

© Ю.Ф. Каменев, 2005

Значение разграничения понятий острая и хроническая боль для клинической практики

Ю.Ф. Каменев

The significance of differentiation between the conceptions of acute and chronic pain for clinical practice

Y.F. Kamenev

Институт Аналитических Исследований Проблем Боли (Аргентина)

Рассмотрены современные механизмы возникновения болевого синдрома. Акцентируются принципиальные отличия природы острой и хронической боли, что актуально при выборе тактики ее купирования.

Ключевые слова: острая и хроническая боль.

Modern mechanisms of the pain syndrome development have been considered. The principal differences between the nature of acute and chronic pain are emphasized, that is a matter of current interest when the tactics of its relief should be selected.

Keywords: acute and chronic pain.

Непонимание различий между природой острой и хронической боли на долгие годы стало «камнем преткновения» на пути выделения Медицины Боли в самостоятельную клиническую дисциплину. Эта одна из самых драматических страниц медицинской науки, безуспешно пытавшейся на протяжении столетий постичь логику и закономерности возникновения болевых явлений в хаосе разнообразных патологических процессов и состояний. В настоящее время многие определения боли, которыми изобилует литература прошлых лет, утратили свое познавательное значение. И если к ним мы все же обращаемся, то лишь для того, чтобы лучше понять всю сложность и неоднозначность обсуждаемого вопроса. Одновременно с этим появляется возможность проследить эволюцию взглядов на данный феномен специалистов разных времен и народов.

Что такое боль?

До тех пор, пока не была установлена научная модель этого феномена, практически все определения боли носили абстрактный и неконкретный характер.

В 30-х годах прошлого столетия Р. Лериш (R. Leriche) писал: «Если бы мы точно знали, что она (т.е. боль) собой представляет, было бы меньше неуверенности и меньше неудач при нашем лечении пациентов». Сложилась ситуация, когда из-за отсутствия правильных представлений о внутренней структуре болевого процесса, на первый план в определении боли выдвинулись не базовые, а чисто внешние моменты в оценке этого состояния.

Большинство специалистов прошлого столе-

тия рассматривали боль в понятиях, смысл которых был обозначен ещё в библейские времена. Из далекого прошлого к нам пришло понимание сигнальной функции болевых ощущений, которые свидетельствуют о неблагополучии в организме. Достаточно вспомнить образное выражение древних греков: «Боль – это сторожевой пес здоровья». Болевое ощущение предупреждает человека о грозящей ему опасности, исходящей из внешней среды. Можно привести целый ряд подобных высказываний, в которых известные ученые прошлого фиксируют свое внимание на этом моменте.

Так, английский натуралист Ч. Дарвин, получивший всемирную известность благодаря своему труду «Происхождение человека и половой отбор» (1871), рассматривал ощущение боли как защитный фактор, развившийся и зафиксировавшийся в процессе естественного отбора. В 20-м столетии эту же мысль несколько в другом виде повторил великий русский физиолог И.П. Павлов. Биологический смысл боли он видел в отбрасывании всего, что мешает, угрожает жизненному процессу, что нарушает уравновешивание организма со средой. Этим высказыванием автор также подчеркивает, что боль является ключевым фактором эволюционного развития человека.

Расширить представление о боли в середине прошлого века попытался другой знаменитый физиолог П.К. Анохин. Боль он обозначил как «интегративную реакцию, мобилизующую разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия патогенного фактора и включающего сознание, память, мо-

тивации и эмоции». В понимании П.К. Анохина, боль – это не только и даже не столько сенсорная модальность, но и ощущение, эмоция и своеобразное психическое состояние.

Несмотря на многочисленные попытки различных ученых отразить в научных определениях боли неповторимое своеобразие данного феномена, сделать это в прошедшем столетии никому не удалось. Каждое определение боли неизбежно «грешит» серьезными издержками ввиду отсутствия понимания природы этого явления. Исходными моментами в определении понятия «боль» стали: 1) защитная функция её; 2) интегративная реакция организма, отражающая единство многообразных механизмов формирования болевых явлений; 3) субъективное восприятие боли человеком в контексте с другими компонентами болевого чувства (сенсорными, эмоциональными, поведенческими). Совершенно очевидно, что эти понятия никак не поясняют внутренние закономерности формирования болевого чувства, а без раскрытия его внутренней структуры невозможно дать полноценное определение сущности этого феномена. Подтверждением тупиковой ситуации, сложившейся в этой области медицины к концу XX столетия, стали материалы официальных документов, опубликованных в отечественной и зарубежной печати.

Так, в изданной в России в 1994 г. «Краткой медицинской энциклопедии» приведено следующее определение боли: «Боль – это тягостное субъективное ощущение, возникающее под влиянием воздействия на организм сверхсильных или разрушающих воздействий». При таком понимании происхождения боли возникает недоумение относительно других состояний организма, при которых также отмечается боль, хотя выраженность действия патогенных агентов может быть минимальной.

