

Пациент не должен испытывать боль!

Проблема боли в последние годы является одной из наиболее обсуждаемых в медицинском сообществе. Если раньше считалось, что терапия должна быть преимущественно направлена на устранение этиологического фактора заболевания и его патогенетические механизмы, то сегодня обязательно учитывается и качество жизни больного, которое во многих случаях зависит от наличия/отсутствия боли.

Боль — это самая частая жалоба, с которой приходится иметь дело врачам всех специальностей. Болевой синдром является сигналом повреждения ткани, в основе которого может лежать травма, воспаление или инфекционный процесс, и, как правило, сопровождает течение какого-либо заболевания. Таким образом, острая боль — это важный предупредительный и защитный механизм, что отражено в определении, сформулированном Международной ассоциацией по изучению боли (IASP, 1994): «Боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей». Устранение фактора повреждения и его последствий, как правило, приводит к прекращению боли. Однако лечение лишь основного заболевания, явившегося причиной болевого синдрома, не представляется эффективным, поскольку боль приносит пациенту особые страдания, в значительной степени снижающие качество жизни, ограничивающие физическую активность и способствующие возникновению длительных психоэмоциональных нарушений. В некоторых случаях боль может выступать самостоятельным синдромом, требующим медикаментозной коррекции. Таким образом, существует потребность в эффективной обезболивающей терапии у пациентов с болевым синдромом различного генеза.

Физиология и психология боли

IASP указывает на необходимость проведения различия между болью и ноцицепцией. Термин «боль» обозначает субъективное негативное («болевое») переживание, которое обычно сопровождается ноцицепцией, но может также возникать и безо всяких стимулов (психогенная, фантомная боль). Ноцицепция — это нейрофизиологическое понятие, обозначающее восприятие, проведение и центральную обработку сигналов о повреждающих процессах или воздействиях; то есть это физиологический механизм передачи боли, и он не затрагивает описание ее эмоциональной составляющей.

Важное значение имеет тот факт, что само проведение болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентно ощущаемой боли. Болевые раздражения могут возникать в коже, глубоких тканях и внутренних органах. Импульс воспринимается двумя видами болевых рецепторов (ноцицепторов). Первый тип ноцицепторов представлен свободными нервными окончаниями, покрытыми миелиновой оболочкой. Это быстрые А-волокна, проводящие раздражение со скоростью 6–30 м/с, которые возбуждаются высокочастотными механическими (булавочный укол) и термическими раздражениями. А-волокна располагаются преимущественно в коже, а также в суставах. Второй тип ноцицепторов представлен немиелинизированными С-волокнами, проводящими раздражение со скоростью 0,5–2 м/с. Эти медленные афферентные волокна реагируют на все виды раздражителей — механические, температурные и химические. Они активируются химическими веществами, выделяющимися при повреждении тканей, являясь одновременно и хеморецепторами. С-волокна распределяются по всем тканям, за исключением центральной нервной системы.

В то же время тяжесть страданий, возникающих у пациента при наличии болевого синдрома, невозможно объяснить только физиологическими механизмами. Любое хроническое заболевание или недомогание, сопровождающееся болью, влияет на эмоции и поведение человека. Боль или ее ожидание способствует появлению тревожности, напряжения, депрессии, астенических проявлений, бессонницы, которые, в свою очередь, усугубляют ее восприятие. По данным А.С. Бронштейн (2001), распространенность психоэмоциональных нарушений среди пациентов с болью может достигать 87%. В связи с этим для оценки выраженности болевого синдрома IASP рекомендует использовать комплекс критериев, который включает оценку общего физического состояния, функциональной и социальной активности, способности к самообслуживанию и степени ограничения физической активности в связи с болевым синдромом, коммуникабельности, удовлетворенности лечением, сексуальной функции, профессиональной деятельности (С.Р. Chapman, 1989).

Острая боль — фактор риска развития хронического болевого синдрома

Необходимость лечения острой боли была подтверждена данными недавних исследований, показавших, что ее продолжительные эпизоды являются предиктором хронизации болевого синдрома. По данным S. Richeimer и соавт. (2000), интенсивные и продолжительные эпизоды острой боли, которые не были купированы, в большинстве случаев

переходили в хроническую форму. Эти сведения дают основание полагать, что интенсивная боль вызывает определенные изменения в центральной нервной системе: чувствительность нейронов к болевым импульсам увеличивается, в результате чего происходит значительное усиление восприятия болевого импульса. Такое физиологическое и микроанатомическое ремоделирование нервной системы называется нейропластичностью. В настоящее время ее изучению посвящены многочисленные исследования, которые показали, что способность к нейропластичности играет важную роль в процессах запоминания и памяти, при этом нервная система способна не только усваивать полезную информацию, но и «запоминать» боль, что приводит к ее хронизации. Эти данные позволяют утверждать, что эффективное купирование острой боли является важным мероприятием в предотвращении хронического болевого синдрома.

