

ФАНТОМНИЙ БІЛЬ (ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ)

Хронічний біль є однією з найпоширеніших причин, через які пацієнти звертаються за медичною допомогою. Він є наслідком комбінованих біологічних, психологічних і соціальних факторів і найчастіше **вимагає багатфакторного підходу до лікування.**

Загальний підхід до лікування болю має відображати біопсихосоціальну природу хронічного болю, що зазвичай потребує розробки спеціальної стратегії лікування. Відповідна початкова терапевтична стратегія хронічного болю залежить від точної оцінки причини та типу хронічного болю. Зокрема, нейропатичний біль слід відрізнити від ноцицептивного болю, а також розпізнавати больові стани, пов'язані з центральною сенсibiliзацією та/або ноципластичним болем.

Фантомний біль

Окремої уваги потребує **фантомний біль (ФБ)**, який **може виникати внаслідок ампутації кінцівки.** Якщо для цивільного населення причиною ампутації є захворювання периферичних артерій, то в умовах військового часу — це травми.

До факторів, які визначають необхідність ампутації кінцівки, належать кількість втраченої тканини, термінальна стадія хронічної хвороби нирок, функціональний стан кінцівки та наявність цукрового діабету у пацієнта (цукровий діабет підвищує ризик ампутації у 10 разів та погіршує прогноз якості та тривалості життя).

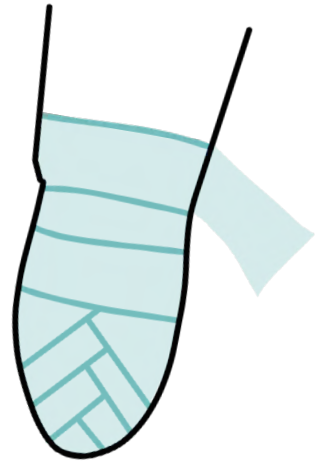
Великі ампутації (ампутація нижче та вище колінного та ліктьового суглобів) суттєво підвищують ризик смертності та ускладнень у періопераційний період (інфаркт міокарда, ТЕЛА, гостре пошкодження нирок). Тому до- та післяопераційний контроль мають велике значення для запобігання ускладнень та потребі у повторній госпіталізації.

Подовження профілактичного прийому антибіотиків не показало переваг над ризиками виникнення вторинної інфекції (*Clostridium difficile*) або антибіотикорезистентності, тому **додаткова антибіотикотерапія призначається за відповідними показами.**

Біль у куксі

Найпоширенішим фактором, який має прямий зв'язок із з ФБ, є **залишковий біль у куксі (ЗБК)** (встановлено в п'яти дослідженнях, в яких брали участь загалом 920 учасників).

ЗБК описується як **біль, який починається від збереженої частини кінцівки після ампутації і який найчастіше опускається до місця ампутації (самої кукси)**. Люди з ампутуваними кінцівками зазвичай описують ЗБК інакше, ніж ФБ, хоча ЗБК не слід розглядати як незначний вторинний больовий стан порівняно з ФБ. Наприклад, в одному опитуванні 33% пацієнтів з ампутуваними кінцівками повідомили, що найбільш проблематичним боєм є ЗБК, а за ним слідує ФБ (24%). Беручи до уваги високу коваріацію між ЗБК і ФБ, важливо зрозуміти, чи ці два явища болю пов'язані один з одним механічно.



Цікава потенційна дисоціація між цими спорідненими формами болю полягає в тому, що протягом перших місяців після ампутації ЗБК має тенденцію до зменшення. Швидше за все, через зникнення болю післяопераційної рани, тоді як **хронічний ФБ залишається незмінним**.

Гострий біль у куксі після ампутації поступово зменшується протягом декількох тижнів. Цей період має суттєвий вплив на прогноз, оскільки оптимальне лікування больового синдрому в цей час, а також у передопераційний період, є важливими для зниження ризику фантомного болю.

