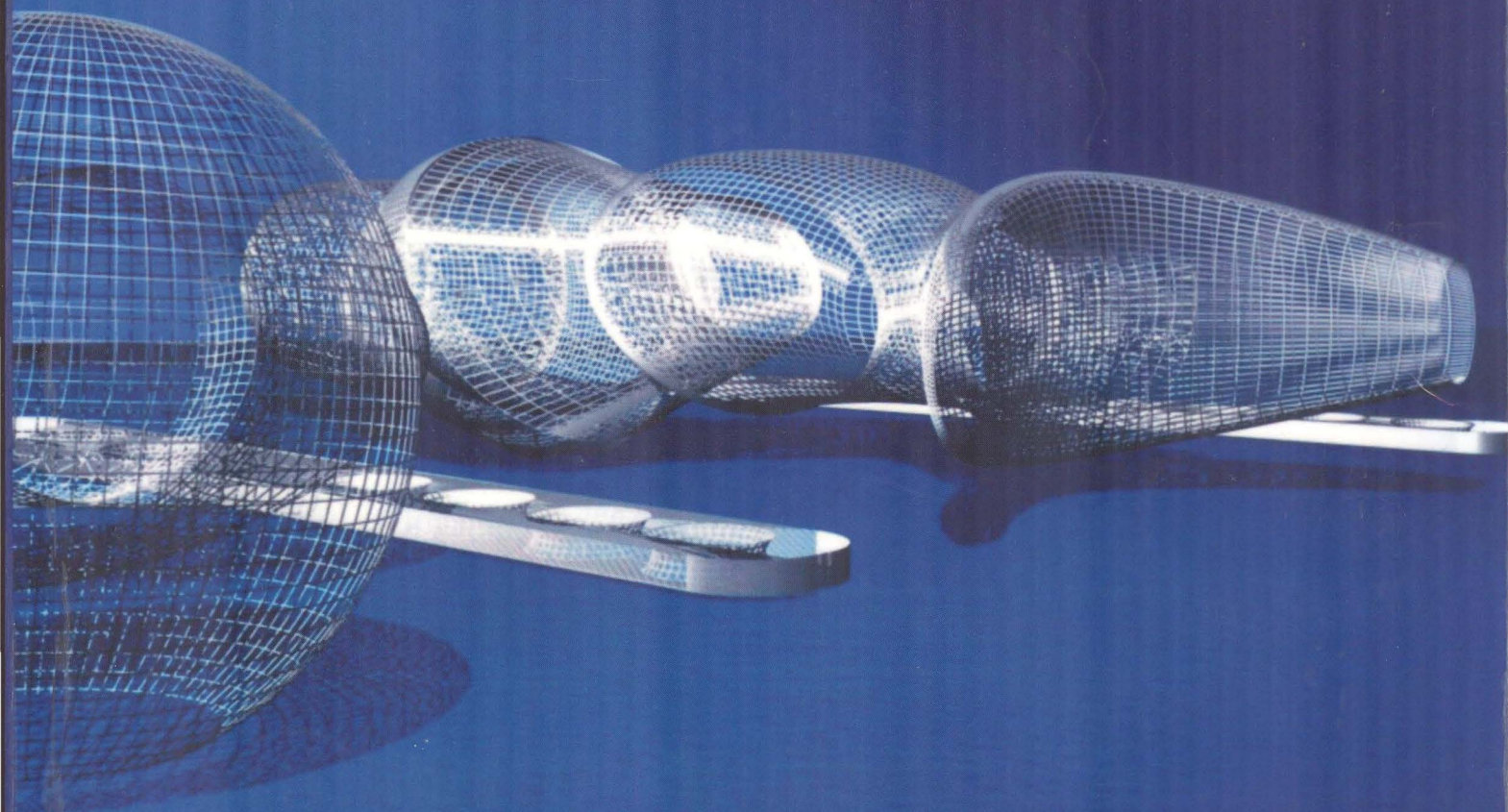


ISSN 1684-9280

Травматология и Ортопедия

ЖЭНЕ
Специальный выпуск



2/2005

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПРОБЛЕМА ЕЕ ПОНИМАНИЯ

М.М. МАХАМБЕТЧИН

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Ауырсыну мәселесі бүгінгі таңда өзекті ме? Неге дәрігерлер осы мәселеге зейін салып талдаудан бас тарттады? Терең аурушаңдық сезім жеке анатомиямен физиологиялық ерекшеліктермен байланысты, психикаға тәуелді емес. Терең аурушаңдық сезімнің объективті анықтау тәсілін іздену бүгінгі таңда нәтижелі болуы мүмкін.

How mach is actual pain's problem? Why doctor avoid to talk about this subject? Deep pain sensitiveness is consequence of individual anatomy and physiology, but not mental. Work out the method of definition of deep pain sensitiveness is necessary and real.

