



Актуальность проблемы боли и обезболивания в клинической практике

Интервью с председателем Украинской ассоциации по изучению боли

Боль – одна из наиболее частых жалоб, с которой приходится сталкиваться врачам всех специальностей. При этом известно, например, что выраженная послеоперационная боль ассоциируется с более высоким риском периоперационных осложнений, в то время как адекватная послеоперационная аналгезия обеспечивает более раннюю безболезненную активизацию пациента и позволяет в целом улучшить ранние исходы хирургического вмешательства. Очень актуальна проблема боли и в практике ортопедов-травматологов. Им часто приходится сталкиваться не только с острой послеоперационной болью, но и с хроническим болевым синдромом, который является одним из важнейших факторов ограничения активности пациентов и снижения качества их жизни.

Однако если с острой болью врачи справляются достаточно успешно с помощью современных анальгетиков, то в вопросах терапии хронической боли остается еще немало белых пятен. Поэтому неудивительно, что проблеме боли и обезболивания во всем мире уделяется очень большое внимание, в том числе и в нашей стране. В 2009 году была даже создана Украинская ассоциация по изучению боли.

С председателем этой ассоциации, членом Европейской ассоциации членов Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain, IASP), членом Европейской федерации неврологических обществ (European Federation of Neurological Societies), профессором кафедры неврологии и нейрохирургии Луганского государственного медицинского университета, доктором медицинских наук Игорем Владимировичем Романенко беседовал наш корреспондент, чтобы узнать об основных методах, применяемых в лечении болевых синдромов, и перспективах улучшения оказания помощи пациентам, страдающим от боли.

– Игорь Владимирович, что сегодня понимают под термином «боль»? Какова современная классификация боли?

– Согласно определению IASP боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с текущим или потенциальным тканевым повреждением или описываемое в терминах такого повреждения. Последняя фраза подразумевает то, что боль может возникать и без повреждения тканей, но описывается пациентом как ощущение повреждения кожи, глубоких тканей или несуществующих конечностей.

Как бы парадоксально это не звучало, но боль в настоящее время рассматривается как важнейшее биологическое приобретение. Ведь боль – это не только проявление болезни, но и сигнал опасности, и в этом ее огромное приспособительное значение. Следует помнить, что сигнальное значение в большей степени характерно для острой боли. Хроническая боль отличается от острой не столько своей длительностью, сколько патогенезом, клиническими проявлениями, а также лечением и прогнозом.

Острая боль – это прежде всего сигнал о повреждении ткани, в основе которого лежит местный патологический процесс, связанный с травмой, воспалением, инфекцией. Острая боль уменьшается под влиянием анальгетиков. Хроническая боль продолжается более 3–6 месяцев, что значительно превышает период заживления тканей. Эта боль часто носит диффузный характер. Она утрачивает свое полезное сигнальное значение и как бы «отрывается» от местных патологических процессов, вызывающих острую боль, и начинает существовать по своим законам. Среди прочих

условий в генезе хронической боли значительную роль играет психический фактор. Если острая боль справедливо рассматривается как симптом, то хроническая может приобретать черты болезни, которая проявляется не только болевыми, но и вегетативными, эмоциональными и другими психическими нарушениями с дальнейшим формированием неадаптивного болевого поведения.

Помимо принципиального разделения боли на острую и хроническую, существует и много других классификаций. В зависимости от локализации болевых ощущений выделяют местную, регионарную, отраженную, иррадирующую и генерализованную боль. В зависимости от происхождения боль разделяют на ноцицептивную (соматическую и висцеральную), нейропатическую (периферическую и центральную) и психогенную. Также актуальна топографическая классификация болевого синдрома. В неврологической практике чаще всего встречается боль в спине, шее, а также головная боль. Достаточно распространены в популяции абдоминалгии, торакалгии, кардиалгии.

Практическое значение имеет уточнение интенсивности боли (легкая, умеренная, сильная, непереносимая), ее динамики (спонтанная, вызванная, нарастающая, стабильная или нестабильная, убывающая, рецидивирующая, пароксизмальная) и характера (тупая, ноющая, жгучая, колющая и т.д.).

– Чем обусловлена актуальность проблемы боли и обезболивания в клинической практике?

– Актуальность проблемы боли настолько очевидна, что не нуждается в дополнительных аргументах. Боль относится к наиболее частым жалобам, с которыми сталкиваются врачи разных специальностей в своей повседневной практике. По мнению экспертов ВОЗ, в развитых странах мира боль приобрела характер пандемии. Она нарушает активность и социальную адаптацию больных, снижает качество их жизни.

