



ПРАКТИКУМ ЛІКАРЯ

ХРОНІЧНИЙ БІЛЬ

За редакцією О. С. Чабана

Київ
«Доктор-Медіа-Груп»
2019

УДК 159.944.4
ББК 53/57
Ч12

Чабан О.С.

Ч12 Хронічний біль / За редакцією професора, доктора медичних наук О.С. Чабана. – К: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2019 р. – 86 с.

ISBN 978-617-7484-20-1

УДК 159.944.4

**Спеціалізоване медичне видання для спеціалістів
охорони здоров'я. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець. Інформація для використання у професійній
діяльності медичними та фармацевтичними працівниками**

ISBN 978-617-7484-20-1

© ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2019

Зміст

Скорочення	4
ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ	5
Теорії болю	5
Ноцицепція	8
Статистика	26
Класифікація	29
ДІАГНОСТИКА	36
Оцінка за шкалами	38
Оцінка DIRE	47
Нейропатичний біль.....	57
Фіброміалгія	61
Біль при запаленні.....	62
Біль, викликаний онкологічними захворюваннями	62
ЛІКУВАННЯ	63
Фармакотерапія	67
Немедикаментозне лікування	80
CONCLUSIO	84

Скорочення

DIRE	Діагностика (D), невідатливість (I), ризик (R), ефективність (E)	АС	Антиоцицептивна система
DN	Douleur neuropathique, нейропатичний біль	АТФ	Аденозинтрифосфорна кислота
EFNS	European Federation of Neurological Societies, Європейська федерація неврологічних товариств	ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
EMEA (EMA)	European Medicines Agency, Європейська агенція лікарських засобів	ГАМК	γ-аміномасляна кислота
FDA	Food and Drug Administration, Управління з контролю за продуктами та лікарськими засобами США	ГМ	Головний мозок
NHS	National Health Service, Національна служба охорони здоров'я Великобританії	ГТР	Генералізований тривожний розлад
NMDA NOS	N-метил-D-аспартат NO-synthase, синтаза оксиду азоту	ДПН	Діабетична полінейропатія
PCS	Physical component summary, фізичний компонент здоров'я	ЗПСП	Збуджуючий постсинаптичний потенціал
PCS	Pain Catastrophising Scale, шкала катастрофізації болю	ІЗЗСН	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
PKC	Protein kinase C, протеїнкіназа C	ІХС	Ішемічна хвороба серця
SPAASMS	Бали для болю (S), рівні фізичної активності (P), додаткові знеболюючі препарати (A), додатковий візит до лікаря (A), показники сну (S), показники настрою (M), побічні ефекти (S)	ЛЗ	Лікарський засіб
VAS	Visual Analogue Scale, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ)	МАО	Моноамінооксидаза
		МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
		НБ	Нейропатичний біль
		НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
		НПР	Непсихотичні психічні розлади
		ПГН	Постгерпетична невралгія
		СЗК	Синдром зап'ястного каналу
		СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
		ТГН	Тригемінальна невралгія
		ТЕНС	Транскутанна електронейростимуляція
		ТЦА	Трициклічні антидепресанти
		ХБС	Хронічний больовий синдром
		ЦД	Цукровий діабет
		ЦНС	Центральна нервова система

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ



Біль (згідно International Association for the Study of Pain (IASP), 1994) – це неприємний сенсорний та емоційний досвід, пов'язаний з реальними чи можливими ушкодженнями тканин, або який сприймається як пошкодження тканин (Merskey H. et al, 1994)



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

Теорії болю

XVII ст. Теорія прямої висхідної дії на мозок, Декарт «Якщо вогонь наблизиться до ноги, то найдрібніші частки вогню здатні привести в рух ту крихітну ділянку шкіри, якої вони торкнуться. Тим самим вони натягнуть тонку жилку, прикріплену до цієї ділянки шкіри, і в ту ж мить відкриють клапан в мозку, яким закінчується ця жилка. Це схоже на те, як якщо б ви потягнули за мотузку, прив'язану до язика великого дзвону».

XIX ст. Нейроспецифічна теорія, М. Фрей (M. Frey, 1894 – Neural specificity theory)

Теорія ґрунтувалася на факті наявності в шкірі больових рецепторів, від яких починаються специфічні аферентні шляхи до головного мозку. Було показано, що при подразненні шкіри людини за допомогою металевих електродів, дотик яких навіть не відчувався, виявлялися «точки», порогова стимуляція яких сприймалася як різкий нестерпний біль.

Теорія інтенсивності, пізніше – теорія «патерна», або «сумації», А. Гольдшейдер (Goldscheider, 1896 – Pattern theory)

Говорить про те, що будь-який сенсорний стимул, що досягає певної інтенсивності, може викликати біль. Тобто не існує специфічних больових структур, а біль є результатом сумації термічних, механічних та інших сенсорних імпульсів.

XX ст. Ворітна теорія болю, або теорія ворітного контролю, Р. Мелзак та П. Волл (R. Melzak, P. Wall, 1965 – Gate control theory)

Відповідно до цієї теорії, відкриття воріт для проходження больових імпульсів у розташовані вище структури ЦНС відбувається на рівні желатинозної субстанції задніх рогів спинного мозку. Відкриття воріт відбувається за участю субстанції Р, брадикініну, простагландинів та інших речовин. Закриття ж їх – за участю енкефалінів, що гальмують реалізацію больової аферентації за допомогою субстанції Р й інших алгогенів.

Нейроматриксна теорія Р. Мелзак (R. Melzak, 1998 – Neuro-matrix theory)

Відповідно до теорії больові відчуття формуються патерном нервових імпульсів у нейрональних ланцюгах ЦНС (переважно в лімбічній системі). Нейроматрикс являє собою велику мережу нейронів, що утворює функціональні петлі між таламусом і корою; корою і лімбічною системою. Синаптичні зв'язки в цій нейронній мережі генетично детерміновані. Вони певним чином складають материнську «матрицю», що генерує, відтворює і модулює відповідну сенсорну інформацію. Нейронні петлі дивергують (розходяться в головному мозку в просторі) та формують три основні компоненти нейроматриксу – «нейромодулі», у яких і відбувається одночасна паралельна обробка аферентних імпульсів.

Психологічний
аспект

БІЛЬ

Біологічний
аспект

Психологія болю

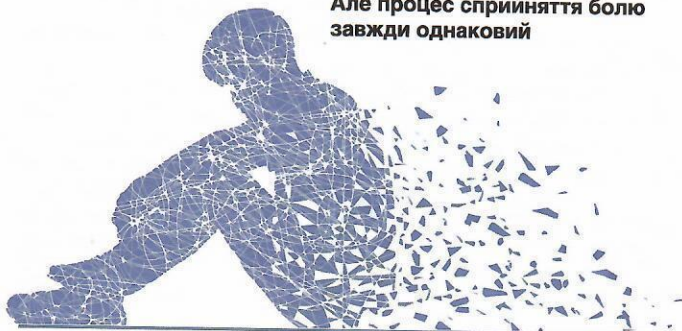
Біль – це складний комплекс фізіологічних реакцій організму, а також думок, образів, почуттів, які переживає хвора людина

Внутрішній діалог пацієнта, який часто відображає безпомічність, втрату надії, втрату контролю, болючу уяву, зміну мотивації та очікування підсумовуються в болючий синдром (синдромо-комплекс)

Біль формується рядом факторів:

- генетичний фон;
- поріг больового відчуття;
- індивідуальний інтервал витривалості;
- особистісні якості і т.п.

Але процес сприйняття болю завжди однаковий



Загадки болю

Біль – суперригідна система нейронних контурів з дивною здатністю до надшвидкого відновлення

У болю немає єдиного каналу входу

Немає єдиного нейронного контуру

Немає тотальної пам'яті

Біль має індивідуально емоційну складову

Незрозуміло різко завершується

Ноцицепція

Ноцицепція – це сприйняття, проведення й обробка у ЦНС сигналів про шкідливі процеси або впливи.

**Ноци-
цептори**
(рецептори
больових
подразнень)

Це вільні нервові закінчення, що знаходяться в усіх тканинах, за винятком паренхіми печінки, альвеол легень, тканини мозку

Вільні нервові закінчення, пов'язані або з А-дельта-волокнами (швидкість проведення 15-25 м/с), або з повільнопровідними (0,5-1 м/с) волокнами групи С

Соматичні ноцицептори здатні сприймати механічні, хімічні й температурні стимули

Вісцеральні ноцицептори реагують на механічні (розтягування порожнистих органів) і хімічні подразнення, але не мають термоноцицепторів

90% ноцицепторів розташовані в соматичних тканинах організму, 10% – у вісцеральних органах

Тип волокон	Відчуття	Клінічне тестування (якісне). Може виконуватися на рівні первинної ланки	Клінічне тестування (кількісне)
Аβ	Тактильне	Шматочок вати	Монофіламент
	Вібрація	Камертон	Вібраметр
Аδ	Холод	Пробірка з водою (20°)	Термотестер
	Чутливість до уколу	Зубочистка	Альгометр
	↑ температура	Пробірка з водою (45°)	Термотестер
С	Температура (тепле, гаряче)	Пробірка з водою (45°)	Термотестер

Локалізація ноцицепторів та подразники, що їх активують



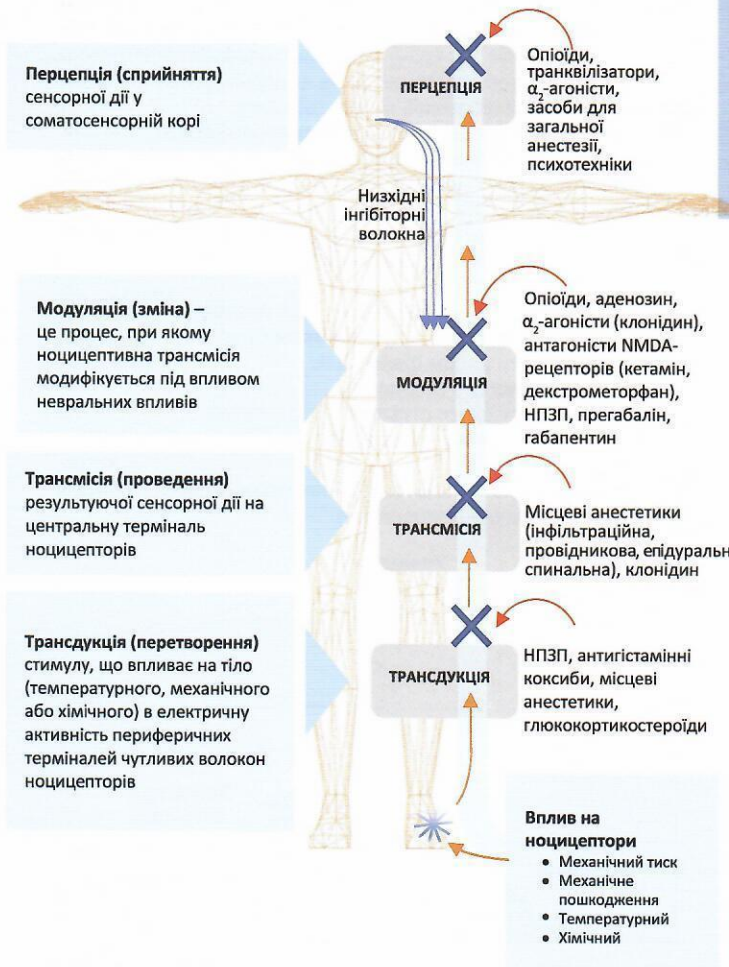
До потрапляння у ЦНС інформація від рецепторів **модулюється** (змінюється). Існує два типи механізмів модуляції ноцицептивних імпульсів: гальмівні та збуджуючі. Гальмівні механізми пов'язані з вивільненням **гліцину** та/або γ -аміномасляної кислоти (**ГАМК**). Збуджуючі механізми пов'язані з **глутаматом**.

Альгогени – хімічні речовини, здатні активувати ноцицептори, поділяють на три групи:

- тканинні альгогени, що виділяються в позаклітинне середовище при пошкодженні тканин із стовбурових клітин (гістамін), тромбоцитів (серотонін, АТФ), нейтрофілів (лейкотрієни), макрофагів (інтерлейкін 1, фактор некрозу пухлини α), ендотелію (інтерлейкін 1, фактор некрозу пухлини α , ендотелін, простагландини, оксид азоту);
- альгогени плазми крові (брадикінін, калідин);
- альгогени, що виділяються з периферичних закінчень С-ноцицепторів (субстанція Р, нейрокінін А, кокальцигенін).

Альгогени	Основні ефекти
Кініни • Брадикінін • Калідин	Активация ноцицепторів
Серотонін	
Гістамін	Розширення судин, набряк, свербіж, сенситизація ноцицепторів
Простагландини	Сенситизація ноцицепторів
Лейкотрієни	
H ⁺	Гіпералгезія
Цитокіни	Сенситизація ноцицепторів та стимуляція
Аденозин	Гіпералгезія

Ноцицепція та точки прикладення анальгетиків



Антиноцицептивна система (АС) – ендогенна система, що гальмує проведення ноцицептивних сигналів.

Активація структур антиноцицептивної системи відбувається під впливом ноцицептивних сигналів (механізм зворотного зв'язку). АС пригнічує передачу больових імпульсів, здійснюючи гальмування ноцицептивних нейронів в задніх рогах спинного мозку, ретикулярної формації, ядрах таламуса.

Між структурами антиноцицептивної системи існують тісні анатомічні двосторонні зв'язки, що об'єднують окремі утворення.

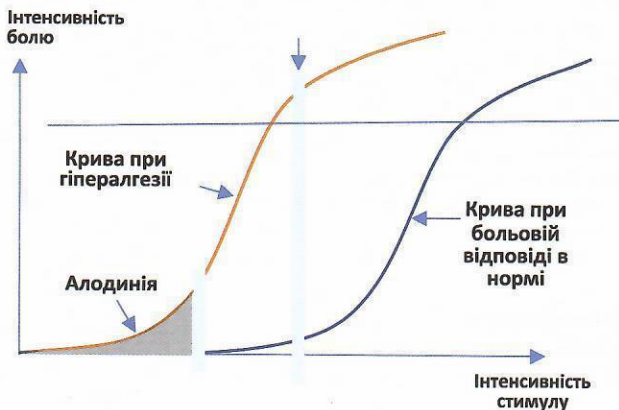
АС об'єднана в єдину мережу і забезпечує вибіркове включення нейрохімічних механізмів гальмування болю. Найбільше значення в природних механізмах знеболення мають опіоїдергічна, серотонінергічна, норадренергічна та канабіноїдна системи мозку.

Нейропластичність – це зміни в шляхах проведення болю, викликані пошкодженням периферичної тканини або самого нерва, які супроводжуються рядом феноменів:

- ↓ больового порогу (алодинія);
- ↑ реакції на шкідливі стимули (гіпералгезія);
- ↑ тривалості реакції на короткочасну стимуляцію (постійний біль);

Поширенням болю та гіпералгезії на непошкоджену тканину (біль у спині й вторинна гіпералгезія).