Действительно ли проблема боли существует или она надумана? Чем объяснить, что в США, Европе более 50 лет функционируют различные противоболевые центры? Что побудило США придать проблеме боли статус государственной важности? Зачем созданы Всемирная (1975 г.), Европейская (1978 г.), Российская (1993 г.) ассоциации по изучению боли? Ученые и специалисты признают, что из более 50 млн. людей, страдающих болевыми синдромами в США, 65% не получают полноценной помощи [1,2]. Имеет ли должное решение проблема послеоперационно-го обезболивания, поясничных и суставных болей, проблема боли у новорожденных и онкологических больных у нас? Если мы считаем послеоперационное обезбоживание у нас удовлетворительным, то в Великобритании врачи расценивают его у себя неудовлетворительным. Непонимание в этом вопросе сродни непониманию перехода от целесообразного ранее 4-х кратного обезбоживания наркотиками после аппендэктомии к достаточности 1-2-х кратного обезбоживания обычным анальгином. Процесс послеоперационного обезбоживания «вполне» регулируется стандартными протоколами и поведением пациента. Главным показателем достаточности или недостаточности обезбоживания является поведение больного (его жалобы). Но терпеливый больной может считать, что так и должно быть и не будет жаловаться на сильную боль, а нетерпеливый может навредить себе излишним потреблением обезболивающих. Все недостатки обезбоживания, связанные с разной болевой чувствительностью в большинстве случаев компенсируются (нивелируются) широкими адаптационными возможностями организма. Послеоперационные осложнения, в том числе и смертельные, сегодня трудно связать с неадекватностью обезбоживания, потому что до сих пор нет объективного критерия адекватности обезбоживания. Но отсутствие объективных критериев адекватности обезбоживания не исключают участия боли в развитии осложнений? Какая боль может участвовать в патогенезе осложнений? В первую очередь интенсивная боль. Но, пока мы не можем объективно измерить интенсивность боли, поэтому надо уточнить, что значение имеет не субъективно переживаемая боль, а физиологически воспринимаемая боль. Если быть еще точнее, нельзя исключить участия в развитии осложнений болевой импульсации дезрегулирующей функцию жизненно важных систем организма. Вопрос в том, какой силы болевая импульсация у каждого отдельного человека может вызвать значимую дезрегуляцию жизненно важных систем. Почему у одного человека патологический процесс сопровождается с высоко интенсивной болевой импульсацией, а у другого тот же процесс с незначительной болевой импульсацией?

По данным экспертов ВОЗ, 90% болезней сопровождается болью [1]. В хирургии и травматологии этот процент может быть и выше. Что мы подразумеваем под болью в хирургии и травматологии? Это в первую очередь симптом, играющий в большинстве случаев определяющую роль в диагностике. Во вторых, это страдание больного, которое требует помощи - обезбоживания. Несмотря на то, что ощущение боли субъективное, боль находится всегда в центре внимания врача, ни один хирург, травматолог не избегает вопросов: «Где болит?», «Как сильно болит?». Ни один врач не ссылается на то, что переживание боли субъективное, поэтому обезболивает вполне материальными анальгетиками. Но опять таки общепринятое - «переживание боли человеком субъективно» - как запрет в сознании врачей на рассуждения о более значимой роли боли в клинике. Как будто запрещено задавать вопросы - «Насколько субъективное переживание пациентом боли и субъективная ее оценка врачом мешает правильной и своевременной диагностике?», «Как вышеуказанная двойная субъективность в оценке боли мешает эффективности обезбоживания и лечения в целом?». Врачи не задают эти вопросы, потому что не связывают статистику в экстренной хирургии (1% напрасных и 20 - 25% задержанных операций) с проблемой субъективной оценки боли [3]. Не задают эти вопросы видимо и потому, что рассуждать на эту тему не принято. Врач равнодушен к непривычной сфере знаний, где больше вопросов, чем утвердительных ответов. Невозможно думать о том, о чем крайне редко размышляют в доступной профессиональной литературе. И причины напрасных, запоздалых лапаротомий как будто бы понятны: недостаточная квалификация врача, невнимательный сбор анамнеза, неполный осмотр, запущенная стадия заболевания, атипичная анатомия, нетипичная клиника и др. [4]. Нетипичная клиника не выделяется особо из ряда перечисленных причин, она связана с индивидуальной чувствительностью и переносимостью боли, перед которыми медицинская диагностика сегодня бессильна. В травматологии тоже не задаются вопросы объективизации переживаемой боли, делается акцент на соответствие органического поражения клиника (боли), соответствует - оперативная коррекция, не соответствует (органического поражения нет или они не выражены, а боль выраженная), лечись консервативно противовоспалительными и обезболивающими. Неизвестно сколько больных, которым операция не показана, смирились и живут с хронической болью.