Также трудно разобратся в определении боли, предложенной официально Международной Ассоциацией Изучения Боли уже в наши дни (многие видные ученые это определение боли не разделяют). В трактовке Ассоциации боль рассматривается «как неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение, связанное с действительным или потенциальным повреждением ткани, или описываемое в терминах такого повреждения». Нетрудно сделать вывод, что подобное формальное определение болевого чувства относится к категории вынужденных определений. Такие трактовки сложных биологических явлений обычно «изобретаются» в случаях, когда необходимо как-то прикрыть непонимание обсуждаемого вопроса.

Правильное понимание сущности болевого чувства пришло совсем недавно. Разгадка природы боли кроется в установлении всех «участников» формирования болевых ощущений и той

роли, которая им отводится в развитии и ликвидации боли [1]. Ими являются биологические структуры («тканевой» фактор), нервная система и психо-эмоциональная сфера человека. А смысл отличия острой боли от хронической кроется в степени вовлеченности нервной системы в болевой процесс, что напрямую зависит от происхождения боли (травматического или нетравматического).

До недавнего времени считалось, что главную роль на «сцене» развития боли у человека играет нервная система. Появление боли сводилось к двум моментам: 1) раздражению патогенным агентом любой природы болевых рецепторов тканей (органов), 2) появлению вслед за этим осознания боли на корковом уровне. При этом подчеркивалось, что боль всегда субъективна и с прекращением действия патогенного агента в большинстве случаев уменьшается либо полностью проходит. Такое понимание механизма боли идеально подходит для острой боли, возникающей в связи с механическим повреждением тканей (поверхностных либо глубоких) на фоне активации высокопороговых рецепторов. Такую боль мы называем травматической, хирургической болью. Нервная система в таких случаях является не чем иным, как транспортной магистралью, по которой сигналы боли беспрепятственно поступают из мест своего зарождения в центры болевой чувствительности головного мозга. При этом сама нервная система в болевой процесс не вовлечена. Она выступает в качестве биологической системы, которая фиксирует и оценивает действие на организм различных факторов с позиций потенциальной угрозы для его жизнедеятельности. Нервные волокна и восходящие пути болевой чувствительности играют роль проводников патологической импульсации, направляющейся в супрасегментарные структуры.

Приведенный механизм возникновения болевых ощущений отмечается во время выполнения травматичных перевязок, хирургических манипуляций, операционных вмешательств и реже при других ситуациях, сопровождающихся повреждением (травматизацией) тканей. Устранить её (хотя бы на время проведения хирургических процедур) удастся лишь с помощью наркотических анальгетиков либо специального анестезиологического пособия. Лечить острую боль должны анестезиологи, а главным условием её устранения является прекращение повреждения тканей в зоне болезненности. К хронической боли, имеющей нетравматическое происхождение, она имеет лишь косвенное отношение; с ней роднят только завершающие этапы формирования болевых ощущений.

Чтобы прояснить этот вопрос, остановимся на принципиальных отличиях природы острой и хронической боли. В отличие от острой боли, хроническая боль представляет собой не просто раздражение нервной системы патогенным

агентом на периферии, а качественно новое состояние. Такая боль развивается при взаимодействии всегда нескольких факторов, устранение одного из которых далеко не всегда приводит к устранению болевых явлений. Это объясняется наличием сопряженности изменений на периферии (тканях, органах) и в нервной системе, их функциональной связи и взаимодействии как главного механизма регуляции болевой чувствительности при патологических состояниях, не связанных с механическим повреждением тканевых структур. В этом случае нервная система перестает быть только проводником болевых импульсов; она сама активно включается в процесс формирования болевых ощущений. Причём патология на уровне периферических тканей и патология на уровне нервной системы часто становятся по отношению друг к другу абсолютно независимыми участниками болевого процесса. Чтобы устранить такую боль требуется одновременное воздействие на её «тканевую» и «нервную» факторы, с использованием для этого соответствующих методов лечения. Эта область знаний современной медицины и составляет в настоящее время отдельный и самостоятельный предмет врачебной деятельности. К анестезиологии она не имеет никакого отношения.

Теперь о чисто субъективном моменте, кото-

рый до настоящего времени вносит разночтения в понимание терминов острая и хроническая боль. Объясняется это тем, что термин «острая боль» имеет как бы два смысловых значения: 1) характеризует крайнюю степень выраженности (интенсивность) болевого чувства либо непродолжительный характер болевых ощущений и в этом смысле чаще всего употребляется как пациентами, так и врачами; 2) указывает на условие возникновения боли (обязательно требуется присутствие повреждающего воздействия). А с этим моментом знакомы далеко не все.