Боль и расстройство сна

В 1997–1998 гг. в США проводились широкомасштабные эпидемиологические исследования, показавшие, что нарушения ночного сна вследствие болевого синдрома — частое явление (А.М. Drewes, 1999). Так, среди населения старше 18 лет жалобы на ночные боли предъявили около 94 млн человек, у 56 млн боль нарушала нормальный ночной сон (31,6% опрошенных). Таким образом, каждый третий американец испытывает ночные боли, обуславливающие нарушения сна. 92% лиц, страдающих ночными болями, испытывают их и в дневное время, однако примерно в трети случаев обострение болей приходится именно на ночное время. Среди ночных болей преобладают боли в спине (64%) и головная боль (56%). Миалгии и другие виды боли встречаются в 55% случаев.

Другую группу болевых синдромов представляют патологические состояния, развивающиеся или инициируемые ночным сном. Так, во время сна развиваются или усиливаются клинические проявления ряда патологических состояний с доминирующим болевым синдромом:

- мигрени;
- кластерных головных болей;
- нейрогенных болей.

Наиболее отчетливо связь сна с болью наблюдается при головной боли. По данным вышеприведенного популяционного исследования, длительность нормального сна у лиц, испытывающих боль, сокращается в среднем на 2,4 ч, что приводит к достоверному снижению качества жизни, включая физическое здоровье, настроение, работоспособность. Ночная боль становится более существенным фактором дезадаптации, чем дневная, поэтому врачу необходимо правильно оценить болевой синдром в цикле «сон—бодрствование» и назначить лекарственные препараты с учетом продолжительности их действия, времени приема, влияния на механизмы боли и сна.

Лечение болевого синдрома

Для уменьшения боли в клинической практике используют несколько классов лекарственных средств: ненаркотические анальгетики, наркотические анальгетики, а также широкий спектр препаратов, обладающих опосредованной анальгетической активностью.

Новалгин — это комбинированный препарат для облегчения болевого синдрома, содержащий пропифеназон 0,20 г, парацетамол 0,20 г, кофеина 0,05 г, который обладает выраженным анальгетическим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь, достигая терапевтических концентраций действующих веществ через 15–30 мин после приема. Новалгин применяют для

купирования болевого синдрома слабой и средней интенсивности различного происхождения: головной боли, мигрени, зубной боли, суставной и мышечной боли, а также в качестве жаропонижающего средства при лихорадочных состояниях. Новалгин назначают взрослым по 1–2 таблетки (детям старше 12 лет — по одной таблетке) 1–3 р/сут, жевательно после еды, запивая небольшим количеством жидкости. Суточная доза не должна превышать 6 таблеток. Курс лечения зависит от эффективности терапии, но не должен превышать 10 дней.

Препарат хорошо переносится в стандартной дозе, однако его с осторожностью назначают пациентам с нарушением функции печени и почек, с доброкачественной гипербилирубинемией, а также для лечения больных пожилого возраста. При длительном назначении препарата (свыше 5 дней) необходим контроль картины периферической крови и функционального состояния печени. При применении в терапевтических дозах, не превышающих максимальную (6 таблеток в сутки), Новалгин не влияет на способность управлять транспортными средствами.

Пропифеназон может усиливать действие пероральных сахароснижающих средств, сульфаниламидных препаратов, антикоагулянтов, ulcerогенный эффект кортикостероидов. Эффективность препарата может снизиться при одновременном применении с холестирамином, холинолитиками, антидепрессантами, щелочными веществами. При одновременном приеме Новалгина с барбитуратами, противосудорожными средствами и этанолом значительно повышается гепатотоксическое действие препарата.

Заключение

Болевой синдром является сложной полиэтиологической проблемой, требующей пристального внимания врачей всех специальностей. Боль причиняет пациентам значительные физические и психологические страдания, снижает качество жизни и трудоспособность. Длительные эпизоды некупируемой острой боли могут приводить к хронизации процесса. Таким образом, раннее назначение анальгетиков при острой боли является важным способом профилактики возникновения хронического болевого синдрома.

Новалгин — это высокоэффективное средство для купирования боли слабой и средней интенсивности, которое обладает выраженным анальгетическим, противовоспалительным и жаропонижающим действием, а также хорошим профилем безопасности.

Подготовила **Татьяна Спринсян**



НОВАЛГИН

Высокоэффективный обезболивающий и жаропонижающий препарат

Применяется при:

- головной и зубной болях
- суставных и мышечных болях
- мигрени
- недомоганих в критические дни

НЕ ДАЙ БОЛИ ПОБОРОТЬ СЕБЯ

Р.с. № UA50820101 от 07.07.2009 г.