

Лечить, даже когда можно терпеть

Боль может быть другом, когда свидетельствует о воспалительной реакции или повреждении ткани. Однако иногда под болевым синдромом скрываются патологические процессы, возникающие в периферической и центральной нервной системе. О том, как поставить правильный диагноз и назначить лечение пациенту с хронической болью, в интервью нашему корреспонденту Татьяне Богданович рассказал главный врач Института лечения боли, к.м.н. Алексей ВОЛОШИН.



ощущения, пользуясь объективной шкалой. Есть огромное количество методов фиксации этих субъективных ощущений, но все они не могут быть надежным меридом. Тем не менее нам приходится использовать различные шкалы – это и цифровая рейтинговая шкала, и визуально-аналоговая шкала, и различные мимические шкалы. Существуют специальные шкалы для определения отдельных видов боли, например нейропатической – Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS), Douleur Neuropathic 4 Questions (DN4). Иногда используют и опросники, такие как вопросник боли Мак Гилла, включающий сенсорную, эмоциональную и оценочную составляющие. Однако обработать результаты можно только в клинических условиях.

А вот в амбулаторной практике можно применять совсем простую, дискретную шкалу: болит – не болит, да – нет, сильно – слабо. Можно использовать 10-балльную рейтинговую шкалу, когда 0 – нет боли, 10 – боль максимальной интенсивности. В этих случаях пациент может сказать: «болит примерно на 3» – это боль невысокой интенсивности или «болит на 9» – значит,

– Алексей Григорьевич, представим обычную ситуацию: пациент с болевым синдромом обратился за консультацией к терапевту. Каков алгоритм действий врача при первичном приеме? Что говорят по этому поводу клинические рекомендации?

– Первый и самый важный вопрос, требующий решения, – выявление состояния, которое представляет угрозу здоровью и тем более жизни пациента. Яркий маркер такой опасности – это внезапно возникшая интенсивная боль, причем независимо от ее локализации.

Если это головная боль, она может быть признаком кровоизлияния, опухоли, инфекции. Если это боль в грудной клетке – возможен инфаркт, травма легкого, пневмоторакс и другие жизнеугрожающие состояния. Резкая боль в животе часто свидетельствует о прободении язвы желудка, перфорации полого органа, кишечной непроходимости, почечной колики, у женщин – о разрыве кисты яичника. Таким образом, врач должен реагировать не на место возникновения боли, а на ее интенсивность и внезапность.

Проблема оценки степени боли существует очень много лет и до сих пор далека от решения. Потому что практически невозможно измерить субъективные ощущения, пользуясь объективной шкалой

Второй очень яркий ориентир для врача – это реакция на рывочный прием НПВС. Если прием болеутоляющего купирует боль, то она, скорее всего, не является поводом к экстренным действиям. Если же лекарство не снижает боль или снижает незначительно, то с высокой долей вероятности необходима госпитализация.

– Как в этих случаях оценить интенсивность боли? Используются ли для этого какие-то критерии?

– Проблема оценки степени боли существует очень много лет и до сих пор далека от решения. Потому что практически невозможно измерить субъективные

Однако это верно только в том случае, если боль носит адаптивный характер. Это физиологическая боль, которую следует облегчить, но полностью не «выключать». Когда болевая реакция не имеет отношения к защите органа, она становится дезадаптивной. В соответствии с российской терминологией ее называют патологической, или, если ориентироваться на зарубежные классификации, – хронической. Возможны два варианта объяснения патологической боли. Либо имеет место реальное повреждение, но болевая реакция не соответствует его величине и многократно превышает естественную реакцию.

В этих случаях говорят о гипертрофированной реакции. Однако существует и другой вариант, когда боль возникает без явной причины либо сохраняется после устранения повреждающего фактора или воспаления. Это, как правило, происходит из-за дисбаланса и нарушения функций ЦНС.