Целью исследований, начатых еще в 1998 году, было объективизирование болевой чувствительности пациента для улучшения диагностики при «стром животе». Исследования в этой области вынуждают выходить на

разные уровни обобщения, потому что боль - интегративная функция всего организма. Боль при остром аппендиците или при коксартрозе, имея разную причину, по сути, имеют одну природу и воспринимаются одним центром. Нельзя решать и решить проблему боли изолированно и применительно только к «острому животу» или коксартрозу, если решению и суждено быть, то оно коснется всех нозологий, где присутствует болевой синдром.

Сложность проблемы боли связана с тем, что боль является результатом интегративной функции организма, т.е. результатом взаимодействия важнейших систем организма. С одной стороны сложно разобраться в многоуровневых межсистемных взаимосвязях, с другой стороны боль облачена индивидуальным субъективным отношением человека к ней. Поэтому исследователи больше склонны к поиску новых обезболивающих средств, чем к поиску путей объективизации боли и ее источника.

На сегодня разработано большое количество обезболивающих лекарств, используются множество разнообразных немедикаментозных средств обезболивания, но не найдено ни одного достаточно удовлетворяющего при разных болевых синдромах средства [2]. Если продолжающаяся гонка в фарминдустрии не будет в своих исследованиях брать в расчет индивидуальную болевую чувствительность человека и связанную с этим особенности его организма, то прогресс в борьбе с болью ограничится только ростом качества (побочные эффекты, дозировка, стоимость) лекарств. Таким образом, прогресс ограничится борьбой с симптомом, а не с сущностью болезни в каждом отдельном случае.

Сила и мысли исследователей больше тратятся на доказательства эффективности того или иного нового препарата или способа при том или ином болевом синдроме. Имеющиеся противоречия в сфере обезболивания игнорируются, потому что удобнее работать над тем, что непосредственно дает результат сегодня в выбранном узком направлении, чем ломать голову над сложной и «бесперспективной» темой. Нет ни одной теории объясняющей, почему один и тот же болевой синдром эффективно лечится совершенно разными способами. Почему у одного пациента сильная боль купируется только наркотиками, а у другого возможен плацебо эффект? Почему при выраженной органической патологии может быть боль слабой или вообще отсутствовать, а при отсутствии органического поражения могут быть интенсивные боли? Наглядный пример: два нейрохирургических центра высокоэффективно лечат невралгию тройничного нерва, в Москве путем операции устанавливая «прокладку» между сосудом и медиальной ветвью тройничного нерва, в Новосибирске тот же клинический эффект достигается радиочастотной деструкцией медиальной ветви [5,6]. Причем нет объяснения, почему врожденный невровазоскулярный конфликт проявляется в преклонном возрасте и как в ограниченном пространстве установка дополнительной циркулярной «прокладки» устраняет якобы механический конфликт между сосудом и нервом, почему люди, имевшие, на вскрытии подобный нейрососудистый конфликт не страдали при жизни невралгией. Согласно тенденции сегодняшних исследований в области обезболивания, похоже, каждый нейрохирургический центр будет совершенствовать свой метод, не отвлекаясь на «философский» вопрос – в чем же истинная причина невралгии и почему два совершенно разных метода одинаково эффективны?

Медицинская наука должна разработать технологию прямого объективного измерения интенсивности и качества боли. Что позволит точно диагностировать источник боли и степень его поражения. И тогда огромное количество обезболивающих лекарств и немедикаментозных средств резко сократится за счет дифференцированного их применения, а главным образом за счет переноса акцента с подавления боли на коррекцию источника боли. Сегодня говорить о подобной технологии измерения слож-