В неврологической практике борьба с различными формами болевого синдрома является повседневной проблемой. Среди нейрогенных болевых синдромов наиболее частой является головная боль, распространенность которой в популяции достигает 90%. Доминирует при этом первичная головная боль (головная боль напряжения встречается в 60% случаев, а мигрень – в 23%). Еще одной частой формой болевого синдрома является боль в спине. Около 20% взрослого населения страдают от периодически повторяющейся боли в спине длительностью более трех дней, у пятой части из них продолжительность болевого синдрома превышает один месяц. Не менее актуальна проблема мышечной боли, которая встречается у 30–85%

популяции. Миалгии чаще сопровождаются вертеброгенную боль в спине (у 60% больных), но могут носить и первичный характер.

С болью разной интенсивности сталкиваются в ортопедо-травматологической и хирургической практике. Даже небольшое оперативное вмешательство без применения анальгетиков сопровождается послеоперационным болевым синдромом. Его выраженность и длительность могут варьировать, однако, по данным ряда авторов, от 30 до 75% пациентов в послеоперационном периоде страдают от выраженного болевого синдрома. Травмы, в том числе переломы костей, также практически во всех случаях протекают с болевым синдромом. Что касается патологии суставов, то, по данным С.Е. Мясоедовой и соавт. (2006), около 40% взрослого населения при опросе предъявляет жалобы на боль в коленных или тазобедренных суставах.

– Какие методы применяют в настоящее время для купирования боли?

– Каждый врач в своей деятельности старается непременно и своевременно купировать болевой синдром и облегчить состояние пациента. Чтобы составить адекватную комплексную программу лечения боли, необходимо установить ее происхождение. Устранить боль (или как минимум уменьшить ее выраженность), а также связанные с ней эмоциональные и социальные проблемы позволяют фармакологические и немедикаментозные методы анальгезии.

В основе симптоматического лечения острой боли различного генеза лежит применение обезболивающих лекарственных средств. С этой целью используют ненаркотические и наркотические анальгетики, а также анестетики с различной выраженностью обезболивающего эффекта. При необходимости их сочетают с адьювантной терапией. Хроническая боль требует иного терапевтического подхода. В ее лечении, помимо местных анестетиков, ненаркотических анальгетиков, опиатов и комбинированных обезболивающих препаратов, более широко применяют антидепрессанты, антиконвульсанты, блокаторы NMDA-рецепторов, а также немедикаментозные методы анальгезии. Применение большинства указанных средств обезболивания требует предварительной консультации невролога.

Ненаркотические анальгетики, к которым относятся нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и ацетаминофен (парацетамол), являются препаратами первого выбора для лечения легкой и умеренной боли, в первую очередь ноцицептивных болевых синдромов. Парацетамол и НПВС практически не вызывают привыкания, однако для этих препаратов характерен так называемый потолочный эффект. Это означает, что при достижении определенной дозы

дополнительное количество анальгетика уже не усиливает аналгезию.

Опиоиды (наркотические анальгетики) – основные средства в лечении сильной и нестерпимой острой боли, которые широко применяются в онкологии. Роль опиоидов в лечении хронической боли неонкологического происхождения неоднозначна. Согласно рекомендациям ВОЗ по безопасному и эффективному использованию опиоидов при неонкологических болевых синдромах эти препараты следует применять только в том случае, если другие способы обезболивания оказались неэффективными.

Кроме традиционных ненаркотических и наркотических анальгетиков, для обезболивания используют адьювантные (вспомогательные) средства. Это препараты, которые не предназначены непосредственно для купирования боли, но способны оказывать аналгетическое действие при определенных болевых синдромах. К ним относятся антидепрессанты, антиконвульсанты, блокаторы NMDA-рецепторов, нейролептики, бензодиазепины, кортикостероиды, ингибиторы остеокластов, кальцитонин, местные анестетики. Например, антидепрессанты используются в лечении нейропатической боли, боли в пояснице, головной боли, фибромиалгии, боли в суставах, онкологической боли и других видах хронической боли. Адьювантные препараты часто назначают в сочетании с традиционными анальгетиками.

Для анальгезии могут использоваться инвазивные методы: инъекции НПВС, местных анестетиков или других препаратов в триггерные точки, инъекции токсина ботулизма, блокада нервов, перидуральная и спинномозговая анальгезия, стимуляция спинного мозга и др. Для выполнения этих процедур и лечения возможных осложнений требуется специальная подготовка. Инвазивные методы часто играют важную роль в комплексных программах лечения боли. Периферические и центральные нервные блокады не только используются для лечения различных болевых синдромов, но и играют важную роль в диагностике, так как помогают установить источник боли. Если периферическая блокада полностью купирует болевой синдром, это свидетельствует в пользу периферического расположения источника боли. Когда боль распространяется на несколько дерматомов, селективная периферическая блокада помогает выявить нерв или дерматом, первично ответственный за возникновение боли.