Ушкодження



Периферична сенсibiliзація

- ↓ Больовий поріг – ↑ перцепція
- Гіперчутливість поширюється за межі пошкодження
- Біль триває довше, ніж больовий стимул

Центральна сенсibiliзація

- Залежний від активності процес
- ↓ функції інгiбиторних інтернейронів
- Гіперзбудливість
- ↑ звільнення нейротрансмітерів
- Принципові зміни в фізіологічних характеристиках спінальних нейронів:
 - Зниження порогу активації.
 - Посилення відповіді.
 - Розширення рецептивного поля (вторинна гіпералгезія).

Втрата гальмування в нейронах дорсальних рогів спинного мозку є ключовим елементом стійкого запального нейропатичного болю.

Травма нервового корінця та/або запалення можуть призводити до постійного надходження больових сигналів і тривалої активації низхідних модуляторних шляхів, які полегшують передачу болю.

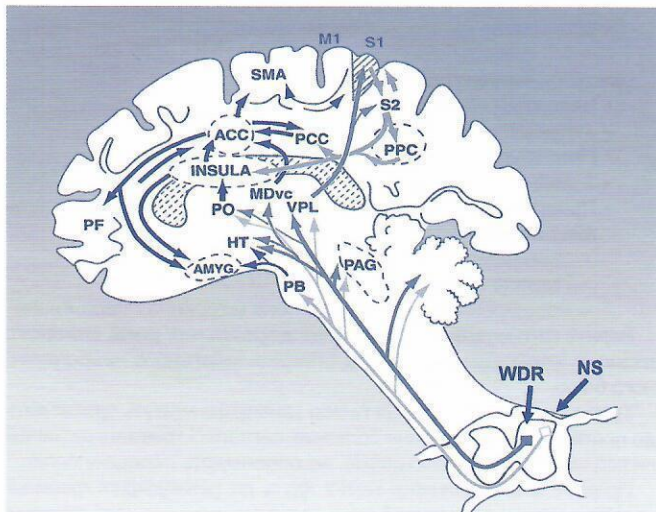
Провідні шляхи спинного мозку йдуть до ретикулярної формації стовбура мозку і оточуючих її ядер до сходження в таламусі, головної структури для прийому та інтеграції ноцицептивних стимулів перед передачею їх до соматосенсорної кори. Проте лише незначна частина всіх сенсорних сигналів зі спинного мозку надходить до таламусу через відбір їх на попередніх етапах (локальна обробка, модуляція і т.д.).

Соматосенсорна кора, в свою чергу, проектує їх у суміжні ділянки кори, переважно **лімбічну систему**:

- поясна звивина (поведінка та емоції);
- амігдала (обумовлений страх і занепокоєння);
- гіпокамп (пам'ять);
- гіпоталамус (симпатична вегетативна активність);
- блакитна пляма (пробудження, пильність, поведінка);
- частини навіоловодопровідної сірої речовини (реакція «бий або біжи», стрес-індукована алгезія).

Знання анатомічних шляхів та фізіологічних і біохімічних механізмів болю залишаються неповними і продовжують розширюватися

Схематичне зображення структур, які беруть участь у обробці болю (Price, 1999, 2000)



- S2** вторинна соматосенсорна область кори
SMA додаткова моторна область
PCC задня поясна кора
PPC задня тім'яна кора (нижня та верхня тім'яні частки)
AMYG мигдалеподібне тіло
Insula острівкова частка
PAG навколопровідна сіра речовина
PB парабрахіальне ядро
M1 первинна моторна кора
ACC передня поясна кора
S1 первинна соматосенсорна область кори
PF префронтальна кора
MD_{vc} вентрокаудальна частина медіального дорсального ядра
PO вентромедіальна частина заднього ядерного комплексу
VPL вентральне постеролатеральне ядро
HT гіпоталамус
WDR широкий діапазон чутливості
NS специфічні ноцицептивні висхідні нейрони (до головного мозку від сірої речовини спинного мозку)

Каскад реакцій, пов'язаних із болем
(D.B. Carr, L.C. Goudas, 1999)



ЗПСП – збуджуючий постсинаптичний потенціал.
NOS – синтаза оксиду азоту.
PKC – протеїнкіназа С.
Wind-up – прогресивне ↑ потенціалу дії.

Концептуальна модель хвороби Енджела (Engel's conceptual model of illness)



У 1977 році професор George Engel сформулював біопсихосоціальну модель хвороби.

У 80-ті роки ХХ століття J. Loeser (1982) та W. Fordyce (1988) запропонували застосувати дану модель при лікуванні болю

Концептуальна модель болю (Loeser's conceptual model of pain)



1) *ноцицепція* (імпульсація від рецептивного поля);

2) *біль* (інтеграція ноцицептивних сигналів на рівні спинного мозку);

3) *страждання* (негативне відчуття, генероване у ЦНС й модульоване емоційними ситуаціями, такими як гострий або хронічний стрес);

4) *больова поведінка* (моторно-мотиваційна відповідь організму, регульована усіма складовими)

Нейронні пазли больової поведінки



Порівняно слабке подразнення, особливо якщо воно спричинене об'єктом, що рухається на поверхні шкіри, зумовлює відчуття свербіння та лоскоту.

Свербіння – своєрідне неприємне відчуття, яке виникає при подразненні больових рецепторів (вільні нервові закінчення без мієлінових нервових волокон), розташованих під епідермісом. Може бути тривалим, безперервним і захоплювати велику площу шкіри.

Свербіння полегшується під час чухання внаслідок активування великих аферентів із високою провідністю, що перебивають передачу імпульсів у дорсальних стовпах. Системи волокон для свербіння та болю відрізняються.

Відомо, що лоскіт сприймається як приємне відчуття, свербіння – як докучливе, а біль є неприємним.

Біль залежно від статі

**Чоловіки**

- на 50% менш імовірний головний біль, біль у спині, суглобах;
- ймовірніший гострий біль;
- ймовірніший мономорфний біль;
- краще реагують на анальгетики;
- біль має виражений соматичний компонент

Жінки

- на 50% ймовірніший головний біль, біль спини, суглобів;
- ймовірніший хронічний біль;
- ймовірніший поліморфний біль;
- гірше реагують на анальгетики;
- біль має виражений емоційний компонент

Гострий біль викликаний адекватною стимуляцією ноцицептивних нейронів. Зазвичай виникає при пошкодженні м'яких тканин і супроводжує процес регенерації тканин.

Підгострий біль часто не настільки інтенсивний і йде за гострою фазою. Він відноситься до органічного болю, що виникає в процесі загоєння тканин та їх ремоделювання, і триває не більше 12 тижнів.

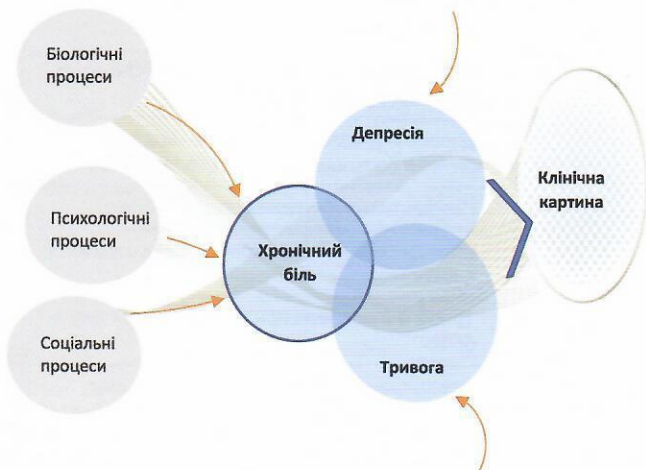
Хронічний біль, навпаки, втратив свою протекторну роль. У пацієнтів, які страждають на такий вид болю, часто виникають труднощі з визначенням пошкодження тканин, або відсутній стимул, який став початковим джерелом болю. Хронічний біль сприяє біохімічним та фенотиповим змінам (молекулярним і клітинним) у нервовій системі, що призводить до фізіологічної, ме-

таболічної та імунологічної альтерації, яка, як відомо, загрожує нормальному перебігу процесів гомеостазу, сприяє розвитку хвороби і внаслідок цього призводить до смерті.

У 10-20% випадків гострий біль переходить у хронічний, який триває більше трьох місяців.

Головною відмінністю хронічного болю від гострого є не часовий чинник, а якісно інші нейрофізіологічні процеси, психофізіологічні й клінічні прояви

Біль завжди має суб'єктивний характер, його кінцева оцінка визначається локалізацією і характером ушкодження, природою ушкоджуючого фактора, психологічним станом людини та її індивідуальним життєвим досвідом.



Хронічний біль, на думку різних авторів, у 10-100% поєднується із депресією. Так, за даними дослідження болю в Європі, у 21% респондентів діагноз депресії був поставлений через наявність болю. Вважають, що біль та інвалідизація передують депресії.

Також відомо про поєднання ХБС із тривожними розладами та порушенням сну.

Характерні ознаки хронічного больового синдрому (M. Lefkowitz)

Увага пацієнта постійно прикута до болю

Скарги на біль мають постійний характер

Пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зойк, стогін, гримаси, кульгавість тощо)

Використання безлічі різноманітних ліків

Часте звертання за медичною допомогою

Погіршення сімейних відносин (чоловік/жінка відчуває занепокоєння, депресію і страх)

Фактори, які сприяють розвитку хронічного болю

Стать та вік (частіше розвивається у жінок похилого віку)

Соціальний статус (одинокі, розлучені особи з низьким рівнем доходу)

Висока інтенсивність болю та неоднократні епізоди больового синдрому в минулому

Неефективне лікування гострого болю

Епізоди сексуального або фізичного насилля в анамнезі

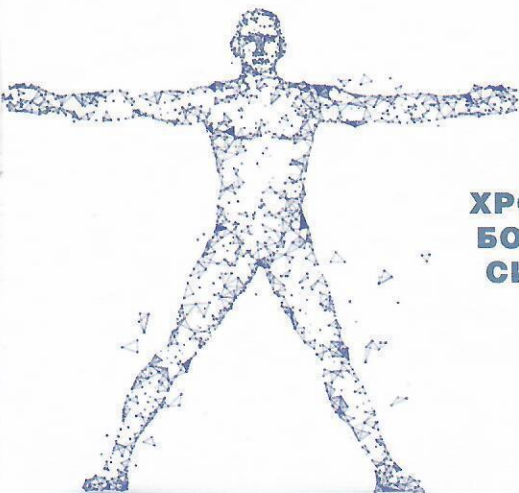
Тривога й депресія при виникненні гострого болю

Зловживання алкоголем та лікарськими засобами

Можливість отримання компенсаційних виплат, пов'язаних із захворюванням (лист непрацездатності, соціальна допомога)

Позитивний сценарій

- опанування болю;
- часткове зменшення фіксації уваги на болю;
- початок сприйняття болю як дещо «належне» та «неминуче»;
- ведення звичного способу життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності

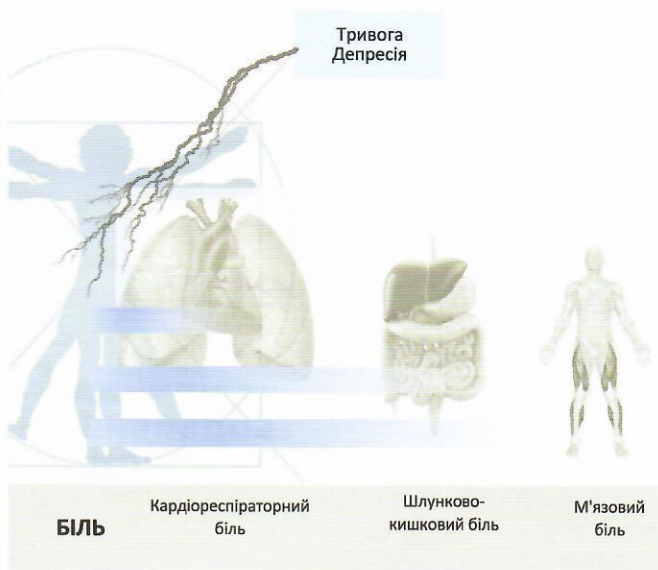


ХРОНІЧНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Негативний сценарій

- формування надмірної «підлеглості» та залежності;
- потреба у більшій увазі;
- відчуття надмірної хвороби;
- формування хворобливої обмежувальної поведінки зі зменшенням активності й зняттям із себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків

Асоціація психічних розладів та болю



Тривожні й тривожно-депресивні розлади більше асоційовані із болем кардіореспіраторного генезу в порівнянні зі шлунково-кишковим та скелетно-м'язовим болем.

Відчуття фізичного болю створює нейронний ансамбль, який також безпосередньо відповідає за оцінку власних емоцій та самопізнання себе в болю (медіальна префронтальна кора, прилегле ядро перегородки – *nucleus accumbens*).

Фізичний біль та душевний біль (наприклад, відчуття самотності) мають єдині зони проєкції на ГМ: острівкову кору та вторинну соматосенсорну ділянку (Hidehiko Takahashii et al., 2009).

Емоції з дитинства з тривалим періодом дії та низьким порогом збудження, або де буде проявлятися біль



Сімейні таємниці та хвороби (Marie-Dominique Beaulieu, 2009)

Градація сімейних таємниць:

- алкоголізм;
- насилля;
- небажана вагітність;
- незручні та ганебні хвороби

Ставлення та емоції на власні таємниці:

- страх;
- гнів;
- безсилля;
- розпач;
- вина

Приховані проблеми – невідреаговані емоції:

Гнів → захворювання серцево-судинної системи

Вина → шлунково-кишкові розлади, депресія, онкологія

Страх → вегетосудинна дистонія, тривога, шлунково-кишкові розлади

Біль та настрої

Біль створює негативні переживання, а негативні переживання посилюють біль

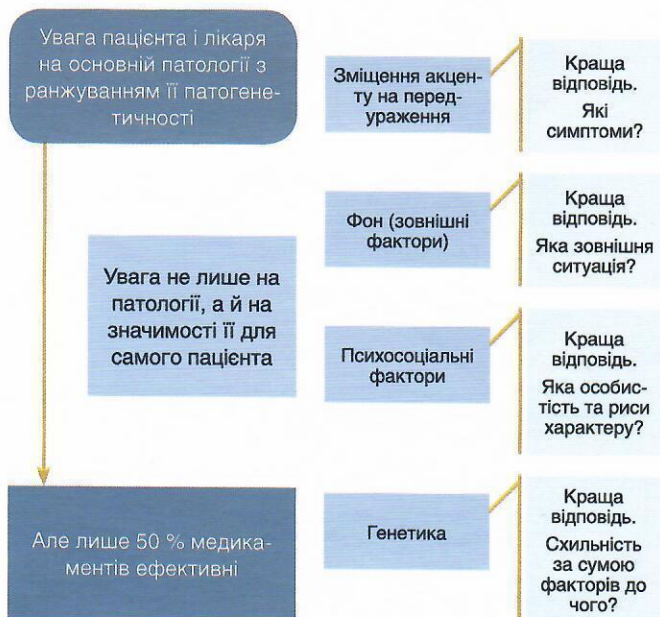
Біль призводить до зниження ефективності сну, частих пробуджень, низької якості сну

Хронічний біль високо корелюється з розладами настрою, особливо *депресією* та *тривогою*

Пацієнти з *депресією* та *тривогою* частіше скаржаться на біль, аніж пацієнти без емоційних порушень

Біль та порушені емоції (тривога, фобії, депресія...) різко змінюють якість життя пацієнта та часто є синергічними для катастрофічних дій, екзистенційних криз

Біль як полісистемний прояв ураження



З якими порушеннями психіки пацієнтів у межах своєї роботи найчастіше зустрічається лікар-інтерніст?

- Астенія.
- Гіподепресія (дистимія).
- Депресивний синдром.
- Депресивний розлад.
- Тривожний синдром.
- Тривожний розлад.
- Фобія (нав'язлива).
- Розлади поведінки та харчування.
- Порушення мислення.

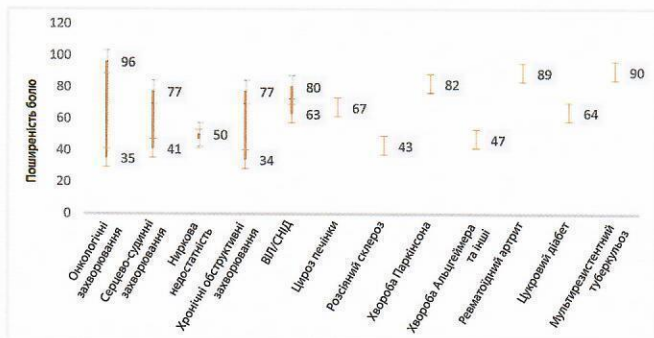
Як мінімум, у п'яти синдромах виявляється соматовегетативна складова, в т.ч. біль є обов'язковим компонентом

Фактори, які підсилюють цикл «Стрес – біль»



Статистика

Частота (%) поширеності болю при різних захворюваннях (ВООЗ)



Статистика болю

- Близько 40% пацієнтів скаржаться на біль на першому візиті (Schappert, 1992).
- 16,7% дорослого населення США віком від 45 років зазначають, що больовий синдром є домінуючою проблемою, адже пов'язані з цим захворюванням біль та обмеження функціонування призводять до величезного навантаження як на пацієнтів, так і на служби охорони здоров'я (Felson et al., 2005; Bijlsma et al., 2011).
- 19% дорослих жителів Європи страждають від болю середньої та сильної інтенсивності, що знижує якість життя, порушує ритм їх повсякденного життя і роботи. При цьому близько половини з них не отримували адекватного лікування (Breivik H., Collett B. et al., 2006).
- Нейропатичний біль (НБ) спостерігається у 7-10% населення в загальній популяції (Colloca L. et al. 2017).
- Серед пацієнтів, які звернулися із НБ, найбільше осіб із больовою діабетичною полінейропатією (ДПН), ПГН та тригемінальною невралгією (ТГН), тунельними синдромами, радикулопатією (Schaefer C., 2014).

- Діабетична полінейропатія (ДПН) реєструється у 30% пацієнтів із ЦД 1-го типу й у 36-40% хворих на ЦД 2-го типу (M.I. Harris et al., 1993).
- Хронічний біль у спині відзначається в 20-30% усіх випадків хронічного больового синдрому (Yamashita T. et al., 2014). Кількість фінансових втрат у США на рік через хронічний біль становить 240 млрд \$. 75% цих втрат становлять виплати з інвалідності (Jamie H. Von Roenn, Michael Preodor, Judith A. Paice, 2006).
- Незалежно від соціально-демографічних чинників, хронічний біль є фактором збільшення ризику смерті (Torrance N., Elliot A.M., 2010).

У дослідженні ВООЗ відзначається, що серед пацієнтів, які страждають на **хронічний біль**, клінічні критерії тривожних і депресивних розладів зустрічаються у 4 рази частіше. Зокрема розлади настрою спостерігалися у 46 % пацієнтів з болем у грудях, 43 % пацієнтів з абдомінальним болем, у 40 % пацієнтів з головним болем, що вказує на взаємодію болю і депресії у формі єдиного «депресивно-алгічного синдрому».

Пацієнти із тяжкими проявами депресії значно частіше повідомляють про наявність больових відчуттів. Так, понад 50 % пацієнтів з депресивними розладами зазнають суттєвих больових відчуттів, включаючи головний, абдомінальний біль, біль в області грудної клітки, тазу, обличчя, спини, кінцівок.

Динаміка рівня болю у популяції

За даними дослідження PAIN in Europe, в якому брало участь 46349 осіб із 16 країн, практично кожен п'ятий дорослий євонець страждає від хронічного болю. Середня тривалість хронічного болю становила 7 років, а кожен п'ятий пацієнт відчував хронічний біль протягом понад 20 років.

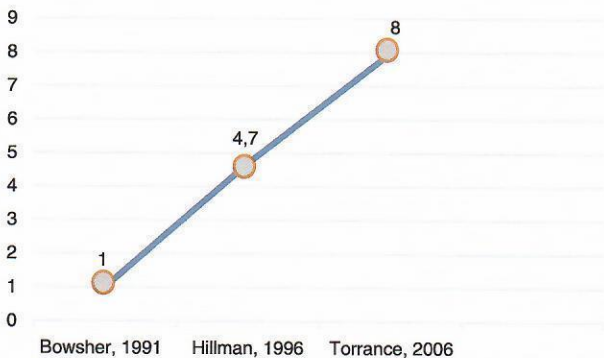
Біль у популяції зростає

53,6% усіх пацієнтів виявляють ознаки психосоматичних розладів (Смулевич, 1999)

У 20-70% пацієнтів виявити уражений орган неможливо (Мосолов, 1995)

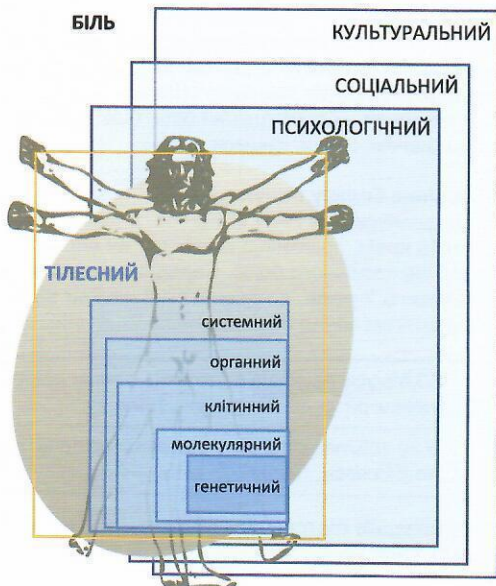
У 10-20 % випадків гострий біль переходить у хронічний (який триває більше трьох місяців).

Рівень болю у популяції, %



Bowsher, 1991 Hillman, 1996 Torrance, 2006

Аспекти болю



Класифікація

Біль
класифі-
кують

За етіологією

За механізмом виникнення

За тривалістю

За локалізацією

За характером

За інтенсивністю

Класифікація за МКХ-10

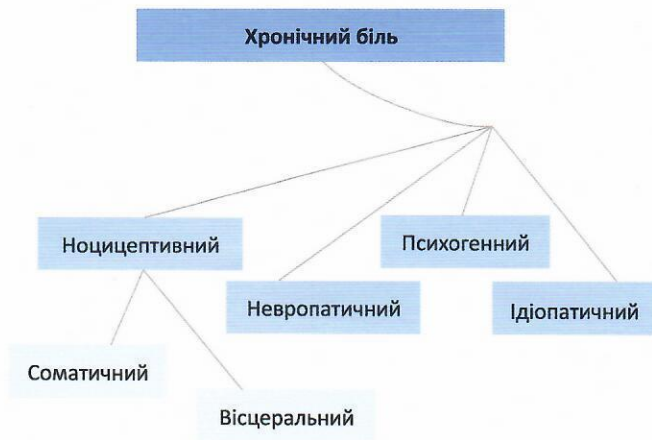
На додаток до основного коду МКХ-10 вказують код, який відповідає больовому синдрому.

R52.1 – Постійний біль, що не купірується

R52.2 – Інший постійний біль

R52.9 – Біль не уточнений

Вказані коди можуть бути єдиними, коли не встановлена природа болю й застосовується синдромальний підхід



Типи хронічного болю

**Ноци-
цептивний
соматичний
біль**

Виникає в результаті пошкодження тканини або впливу на неї пошкоджуючого агента, в тому числі пухлини, з подальшою активізацією больових рецепторів (ноцицепторів) у кістках, шкірі, підшкірній клітковині, у м'язах і м'яких тканинах та ін.

Цей біль добре локалізований, може бути непостійним або постійним

Має різні описові характеристики: тупий або гострий, тиснучий, пульсуючий, смикаючий, свердлярчий, ніби гризе, розпирає тощо

**Ноци-
цептивний
вісцераль-
ний біль**

Виникає при пошкодженні органів, що іннервуються симпатичною нервовою системою (підшлункова залоза, стінки шлунка і кишечника, розтягування капсули печінки та ін.)

Цей біль погано локалізований

Має розлитий характер (тупий із нападами загострення, стискаючий, переймоподібний, тягнучий, виснажливий та ін.)

Нейропатичний біль

Є результатом пошкодження нервової системи на периферичному або центральному рівні, або патологічного процесу в соматосенсорній системі. Найчастіше він супроводжує тяжкі ноцицептивні больові синдроми, але іноді зустрічається як самостійний вид болю, наприклад, після хірургічного лікування, або при проведенні хіміотерапії, а також в результаті стиснення нерва пухлиною, при вірусному пошкодженні нерва, при тяжких формах діабету

Нейропатичний біль складно розпізнати: пацієнт описує свій біль як незвичайний: пекучий, стріляючий, «ніби б'є струмом», або як інші незвичайні відчуття; ділянка шкіри поруч з місцем локалізації болю може бути або позбавлена чутливості, або занадто чутлива, настільки, що навіть легкий дотик до тканини виявляється болючим

Передумовами для встановлення діагнозу нейропатичного болю є відповідна нейроанатомічна локалізація болю, а також результати клінічного обстеження, які співпадають з порушеною функцією чутливості

Дуже часто діагноз нейропатичного болю виставляють у випадках невизначеної етіології болю, в тому числі при больовому синдромі, спричиненому депресією. Часто використання термінів **хронічний больовий синдром** та **нейропатичний біль** відбувається при означенні одного і того ж стану, в одних і тих самих випадках

Патоморфологічні особливості
формування нейропатичного болю

Ураження соматосенсорної нервової системи

Позитивні симптоми
(симптоми «подразнення»)

Спонтанний біль
Дизестезія
Парестезія
Алодинія
Гіпералгезія

Негативні симптоми
(симптоми «випадіння»)

Гіпестезія
Анестезія
Гіпалгезія
Аналгезія

Нейропатичний біль (НБ)

Периферичний	Центральний
Діабетична полінейропатія	Постінсультний біль
Радикулопатія (шийного та попереково-крижового відділів)	Компресійна мієлопатія при стенозі спинномозкового каналу
Алкогольна полінейропатія	Пострадіаційна мієлопатія
Гостра і хронічна запальна полінейропатія	Судинна мієлопатія
Аліментарно обумовлена полінейропатія	ВІЛ-обумовлена мієлопатія
Ідіопатична сенсорна нейропатія	Травма спинного мозку
Компресія або інфільтрація нерва пухлиною	Біль при розсіяному склерозі
Фантомний біль	Біль при хворобі Паркінсона
Постгерпетична невралгія	Сирингомієлія

Нейропатичний біль (НБ)	
Периферичний	Центральний
Невралгія трійчастого нерва	
ВІЛ-обумовлена сенсорна нейропатія	
Тунельна нейропатія	
Біль після мастектомії	
Пострадіаційна плексопатія	
Комплексний регіонарний больовий синдром	

Периферичний НБ	Центральний НБ
<p>Типовими скаргами є поколювання та «оніміння», частіше в дистальних відділах кінцівок.</p> <p>У хворих може виникати також різкий стріляючий, пульсуючий та пекучий (каузалгічний) біль. У частини пацієнтів відзначається алодинія, гіперестезія та інші позитивні ознаки НБ. Із негативних симптомів може виникати больова й температурна гіпестезія. Сухожилльні рефлекси частіше знижуються, а м'язова слабкість та гіпотрофія обмежується м'язами, що іннервуються ураженими корінцями спинного мозку, периферичними нервами</p>	<p>Спостерігається широкий спектр больових відчуттів, які описуються пацієнтами як пекучі, ниючі, «колючі», «стріляючі», «стискаючі», пульсуючі, іноді – як відчуття «дискомфарту». Найчастішими якісними характеристиками чутливих розладів є відчуття печіння, поколювання, прострелів. Нерідко цей тип болю супроводжується гіперпатією, дизестезією, алодинією. Біль може відчуватися як глибокий або поверхневий, варіюючи за інтенсивністю від легкого до нестерпного. У частині випадків біль у спокої відсутній, але легко провокується рухом, раптовим звуком або яскравим світлом. Більшість хворих відзначає зниження болю при повному спокої та зникнення його під час сну</p>

Ідіопатичний біль

Хронічний біль характеризується як ідіопатичний, коли він не викликаний пошкодженням тканин або нервів, а діагностичні критерії для хронічного больового синдрому не визначаються

Найбільш розповсюдженою причиною ідіопатичного болю є фіброміалгія

У лікуванні обов'язковою є програма фізичних вправ, що базується на власній активності пацієнта та має на меті збереження фізичного стану та функціональних можливостей

Хронічний соматоформний біль (F 45.5)

Постійність: не менше 6 місяців

В органах та системах, у яких немає патофізіологічних змін

Біль постійно в фокусі відчуттів пацієнта (тяжко відволіктися)

Біль не є проявом психотичного захворювання, депресії або соматичного захворювання

Настирливий характер болю

Варіанти проєкції болю (психосоматична оцінка)

Біль в органі, який дійсно уражений. Але біль неадекватний, специфічний, незвичний

Біль з проєкцією на орган – як символ («душевне страждання, серце болить, розбите серце»)

Біль в органі, який є «соціально запитуваним» («не можу йти на роботу, так ноги болять»)

Біль в органі, який «доступний для розуміння» інших (рентна установка та інфантильна поведінка дітей)

Біль як страждання без локалізації – як еквівалент душевного страждання (неможливо розділити тілесне та психічне)

Прогностичні фактори виникнення хронічного болю після хірургічних втручань (Perkins, Frederick, 2000)

Фонові фактори	Інтраопераційні фактори	Постопераційні фактори
<ul style="list-style-type: none">• Біль середнього або тяжкого ступеня тяжкості > 1 міс.• Повторні операції• Психологічна вразливість	<ul style="list-style-type: none">• Хірургічні техніки з високим ризиком ушкодження нервів	<ul style="list-style-type: none">• Біль середнього або тяжкого ступеня тяжкості• Променева терапія ділянки, де проводилась операція• Застосування нейротоксичних ЛЗ• Депресія• Психологічна вразливість• Нейротизм• Тривожні розлади



ДІАГНОСТИКА

Діагностика хронічного болю проводиться за допомогою клінічного дослідження. Його діагностична цінність найвища (сила рекомендацій А).

Мета обстеження пацієнта з больовим синдромом:

- уточнення характеру болю (ноцицептивний, невропатичний, інший);
- визначення захворювань, які спричиняють біль, що принципово важливо для оптимізації терапії;
- уточнення локалізації больових відчуттів;
- виявлення декількох джерел болю, як основного, так і додаткових (за наявності);
- оцінка якісних і кількісних характеристик болю: інтенсивність, «малюнок» болю (опис больових і сенсорних відчуттів пацієнтом), а також емоційно-афективна складова цих відчуттів (тобто наскільки біль неприємний і нестерпний);
- оцінка тривалості больового синдрому, флуктуації болю і сенсорних порушень в часі;
- уточнення факторів, що призводять до посилення і ослаблення болю.

При огляді пацієнта також необхідно оцінити наявність ознак больової поведінки, «катастрофізації» болю, присутність коморбідного болю або існуючих незалежно емоційно-афективних розладів, обумовлених болем порушень сну, ступінь соціальної дезадаптації.

Алгоритм комплексної діагностики



Оцінка за шкалами

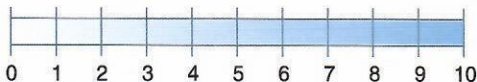
Використання шкал для оцінки больового синдрому дозволяє здійснити точніший вибір у лікуванні, забезпечити послідовність ведення пацієнта різними спеціалістами. Це збільшує ефективність призначення анальгетиків.

Візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) – Visual Analogue Scale (VAS)

Найпростіший спосіб вимірювання болю – цифрова рейтингова шкала, коли для оцінки больових відчуттів пацієнту пропонується шкала з градуюванням від 0 до 10 або від 0 до 100. Пацієнт відмічає цифру, яка, на його думку, найбільше відповідає силі больового відчуття в момент обстеження. Відстань між кінцем лінії «немає болю» і зробленою хворим відміткою вимірюють в сантиметрах і округлюють. ВАШ визначає тільки інтенсивність болю. Систематичне вимірювання болю за допомогою цієї шкали дає картину динаміки болю та ефективності лікування. При динамічній оцінці зміна інтенсивності болю вважається об'єктивною та істотною, якщо наступне значення ВАШ відрізняється від попереднього більше ніж на 13 мм (на неградуйованій лінії довжиною 10 см). Візуально-аналогова шкала – проста, ефективна і мінімально обтяжлива для хворого методика, яка добре корелює з іншими достовірними тестами.

Інструкція

Оцініть больовий синдром від 0 до 10 балів (при тому, що 0 – немає болю, 10 – нестерпний біль).



Больовий опитувальник Мак-Гілла – The McGill Pain Questionnaire

Опитувальник болю Мак-Гілла дозволяє отримати якісну характеристику болю. Загалом 78 прикметників характеристики

болю розподілені за окремими категоріями з наростанням змістовного значення. Перша категорія (1-13 пункти) характеризує біль на сенсорному рівні, друга категорія (14-19 пункти) – на афективному рівні, третя категорія (20 пункт) є вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю. Пацієнт має обрати один прикметник, що найточніше відображає його сприйняття болю з кожного пункту (не обов'язково). Кожне обране слово має числовий показник, що відповідає порядковому номеру слова в категорії. Результатом вимірювання є два показники: ранговий індекс болю (сума порядкових номерів вибраних слів, або середньоарифметична величина) та загальна кількість вибраних слів. Показники можуть визначатися окремо для сенсорно-дискримінативного й афективно-мотиваційного компонента болю обрахуванням сенсорної та афективної шкали відповідно. Отримані дані не є параметричними, але підлягають статистичній обробці.

Больовий опитувальник Мак-Гілла

Інструкція. Опишіть Ваш біль, підкресливши ті чи інші його характеристики в будь-яких із 20 питань, не обов'язково в кожному, але тільки по одній характеристиці в кожному питанні.

Якими словами Ви можете описати свій біль?

1. Пульсуючий, смикаючий, стьобаючий, стукаючий, довбаючий. 2. Подібний до електричного розряду, удару струму, пострілу. 3. Колючий, такий, ніби впивається, свердлить, пробиває. 4. Гострий, ріжучий, шмагаючий. 5. Тиснучий, стискаючий, щемливий, розчавлюючий. 6. Тягнучий, такий, ніби викручує, вириває. 7. Гарячий, пекучий, ошпарюючий, пекельний. 8. Сверблячий, щипаючий, роз'їдаючий, жалячий. 9. Тупий, ниючий, ламаючий, розколюючий. 10. Розпираючий, розтягуючий, роздираючий, розриваючий. 11. Розлитий, ніби розповсюджується, проникає, пронизує. 12. Дряпаючий, здираючий, що ніби пиляє, гризе. 13. Німий, крижаний.

Які почуття викликає біль, який вплив має на психіку? 14. Стомлює, вимотує. 15. Відчуття нудоти, задухи. 16. Відчуття тривоги, страху, жаху. 17. Пригнічує, дратує, злить, доводить до люті, доводить до відчаю. 18. Знесилює, засліплює. 19. Біль – перешкода, досада, страждання, муки, катування.

Як Ви оцінюєте свій біль? 20. Слабкий, помірний, сильний, найсильніший, нестерпний.

Багатофакторний опитувальник болю WHYMPI (за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт., 1985)

З метою визначення фізичних, психологічних і соціальних елементів в особистому житті хворих із хронічним больовим синдромом застосовується багатофакторний опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт., 1985). Вступна частина тесту передбачає обрати особу з переліку, з якою пацієнт найбільш близький, з ким регулярно або часто спілкується (так звана «значуща людина») та чи проживає ця людина з опитуваним. В основній частині питання розділені на три групи. У першій групі 20 питань. Вони характеризують суб'єктивне відношення до болю, емоційний стан за останній період і рівень задоволеності від дозвілля та роботи. У другій групі 14 питань, що показують реакцію та ставлення «значущої людини» до хворого під час загострення больового синдрому. В останній, третій групі 18 питань, завдяки яким можна отримати інформацію про види повсякденної діяльності та активності пацієнтів. У кожному питанні необхідно підкреслити цифру, що характеризує відповідь, від 0 до 6. Результати підраховувались за 12 шкалами WHYMPI, які вимірюють соціальні, поведінкові, когнітивні та афективні реакції на біль, а саме: вираженість болю; перешкоди життю; контроль життєвих ситуацій; емоційний дистрес; підтримка; негативні реакції з боку близьких; турбота; відволікаючі маневри; спілкування; ведення домогосподарства; перебування поза будинком; робота на відкритому повітрі.

Багатофакторний опитувальник болю

Вік _____ Стать _____

Діагноз _____

Перш ніж почати, дайте відповідь на наступні два запитання:

- У деяких пунктах згадується «значуща для Вас людина». Цим терміном позначається та особа, з якою Ви найбільш близькі, з ким Ви спілкуєтесь регулярно або часто. Будь ласка, визначте, хто для Вас є такою «значущою людиною» (лише одну):
 - Чоловік/дружина
 - Партнер/компаньйон
 - Друг

- Сусід
 - Мати, батько, дитина або інший родич
 - Інша _____
2. Чи живете Ви наразі з цією людиною?
 Так _____ Ні _____

При відповіді на питання, у якому згадується «значуща людина», майте на увазі ту конкретну людину, яку Ви вказали.

1. Прочитайте уважно кожне питання і обведіть по шкалі знизу ту цифру, що найбільше відповідає на питання.
1. **Оцініть рівень Вашого болю на даний момент.**
Немає болю 0 1 2 3 4 5 6 Дуже сильний біль
 2. **Взагалі, наскільки ваша проблема болю заважає вашій щоденній активності?**
Не впливає 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно впливає
 3. **З моменту появи проблем з болем, як змінилась Ваша можливість працювати?**
Не змінилась 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилась
Позначте, якщо Вам довелося піти на пенсію або звільнитися з роботи.
 4. **Наскільки через біль зменшилося задоволення, задоволеність, одержувані від дозвілля й участі в суспільних заходах?**
Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилося
 5. **Наскільки підтримує Вас або допомагає Вам Ваш чоловік/дружина (або інша значуща людина) у зв'язку з Вашим болем?**
Не підтримує 0 1 2 3 4 5 6 Сильно підтримує
 6. **Який у середньому у Вас був настрій минулого тижня?**
Надзвичайно низький 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно високий
 7. **Наскільки в середньому був виражений Ваш біль за останній тиждень?**
Слабкий 0 1 2 3 4 5 6 Сильно виражений
 8. **Як біль змінив Вашу можливість брати участь у суспільних заходах?**
Не змінив 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінив
 9. **Наскільки через біль зменшилося задоволення, задоволеність, одержувані від спілкування з родиною та родичами?**
Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилося

10. Наскільки за Вас турбується, переживає значуща людина у зв'язку з Вашим болем?

Взагалі не хвилюється 0 1 2 3 4 5 6 Надзвичайно хвилюється

11. У якій мірі, як Вам здається, Ви контролювали життєві ситуації минулого тижня?

Взагалі не було контролю 0 1 2 3 4 5 6 Повний контроль

12. Наскільки Ви страждаєте через відчуття болю?

Взагалі не страждаю 0 1 2 3 4 5 6 Назвичайно сильно

13. Наскільки Ваш біль змінив шлюб та стосунки в сім'ї?

Не змінив 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінив

14. Наскільки через біль зменшилося задоволення, задоволеність від роботи?

Не змінилося 0 1 2 3 4 5 6 Сильно змінилося

Позначте, якщо Ви не працюєте зараз

15. Наскільки до Вас уважний Ваш чоловік/дружина або інша значуща людина у зв'язку з Вашим болем?

Взагалі не уважний 0 1 2 3 4 5 6 Дуже уважний

16. Наскільки минулого тижня Ви відчували себе здатним справитися з проблемами, що виникали у Вас?

Взагалі не здатен 0 1 2 3 4 5 6 Повністю здатен

17. Наскільки через біль знизилася Ваша можливість займатися справами, пов'язаними з веденням домашнього господарства?

Не знизилася 0 1 2 3 4 5 6 Сильно знизилася

18. Наскільки минулого тижня Ви почувалися роздратованим?

Взагалі не роздратований 0 1 2 3 4 5 6 Сильно роздратований

19. Наскільки біль перешкоджав дружнім відносинам з людьми, що не відносяться до членів Вашої родини?

Не перешкоджав 0 1 2 3 4 5 6 Сильно перешкоджав

20. Наскільки вираженим було у Вас минулого тижня відчуття тривоги, внутрішнього напруження?

Відсутнє 0 1 2 3 4 5 6 Сильно виражене

II. На шкалі, що йде після кожного пункту, відзначте, наскільки часто Ваша значуща людина реагує на Ваш біль.

1. Ігнорує мене. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

2. Питає, чим мені можна допомогти. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

3. Читає мені. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

4. Дратується на мене. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто

5. Бере на себе мої обов'язки та роботу. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6
Часто
6. Говорить зі мною про що-небудь, щоб відволікти мене від болю. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто
7. Висловлює розчарування в мені. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто
8. Намагається змусити мене відпочити. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6
Часто
9. Намагається змусити мене зайнятися будь-якою діяльністю. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто
10. Сердиться на мене. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Часто
11. Дає мені знеболюючі медикаменти. Ніколи 0 1 2 3 4 5 6
Часто
12. Змушує мене зайнятися улюбленою справою. Ніколи
0 1 2 3 4 5 6 Часто
13. Дає мені що-небудь поїсти або попити. Ніколи 0 1 2 3 4
5 6 Часто
14. Вмикає телевизор, щоб відволікти мене. Ніколи 0 1 2 3 4
5 6 Часто

III. Вкажіть, будь ласка, наскільки часто Ви виконуєте наступні види повсякденної діяльності, поставивши відповідну цифру.

1. Як часто Ви маєте посуд? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
2. Як часто Ви косите траву? (____ відзначте, якщо у Вас немає місця, щоб косити траву) Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
3. Як часто Ви вибираєтеся з будинку, щоб сходити в кафе? (____ відзначте, якщо Ви це не робили)
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
4. Як часто Ви граєте в карти або інші ігри?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
5. Як часто Ви ходите в бакалею за покупками?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
6. Як часто Ви працюєте в саду, на дачі, на городі?
(____ відзначте, якщо у Вас немає саду/городу/дачі)
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
7. Як часто Ви ходите в кінотеатр?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
8. Як часто Ви ходите в гості до друзів?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
9. Як часто Ви допомагаєте прибирати в будинку?
Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

10. Як часто Ви займаєтеся ремонтом машини? (__ відзначте, якщо немає машини) Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
11. Як часто Ви робите поїздки в автомобілі або громадському транспорті? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
12. Як часто Ви відвідуєте родичів (__ відзначте, якщо родичі проживають більше 100 км від Вас) Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
13. Як часто Ви готуєте їжу? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
14. Як часто Ви маєте машину? (__ відзначте, якщо немає машини) Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
15. Як часто Ви подорожуєте, відвідуєте екскурсії? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
16. Як часто Ви ходите на пляж або гуляєте в парку? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
17. Як часто займаєтеся пранням? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто
18. Як часто Ви виконуєте необхідні ремонтні роботи в будинку? Ніколи 0 1 2 3 4 5 6 Досить часто

Шкала катастрофізації хронічного болю – Pain Catastrophising Scale (PCS)

Запропонована М. Sullivan у 1995 році. Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) включає в себе 13 пунктів із акцентом на думки та почуття й оцінює три показники катастрофізації: постійні роздуми («Я не можу не думати про те, який сильний мій біль»), перебільшення («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), безнадійність («Немає нічого, що б зменшило мій біль»). Результати оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – відсутність катастрофізації, а 5 – максимальний її рівень. До фактора постійних роздумів відносяться 4 ствердження (0-16 балів); до перебільшення – 3 ствердження (0-12 балів); до безнадійності – 6 стверджень (0-24 бали). Для PCS може розраховуватись загальна оцінка (діапазон – 0-52 бали). Високе значення вказує на вищу катастрофізацію болю.

Шкала катастрофізації хронічного болю

Інструкція. Ми вивчаємо особливості Ваших уявлень про той біль, який Ви відчуваєте. Наведені нижче 13 тверджень відобра-

жають різні думки та уявлення людей, пов'язані з болем. Відмітьте найприйнятнішу оцінку кожного твердження, що відповідає Вашій уяві щодо болю.

Твердження	Оцінка тверджень				
	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
1. Я хвилююсь, що мій біль ніколи не закінчиться					
2. Боюся, що можу не витримати					
3. Біль жахливий, думаю, мені ніколи не покращає					
4. Біль згубний і я боюся, що не опаную його					
5. Я більше не можу переносити біль					
6. Я побоююсь, що біль буде посилюватися					
7. Я згадую про інші епізоди болю					
8. Я з хвилюванням чекаю, коли нарешті біль припиниться					
9. Я не можу викинути з голови думки про біль					
10. Я думаю про те, який в мене сильний біль					
11. Я думаю про те, як сильно я бажаю припинення болю					
12. Я нічого не можу зробити для зменшення болю					
13. Я побоююсь, що зі мною може трапитись щось дуже погане					

Шкала SPAASMS (F. Mitra та співавт.)

SPAASMS (S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболюючі препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти). Пацієнти відповідають на питання про настрій, якість сну та фізичну активність із власної точки зору. Також необхідно вказати про необхідність додаткового візиту до лікаря через загострення болю, застосування більшої кількості знеболюючих медикаментів та побічні ефекти. В кінці підраховується сумарна кількість балів відповідно до відмічених відповідей у таблиці.

Таблиця суб'єктивної оцінки болю SPAASMS

	0	1	2	3	Відповідь
Додаткові ліки	Немає	<4 разів / міс.	<8 разів / тижд.	>8 разів / тижд. або щодня	
Додатковий візит до лікаря	Немає	1 раз / міс.	1 раз / тижд.	>5 разів / міс.	
Якість сну	Дуже хороший	Хороший	Задовільний	Поганий	
Настрій	Дуже хороший	Хороший	Задовільний	Знижений	
Побічні ефекти	Немає	М'які	Помірні	Сильні	
Фізична активність	Дуже хороша	Хороша	Задовільна	Відсутня	
Всього					

Оцінка DIRE

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Контроль болю» (Київ, 2011), зазначено що оцінка DIRE як клінічний рейтинг використовується для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Вона складається з 4 факторів, які оцінюються окремо, а потім складаються, щоб створити оцінку DIRE: діагностика (D), непіддатливість (I), ризик (R) і ефективність (E). Фактор ризику, у свою чергу, розбивається на чотири підкатегорії, в яких рейтинг визначається окремо; потім бали складаються, щоб отримати сукупний показник. Підкатегорії ризику – це психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз), достовірність (д) і соціальна підтримка (сп). Кожен фактор оцінюється за шкалою Лікарта від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливому випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник використовується для визначення того, чи є пацієнт кандидатом, що підходить для опіоїдної аналгезії. Результати можуть варіюватися від 7 балів як найнижчого показника (пацієнт отримує всі 1) до 21 бала як найвищого показника (пацієнт отримує всі 3). У дослідженні надійності та достовірності більш високі бали (14 або вище) свідчать про успішніший процес призначення щодо піддатливості пацієнта та ефективності лікування опіоїдними аналгетиками, а отже – про менший ризик формування хворобливої больової поведінки. Навпаки, результат DIRE7-14 балів свідчить, що пацієнту недоцільно призначати тривалу опіоїдну аналгезію, у першу чергу, внаслідок великої схильності до формування хворобливої поведінки.

Оцінка DIRE

Інструкція. Це клінічний рейтинг, який використовується для прогнозування на тривале отримання опіоїдної аналгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з раком. Для кожного фактора рейтинг балів пацієнта від 1 до 3 засновується на поясненнях у правій колонці.

Оцінка	Фактор	Пояснення
	Діагноз (D)	<p>1 = доброякісний хронічний стан із мінімальними об'єктивними даними чи певний діагноз відсутній. Приклади: фіброміалгія, мігрені, неспецифічні болі в спині.</p> <p>2 = повільно прогресуючий стан із помірним болям або фіксований стан із середніми об'єктивними даними. Приклади: синдром невдалої операції на спині, болі в спині з помірними дегенеративними змінами, нейропатичні болі.</p> <p>3 = занедбаний стан, який асоціюється з сильним болям із об'єктивними даними. Приклади: тяжке ішемічне судинне захворювання, занедбана невропатія, тяжкий стеноз хребтового каналу</p>
	Непіддатливість (I)	<p>1 = були випробувані кілька методів терапії, а пацієнт відіграє пасивну роль у процесі ведення болю.</p> <p>2 = більшість звичайного лікування було випробувано, але пацієнт не в повній мірі бере участь у процесі лікування болю, або бар'єри не дозволяють (страхування, транспорт, медичні хвороби).</p> <p>3 = пацієнт повністю залучений до спектру відповідного лікування, але з неадекватною відповіддю</p>
	Ризик (R)	Підрахувати суму балів П+ХЗ+Д+СП
	Психологічний (П)	<p>1 = серйозна дисфункція особистості або психічне захворювання, що перешкоджає лікуванню. Приклад: розлад особистості, тяжкі афективні розлади, значні проблеми особистості.</p> <p>2 = особистісне або психічне здоров'я заважає помірно. Приклад: депресія чи розлади, пов'язані з тривожністю.</p> <p>3 = хороший зв'язок із клінікою. Жодних істотних особистісних дисфункцій або психічних захворювань</p>

Оцінка	Фактор	Пояснення
	Хімічне здоров'я (ХЗ)	<p>1 = активне або зовсім нещодавнє використання заборонених препаратів, зловживання алкоголем або зловживання призначеними препаратами.</p> <p>2 = хімічні засоби для знеболення (використання ліків, щоб упоратися зі стресом) або історії ХЗ в стадії ремісії.</p> <p>3 = немає історії ХЗ. Немає зосередженості на наркотиках або хімічній залежності</p>
	Достовірність (Д)	<p>1 = історія численних проблем: неправильне використання, пропущені візити, рідкий контроль.</p> <p>2 = окремі труднощі з дотриманням, але в цілому достовірно.</p> <p>3 = дуже надійний пацієнт щодо прийому ліків, візитів та лікування</p>
	Соціальна підтримка (СП)	<p>1 = життя в хаосі. Незначна підтримка сім'ї та близьких родичів. Втрата більшості нормальних ролей життя.</p> <p>2 = зменшення деяких зв'язків і життєвих ролей.</p> <p>3 = підтримуючі взаємини сім'ї / близьких родичів. Участь у роботі або в школі й відсутність соціальної ізоляції</p>
	Результат ефективності (Е)	<p>1 = погана функція або мінімальне полегшення болю, незважаючи на дози від помірних до високих.</p> <p>2 = помірна користь із поліпшенням функції кількома способами (або недостатня інформація – не намагалися використовувати опіоїди ще, або дуже низькі дози, або занадто короткий термін дослідження).</p> <p>3 = хороше полегшення болю і функції та якості життя зі стабільними дозами протягом тривалого часу</p>

Загальний бал D+I+R+E = _____

При комплексному підході комбінують бальну, вербальну та поведінкову оцінку проявів больового синдрому

- Під час кожного візиту визначається та документується інтенсивність болю.
- Необхідно задокументувати зміни чутливості та локалізації болю за допомогою його опису пацієнтом.
- Звертайте увагу на температуру шкіри, стан життєвої активності та пітливість (активність симпатичної нервової системи).

Крім оцінки вираженості болю, необхідно уточнити:

- чи не порушує біль виконання звичайних функцій (умивання, приготування їжі);
- ставлення самого пацієнта до зміни його стану, його власні думки з приводу природи болю.

Отримана інформація важлива для розробки плану лікувальних заходів, які не повинні зводитися тільки до медикаментозної терапії, але повинні включати навчання пацієнтів, фізичні вправи, технічні пристосування, які знижують ризик загострення больового синдрому і підвищують якість життя.

Пацієнт скаржиться на хронічний біль у спині

Біль у спині класифікується за тривалістю, локалізацією, провідним патофізіологічним механізмом, який бере участь у формуванні болю, за причинами, які його викликають. Пацієнти з гострим, підгострим та хронічним болем у спині відрізняються прогнозом на одужання і відновлення працездатності, а також підходами до діагностики та лікування. За локалізацією болю виділяють локальний, відображений та іррадіюючий біль. Локальний біль може бути пов'язаний із будь-яким патологічним процесом, який впливає на больові рецептори шкіри, м'язів, сухожилів, зв'язок, суглобів, кісток та інших тканин. Біль зазвичай постійний, але може змінювати свою інтенсивність залежно від зміни положення тіла або при русі. Буває гострим, тупим або ниючим, може мати розповсюджений характер, але завжди відчувається у ділянці тканинного ушкодження.

Біль у попереку

Анамнез, симптоми	Можлива причина
Вік старше 50 років, рак в анамнезі, необгрунтована втрата ваги, періодичні епізоди лихоманки, прогресування симптомів, біль у спокої, тривалість болю більше одного місяця, парепарез	Злоякісна пухлина
Оперативне втручання в ділянці спини, інфекції сечовивідних шляхів або шкіри, імуносупресія, лікування глюкокортикоїдами, вживання ін'єкційних наркотиків	Бактеріальний спондиліт
Вік старше 70 років, падіння в анамнезі, пероральне лікування глюкокортикоїдами	Компресійний перелом хребта
Підлітки (вік – 8-15 років)	Спондилолітез
Вік старше 50 років, нейрогенна кульгавість	Спінальний стеноз
Вік молодше 40 років при початкових симптомах, біль не пом'якшується у спокої, ранкова скутість, тривалість болю щонайменше 3 місяці	Анкілозуючий спондилоартрит

Пацієнт скаржить на біль у шиї

Анамнез, симптоми	Можлива причина
Іррадіація болю в шию або оніміння пальців, що виникло раптово. Центральний пролапс може викликати симптоми стиснення спинного мозку. Інтенсивне подальше спостереження. Якщо симптоми рухового дефіциту прогресують, зверніться до фахівця	Пролапс міжхребцевого диска
Симптоми в ділянці нижніх кінцівок (слід пам'ятати про проблеми з ходою у людей похилого віку), м'язова спастичність, симптоми з боку сечового міхура та кишківника за умови прогресування стану. Перевірте чутливість і рефлекси, зокрема вібраційну чутливість та симптом Бабінського. Якщо симптоми прогресують, зверніться до нейрохірурга	Мієлопатія (компресія спинного мозку)

Анамнез, симптоми	Можлива причина
Погіршення загального стану, втрата ваги, втома, підвищення температури тіла, нестримний біль, не пов'язаний із навантаженням. Базове обстеження, звичайна рентгенографія шийного відділу хребта	Злоякісні новоутворення
Ревматоїдний артрит: зміни у шийному відділі хребта зазвичай з'являються пізніше. Слід уникати згинання шиї через ризик атлантаксіального підвиху. Анкілозуючий спондиліт може знерухомити ділянку шиї. Прогресування періодичне, що проявляється у вигляді епізодичного болю в шиї	Запальні ревматичні захворювання
Можливі основні причини включають, наприклад, наркоманію, ВІЛ або імуносупресію. Основним дослідженням є звичайна рентгенографія	Бактеріальний спондиліт
Розшарування сонної або хребтової артерії може, крім болю в ділянці шиї, викликати симптоми, характерні для транзиторного розладу мозкового кровообігу (порушення зору, латералізований неврологічний дефіцит, когнітивні розлади), синдром Горнера, пульсуючий дзвін у вухах або симптоми ураження нижніх черепних нервів	Розшарування артерій

При болю у шиї необхідно виключити тривожні та депресивні розлади



Ймовірність депресивного розладу

20 %

Ймовірність тривожного розладу

28 %

Головний біль невротичного типу (+ нервово-м'язовий механізм)	Тип: зовнішня дія («каска», «шолом», «стягування», «обруч»)
	Болючість: шкіри голови, затерпання
	Безперервність: постійна, з посиленнями
	Циркадність: до вечора сильніша
	Локалізація: різна, частіше в потилиці та шиї
	Додаткові прояви: нудота, блювота з полегшенням, запаморочення
Емоційні прояви: тривога та страх (частіше – страх інсульту та божевілья)	
Кореляція з емоційними проявами: страхом, емоційним збудженням (навіть позитивним)	
Головний біль невротичного типу (+ нервово-судинний механізм) Тип: внутрішній («пульсація у скронях»)	Болючість: симптом «істеричного цв'яха»
	Безперервність: періодична або постійна
	Циркадність: не виявляється
	Локалізація: судинні басейни, скроні (не симетрично)
	Додаткові прояви: рідко – нудота, частіше – запаморочення
	Емоційні прояви: тривога
Кореляція з емоційними проявами: психотравмуючі події, конфлікти	

Головний біль невротичного психалгічного типу

Тип: важко охарактеризувати

Болючість: дифузна

Безперервність: періодична

Циркадність: не виявляється

Локалізація: не визначається

Додаткові прояви: дифузні, змінні та непостійні

Емоційні прояви: ситуаційні негативні емоції

Кореляція з емоційними проявами: алекситимія, потреба в увазі

Мігрень (психосоматичний аспект)

Нереалізована особистість в ситуації відмови від своїх амбіційних планів

У ситуації проживання чужого життя

Особи, що прагнуть жити ідеально

Залежні від чужої думки та з надмірними переживаннями, коли висловлюють свою думку

Життя з придушеними емоціями

Особи з негативним мисленням (циніки, песимісти та нігілісти)

Біль при маскованій депресії (соматичний варіант депресії)

Тип: тупий, ниючий

Безперервність: постійна, тривала

Циркадність: вранці сильніший, до вечора послаблення або відсутність

Локалізація: мігруючий, іррадіація в різні частини тіла

Наявність фізіологічних змін органу чи системи проекції (слабкий зв'язок)

Додаткові прояви: нудота, запаморочення

Емоційні прояви: тривога, страх

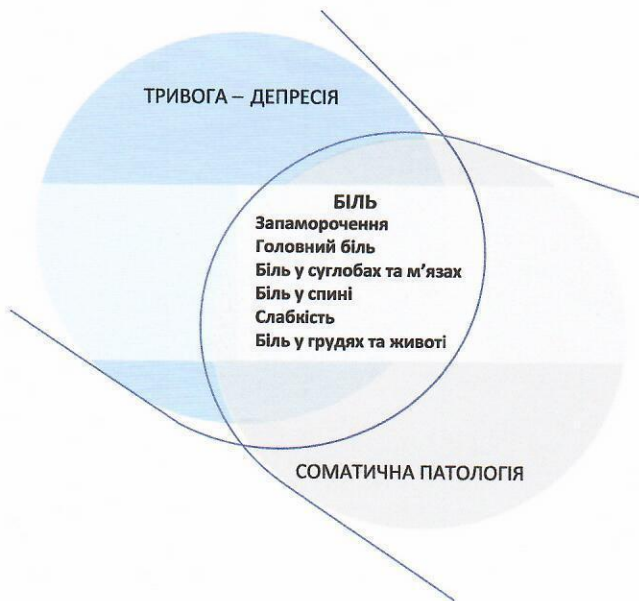
Ефект від анальгетиків: відсутній або нестійкий.
Виняток – кеторолаку трометамін (ефективний при резистентній депресії)

Ефект від антидепресантів: виражений

Ефект від психотерапії: наявний

Кореляція з емоційними проявами: з депресією та тривогою

Тривога та депресія: зв'язок емоційних та фізичних симптомів (О.С. Чабан, О.О. Хаустова, 2009)



Соматична симптоматика при генералізованому тривожному розладі (Wittchen H.U. et al. 2002)

Пацієнти з ГТР, які мають інші скарги (за матеріалами дослідження, яке включало 17 739 пацієнтів)

- Тільки 13,3% пацієнтів із ГТР звертаються з основною скаргою на тривогу
- Більше 1/3 пацієнтів скаржаться на біль як основний симптом



Нейропатичний біль

При підозрі на нейропатичний біль (НБ) необхідно уточнити причину.

Для виявлення нейропатії застосовують спеціальний опитувальник (DN-4) (від фр. la douleur neuropathique (DN) – нейропатичний біль).

Оцінка позитивних сенсорних симптомів

Виявлення алодинії та негативних сенсорних симптомів

Симптом	Варіант відповіді
Скарги пацієнта	
Відчуття печіння	Так/Ні
Хворобливе відчуття холоду	Так/Ні
Відчуття як від ударів током	Так/Ні
Чи супроводжується біль одним або кількома із симптомів у ділянці його локалізації?	
Пощипування, відчуття повзання мурашок	Так/Ні
Поколоювання	Так/Ні
Оніміння	Так/Ні
Свербіж	Так/Ні
Огляд пацієнта	
Чи локалізований біль у тій же ділянці, в якій при огляді був виявлений один або обидва наступні симптоми?	
Знижена чутливість до дотику	Так/Ні
Знижена чутливість до поколювання	Так/Ні
Чи можна викликати або посилити біль у ділянці його локалізації проведенням пензликом?	Так/Ні

Якщо кількість відповідей «Так» складає 4 та більше, ймовірність нейропатичного болю складає 86%.

Нормальні результати електронейроміографії (ЕНМГ) не виключають ймовірності периферичної нейропатії, тому що ЕНМГ не надає інформації про стан дрібних чутливих волокон

Проведення неврологічного огляду, включаючи тести на моторну функцію, оцінку рефлексів та функції краніальних нервів дають уявлення про локалізацію пошкодження. Ретельне обстеження чутливості допомагає у виборі лікування та в оцінюванні відповіді на нього.

Діабетична полінейропатія (спостерігається у 30 % пацієнтів із ЦД 1-го типу та у 36-40 % із ЦД 2-го типу).

Критерії

1. Наявність цукрового діабету.
 2. Тривала гіперглікемія (зазвичай протягом декількох років).
 3. Ознаки дистальної симетричної, переважно сенсорної полінейропатії, найбільш вираженої у нижніх кінцівках.
 4. Виключення інших, крім ЦД, причин полінейропатії.
 5. Ознаки судинних ускладнень ЦД (ретинопатія, нефропатія та ін.).
- Жоден із критеріїв не є абсолютним, однак наявність 2 із 5 критеріїв підвищує ймовірність діагнозу діабетичної полінейропатії.

Попереково-крижова радикулопатія

Радикулопатія – порушення сенсорної та/або моторної функції в результаті ураження спінальних нервів або корінців. Пацієнти зазвичай мають характерний набір скарг у вигляді таких симптомів як печіння, простріл, а також каузалгія, викликаних легким дотиком; симптоматика має тенденцію довго зберігатися, з можливістю хронізації процесу. При цьому відзначається тенденція до зменшення або практично припинення дії анальгетиків. Це призводить до порушень больової, температурної та вібраційної чутливості у відповідному дерматомі, що виявляється парестезією, гіпер- або гіпалгією, алодинією, гіперпатією. Також відзначається зниження або випадання колінного й ахіллового сухожильних рефлексів, що замикаються через відповідний сегмент СМ. Характерна наявність симптомів натягу. Важливою особливістю розвитку нейропатичного больового синдрому при радикулопатії є порушення сну, неспокій, тривога, депресія. Відзначається значне зниження якості життя пацієнтів.

Скарги	Безпосередня причина	
Труднощі при спробі пройтися на п'ятах	Здавлення корінця LV → Парез розгиначів стопи (довгого розгинача великого пальця)	
Труднощі при ходьбі навшпиньки та сходами	Здавлення корінця SI → Парез литкових м'язів або згиначів стопи	
Швидко наростаючий двосторонній асиметричний біль у ногах, оніміння й гіпестезія промежини, нижній млявий парепарез, затримка сечовипускання, нетримання калу, розвиток переміжної кульгавості	Масивна серединна (центральна) грижа нижньопоперекового диску або стеноз каналу → Гострий двосторонній корінцевий синдром (синдром кінського хвоста)	
Пекучий, колючий, сверблячий біль, який посилюється при зміні погоди, переохолодженні ніг	Подразнення численних аферентних судинних волокон та рефлекторний спазм судин під впливом больових відчуттів	
Ціаноз, порушення потовиділення, сухість та лущення шкіри	Трофічні порушення	Вегетативні порушення
Мерзлякуватість кінцівок, зниження температури шкіри, спазм, зрідка – зникнення пульсу	Вазомоторні порушення	

Постгерпетична невралгія (ПГН)

Для ПГН характерний біль, що зберігається протягом 1-6 місяців після зникнення герпетичних висипань внаслідок перенесеного оперізуючого лишаю (*Herpes zoster*). Зустрічається у 20-45% пацієнтів старше 50 років, які перенесли гостру герпесвірусну інфекцію. Типова локалізація – дерматом середньо-грудного відділу хребта, рідше – шкірна проекція трійчастого нерва.

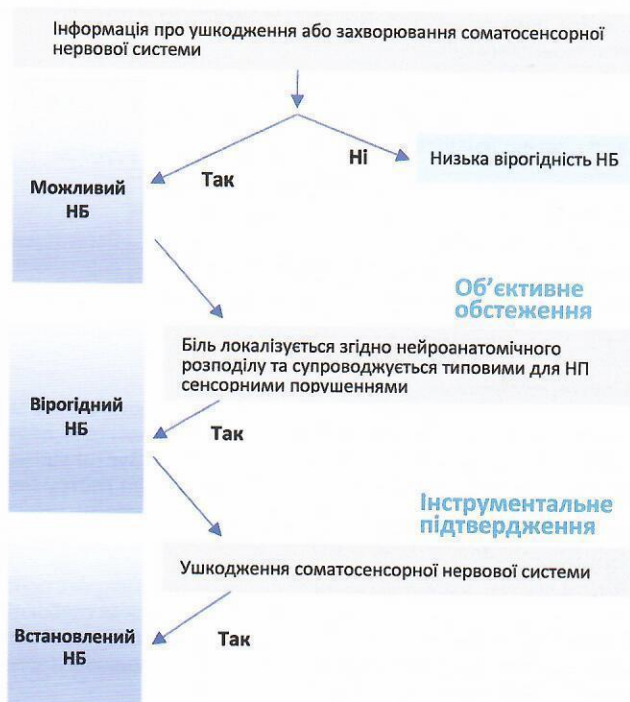
Виділяють три основні варіанти болю, які нерідко існують одночасно: 1) постійний біль, який може описуватися як глибокий, тупий, тиснучий або пекучий; 2) пароксизмальний біль, який раптово виникає, пронизує, гострий, спонтанний; 3) алодинія. Характерна висока інтенсивність і тривалість болю.

НБ після оперативних втручань

НБ найчастіше зустрічається після ампутацій, мастектомій, торакотомій, кардіохірургічних втручань, герніопластики та ін. Причини: інтраопераційне пошкодження нерва – розріз, розтягнення, компресія, ушивання та/або обмеження у швах.

Пекучий або ниючий біль у зоні іннервації нерва, який знаходиться у ділянці хірургічного поля, що супроводжується алодинією, гіперальгезією і порушенням температурної чутливості. НБ може виникати відразу після операцій або бути відстроченим (від 1 міс. до 1 року).

Алгоритм діагностики НБ



Фіброміалгія

Фіброміалгія є нейросенсорним синдромом, який характеризується розповсюдженим м'язово-скелетним болем, підвищеною втомлюваністю та м'язовою чутливістю.

Для фіброміалгії характерний дифузний біль у чотирьох квадрантах тіла (вище і нижче пояса), гіпералгезія, болючість у певних точках при натисканні та велика їх поширеність. Найчастіше больові відчуття виходять із наступних анатомічних зон:

- потилиця в місці прикріплення субокципітального м'яза;
- шийний відділ на рівні хребців CV-CVII;
- середина верхньої межі трапецієподібного м'яза;
- над лопаткою біля медіального кордону m. supraspinatus;
- біля другого кістково-хрящового реберного зчленування;
- на 2 см дистальніше латерального надвиростка ліктя;
- у верхньому зовнішньому квадранті сідниць;
- білатерально позаду від великого вертела;
- область медіального надвиростка стегна.

Крім больового синдрому, пацієнти скаржаться на слабкість, головний біль, поганий сон, скутість вранці.

Опитувальник FIRST для скринінгу фіброміалгії

У мене болить усе тіло	Так/Ні
Біль поєднується з постійним відчуттям знемоги	Так/Ні
Біль схожий на печіння, удари струмом або судоми	Так/Ні
Біль супроводжується іншими незвичайними відчуттями по всьому тілу за типом мурашок, поколювання або оніміння	Так/Ні
Біль поєднується з іншими порушеннями (проблеми з травленням, сечовипусканням, головні болі, непереборне бажання рухати ногами перед сном)	Так/Ні
Біль сильно впливає на моє життя, особливо на сон, і здатність концентруватися, я якийсь загальмований	Так/Ні

Пацієнтів, які відповіли «Так» на 5 і більше питань, слід направити до фахівця (ревматолога / невролога) для проведення комплексного обстеження та підтвердження діагнозу.

Біль при запаленні

Цей тип болю найхарактерніший для захворювань суглобів, оскільки запалення є причиною суглобового синдрому різної етіології, в тому числі ревматичного та інфекційного, зумовлює появу болю при травмі й у післяопераційному періоді. Для запалення характерні типові ознаки у вигляді місцевого підвищення температури і набряку тканин.

Біль, викликаний онкологічними захворюваннями

З огляду на тривалість больового синдрому, що супроводжує онкологічне захворювання практично до летального результату, йому притаманні всі характеристики ХБС, але на цьому тлі може з'явитися і гострий біль, пов'язаний, наприклад, з переломом кісток при метастазуванні.

Причини НБ:

1. Пухлинні ураження ЦНС і периферичних нервів.
2. Ускладнення пухлинного процесу (переломи, лімфостаз та ін.).
3. Ускладнення протипухлинного лікування:
 - хірургічного (фантомний біль, постмастектомічний больовий синдром та ін.);
 - лікарського (хіміоіндукована поліневропатія);
 - променевої терапії (променева мієлопатія).
4. Системні метаболічні порушення (неопластичні та паранеопластичні).

Клінічні особливості больового синдрому варіабельні й залежать від його безпосередньої причини.

Біль при онкологічних захворюваннях може мати риси ноцицептивного та невропатичного болю. Поява нейропатичного болю свідчить про залучення до патологічного процесу периферичної або центральної нервової системи. При розвитку ХБС у пацієнтів наростає відчуття безнадійності, що ще більше сприяє наростанню інтенсивності больового синдрому.

Всебічна оцінка хронічного болю повинна включати рутинний скринінг на психологічний дистрес, який слід проводити з використанням перевіреного інструменту. Особливу увагу необхідно звернути на виявлення супутніх депресії, тривожності, розладів сну. Освітній рівень пацієнта та його підтримка залишаються важливими компонентами успішної терапії.

ЛІКУВАННЯ



Лікування хронічного болю

- Залежно від механізмів виникнення болю та особливостей пацієнта, підбирається індивідуальне лікування шляхом випробування однієї схеми за раз та поєднання різних механізмів лікування.
- Лікування у багатьох випадках є лише симптоматичним; якомога швидше слід застосувати етіотропне лікування (наприклад, вивільнення защемленого нерва).
- Ранній початок симптоматичного лікування збільшує його ефективність.
- Лікарю необхідне розуміння психосоціальної ситуації пацієнта з болем.

Показання для консультації спеціаліста

Необхідність в консультації фахівця визначається основним захворюванням.

При хронічному болю різної етіології при плануванні програм немедикаментозної корекції показані консультації відповідних фахівців (фізіотерапевт, психотерапевт та ін.).

При наданні допомоги онкологічним хворим лікар загальної практики працює в тісному контакті з онкологом, а також з фахівцями в області паліативної медицини.

Показання до госпіталізації

Визначаються основним захворюванням.

Адекватний діагноз і оцінка стану є критичними для успішного лікування хронічного болю!

Компоненти лікування

Передбачає запровадження медикаментозного лікування згідно існуючих стандартів з урахуванням показань/протипоказань за даними діагностичного алгоритму (перевага надається першочерговій психотерапії, урахуванню бар'єрів терапії, рівня комплаєнсу й обмежень щодо застосування опіоїдів)



Містить у собі психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самопомога) і завершуючи високоспеціалізованими (когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ)), залежно від їх доступності.

Окремим обов'язковим компонентом є психоосвіта щодо особливостей поєднаної психосоматичної патології та методів її лікування з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу. Психологічне втручання застосовується одночасно з біологічним або пере-
дує йому

Може вважатися підґрунтям щодо інших мішеней терапії та являє собою соціальну підтримку на мікро- (родина, близькі друзі), мезо- (колеги, знайомі, референтна група) та макрорівні (вирішення соціальних питань державними/благодійними/волонтерськими інституціями)

Основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом

Одночасність діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом

Покроковість алгоритму комплексної діагностики

Мультивалентність діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) та **лікувальних** (біологічні, психологічні й соціальні) мішеней

Динамічний моніторинг індикаторів якості

Комплексне лікування болю

Зменшення/усунення болю

Покращення функціонального стану

Зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів

Зменшення/усунення небажаних ефектів та побічної дії препаратів

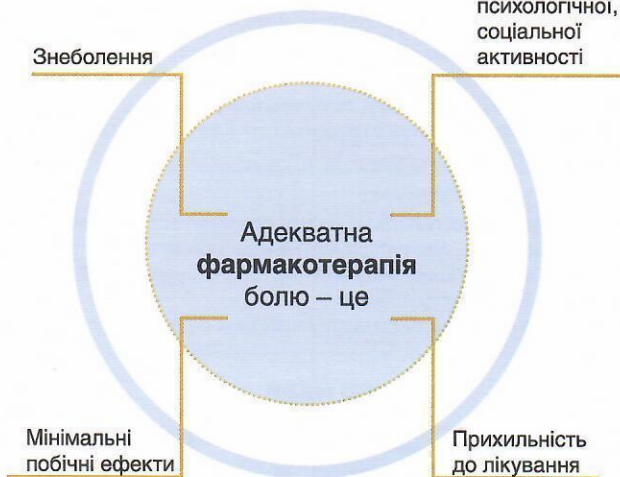
Зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин

Відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів із хронічним больовим синдромом

Лікувальні заходи	Як здійснити
Освіта пацієнта	<p>Пояснити причини розвитку болю, можливості його контролю.</p> <p>Пояснити механізм дії лікарських препаратів та їх побічних ефектів.</p> <p>Вказати на необхідність прийому ліків відповідно до призначень.</p> <p>Вказати на важливість дотримання дати повторного відвідування лікаря.</p> <p>Інформувати щодо заходів самодопомоги при загостренні больового синдрому і можливостей звернення за медичною допомогою в нічний час, навчити методикам релаксації</p>
Заходи, спрямовані на покращення функціонування	Наприклад, використовувати пристосування, що зменшують навантаження на суглоби або хребет (ортопедичне взуття, корсети, наколінники)
Зміна робочого середовища і домашньої обстановки	Наприклад, зручне крісло і стіл для роботи за комп'ютером або поручні у ванній і туалетній кімнаті, що полегшує виконання гігієнічних процедур, знижує ризик падіння
Підвищення фізичної активності	Наприклад, заняття аеробними вправами, ходьба, що не тільки покращує кровообіг в тканинах, але і підвищує настрій
Дотримання здорового способу життя	Раціональне харчування, відмова від шкідливих звичок

Фармакотерапія

Збереження фізичної, психологічної, соціальної активності



У 1986 році ВООЗ була розроблена триступенева терапія знеболювання (спочатку призначалася для лікування болю при онкологічних захворюваннях). Згодом даний підхід почав застосовуватися і при інших больових розладах, наприклад, при болю в спині. Першим кроком у такій терапії є застосування слабого анальгетика з поетапним збільшенням дози до повного зникнення болю. У випадках сильного болю може знадобитися негайне застосування наркотичних опіоїдних анальгетиків.

Сходи знеболення ВООЗ

Крок 3	Звільнення від болю	Опіоїди при помірному та сильному болю ± неопіати ± допоміжний ЛЗ
Крок 2	Біль стійкий або збільшується	Опіоїди при слабкому та помірному болю ± неопіоїдний препарат ± допоміжний ЛЗ
Крок 1	Біль стійкий або збільшується	Неопіоїдний засіб ± допоміжний лікарський засіб

До початку фармакотерапії

Питання, на які лікар повинен знайти відповідь:

- Який соматичний статус* у пацієнта?
- Чи є у пацієнта коморбідні розлади (депресія, тривога, порушення сну)? Наскільки вони тяжкі?
- Скільки препаратів пацієнт приймає одночасно?
- Який когнітивний статус у пацієнта? Чи існує ризик суїциду та зловживання ЛЗ?

Дайте відповідь на питання: на що сподіватися пацієнтові?

- Щодо тривалості, безперервності й комплексності терапії.
- Поясніть, що хорошим результатом терапії буде 30-50% зниження інтенсивності болю.
- Вкажіть на можливість розвитку побічних ефектів

Вибір терапії

- Бажано призначати монотерапію (перевагу надати препаратам з низьким ризиком лікарських взаємодій).
- Вибирайте ЛЗ з урахуванням виявлених коморбідних розладів.
- Оцініть ризик виникнення побічних ефектів

Дайте відповідь на питання: чи можлива додаткова терапія болювого синдрому та патогенетична терапія основного захворювання, яке стало причиною болю?

Розгляньте необхідність застосування малоінвазивних методів та можливість додаткового призначення немедикаментозних методів лікування болю, в тому числі когнітивно-поведінкової терапії

* Вік, наявність артеріальної гіпертензії, інфаркту міокарда та фібриляції передсердь, хронічної серцевої недостатності, атріовентрикулярної блокади, порушень системи кровотворення, глаукоми, аденоми передміхурової залози, порушень функції нирок (зниження швидкості клубочкової фільтрації) та печінки, епілепсії та ін.

Алгоритм фармакотерапії



ЛЗ, які застосовуються при больових синдромах

Ненаркотичні анальгетики	Ненаркотичний анальгетик, який найчастіше призначається
Парацетамол	<p>Викликає слабе периферичне та центральне інгібування циклооксигенази</p> <p>Знеболювальну дію надає через збільшення больового порогу (центральне інгібування простагландинів), активацію серотонінергічного шляху або інгібування гіпералгезії, викликаної травмою, механізми з участю субстанції P або оксиду азоту, антагонізм NMDA</p>
Антагоністи NMDA-рецепторів (кетамін)	<p>Механізм дії: перешкода трансмісії у первинних аферентних шляхах болю на рівні NMDA-рецепторів</p> <p>Потужні анальгетики, ефективні при хронічних больових станах</p>
Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	<p>Ефективні у лікуванні болю запальної природи</p> <p>Основний механізм дії – інгібування синтезу простагландинів шляхом блокування циклооксигенази</p> <p>Низька ефективність при нейропатичному болю</p>
Наркотичні анальгетики	<p>Анальгетичний ефект реалізується через активацію рецепторів ендорфінної системи</p> <p>Включають в себе усі ендогенні й екзогенні сполуки, які мають морфіноподібні анальгетичні властивості</p> <p>Застосування обмежене ризиком розвитку залежності та побічними діями (інсомнією, запорами, надлишковою седатацією, порушенням дихання, когнітивними порушеннями, змінами з боку ендокринної та імунної систем). Багато пацієнтів відмовляються від опіоїдів через нудоту</p>

**Трициклічні
антидепре-
санти (ТЦА)**

Антидепресивний ефект супроводжується
анальгетичною дією

Пригнічують процеси периферичної
та центральної сенситизації

Недоліком ТЦА є широкий спектр побічної
дії (пов'язаний з їх впливом на гістамінові,
мускаринові й альфа-адренергічні рецептори)

ТЦА досліджені у хворих із ДПН, ПГН, ТГН,
фантомним болем, при НБ, обумовленому
оперативними втручаннями, травмою, онкологіч-
ним захворюванням та ін. (сила рекомендацій А,
клас доказовості II)

**Інгібітори
зворотного
захоплення
серотоніну
та норадре-
наліну**

Механізм дії ІЗЗСН схожий з таким у ТЦА

Немає значного впливу на гістамінові, мускари-
нові й альфа-адренорецептори (кращий профіль
безпеки в порівнянні з ТЦА)

Серед препаратів цієї групи ефективність
щодо НБ найбільше доведена для дулоксетину
і венлафаксину (сила рекомендацій А,
клас доказовості I)

Дулоксетин показав свій терапевтичний
потенціал при больовій ДПН, центральному
постінсультному болю та болю внаслідок
пошкодження спинного мозку

Венлафаксин довів свою ефективність
у лікуванні больових форм ДПН та ПНП

**Анти-
конвульсанти
(габапентин та
прегабалін)**

Основний механізм їх дії:
зниження плинності іонів Ca^{2+} → зменшення
викиду збуджувачих медіаторів (глутамату,
кокальцигеніну та субстанції P) → гальмування
больового імпульсу на рівні задніх рогів
спинного мозку

Додатковий механізм дії:
інгібування NMDA-рецепторів, ↓ експресії
та порушення фосфорилування кальмодулін-
кінази II у спинному мозку,
↓ пресинаптичного викиду ГАМК у блакитній
плямі (locus coeruleus) → викид норадреналі-
ну на супраспінальному рівні та ↑ низхідних
інгібуючих впливів на нейрони спинного мозку

Ефективність габапентину і прегабаліну дове-
дена при ДПН і ПГН, ТГН, НБ, викликаному
онкологічним захворюванням і його лікуванням,
фантомному болю, НБ після спінальної травми,
при радикулопатії, синдромі зап'ястного ка-
налу (СЗК), ВІЛ-асоційованій невропатії та ін.
(сила рекомендацій А, клас доказовості I)

На відміну від габапентину, прегабалін має
лінійну фармакокінетику, що забезпечує
передбачуваність змін концентрації препарату
в плазмі крові при збільшенні або зменшенні
доз. Прегабалін швидше всмоктується в кров
і має вищу біодоступність (90%) у порівнянні
з габапентином (33-66%)

Прегабалін – препарат першої лінії в терапії
діабетичної полінейропатії, постгерпетичної
невралгії, центрального нейропатичного болю
відповідно до рекомендації EFNS (European
Federation of Neurological Societies, 2010)*

* Attal N., Cruccu G., Baron R. et al. (2010) European Federation of Neurological Societies: EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur. J. Neurol., 17: e1113–e1188.

В оновленому в 2018 році клінічному керівництві з терапії тривожних розладів для дорослих Національної служби охорони здоров'я Великобританії (NHS 2017) SH CP 91 Anxiety Treatment Guidelines (For people over the age of 18 years). Окремо зазначається, що прегабалін може призначатися при відсутності терапевтичної відповіді на СІЗЗС/СІЗЗСН, або як перша лінія терапії, особливо у пацієнтів з інтелектуальною недостатністю

Прегабалін нормалізує сон, оскільки безсоння часто коморбідне тривожному розладу і хронічному больовому синдрому

Вигоди застосування прегабаліну: відсутність метаболізму в печінці та, як наслідок, мінімальний ризик міжлікарської взаємодії

Неогабін – прегабалін з доведеною біоеквівалентністю оригінальному лікарському засобу*, вироблений відповідно до швейцарських стандартів якості

Карбамазепін

Протисудомний препарат першого покоління (за хімічним складом близький до ТЦА)

Передбачуваний механізм дії цього препарату – блокада Na^+ -каналів, переважно периферичних нервів

Карбамазепін має доведену ефективність тільки при ТГН (сила рекомендацій для ТГН – А, для НБ – С, клас доказовості – I)

Традиційно для лікування болю в спині застосовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), які добре купірують ноцицептивний біль, проте неефективні при нейропатичному болю, який виникає при радикулопатії.

У лікуванні НБС найефективніші з клінічної точки зору і безпеки для пацієнта препарати групи габапентиніду: прегабалін та габапентин, що робить їх на даний час лікарськими засобами першого вибору для усунення болю з нейропатичним компонентом. Дані про їх високу ефективність та безпечність, доведені у багатьох дослідженнях, стали приводом для створення протоколів для лікування болю в спині з нейропатичним компонентом, зокрема у Франції, Англії та інших країнах Європейського Союзу. Так, Французьке товариство боротьби з хворобами запропонувало і розповсюдило засновані на фактичних даних рекомендації, орієнтовані на лікарів загальної практики, для підвищення ефективності лікування пацієнтів з нейропатичним болем на усіх рівнях, включаючи амбулаторну допомогу, в яких прегабалін вказаний як препарат першої лінії. Препарат з 2004 року ввійшов до лікувальної практики терапії НБС. На сьогодні Європейська агенція (ЕМЕА) та Управління з контролю за продуктами та лікарськими засобами США (FDA) схвалили прегабалін в якості основного засобу для лікування периферичного нейропатичного болю.

Ноцицептивний біль

- Пошук причини та успішне її лікування запобігає розвитку хронічного болю.
- Ефективні загальнозживані знеболюючі препарати (НПЗП та слабкі опіоїди; сильні опіоїди за особливими показаннями).
- Фізіотерапія.
- Стимуляційна терапія (транскутанна електрична нервова стимуляція ТЕНС (доказ D), акупунктура).
- Локальне місцеве знеболення.
- Організація груп лікування болю в амбулаторних умовах (куратори груп – фізіотерапевти або психологи)

Нейропатичний біль

Препарати першого вибору

- Габапентиноїди (прегабалін, габапентин), при невралгії трійчастого нерва – карбамазепін або окскарбазепін.
 - Прегабалін офіційно показаний для лікування як центрального, так і периферичного нейропатичного болю.
- ІЗЗСН (венлафаксин та дулоксетин).
 - Дулоксетин офіційно показаний для лікування периферичної діабетичної нейропатії у дорослих.
- Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, нортриптилін).
 - Звернути увагу на можливість антихолінергічних побічних ефектів та седативної дії.

Препарати другого вибору

- Офіційним показанням для використання капсаїцинового пластира (8%) є недіабетичний периферичний біль. Препарат використовується топічно кожні 3 місяці у відділенні з досвідом використання цього методу лікування. Ефективність лікування була доведена у випадках постгерпетичного болю та при ВІЛ-асоційованій полінейропатії.
- Лідокаїновий пластр (5%) – не більше 12 годин на день.
- Трамадол.

Інші варіанти медикаментозного лікування

- Можуть бути розглянуті наступні методи, якщо вищезгадані варіанти лікування не забезпечили достатнього полегшення:
 - ботулотоксин 50-200 одиниць у ділянку болю з 3-місячними інтервалами;
 - сильні опіоїди, використовуючи індивідуальне дозування.

Топічні препарати

- Місцеві анестетики можуть використовуватися для лікування постгерпетичного болю при алодинії.

ЛЗ для терапії хронічного болю

Клас ЛЗ: підклас ЛЗ	Лікарський засіб
Антидепресанти: трициклічні антидепресанти	Амітриптилін Кломіпрамін Досулепін (дотиєпін) Доксепін Іміпрамін Лофепрамін Нортриптилін Триміпрамін
Антидепресанти: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)	Циталопрам Есциталопрам Флуоксетин Пароксетин Сертралін
Антидепресанти: інші	Дулоксетин Міртазапін Ребоксетин Тразодон Венлафаксин
Протиепілептичні засоби (протисудомні засоби)	Карбамазепін Габапентин Лакозамід Ламотриджин Леветирацетам Оскарбазепін Фенітоїн Прегабалін Вальпроат Топірамат
Опіюїдні анальгетики	Бупренорфін Дигідрокодеїн Фентаніл Морфін Оксикодон Оксикодон з налоксоном Талентадол Трамадол
Інші методи лікування	Флекаїнід Агоністи 5-НТ1-рецепторів Капсаїцин для топічного застосування Лідокаїн для топічного застосування

ЛЗ для терапії хронічного болю

ЛЗ	Ефективна доза	Особливості застосування
Габапентин	1200-3600 мг, доза поділена на 3 прийоми за добу. Титрація, починаючи з дози 300 мг або 900 мг за добу	Повільне титрування дози забезпечує кращу переносимість. Відміна габапентину поступова
Прегабалін	150-600 мг, доза поділена на 2 прийоми за добу. Титрація дози, починаючи з 75 мг 2 рази на добу з інтервалом 3-7 днів	Препарат першого вибору в терапії діабетичної полінейропатії, постгерпетичної невралгії, центрального невропатичного болю. Мінімальний ризик міжмедикаментозної взаємодії (відсутній метаболізм у печінці). Повільне титрування дози забезпечує кращу переносимість. Відміна прегабаліну поступова
Дулоксетин	60-120 мг 1 раз на добу. Титрація дози, починаючи з 30 мг на добу протягом 7 днів або однократне призначення 60 мг	Усі пацієнти перед призначенням дулоксетину повинні пройти скринінг на предмет наявності артеріальної гіпертензії, необхідно регулярно моніторити АТ під час проведення терапії. Припинення терапії дулоксетином – поступове через ризик розвитку синдрому відміни (ажитація, тривога, головний біль, анорексія, діарея та ін.)

ЛЗ	Ефективна доза	Особливості застосування
Венлафаксин	150-225 мг на добу. Титрація дози, починаючи з 37,5 мг 2 рази на добу (для форми з уповільненим виділенням – 75 мг 1 раз на добу) з інтервалом 4-14 днів	Усі пацієнти перед призначенням венлафаксину повинні пройти скринінг на предмет наявності артеріальної гіпертензії, необхідно регулярно моніторити АТ під час проведення терапії. Припинення терапії венлафаксином – поступове через ризик розвитку синдрому відміни
Трициклічні антидепресанти (ТЦА)	25-150 мг, поділені на 1-2 прийоми за добу. Титрація, починаючи з дози 10-25 мг з інтервалом 3-7 днів	Регулярний ЕКГ-контроль рекомендується проводити у всіх пацієнтів старше 40 років, особливо у тих, хто отримує високі дози ТЦА. Припинення терапії – поступове через ризик розвитку ускладнень (в т.ч. синдрому відміни) і посилення больового синдрому
Карбамазепін	400-1200 мг в день, поділені на 2-4 прийоми за добу. Титрація, починаючи з дози 100-200 мг 1-2 рази на добу з інтервалом не більше ніж 200 мг за добу. Максимальна доза – 1600 мг	У процесі лікування рекомендують проводити контроль функції печінки, показників крові. Препарат першої лінії тільки для ТГН
Лідокаїн, пластир	Від 1 до 3 пластирів на ділянку з болем 1 раз на день до 12 годин	При постгерпетичній невралгії можна застосовувати в якості першої лінії терапії, з обережністю у пацієнтів з тяжкою серцевою, нирковою та печінковою недостатністю

ЛЗ	Ефективна доза	Особливості застосування
Ботулінічний токсин типу А (підшкірно)*	50-200 ОД в ділянку з боєм кожні 3 міс.	Терапію повинен проводити сертифікований фахівець
Трамадол	200-400 мг, розділені на 2-3 рази на добу. Титрація, починаючи з дози 50-100 мг на добу з інтервалом 3-7 днів	Ризик зловживання і розвитку залежності
Сильні опіоїди (морфін, оксикодон)	Індивідуальний підбір дози	Слід дотримуватися обережності при призначенні опіатів літнім або ослабленим пацієнтам, пацієнтам з паралітичною кишковою непрохідністю, спричиненою опіатами, при тяжких порушеннях дихання, мікседемі, гіпотиреозі, наднирковій недостатності, токсичному психозі, жовчнокам'яній хворобі, гіперплазії передміхурової залози, алкоголізмі й алкогольному делірії, панкреатиті, підвищенні або зниженні артеріального тиску, при наявності в анамнезі ІХС, епілепсії, пацієнтам, які одночасно приймають інгібітори MAO і мають ризик залежності

* Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S., et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015 Feb; 14(2): 162–73.
 Baron R., Binder A. Fighting neuropathic pain with botulinum toxin A. *Lancet Neurol.* 2016 May; 15(6): 534–5.
 Attal N., de Andrade D.C., Adam F., et al. Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2016 May; 15(6): 555–65.

Немедикаментозне лікування

Немедикаментозне припинення болю та інші методи, що підвищують якість життя хворих із ХБС

1. Акупунктура. Є найефективнішою при незначному ноцицептивному болю напруги, який уражає м'язово-скелетну систему та спостерігається при мігрені.

Акупунктура може викликати нудоту, брадикардію та втому.

Для розвитку терапевтичного ефекту потрібно від 3 до 6 процедур, які виконуються 1-3 рази на тиждень. Оптимальна тривалість лікування становить 1-2 міс. Даний метод також позитивно зарекомендував себе при болю в нижній частині спини, м'язях шиї, остеоартрози.

2. ТЕНС-лікування (черезшкірна електрична стимуляція нерва).

При м'язово-скелетному болю (фіброміалгія, артрит та артроз) електроди можна розмістити у ділянці болю або поблизу.

Лікування, спрямоване на тригерні точки, зменшує чутливість до натискання та розслабляє м'язи. У випадку постгерпетичної невралгії електроди слід розмістити над або під ураженим дерматомом. При болю, пов'язаному з пошкодженням нерва, електрод зазвичай розміщується на ділянці шкіри із збереженим чуттям. Ділянки без збереженого чуття не містять чутливих волокон, а в ділянках сенситизованої шкіри стимуляція була б надмірно сильною. Електроди також можна розмістити на відповідних дерматомах зі здорового боку.

- Лікування є найефективнішим на початку. У деяких пацієнтів ефект зменшується при тривалій терапії.
- Штучний водій ритму є протипоказанням до терапії.

3. Спеціальні види фізичних вправ можуть бути корисні для зміцнення м'язів та зв'язкового апарату.

4. Покращення сну:

- відхід до сну і пробудження – в один час, навіть у вихідні дні та під час відпустки;
- відмова від сну вдень або скорочення тривалості денного сну до 30 хв. у першу половину дня;
- напої, що містять кофеїн (кава, чай) вживати не пізніше 13:00;

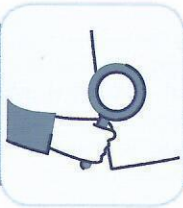
- комфортна температура в спальні – не вище 20 °С;
- вечерея – не пізніше ніж за 2 години до відходу до сну;
- відмовитися від куріння і вживання алкоголю за 2 години до сну;
- фізичні вправи середньої інтенсивності – протягом дня, не пізніше, ніж за 2 години до сну;
- відмовитися від перегляду телевізора, читання, роботи на комп'ютері в ліжку перед сном;
- якщо не вдається заснути – вийти зі спальні на 20 хв. і знову лягти в ліжку;
- виконувати вправи для релаксації перед сном.

Різні незвичні аспекти болю як можливі об'єкти терапевтичного впливу

БІЛЬ ЯК ОЧІКУВАННЯ	Сприйняття болю зменшується під впливом інформації про очікування меншого больового подразника. Тобто біль – це не тільки сприйняття нервових імпульсів, що надходять від ураженої ділянки тіла, а й результат взаємодії між цими сигналами та інформацією, яка усвідомлюється і сприймається по-різному. Мозок в стані моделювати біль
БІЛЬ ЯК ПАМ'ЯТЬ	Вирішальне значення при спогадах про болючу медичну процедуру, наприклад, про лікування зубів, має не стільки реальний рівень болю, скільки емоційний стан людини в той момент, коли вона переступає поріг кабінету лікаря. Причому процес витіснення спогадів про реальні переживання займає кілька місяців
БІЛЬ ЯК ПОВЕДІНКА	Неспокійна поведінка у дітей і підлітків найчастіше переростає в регулярні головні болі у дорослому віці
БІЛЬ ЯК ПРОЯВ ОСОБИСТОСТІ	Душевний біль відкинутої суспільством людини сприймається мозком так само, як і біль фізичний
БІЛЬ – ОНТОГЕНЕТИЧ- НИЙ АСПЕКТ	Гіпотеза про протиборчі стимули, які впливають на мозок. Гедоністичні бажання мозку жорстко обмежені больовими відчуттями

БІЛЬ ЯК ГЕНДЕРНИЙ ПРОЯВ	<p>Біль у жінок сильніший і триваліший. Для жінок характерна схильність до концентрації на емоційних аспектах болю, а для чоловіків – акцентуація на самих фізичних відчуттях, які вони відчувають. Тому чоловіки мають вищий больовий поріг і терплячість, тоді як пов'язані з болем емоційні переживання тільки посилюють страждання жінок</p>
БІЛЬ ЯК ДЕПРЕСІЯ, А ДЕПРЕСІЯ – ЯК ГОЛОД	<p>Психоаналітичний спосіб описування депресивного процесу ілюструє застосування теорії потягу до певних клінічних проблем. Було відзначено, що люди в депресивному стані спрямовують більшу частину свого негативного афекту не на іншого, а на самого себе, ненавидячи себе. Модель спрямованої всередину агресії узгоджується зі спостереженнями, що депресивні люди рідко спонтанно і безконфліктно переживають почуття гніву. Замість нього вони відчувають провину. Не заперечувану і пояснену захистом вину параноїдальної особистості, а свідоме, Егосинтонне, всеосяжне почуття винуватості</p>
БІЛЬ ЯК НЕЙРО- ПСИХОЛОГІЧ- НИЙ ФЕНОМЕН	<p>Схрещування рук на грудях допомагає обдурити головний мозок. Саме так можна зняти біль, при цьому, не вдаючись до ліків. Дослідження показали, що коли після опіку кисті або схожої травми людина схрестить руки на грудях, то інтенсивність болю істотно знизиться. Така маніпуляція заплутує мозок, який перестає розуміти, де знаходиться джерело болю. Варто зазначити, що дослідження проводилися виключно на руках, інші частини тіла не перевірялися</p>
БІЛЬ ЯК ПРОЯВ БАЗАЛЬНОГО ЗАХИСТУ	<p>Мами знімають больові відчуття у своєї дитини, довели вчені з Університету Макгіла. Інші родичі, в тому числі батько, на це не здатні. Механізм знеболювального ефекту не з'ясований</p>

БІЛЬ ЯК ЕМПАТІЯ	Пацієнт, який довіряє своєму лікарю, починає вірити у швидке одужання, його організм виробляє знеболюючі речовини – ендорфіни, що свідчить про нормальні біохімічні процеси
БІЛЬ ЯК ІНДУКЦІЯ	Нові дослідження показали, що люди демонструють зростання просоціальної поведінки (поведінка, яка приносить користь іншим людям або суспільству в цілому) в умовах стресу
БІЛЬ ЯК ЕЛЕМЕНТ СТАРІННЯ	Біль – це частина процесу старіння, як стверджують дослідники. Більшість людей після 70 років періодично відчувають біль. В основному, у літніх людей болить спина, рідше – плечі, руки і коліна. 79% жінок і 53% чоловіків скаржаться на біль
БІЛЬ ЯК САМОПРО- ГРАМУВАННЯ	Біль, заподіяний навмисне, здається людині сильнішим. На наші відчуття також здатен впливати психічний стан інших людей
БІЛЬ ЯК АНТАГОНІС- ТИЧНИЙ НЕЙРОННИЙ ЕФЕКТ	Для більшості людей характерним є отримання задоволення від болю або страждання. Пояснюється це тим, що активність nucleus accumbens зростає в той період, коли людина відчуває задоволення. Аналогічна реакція виникає, коли людина відчуває біль
БІЛЬ ЯК СЕКСУАЛЬНІСТЬ	Якщо піддослідним роблять боляче чоловіки, біль здається сильнішим, незалежно від статі піддослідного



CONCLUSIO*

- На первинну ланку охорони здоров'я покладається відповідальність у веденні пацієнтів із хронічним болем. При необхідності слід консультуватися із вузькими спеціалістами.
- Метою лікування хронічного болю є акцент на покращення функції через розвиток довготривалих навичок самодопомоги, включаючи здоровий спосіб життя.
- Необхідно створити комплексний план лікування (з виявленням біопсихосоціальних факторів), сконцентрований на пацієнті. Актуальним є визначення духовних і культурних аспектів захворювання.
- Важливою є спільна робота мультидисциплінарної команди (в тому числі спеціалістів з психології та фізичної реабілітації), яка координується лікарем загальної практики.
- Спочатку необхідно реалізувати в повній мірі методи реабілітації I рівня, а згодом розпочинати лікування II рівня.
- Ліки – не єдиний засіб лікування болю, вони повинні використовуватися, коли це необхідно, для задоволення загальної мети терапії у поєднанні з іншими формами лікування.
- При призначенні опіоїдів хворим із незлоякісними захворюваннями необхідно проводити ретельний відбір пацієнтів і моніторинг больового синдрому з метою оцінки ефективності та виявлення ознак зловживання або аномальної поведінки.
- Слід пам'ятати про розвиток медикаментозної залежності (оскільки ряд психофармакологічних засобів може використовуватися хворим без залучення спеціаліста та без врахування ризику розвитку залежності).

Список використаної літератури знаходиться у редакції.

* Conclusio (лат.) – заключне речення, післямова, висновок.

Примітка: авторський колектив і видавець зробили все можливе, щоб ця книга була точною, актуальною і відповідала прийнятним стандартам на момент публікації.

Автори, редактори і видавець не несуть відповідальності за помилки або упущення, а також за наслідки від застосування цієї книги, і не дають жодних гарантій щодо змісту книги. Будь-які лікувальні методики, описані в цій книзі, повинні застосовуватися читачами відповідно до професійних стандартів лікування, які використовуються з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів і виходячи з конкретної клінічної ситуації. Рекомендуємо читачеві завжди перевіряти інформацію щодо препаратів за затвердженими інструкціями для виявлення можливих змін у рекомендаціях щодо дозування і протипоказань. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам, яким призначають нові препарати або засоби, які використовуються нечасто. Дозвіл на копіювання елементів для особистого користування або використання пацієнтами надається ТОВ «Доктор-Медіа-Груп».

© 2019  All rights reserved.

© ТОВ «Доктор-Медіа-Груп». Укладання, оформлення та дизайн, 2019.

ISBN 978-617-7484-20-1

Усі права захищені. Ця інформація захищена авторським правом. Жодна частина не може бути відтворена, збережена в пошуковій системі або передана у будь-якій формі та будь-якими засобами, електронними, механічними, друкованими, записом або іншим чином, без письмового дозволу редакції.

Підписано до друку 04.10.2019 р.
Формат 70x100 1/32.
Тираж 1000 пр. Зам. № 04102019-001

Видавець:
ТОВ «Доктор-Медіа-Груп»
04074, м. Київ, вул. Жашківська, 20

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 4675 від 16.01.2014 р.

Надруковано з готових фотоформ
ТОВ «Видавничий Будинок «Аванпост Прим»
03035, м. Київ, вул. Сурикова, 3.