Мультиmodalьне лікування болю є наріжним каменем успішної реабілітації після ампутації та складається з комбінування епідуральних, внутрішньовенних та пероральних анальгетиків. Хоча біль в куксі є передбачуваним, постійний біль може свідчити про розвиток інших станів (остеомієліт, ішемія, неврома, синдром фантомної кінцівки).

- Тромбопрофілактика та неінвазивні методи діагностики допомагають у профілактиці виникнення ішемії в куксі;
- при появі чітко локалізованого болю варто запідозрити невриному і провести МРТ;
- рентгенографія буде корисною для діагностики болю викликаного кістковими шпорами або патологічною кістковою тканиною.

Якщо всі органічні стани виключені, тоді встановлюється діагноз синдрому фантомної кінцівки.

Синдром фантомної кінцівки

Справжній фантомний біль є складним та погано вивченим больовим синдромом, який описується як:

- пекучий,
- ниючий
- електричний біль (біль схожий на удар електричним струмом) в ампутованій кінцівці. Частота виникнення цього стану варіюється від 50 до 85 відсотків, залежно від діагностичних критеріїв.

Систематичні огляди лікування фантомного болю з застосуванням різноманітних фармакологічних засобів та інших методів лікування (дзеркальна терапія, віртуальна реальність, стимуляція периферичних нервів) показали низьку або середню якість досліджень.

Лікування фантомного болю розглядається через призму лікування невропатичного больового синдрому. Новий підхід до лікування фантомного болю включає сенсорний зворотний зв'язок від спеціального протезу та реінервація цільових м'язів.

Складання плану лікування

За можливості, необхідно ідентифікувати ноцицептивне джерело болю і, відповідно до цього розпочати лікування.

Наприклад, лікування пацієнтів із ноцицептивним болем, спричиненим структурними змінами (зміною міжхребцевих дисків, дегенеративним захворюванням суглобів),

або запальними захворюваннями (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, хвороба Крона),

або іншими поточними ноцицептивними станами (інфаркти тканин, тромботичні стани),

слід розпочинати цілеспрямоване лікування, спрямоване на основну причину болю.

Цілеспрямоване специфічне лікування захворювання може зменшити або, можливо, усунути потребу в анальгетиках зовсім.

Нейропатичний біль та інші больові стани з вираженою сенсibiliзацією можна лікувати подібними та часто комбінованими методами лікування

немедикаментозне	та медикаментозне лікування
<ul style="list-style-type: none">• когнітивно-поведінкова терапія,• фізична терапія	<ul style="list-style-type: none">• трициклічні антидепресанти• або інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну• або габапентиноїди
Таким чином, основою успішного лікування больового синдрому є ідентифікація його причини та мультидисциплінарний підхід в лікуванні конкретного пацієнта.	

Робота з пацієнтом

Пацієнти з хронічним болем потребують постійної оцінки, навчання та підтримки, а також розумного прогнозу щодо результату їх лікування. Сучасні методи лікування хронічного болю часто призводять до поліпшення, але не до усунення болю (типovим є зниження в середньому на 30 відсотків).

Обізнаність пацієнта щодо його захворювання та механізму виникнення саме його больового синдрому є дуже важливими, як для подальшого лікування так і для підтримки психоемоційного стану (особливо при захворюваннях по типу фіброміалгії).

Розпочинайте лікування з немедикаментозного лікування

Ефективне лікування болю потребує мультимодальної аналгезії з акцентом на немедикаментозних методах:

- освіта та навчання самоконтролю,
- підтримка поведінкового здоров'я та фізична реабілітаційна терапія.

Розпочинайте лікування, віддаючи перевагу активним втручанням, які базуються на рухах, та/або втручанням, спрямованих на психосоціальні причини болю. Акцент на активну терапію сумісний із біопсихосоціальним підходом до болю, залучає пацієнтів до догляду за собою та спрямований безпосередньо на покращення функції, а не лише на зменшення болю. Пасивні втручання, такі як акупунктура або маніпуляції на хребті, можуть бути ефективними як допоміжні методи лікування під час спалахів симптомів і найкращі в поєднанні з іншими активними втручаннями.