Можно привести классический пример. После небольшой травмы, когда целостность тканей уже восстановилась, боль может сохраняться месяцами и годами. В этом случае можно однозначно говорить о патологической боли, которая сама по себе становится болезнью. Кстати, в новой классификации МКБ-11, которая готовится к выходу, эта боль будет выделена в самостоятельную единицу. Она соответствует всем признакам классических болезней, имеет свою патофизиологическую основу и эволюционирует во времени. Такая боль не может прекратиться без вмешательства извне и развивается по спирали, захватывая все больше и больше уровней той или иной системы организма. Это классические признаки болезни.

– Несет ли такая боль, помимо гипералгезии, другие опасности для человека?

– Длительная боль вызывает каскад нарастающих по принципу домино патологических реакций, которые сопровождаются существенными изменениями, преимущественно в нервной системе. Этот процесс состоит из нескольких этапов. Начинаясь в зоне явного или мнимого повреждения, он захватывает сначала отделы периферической нервной системы, затем задние рога спинного мозга и, наконец, завершается в головном мозге. В этом случае говорят уже о центральной сенситизации.

В амбулаторной практике можно применять дискретную шкалу: болит – не болит, да – нет, сильно – слабо. Можно использовать 10-балльную рейтинговую шкалу, когда 0 – нет боли, 10 – боль максимальной интенсивности

По мере развития этого процесса в организме возникают очень сложные биохимические изменения с выделением соответствующих нейромедиаторов, биологически активных веществ, гормонов. Структура изменяются нейроны, часть из них отмирает, другие разрастаются, формируя патологические связи. Результатом этих изменений становится формирование очага боли в коре головного мозга.

По сути, этот процесс объединен собирательным термином – нейропластичность. Морфологические изменения ЦНС хорошо заметны на МРТ, гистологических срезах. Например, при привычной мышечной боли в спине, которая часто диагностируется у офисных работников, за год теряется до одного кубического сантиметра неокортекса.

Поэтому любая длительно существующая боль не просто доставляет страдания человеку, но и разрушительно действует на его нервную систему. Причем этот процесс имеет прогрессивное течение. Именно поэтому боль не надо терпеть.

– Существует ли обратная связь в этом случае: от коры мозга к органу?

– Да, безусловно. Основной очаг патологической боли формируется именно в коре мозга и вследствие нарушения функции ЦНС проецирует эту боль на какую-то область. Прежде чем возникает понимание патофизиологии такой реакции, врачу часто приходится подвергать пациента длительному и безрезультатному обследованию. А на самом деле эта боль появляется как результат извращенного восприятия ноцицептивных раздражителей.

Классический пример таких болей – хроническая тазовая боль и лицевая боль. При такой разной локализации у них есть одна общая черта, с моей точки зрения. Это области, которые имеют большое социальное значение. Именно поэтому на них чаще всего концентрируется внимание человека.

– Как диагностировать патологическую боль? Кто должен предпринять врач, если не может выявить источник боли?

– К сожалению, такая патологическая боль, или, по определению зарубежных коллег, хроническая боль, выявляется непросто. Иногда правильно

В новой классификации МКБ-11, которая готовится к выходу, патологическая боль будет выделена в самостоятельную единицу. Она соответствует всем признакам классических болезней, имеет свою патофизиологическую основу и эволюционирует во времени. Такая боль не может прекратиться без вмешательства извне

диагнозу предшествуют многолетние страдания человека. За это время очаг боли разрастается, что сопровождается и массивным разрушением ЦНС. Ведь повреждение нервной системы начинается через несколько недель, а уже через месяц мы видим на МРТ признаки центральной сенситизации с изменением коры головного мозга.

Очень характерный симптом, который может помочь в диагностике боли, – наличие или отсутствие ее воспроизводимости. Например, если у пациента боль возникает в определенной позе или положении тела, если она связана с определенным движением и ее можно искусственно вызвать или облегчить, то с большой долей вероятности речь идет о проблемах механического характера. Тогда как неизменная

боль, которая не усиливается и не ослабевает при любых манипуляциях, скорее говорит о ее «центральной» характере.