К нефармакологическим средствам купирования боли относят физиотерапевтические, психологические и другие методы. При лечении боли различной этиологии применяют чрескожную электронейростимуляцию, подкожную электростимуляцию нерва, интерференционные токи, высоковольтную гальваническую стимуляцию (постоянным током), фарадическую стимуляцию (переменным током), краниальную электростимуляцию. Выбор способа стимуляции зависит от характера боли, лежащего в основе заболевания, цели



І.В. Романенко

с острой и хронической болью. Американская ассоциация хронической боли (American Chronic Pain Association, ASCPA) большое значение отводит обучению пациентов методам самопомощи. Другие виды психотерапии, дыхательные техники, гипноз также играют определенную роль в лечении хронических болевых синдромов. Для решения многочисленных социальных проблем, вызванных хронической болью, привлекают и обучают социальных работников.

В идеале лечение хронических болевых синдромов должно осуществляться в хорошо организованных многопрофильных центрах лечения боли, где обеспечивается непрерывность оказания помощи (от диагностики до инвазивного вмешательства). Ряд исследований подтвердил экономическую эффективность таких центров, особенно для скелетно-мышечных болевых синдромов. Например, в США на сегодняшний день создано свыше 2 тыс. клиник и центров по изучению и лечению боли, а наука о боли признана самостоятельной отраслью медицины. Широкое распространение получил термин «медицина боли».

— **Расскажите, пожалуйста, об истории создания и целях Украинской ассоциации по изучению боли.**

— В последнее десятилетие отмечается стремительный рост количества исследований, посвященных вопросам боли и обезболивания. Созданы многочисленные международные и национальные научные общества, занимающиеся этой проблемой, ведущими из которых являются IASP (основана

в 1973 году) и Европейская федерация членов IASP (The European Federation of IASP chapters, EFIC), которая была организована в 1993 году. Эти научные сообщества объединяют ученых, врачей и организаторов здравоохранения с целью стимулирования и поддержки изучения проблемы боли и внедрения полученных знаний в клиническую практику. Каждые два года IASP проводит Всемирный конгресс по боли, последний из них (13-й) проходил в Монреале (Канада) с 29 августа по 2 сентября 2010 года.

Проблема боли очень интересует и украинских специалистов, поэтому в 2009 году была создана Украинская ассоциация по изучению боли. В октябре 2010 г. она получила статус официального представителя IASP на территории Украины, а в ноябре 2010 г. стала членом EFIC.

Украинская ассоциация по изучению боли является мультидисциплинарной организацией, которая объединяет работников практического здравоохранения, научных сотрудников, организаторов здравоохранения, политиков с целью улучшения оказания помощи людям, страдающим от боли. На сегодняшний день география деятельности ассоциации охватывает все области Украины (более 40 городов).

Основными направлениями работы ассоциации являются:

— поддержка клинических исследований в области патофизиологии, фармакологии, эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики боли;

— создание, поддержка и развитие специализированных медицинских центров, кабинетов, лабораторий, работающих

в области диагностики, лечения и профилактики боли;

— консолидация усилий медицинских работников различных специальностей вокруг проблем диагностики, лечения и профилактики боли;

— поддержка организации и проведения образовательных курсов и курсов повышения квалификации для врачей в области проблемы боли;

— популяризация информации об острых и хронических болевых синдромах среди населения и медицинских работников.

За очень небольшую историю существования наша ассоциация уже выступила организатором нескольких мероприятий, которые являются важными шагами в реализации перечисленных выше задач, в частности бесплатных школ по головной боли и боли в спине для пациентов и Европейской недели против боли в Украине (2010). В феврале текущего года ассоциация проводит в г. Яремче I международную конференцию «Вейновские чтения в Украине». В ней примут участие ведущие специалисты Украины, России, Германии, США, Казахстана, Нидерландов, в том числе дочь выдающегося российского невролога Александра Вейна, профессор кафедры неврологии клиники Лейденского университета Алла Александровна Вейн.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что Украинская ассоциация по изучению боли открыта к сотрудничеству. Объединив усилия, мы сможем решить проблему облегчения боли у украинских пациентов.

Подготовил Вячеслав Килимчук



Анкета читателя

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Нам важно знать Ваше мнение!

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Народного Ополчення, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки
тематического номера «Хірургія. Ортопедія.
Травматологія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Понравился ли вам тематический номер «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

Назовите три лучших материала номера

1.
2.
3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись