

Т Е З И

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

О. М. Авраменко
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО КУРАЦІЇ ХРОНІЧНОГО
АЛГІЧНОГО СИНДРОМУ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Хронічний біль є однією із провідних проблем сучасної медицини: поширеність хронічного больового синдрому, за даними епідеміологічних досліджень, складає не менше 40 % дорослого населення, які відображаються на світовій спільноті, і ці показники мають тенденцію до неухильно росту (Павленко С. С., 2002; Крыжановский Г. Н., 2003; Яхно Н. Н., 2008; Голубев В. Л., 2009; R. Chou, J. D. Loeser, 2009, 2011). Понад 40% людей із хронічним болем зауважують, що біль серйозно знижує якість їхнього життя (працездатність, соціальне функціонування) (Яхно Н. Н., 2009).

Клініко-епідеміологічні дані про етіопатогенез хронічного болю дозволили групі експертів міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) дати наступне визначення: «Біль – це неприємне відчуття або емоційне переживання, яке пов'язане з реальним або потенційним пошкодженням тканин і яке описується в термінах такого пошкодження». Больові відчуття оцінюються людиною, як сигнал захворювання, яке може призвести до зміни соціального функціонування і в подальшому до інвалідації. Коморбідними хронічному болю є депресія та тривога. При хронічному болю треба насамперед шукати депресію (Дж. Мюррей, 1997, Zaproudina N., 2009; Данилов А. Б., 2010; Баринів А. Н., 2012). Багато досліджень (S.Turker, 1985; Вельтіщев Д. Ю., 2008; Марченко

А. С., 2009; Беялов Ф. И., 2010) наводять дані про наявність депресії у половини хворих, що страждають хронічним болем, ґрунтуючись на тому факті, що біль завжди супроводжується негативно-емоційними переживаннями і блокує можливість людини одержувати радість і задоволення (Яхно Н. Н.; 2008, Waddell G., 2011, Wager-Smith K., Markou A., 2010, Михайлов В. П., 2011). У понад 60% хворих на депресію виявляються хронічні больові синдроми (Мосолова С. Н., 1997; Голубев В. Л., Данилов А. Б., 2009; Герасимова О. Н., 2010; Turk D., Wilson H., 2012). Тривожні розлади нерідко виходять на перший план, затьмарюючи власне депресивні симптоми. Поєднання депресії і тривоги (Шацберга А. Ф. 1997) досягає 62%; особливо специфічне поєднання тривоги в поєднанні з м'язовою напругою і депресією саме при хронічних больових синдромах.

Підхід до лікування пацієнтів із хронічним больовим синдромом повинен здійснюватись комплексно (мультидисциплінарно), в основі якого залучення неврологів, нейрохірургів, ортопедів, спеціалістів з реабілітації, а також психологів, психіатрів, психотерапевтів, що дозволить досягнути прогнозовано хороших результатів. Такий підхід нині вважається «золотим стандартом» надання медичної допомоги пацієнтам із хронічним болем різної етіології.