Кстати сказать, если причина боли кроется в ЦНС, периферическая сенситизация развивается стремительно. В этих случаях вообще не надо ждать 6 месяцев, чтобы понять, какова природа боли.

– А что для этого надо сделать?

– Применить очень быстрый и достаточно надежный тест – тест с обезболивающим средством. Если оно купирует боль – надо искать ее причину, если нет, то дальнейшие попытки использовать НПВС и другие обезболивающие бесполезны.

Второй классический способ выявления патологической боли применяют в случае сохранения жалоб на боль при отсутствии признаков заболевания по результатам обследования. В большинстве случаев очаг боли локализуется в ЦНС. Таким образом, патологическая, «центральная» боль – это скорее диагноз исключения. Когда мы отвергли все остальные причины, можно говорить о наличии патологической боли.

– Таким образом, первый препарат, который следует назначить пациенту с болью, – это НПВС?

– НПВС – это хорошее, безопасное, довольно эффективное средство для того, чтобы попробовать облегчить боль. И надо сказать, что прием этих препаратов

Существует довольно большой арсенал лекарственных средств, которые воздействуют именно на ЦНС. Ведущее место среди них занимают антидепрессанты

в течение недели не представляет опасности для кишечного тракта, почек и крови. Если взвешивать пользу и риски, то терпеть боль намного вреднее.

Единственный нюанс, который следует учитывать с позиции безопасности НПВС, это его селективность. Поскольку ключевой механизм практических всех НПВС – ингибирование циклооксигеназы, желательное понимать, какую форму ЦОГ надо блокировать. Так что при физиологической боли НПВС помогают, и это надо использовать.

Конечно, длительный прием противовоспалительных препаратов сопряжен с риском поражения слизистых оболочек, почек и кровотоков аппарата. Поэтому всегда лучше подыскать замену НПВС другими препаратами или методами лечения. Однако при отсутствии альтернативы приходится оставлять НПВС в базовом арсенале лечения и обоснованно принимать риски такой терапии.

Совершенно другая ситуация возникает, когда наблюдается периферическая сенситизация или сигнал о боли достиг задних рогов спинного мозга и центральной нервной системы. НПВС в таких случаях практически не работают и ничего кроме рисков для пациентов не несут. Применять их можно только с диагностической целью.

– Какими методами можно справиться с патологической болью, если не помогают даже сильные обезболивающие?

– Существует довольно большой арсенал лекарственных средств, которые воздействуют именно на ЦНС. Ведущее место среди них занимают антидепрессанты. Фактически они являются фундаментом лечения, регулируя концентрацию нейромедиаторов в головном мозге.

Очень важно, что в современном мире существует достаточно большой арсенал средств для помощи людям, страдающим от хронической боли. Например, варианты таргетной терапии – прицельной точечной доставки лекарственного препарата к очагу повреждения или раздражения. На сегодняшний день мы можем доставить лекарство в любую точку организма –

Любая длительно существующая боль не просто доставляет страдания человеку, но и разрушительно действует на его нервную систему. Причем этот процесс имеет прогрессивное течение. Именно поэтому боль не надо терпеть

в конкретную мышцу, нерв, нервный узел, к грыже в позвоночнике или опухоли. Таким образом, нам удается достичь доминирующей концентрации лекарственного вещества в очаге воспаления, радикально увеличив его биодоступность.

Наконец, можно использовать нейрофизиологические механизмы, воздействуя специальным образом модулируемым током на поврежденный участок нервов, в том числе в просвете позвоночного канала. Этот метод получил название импульсной радиочастотной терапии. И если с причиной болевых ощущений проблему решить не удается, у нас всегда есть возможность воздействовать на пути проведения, прерывая болевую импульсацию на магистралах.

Опыт такого рода лечения, накопленный в мире (а это несколько десятков лет) позволяет выполнять эти процедуры у пациентов самого разного возраста, независимо от наличия сопутствующей патологии,

достаточно безопасно. Это настоящее спасение для многих наших пациентов, которым хирурги отказывают в хирургическом лечении из-за опасений, связанных с травматичностью операций, например на позвоночнике или суставах.

