

ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ МЕДИЦИНИ БОЛЮ В УКРАЇНІ У 2022 РОЦІ

Романенко В.І.

кандидат медичних наук,

науковий координатор

Українська асоціація з вивчення болю,

консультант по неврології

Медичний центр «Віта-Медікал», м. Київ

У статті акцентується увага на зростаючій актуальності проблеми хронічного болю у всьому світі, наводяться дані про її розповсюдженість, навантаження на системи охорони здоров'я та рівень пов'язаних економічних витрат у різних країнах світу, висвітлюється місце хронічного болю у новій Міжнародній класифікації хвороб II перегляду, дається обґрунтування хронічного болю як окремого самостійного захворювання, аналізуються основні проблеми ефективного управління болем у світі та Україні, пропонуються конкретні кроки для їх вирішення.

Ключові слова: біль, хронічний біль, медицина болю, опіоїди, МКХ-11.

Біль є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів за медичною допомогою (Mäntyselkä P., 2001). Хоча найвищий рівень смертності спостерігається при таких захворюваннях, як інфаркт міокарда, інсульт, інфекційні захворювання, рак та діабет, хронічний біль є основним джерелом людських страждань та інвалідності (Goldberg D.S., 2011). Сам біль, а також багато захворювань, пов'язаних із хронічним болем, не загрожують життю одразу, люди продовжують жити зі своїм болем, тому така ситуація сприяє «тихому» розповсюдженню захворювання у всьому світі. (Breivik H., 2006). У дослідженні Global Burden of Disease оцінювали кількість років, прожитих з інвалідністю (показник YLD – years lived with disability) для широкого кола захворювань і травм у 188 країнах світу (Rice A., 2016). Найбільшою причиною YLD у всьому світі був хронічний біль у попереку, за яким слідував великий депресивний розлад. Інші часті причини YLD включали хронічний біль у шії, мігрень, остеоартрит, інші порушення опорно-рухового апарату та головний біль через надмірне вживання ліків.

Хронічний біль визначається як біль, що зберігається або триває більше трьох місяців (Treede RD, 2015). При хронічних больових синдромах біль може бути єдиною або основною скаргою і вимагає спеціального лікування та догляду. Хронічний біль є глобальною проблемою, яка має значний вплив на пацієнтів та їхні родини (через інвалідність, втрату роботи та соціальну ізоляцію), медичні служби, роботодавців та економіку в цілому (Phillips J.S., 2009). Останні оцінки свідчать про те, що в Данії, наприклад, через хронічний біль щорічно втрачається мільйон робочих днів, тоді як у Великобританії було підраховано, що тільки біль у спині коштує економіці понад 5 млрд фунтів стерлінгів на рік (Eriksen J., 2006). Подібна статистика відзначається і в інших країнах Європи: приблизні прямі та непрямі витрати на охорону здоров'я, пов'язані з хронічним болем, варіюють від 1,5% до 3% ВВП (Barham L., 2012). Щорічно це призводить до 294–441 млрд євро витрат. Це вражаюча сума. На жаль, в Україні оцінити економічні збитки сьогодні дуже важко, але можна припустити, що масштаби співвідносяться з тими, що спостерігаються в інших країнах Європи.

Розуміння того, що лікування болю є правом людини, протягом тривалого часу прийнятно сприймалося багатьма людьми, але лише у 2004 р. твердження про те, що «знеболення має бути правом людини», було визнано надзвичайно важливим. Це призвело до запуску першої Глобальної кампанії проти болю в Женеві в 2004 р., яка була ініційована Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP), Європейською федерацією болю (EFIC) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). У 2010 р. право на адекватне знеболення як одне з основних і фундаментальних прав людини, подібне до права на доступ до базової медичної допомоги, житла та свободи слова, було закріплено в Монреальській декларації, яку підписали майже 150 міжнародних організацій.

Лікарі несуть моральну та етичну відповідальність за усунення болю, що може мати глибокі, поширені наслідки, якщо біль не лікувати адекватно. Недостатньо ефективного лікування гострого болю призводить до збільшення представленості хронічного болю. Рівень розповсюдженості хронічного болю пов'язаний зі збільшенням рівня смертності у хворих на рак, структурними та функціональними

змінами в мозку, бідністю та зниженням тривалості життя при контролі за іншими факторами (Smith D., 2014).

Останніми роками розповсюдженість хронічного болю за своїми розмірами вже почала відповідати масштабам пандемії. Так, у широко цитованому дослідженні за участю 8 781 особи було підраховано, що 55,7% дорослих у США відчували біль протягом останніх трьох місяців, при цьому 32% відчували біль кожен або майже кожен день, а 11,2% повідомляли про сильний виснажливий біль (Nahin R.L., 2015). Подібні показники поширеності відзначаються й у Великобританії, де систематичний огляд досліджень виявив, що загальний рівень поширеності хронічного болю становить 43,5%, при цьому до 14% пацієнтів страждають від помірного та сильного болю, що призводить до інвалідності (Fayaz A., 2016).

