, що вік нашого пацієнта – не тиждень і навіть не день, діти потребують фахової допомоги в перші години чи навіть хвилини свого життя, тому ми виконуємо надзвичайно важливу місію», – зазначив директор кардіоцентру.

За інформацією прес-служби МОЗ України