но. Но уже сегодня необходимо обсуждать вопрос о подготовительном этапе к измерению боли - об измерении болевой чувствительности пациента. Сегодня возможно разработать доступный способ определения степени глубокой болевой чувствительности (ГБЧ) человека, подобно тому, как определяют остроту зрения или слуха. Что это даст? У человека повышенная ГБЧ, ну и что? Что дальше делать с этой информацией? Она не фигурирует в патогенезе ни одного заболевания. Она не предусмотрена ни в одном диагностическом алгоритме. Ей нет места в установленном стереотипе врачебного, клинического мышления. Эта новая информация должна сопровождаться инструментом ее реализации. А пока у врачей нет веры в возможность объективизировать ГБЧ, нет понимания в необходимости такой информации, потому что нет инструмента реализации этой информации, нет положительного опыта ее применения. Тогда откуда такая вера и понимание у нас? Почему мы не делимся этими знаниями? Многократные доклады на эту «необговоренную» тему встречаются в лучшем случае молчаливым. Видимо наши результаты определения ГБЧ имеют сложную систему доказательств и сопровождаются введением новых терминов, что затрудняет понимание и соответственно лишает веры в это. Не останавливаясь подробно на разработанной нами методике, следует лишь еще раз подчеркнуть, что речь идет именно о ГБЧ (глубокой болевой чувствительности), а не поверхностной, о вторичной болевой реакции, а не о болевом пороге [7]. И болевой порог и характеризующая им поверхностная болевая чувствительность не имеет практического применения в клинике, потому что в клинике мы сталкиваемся в основном с ГБЧ, с болью в глубоких тканях и внутренних органах. Разработанный способ определения ГБЧ апробирован в клинике и показал свою высокую информативность, показал возможность несравнения поверхностной и глубокой болевой чувствительности у одного и того же человека. Но присутствие в способе определения ГБЧ субъективного фактора (участия пациента) склоняет нас приложить усилия к совершенствованию данного способа (устранению полностью субъективного фактора), чем прилагать усилия к повсеместному внедрению его. Если быть точнее, достигнутые результаты диктуют не столько совершенствования имеющегося способа, сколько использования его для обнаружения объективных параметров организма специфических для разной степени ГБЧ, что и будет тестом – измерителем степени ГБЧ.

Отправной точкой в понимании целесообразности этих исследований является принятие следующей гипотезы: повышенное или пониженное физиологическое восприятие глубокой боли не определяется психикой [8]. Подобно тому, как падающий яркий или тусклый луч света меняет оттенки белого или черного цветов, не меняя истинного цвета, так и психика может менять оттенки болевой чувствительности не определяя истинную чувствительность. С возрастом или с развитием психических нарушений может меняться отношение к боли, но не меняется врожденная нейрогуморальная основа болевой чувствительности. Человек, имеющий врожденную повышенную ГБЧ, может быть терпеливым к интенсивным болям, внешне мало проявляя свои страдания, и наоборот человек с нормальной или пониженной болевой чувствительностью может не терпеть малейшую боль, эмоционально проявляя свое негативное отношение к боли. Все перечисленное не плод фантазии, а результат анализа проведенных исследований и изучения литературы по данной теме. Конечно, число исследованных не велико – 400 и в методе присутствует субъективный фактор. Но практический опыт и наблюдения склоняют результаты этих исследований выстроить в вышеуказанную гипотезу.

Болевая чувствительность как одно из проявлений нейроиммунноэндокринной системы – тесно связана с ее составляющими, в частности с иммунитетом [9,10]. Не следует игнорировать важнейшими связями иммунитета и

болевого чувствительности, которые заложены природой и передаются по наследству, ссылаясь только на то, что переживание человеком боли субъективное. Конечно, рассуждения об этих связях на основании имеющихся результатов, пока еще не могут иметь практического применения, но это одна из перспектив, которая как маяк дает надежду и стимулирует движение в выбранном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль в клинике. Актуальные вопросы терапии боли // Росс. Ассоциация по изучению боли. – Первая научно-практическая школа. – Самара, 2005. – С. 60.
2. Смирнова Т.Г. К вопросу о немедикаментозных способах лечения боли // Боль. – 2000. - №12. – С. 33-37.
3. Магдиев Т.Ш. Ошибочные лапаротомии в неотложной хирургии / Т.Ш. Магдиев, В.Д. Кузнецов, В.А. Шипилов // Хирургия. – 1991. - №11. – С. 118 – 121.
4. Мелехов П.А. Факторы способствующие диагностическим ошибкам в неотложной абдоминальной хирургии // Вестн. Хирургии. – 1989. - №10. – С. 68 – 70.

5. Устюжанцев Н.Е. Микроанатомия и микрохирургия невралгии тройничного нерва // Патогенез. – 2005. № 2. – С. 25 – 26.

6. Кривошапкин А.Л. Опыт применения радиочастотной термодеструкции в лечении хронических болевых синдромов // Боль и палиативная помощь: Материалы Сибирской межрегиональная науч.- практ. конф.- Новосибирск, 2002. - С. 230.

7. Лохвицкий С.В., Махамбетчин М.М.- Определение степени болевого восприятия в диагностике острого живота.- Караганда: Арко, 2001.-100 с.

8. Блок О.Г., Махамбетчин М.М. Связь психологических параметров с параметрами болевой чувствительности // Клинические и теоретические аспекты острой и хронической боли: Росс. науч.- практ. конф. -Н.Новгород, 2003.- С.69.

9. Верещагин А.П. Особенности влияния экстеро-, висцеро- и проприорецептивных болевых раздражений на организм: автореф. ...д-ра мед.наук.-Иваново, 1972. - 27 с.

10. Щадрин Н.А., Верещагин А.П. Влияние болевых раздражений на бактерицидные свойства крови. - Ижевск, 1968. - С.101 – 104.