– Может ли пациента с патологической болью вести терапевт?

– Конечно, может, если он уверен в диагнозе. Для этого в первую очередь необходимо на основании результатов обследования отвергнуть возможность физиологической боли. И, во-вторых, проследить за динамикой болевого синдрома. Если он купируется, значит, терапевт движется в правильном направлении. Однако наряду с этим следует выделить ситуации, когда пациента необходимо отправить к специалистам по боли. Это происходит в тех случаях, когда, несмотря на усилия врача, боль прогрессирует и захватывает все

большие зоны. Иногда ни врач, ни пациент не могут выявить источник этой боли. И наконец, самое неприятное – не удается купировать острую боль, даже когда выявлен ее источник.

– В определении боли заложена эмоциональная составляющая. Как врачу не ошибиться и не пропустить терпеливого пациента с острой болью?

– Личность человека радикально влияет на восприятие боли. Социальные исследования показывают, что здоровые люди, не имевшие в прошлом травм и тяжелых заболеваний, переносят боль намного легче, чем те, кто либо сам испытывал страдания, либо наблюдал их у своих родителей. Поэтому первый вопрос, который должен задать врач: кто перед тобой сидит? зачем он пришел?

Молодые люди, строящие большие планы на будущее, склонны преуменьшать свои страдания. У пожилых людей другая проблема – у них больше дегенеративных изменений и, соответственно, причин для боли, но они страдают от нее годами и уже привыкли к ней. Есть и такие, кто жалобами на боль просто покупает внимание близких и детей. Для них характерно преувеличение своих проблем, они пытаются взвалить свою боль на плечи окружающих, поэтому достаточно драматично описывают свои страдания.

Напротив, если на прием приходит пациент среднего возраста, особенно мужчина, он рассказывает о своих ощущениях достаточно скупое. Под словами «немного побаливает» может скрываться сильный болевой синдром. Просто мужчине традиционно неудобно жаловаться, к тому же его лексический запас может быть ограничен.

У молодых людей возможна боль как проявление депрессивного состояния. Эта ситуация является ярким примером механизмов центральной боли. Исследования показывают, что около половины пациентов с депрессией имеют соматические боли. Поэтому врачу необходимо в первую очередь быть психологом, психиатром, а уже потом любым другим специалистом.

– Во врачебной среде, в том числе среди врачей скорой помощи, бытует мнение, что боль в области живота ни в коем случае нельзя купировать – во всяком случае, до тех пор, пока с помощью комплекса исследований не будет установлен точный диагноз. Якобы купирование болевого синдрома может мешать адекватной диагностике. Соответствует ли это истине?

– Моя позиция в этом вопросе определенно не радикальная. Современные способы лечения боли не должны становиться целью, какими бы красивыми они ни казались. В первую очередь это средство, другими словами, инструмент. И от того, как им воспользоваться, зависит, можно ли спасти человека или причинить вред. В любой непонятной ситуации, особенно если речь идет о жизни и здоровье пациента, необходимо руководствоваться здравым смыслом и клиническим опытом. Лечение хронической боли по своей сути – это основной вариант терапии в случае, когда диагноз установлен и достаточно ясен. В экстренной медицине диагностический поиск по принятым нормам и стандартам в обязательном порядке должен сопровождаться облегчением боли у пациента, но при этом он никогда не становится основным способом лечения. Отвечая на вопрос по существу, скажу: клиническое мышление, диагностический поиск и основные подходы общей медицины неотделимы от общих принципов гуманизма. Этим нехитрым правилом мы и руководствуемся в своей работе. ■

Личность человека радикально влияет на восприятие боли. Социальные исследования показывают, что здоровые люди, не имевшие в прошлом травм и тяжелых заболеваний, переносят боль намного легче, чем те, кто либо сам испытывал страдания, либо наблюдал их у своих родителей