Фізична терапія

Розпочніть індивідуальну програму фізичної або трудової терапії, адаптовану до конкретних функціональних обмежень пацієнта для пацієнтів із хронічним болем. Поліпшення фізичних функцій пацієнта є ключовою метою лікування пацієнтів із хронічним болем. **Фізична терапія включає спеціальну підготовку з фізичних вправ, спрямовану як на уникнення страху, так і на суттєву**



зміну стану пацієнта, які зазвичай спостерігаються у пацієнтів із хронічним болем, і тому істотно відрізняється від звичайних порад, що надаються пацієнтам із гострим болем (наприклад, травмовані спортсмени, післяопераційні втручання із заміни суглобів). Почуття безпеки та розуміння хронічного болю під час фізичної активності спонукає пацієнтів збільшити рівень щоденної активності.

Окремо можна розглянути значимість легких та помірних фізичних навантажень, починаючи з звичайної розминки на свіжому повітрі до більш специфічних (йога, тай-чі, прогресивна релаксація, плавання).

Стретчінг (розтяжка)

Згідно з результатами досліджень, лише програми розтяжки призвели до покращення функції та зменшення симптомів через хронічний біль у попереку. **Розтягування спрямоване на відновлення діапазону рухів** показує хороші результати лікування. Зрештою, покращення функції опорно-рухового апарату вимагатиме поєднання активного зміцнення, витривалості, рівноваги, а також гнучкості.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Якщо психологічна терапія має слабку доказовість в лікуванні хронічного болю, то психотерапія, то саме когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є доволі дієвим інструментом. КПТ є найбільш часто рекомендованим і найкраще вивченим психологічним методом лікування хронічного болю. Набуття поведінкових навичок здоров'я є найефективнішим, коли здійснюється з використанням мультидисциплінарного підходу, одночасно з фізичною активністю (наприклад, фізична терапія, фізичні вправи, йога), навчанням пацієнтів і, за показаннями, фармакотерапією або процедурними втручаннями.



Дієта

Раціон харчування є додатковим фактором, який може опосередковано впливати на больовий синдром, особливо у людей з недостатньою або надлишковою масою тіла. **Важливо уникати дискримінації пацієнтів через вагу** і коригувати їхній раціон або відправляти на консультацію до дієтолога.

Нетрадиційні методи

Варто уникати директивності у призначеннях нетрадиційних методів лікування, якщо пацієнт проявляє бажання в цьому. За можливості, можна розглянути доцільність застосування:

- остеопатії,
- акупунктури,
- черезшкірної електричної нервової стимуляції як компоненту

Моніторинг

Як і у випадку з усіма іншими хронічними захворюваннями, постійний моніторинг лікування хронічного болю має важливе значення для досягнення ефективних і безпечних довгострокових результатів.

Частота запланованих контрольних візитів визначається індивідуально в залежності від стану пацієнта, ризиків спричинених терапією та потреби пацієнта в знеболенні. Для нових пацієнтів із хронічним болем, а також для тих пацієнтів, які переходять від гострого до хронічного болю, ми плануємо наступні візити кожні два-чотири тижні, щоб встановити терапевтичний альянс і підтримувати взаємодію з пацієнтом. Потім ми подовжуємо інтервали відвідувань кожні три-шість місяців або довше залежно від стану пацієнта.

Отже, **лікування хронічного больового синдрому розпочинається з ідентифікації його причини та підбору плану лікування для конкретного пацієнта**. Перевага в лікуванні надається патогенетичній терапії, за можливості її призначення.

- Намагайтеся досягнути позитивного ефекту лікування без призначення медикаментозної терапії.
- Поряд з мультидисциплінарним підходом повинна йти освіта пацієнта та залученість його в стратегію лікування.

Незважаючи на причину больового синдрому, комплаєнс залишається важливою складовою успішної терапії.

Використані джерела:

1. David Tauben. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. November, 2022. UpToDate. — <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>