



Профессор П.Р. КАМЧАТНОВ: «Психологическое состояние пациента с болью серьезно влияет на эффективность лечения»



Боль – ощущение, которое хорошо знакомо каждому человеку. И, несмотря на достижения фармацевтики и выработанные принципы адекватного обезболивания, проблема боли остается одной из самых актуальных в медицине в целом и в неврологической практике в частности. Как правило, именно сильная или периодически повторяющаяся головная боль, острая и хроническая боль в шее и нижней части спины становятся поводом для обращения к неврологу. О преодолении сложностей в диагностике и лечении болевого синдрома, патофизиологических особенностях ноцицептивной и невропатической боли, а также о влиянии психологического состояния пациента на течение и исход болезни – в беседе с д.м.н., профессором кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Павлом Рудольфовичем КАМЧАТНОВЫМ.

– Боль считается основной жалобой, с которой пациент обращается к неврологу в условиях амбулаторного приема. Так ли это, по вашему опыту?

– Действительно, боль – одна из наиболее частых жалоб пациента на амбулаторном приеме невролога и других специалистов (например, хирурга, терапевта, врача общей практики). Об этом говорит не только и не столько личный опыт, сколько результаты многочисленных исследований, проведенных в разное время и в разных регионах. Даже если поводом для обращения за медицинской помощью послужили иные причины,

у значительного числа пациентов имеется сопутствующий болевой синдром, обусловленный коморбидными состояниями.

– С какой болью чаще всего приходится сталкиваться в клинической практике?

– В структуре болевых синдромов, безусловно, преобладает ноцицептивная боль (головная боль, дорсалгии), которая вызвана раздражением ноцицепторов и сигнализирует о воздействии внешних факторов или неблагополучии со стороны внутренних органов. Невропатические болевые синдромы, к счастью, наблюдаются

значительно реже. Во-первых, они не так распространены в популяции. Все-таки невропатическая боль, которая в отличие от ноцицептивной боли возникает вне связи с раздражением болевых рецепторов, не носит защитного сигнала характера и представляет собой истинное патологическое состояние. Во-вторых, усилиями научного медицинского сообщества в ряде регионов были созданы специализированные центры, которые принимают значительное число пациентов с невропатической болью. Вместе с тем серьезную проблему представляют хронические болевые синдромы,



Актуальное интервью

когда боль, утрачивая защитную функцию, превращается, по сути, в самостоятельное заболевание, требующее специфических подходов к лечению.

– По некоторым данным, половина пациентов с хронической болью меняет врача как минимум дважды в течение полугода. С чем связана такая неудовлетворенность лечением?

– Действительно, частая смена лечащего врача и обращение за повторными, зачастую ненужными, консультациями представляют собой серьезную проблему. В отношении того, какое число больных отказывается от помощи врача, который начал лечение, и отправляется на поиски другого специалиста, который, по их мнению, способен оказать более эффективную помощь, определенных цифр, скорее всего, быть не может. Многим пациентам из глубинки и на первичный прием не всегда просто попасть, не говоря уже о том, чтобы выбрать определенного доктора. Так что проблема поиска «лучшего» врача касается прежде всего крупных населенных пунктов.

Следует иметь в виду, что часто неудовлетворенность результатами лечения, желание пройти дополнительные обследования, получить консультации всевозможных специалистов обусловлены не столько выраженностью болевого синдрома, сколько эмоциональными нарушениями, в первую очередь тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами.

Недостаточное выявление аффективных нарушений и их коррекция у пациентов с болевыми синдромами – еще одна объективная проблема. К сожалению, с одной стороны, подготовку интернистов и неврологов в области психиатрии не всегда можно назвать удовлетворительной. А с другой, идея о том, чтобы наблюдаться и лечиться у психиатра или психотерапевта, встречает понимание

не у всех наших пациентов с хроническим болевым синдромом. Хотя это стандартная практика во многих странах, и в ее эффективности нет сомнений.

– Могут ли возникнуть сложности с диагностикой и лечением боли?

– Трудности в лечебном процессе существовали и будут существовать. Из-за многообразия механизмов развития заболевания и его клинических проявлений, а также сочетания нескольких патологических процессов терапевтические задачи могут быть очень сложными.

Анализ жалоб и анамнестических сведений, правильный выбор объема обследования снижают вероятность ошибок при определении оптимальной лечебной тактики. Кроме того, никогда не помешает обсудить сложный случай с коллегами.

Стоит отметить, что не нужно проводить повторные и лишние лабораторно-инструментальные обследования, которые нередко не только не вносят ничего нового в понимание характера заболевания, но и порождают у пациента чувство неуверенности в действиях врача, опасения в отношении «сложного» характера своего состояния и риска неблагоприятного прогноза.

– Сказывается ли на эффективности лечения психологическое состояние больного?

– Нет никакого сомнения в том, что психологическое состояние оказывает самое серьезное влияние на проявления болевого синдрома и эффективность проводимого лечения. К сожалению, в повседневной практике крайне редко применяются методы психотерапии при ведении пациентов с болевыми синдромами, в первую очередь хроническими. Это обусловлено и дефицитом времени в условиях амбулаторного врачебного приема, и не всегда достаточной осведомленностью об этом

Часто неудовлетворенность результатами лечения, желание пройти дополнительные обследования, получить консультации всевозможных специалистов обусловлены не столько выраженностью болевого синдрома, сколько эмоциональными нарушениями, в первую очередь тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами

мощном лечебном инструменте, и дефицитом навыков его использования на практике, и другими причинами. Вместе с тем следует иметь в виду, что до трети болевых синдромов могут в той или иной степени быть скорректированы с помощью психотерапевтического воздействия. Вероятно, более широкое применение методов психотерапии – серьезный резерв повышения качества лечения пациентов с болью.

– В терапии боли преимущество на стороне медикаментозных или немедикаментозных методов?

– Универсального подхода к ведению пациентов с болью не существует, и противопоставление лекарственных и немедикаментозных способов лечения не вполне корректно. Следует использовать разнообразные методы (физиотерапию, лечебную гимнастику, психотерапию), причем на разных этапах они могут оказывать различное действие. Кроме того, снижение интенсивности боли с помощью лекарственных средств – только первый этап лечения, обеспечивающий возможность встать на ноги в прямом и переносном смысле. Дальше дело за пациентом. Поэтому крайне важно вовлекать его в процесс выздоровления. Исключительное значение активная позиция пациента имеет при скелетно-мышечных болевых синдромах. *