Епідемія COVID-19 призвела до ще більшого зростання розповсюдженості хронічного болю через зміну образу життя, викликану дистанційною роботою з порушенням ергономіки, хронічний емоційний стрес і тривогу, депресію, катастрофізацію болю, соціальну ізоляцію, гіподинамію, збільшення ваги, спричинене зміною харчової поведінки, та інші чинники (Clauw D.J., 2020).

Етіологія хронічного болю є складною і залежить від низки біохімічних, психосоціальних та поведінкових чинників. Дослідження показали, що поширеність хронічного болю пов'язана з низкою соціально-економічних і соціально-демографічних чинників. Старший вік, жіноча стать і низький рівень освіти мають пряму кореляцію з поширеністю хронічного болю (Dorner T.E., 2018). Саме ця складність утруднює ефективне лікування хронічного болю, оскільки багато стратегій лікування у західних країнах покладаються на використання опіоїдних анагетиків, хоча існує дуже мало досліджень, які підтверджують їх довгострокову ефективність.

У США збільшення залежності від опіоїдних анагетиків призвело до «опіоїдної епідемії», коли спостерігалось зростання рівня зловживання опіоїдами та пов'язаних із ними передозуваннями (Calcaterra S., 2013). В Україні ж ситуація діаметрально протилежна: сотні тисяч пацієнтів, які вимагають адекватного знеболення, не отримують його через занадто розвинуту опіоїдофобію.

У багатьох країнах хронічний біль розглядається як важливий пріоритет охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) нещодавно перекласифікувала в Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11) хронічний біль як хворобу в надії, що уряди по-новому зацікавляться тим, як хронічний біль ідентифікується, оцінюється та керується (МКХ-11, 2018).

Хронічний біль при таких станах, як фіброміалгія або неспецифічний біль у попереку, можна розглядати як самостійне захворювання. У МКХ-11 така підгрупа має назву «хронічний первинний біль». У шести інших підгрупах біль є вторинною по відношенню до основного захворювання, це хронічний біль, пов'язаний із раком, хронічний невропатичний біль, хронічний вторинний вісцеральний біль, хронічний посттравматичний та післяопераційний біль, хронічний вторинний головний та орофасціальний біль та хронічний вторинний м'язово-скелетний біль (Treede R.D., 2019). Усі ці стани мають загальну назву «хронічний вторинний біль», коли принаймні спочатку біль може сприйматися як симптом іншого захворювання, а з плином часу набувати ознаки і ставати окремим самостійним захворюванням. Запровадження цих кодів у МКХ-11 з часом її впровадження в практику лікарів у різних країнах світу призведе до поліпшення класифікації та діагностичного кодування хронічного болю, що ще більше сприятиме визнанню хронічного болю як самостійного й окремого захворювання.

Однак, на жаль, велика кількість пацієнтів, що страждають від болю, у країнах, що розвиваються, у тому числі й в Україні, й досі не отримує адекватного знеболення при гострому та особливо хронічному болю. Існують різні причини цієї проблеми, які включають у себе відсутність достатньо підготовлених медичних працівників, недоступність певних ліків, особливо опіоїдів, страх перед уживанням опіоїдів, відсутність певних матеріально-технічних умов (Bond M., 2011).

Військова агресія Росії принесла чимало лиха, із наслідками якого нам ще треба буде справлятися протягом багатьох років. Серед найбільш частих і значних чинників, що відзначаються у пацієнтів із хронічним болем, можна виділити підвищення рівню стресу та тривоги, посилення депресії. Сьогодні сімейні лікарі стикаються з великою кількістю звернень, пов'язаних із болем у спині, викликаним носінням важких бронезилетів та інших видів тактичного обмундирування. Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини вже відзначають значне зростання пацієнтів із постампутаційними фантомним болями, які важко піддаються консервативній терапії і потребують комплексної реабілітації.

Першим важливим кроком у поліпшенні допомоги пацієнтам, що страждають на гострий і хронічний біль, є забезпечення сучасної освіти як у медичних вищих навчальних закладах (ВНЗ) на додипломному й післядипломному рівні, так і під час проходження спеціалістами безперервного професійного розвитку. Це стосується не лише освіти студентів ВНЗ, інтернів, лікарів, а й медсестер, фізичних терапевтів, медичних психологів та інших медичних працівників. Опитування, проведене Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP) у 2007 р., показало, що серед її членів у країнах, що розвиваються,

було дуже мало тих, хто зазначив, що вони отримали адекватну освіту в плані розуміння механізмів болю та його лікування, коли були студентами. У більшості регіонів світу менше половини студентів медичних ВНЗ пройшли навчання з медицини болю, хоча це стало важливою частиною їхньої щоденної роботи. Тому не дивно, що 91% відповів, що недостатня освіта є основною перешкодою для ефективного лікування болю в їхній роботі.

Оскільки перешкоди у доступі до адекватної знеболюючої терапії в Україні не є непереборними, їх можна вирішити, працюючи разом. Для цього треба почати з освіти, поліпшити підготовку медичних працівників, упровадити в навчальні програми всіх українських медичних ВНЗ адаптовані програми з медицини болю, розроблені Європейською федерацією болю (EFIC) та Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP). Ці програми повинні стосуватися не лише навчання лікарів, а й медичних психологів та медичних сестер. Потрібно думати про введення окремої вторинної медичної спеціальності з медицини болю, яка існує у багатьох країнах Європи і світу, отримати яку можна після отримання базової первинної спеціалізації з певного переліку. Треба впровадити світові стандарти з організації міждисциплінарних центрів лікування болю, де буде впроваджено мультимодальний підхід із застосуванням фармакотерапії, міні-інвазивних процедур, фізичної та психологічної терапії. Потрібно розширити перелік доступних в Україні форм опіоїдних анагетиків, додавши до них трансбуккальні й інтраназальні форми. Треба запровадити державну програму з оплати вартості коштовних інвазивних процедур, які застосовуються для лікування резистентних до консервативної терапії випадків хронічного болю.

Якщо всі зацікавлені сторони об'єднають зусилля, ми зможемо багато чого досягти, щоб полегшити тягар болю як для окремих пацієнтів, так і для всього суспільства.

Література

1. Barham L. Economic burden of chronic pain across Europe. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2012; 26.1:70–72. DOI: 10.3109/15360288.2011.650364.
2. Bond M. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain. *Pain Res Manag*. 2011 Nov-Dec;16(6):404–6. DOI: 10.1155/2011/654746.
3. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4):287–333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
4. Calcaterra S., Glanz J., Binswanger I.A. National trends in pharmaceutical opioid related overdose deaths compared to other substance related overdose deaths: 1999–2009. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Aug 1; 131(3):263–70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.018.
5. Classification of Diseases (ICD) (2018). World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
6. Clauw D.J., Häuser W., Cohen S.P., Fitzcharles M.A. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain*. 2020 Aug; 161(8):1694–1697. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001950.
7. Dorner T.E., Stein K.V., Hahne J., Wepner F., Friedrich M., Mittendorfer-Rutz E. How are socio-demographic and psycho-social factors associated with the prevalence and chronicity of severe pain in 14 different body sites? A cross-sectional population-based survey. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Jan;130(1-2):14–22. DOI: 10.1007/s00508-017-1223-x.
8. Eriksen J., Sjøgren P., Bruera E., Ekholm O., Rasmussen N.K. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study. *Pain*. 2006 Nov; 125(1–2):172–9. DOI: 10.1016/j.pain.2006.06.009.
9. Fayaz A., Croft P., Langford R.M., Donaldson L.J., Jones G.T. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016 Jun 20;6(6):e010364. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010364.
10. Goldberg D.S., McGee S.J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011 Oct 6;11:770. DOI: 10.1186/1471-2458-11-770.
11. International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain (2011) Declaration of Montréal: Declaration That Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25:1, 29–31. DOI: 10.3109/15360288.2010.547560.
12. Mäntyselkä P., Kumpusalo E., Ahonen R., Kumpusalo A., Kauhanen J., Viinamäki H., Halonen P., Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001 Jan; 89(2–3):175–80. DOI: 10.1016/s0304-3959(00)00361-4.
13. Nahin R.L. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015 Aug; 16(8):769–80. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.05.002.
14. Phillips C.J. The Cost and Burden of Chronic Pain. *Rev Pain*. 2009 Jun; 3(1):2–5. DOI: 10.1177/204946370900300102.
15. Rice A.S.C., Smith B.H., Blyth F.M. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr; 157(4):791–796. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000454.

16. Smith D., Wilkie R., Uthman O., Jordan J.L., McBeth J. Chronic pain and mortality: a systematic review. *PLoS One*. 2014. Jun 5; 9(6):e99048. DOI: 10.1371/journal.pone.0099048.
17. Treede R.D., Rief W., Barke A., Aziz Q., Bennett M.I., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Finnerup N.B., First M.B., Giamberardino M.A., Kaasa S., Kosek E., Lavand'homme P., Nicholas M., Perrot S., Scholz J., Schug S., Smith B.H., Svensson P., Vlaeyen J.W.S., Wang S.J. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6):1003–1007. DOI: 10.1097/j.pain.000000000000160.
18. Treede R.D., Rief W., Barke A., Aziz Q., Bennett M.I., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Finnerup N.B., First M.B., Giamberardino M.A., Kaasa S., Korwisi B., Kosek E., Lavand'homme P., Nicholas M., Perrot S., Scholz J., Schug S., Smith B.H., Svensson P., Vlaeyen J.W.S., Wang S.J. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan; 160(1):19–27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

PROBLEMS AND CHALLENGES OF PAIN MEDICINE IN UKRAINE IN 2022

Romanenko V.I.

Ukrainian Association for the Study of Pain

Vita Medical Center

The article focuses on the growing problem of chronic pain around the world, provides data on pain prevalence, burden on healthcare systems and the level of associated economic costs in different countries. Article also highlights the place of chronic pain in the new version 11 of International Classification of Diseases and justifies chronic pain as a disease in its own right. Analysis of the basic problems of effective pain management in the world and Ukraine is made and concrete steps to solve these problems are proposed.

Key words: pain, chronic pain, pain medicine, opioids, ICD-11.