Таким образом, в сознании клиницистов острая боль до сих пор воспринимается исключительно с позиций её интенсивности (выраженности) либо продолжительности, тогда как главная суть её заключается в условиях возникновения болевых сигналов и проведения их в структуры мозга. С помощью термина «острая боль» фиксируется наше внимание на появлении болевых ощущений в связи с повреждающим воздействием на ткани или органы, то есть обозначается травматическое происхождение болевого чувства. В противоположность этому термин «хроническая боль» целесообразно употреблять для обозначения её нетравматического происхождения и появления её в связи с патологическими состояниями (болезнями) тканей, органов и систем организма.

Подведём итоги. Не понимая природы хронической боли, медицина долгие годы не в состоянии была разграничить две принципиально отличные друг от друга сферы врачебной деятельности, направленные на устранение болевых явлений. Лечение как острой, так и хронической боли в клинике вплоть до последнего времени занимались (и продолжают заниматься) специалисты анестезиологического уклона. Следствием этого стало использование одних и тех же принципов анальгезии при лечении двух абсолютно не похожих (с точки зрения патогенеза) видов боли.

Потребовался значительный исторический период времени, чтобы убедиться в несостоятельности такого подхода к решению проблем хронической боли. Одно дело, когда речь идёт о хирургическом вмешательстве, условием выполнения которого становится абсолютная защита пациента от боли во время операции. Участие анестезиологов в таких случаях оправданно и не вызывает никаких возражений. Но чем можно объяснить привлечение анестезиологов для лечения хронической боли, устранение которой достигается в рамках принципиально другой идеологии медицинской реабилитации?

Совершенно очевидно, что здесь имеет место искусственное смешение разных видов про-

фессиональной деятельности врачей. Однако осознать этот факт было непросто, поскольку стереотипы клинического мышления до сих пор определяют ошибочную логику в разделении понятий «острая» и «хроническая» боль. Так, боль в пределах 6-8 недель считается острой, а если она затягивается на более продолжительный срок, то переходит в разряд хронической. Столь упрощенное понимание этого вопроса на долгие годы задержало становление новой медицинской специальности, избирательно ориентированной на изучение и практическое решение многочисленных проблем хронической боли. И эта путаница продолжается до сих пор.

В качестве примера можно назвать висцеральную боль при синдроме «острого живота». Труднопереносимые ощущения в таких случаях обычно ассоциируются с острой болью. И лишь потом, когда обнаруживается её связь с длительно протекающим патологическим процессом в брюшной полости (язвенной болезнью желудка, деструктивным холециститом, панкреатитом и др.) все становится на свои места. Хотя проявления висцеральной боли имеют выраженный характер (очень сильная, мучительная, нестерпимая), на самом деле она является хронической (отсутствует повреждающее воздействие). Это одна из отличительных особен-

ностей висцеральных болей в случаях, когда они выступают в качестве симптома раздражения брюшины. Исходить следует из того, что и хронические боли (не связанные с повреждающим воздействием) могут иногда иметь чрезмерную выраженность. Случается такое нечасто, но во избежание терминологической путаницы об этом следует не забывать.

Застой в решении многочисленных проблем хронической боли не может продолжаться бесконечно долго. «Свет в конце туннеля» появился благодаря осознанию особого места хронической боли в клинической практике. Первым толчком в этом направлении стало понимание хронической боли как самостоятельной патологии, развивающейся по законам, только ей присущим. Назовем лишь некоторые моменты, подтверждающие эту мысль.

Хроническая боль является спутником большинства хронических заболеваний. В возникновении данного феномена болезнь выполняет обычно роль триггера (пускового механизма), тогда как все дальнейшие этапы развития хронической боли протекают в автономном режиме. Боль способна исходить из любой тканевой структуры, вовлеченной в патологический процесс. Модальность болевых ощущений в таких случаях определяется строением органов и тканей, выступающих в качестве источников боли. Их морфологические особенности опре-

деляют также механизмы возникновения и ликвидации хронической боли на периферии.

Исходить следует из возможности существования множества разновидностей и проявлений хронической боли, из которых организм в каждом отдельном случае формирует тот или иной клинический вариант болевого чувства с преобладанием одного или нескольких из имеющихся в его распоряжении видов боли. С учетом этого обстоятельства осуществляется подбор необходимых для устранения боли методов лечения. Практическое значение для выбора методов обезболивания имеет также нейрофизиологическое происхождение хронической боли (в зависимости от участия в его формировании соматической или вегетативной нервной системы). Таким образом, успех лечения хронического болевого синдрома определяется точной диагностикой разновидностей болей, участвующих в его формировании, точным распознаванием нейрофизиологической сущности этого феномена и использованием в соответствии с полученными данными адекватных методов лечения.

Решить все эти непростые задачи без специальной подготовки врачебного персонала в области Медицины Боли трудно, а подчас и невозможно. Это обстоятельство и стало главным побудительным мотивом выделения Учения о хронической боли в отдельный самостоятельный раздел клинической практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каменев, Ю. Ф. Природа хронической боли: критерии разграничения, классификация, механизмы возникновения, диагностика / Ю. Ф. Каменев. - М. : Триада-Х, 2003. - 96 с.

Рукопись поступила 04.03.05.