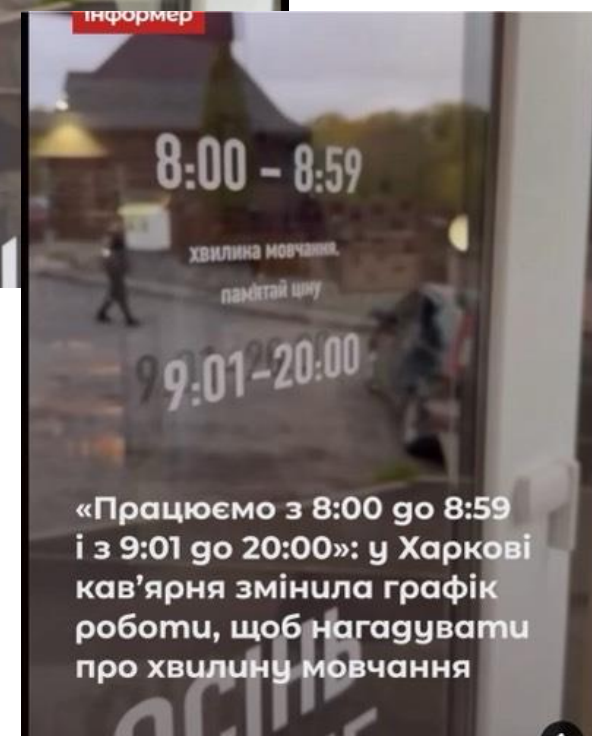


ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО БОЛЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

професор Кожина Г.М.
професор Зеленська К.О.
Швець Ю.О.



"Хронічний больовий синдром" - новий феномен воєнного часу

Україна має найвищий у світі рівень поширеності хронічного болю - **60,4%** населення, який було різко загострено війною з 2,4-разовим підвищенням інтенсивності болю серед осіб, які постраждали від бойових дій

Dmytriev, D., Garland, E.L. Chronic pain during 60 days of war: the impact of the Russian war on Ukrainian patients. J Public Health (Berl.) (2024). <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02243-w>

Гіпокамп: зменшення об'єму внаслідок порушення нейрогенезу та глюкокортикоїд-опосередкованої нейротоксичності. Порушення регуляції емоцій, контекстуальна модуляція болю

Передня поясна кора: перебудова функціональних зв'язків при депресії посилює емоційний компонент болю



Амігдала: гіперактивація амігдали при ПТСР і депресії → посилення тривожно-больової катастрофізації

Префронтальна кора: гіпоактивація → зниження «нисхідного» кортикального контролю над больовими реакціями та афективною регуляцією.

Дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі: підвищення рівня АКТГ, кортизолу, катехоламінів

Гіперактивація внутрішньоклітинного метаболізму

Порушення функції моноамінергічних нейротрансмітерів: зниження серотоніну, норадреналіну, дофаміну

Симпто-парасимпатична дисрегуляція

Сенсебілізація рецепторів ноцицептивної системи

Гіпералгезія: Посилена відповідь болю на больові стимули

Алодінія: Біль від неболевих стимулів (легкий дотик, температура)

Зниження порогу больової чутливості, хворі відчувають підпорогові болі, які в нормі не відчувають

Резистентність до стандартної анальгезії

Звичайні дози анальгетиків часто виявляються недостатніми для досягнення адекватного контролю болю

Коливання інтенсивності болю

Непередбачувані епізоди загострення больового синдрому, не пов'язані з фізичною активністю

Хронізація больового синдрому

Перехід гострого болю в хронічний з формуванням стійких патологічних больових патернів

МКХ 11: РОЗЛАДИ, СПЕЦИФІЧНО ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ (L1-6B4)

Постравматичний
стресовий розлад

Ускладнений
постравматичний
стресовий розлад

Затяжна патологічна
реакція горя

Розлади адаптації

- ✓ ПТСР: до **53,2%** мають хронічний біль
- ✓ Ускладнений ПТСР: **44,7%** у клінічних групах з больовим компонентом
- ✓ Розлади адаптації: біль присутній у більшості випадків як соматичний прояв стресу
- ✓ Загальна оцінка:
40-60% пацієнтів з розладами, специфічно пов'язаними зі стресом, мають больовий синдром як клінічно значимий компонент

Циклічність скарг:

- ✓ Болі посилюються при загостренні ПТСР
- ✓ Больові спалахи провокують флешбеки
- ✓ Уникнення активності через страх болю

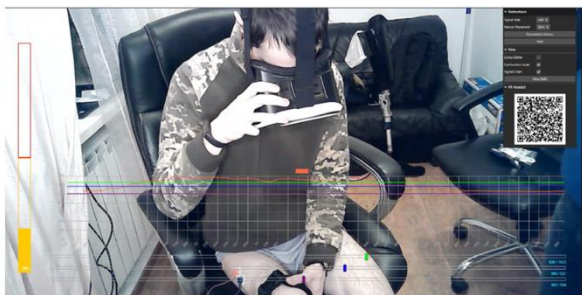
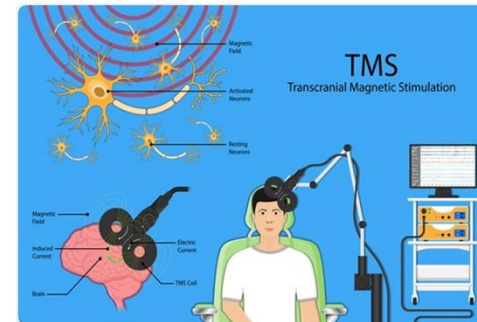
Больові скарги при ПТСР мають мультисистемний характер з переважанням м'язово-скелетного болю (шия, спина, суглоби) та головних болів, тісно пов'язаних з гіперпильністю та хронічним м'язовим напруженням.

- ✓ «Коли мій настрій або тривога від ПТСР погіршується, біль стає сильнішим»
- ✓ «Під час спалахів болю симптоми ПТСР стають гіршими»
- ✓ «Біль нагадує мені про те, що сталося»
- ✓ «Я не можу розслабитися, завжди чекаю небезпеки»
- ✓ «Весь час відчуваю, що повинен бути наготові»
- ✓ «М'язи ніколи не розслабляються повністю»

Клінічний менеджмент хворих зі депресивними розладами асоційованими з больовим синдромом

Клас / препарат	Механізм антиноцицептивної дії	Рівень доказовості	Застосування при болі
ІЗЗСН (дулоксетин, венлафаксин)	Потенціювання НА та 5-НТ нисхідних гальмівних систем; SNRI-ефект на спінальному рівні	IA (метааналізи РКД)	Нейропатичний біль, фіброміалгія, діабетична нейропатія, хронічний біль при депресії
ТЦА (амітриптилін, іміпрамін)	SNRI + блокада Na-каналів + антигістамінний ефект. Потужний антиноцицептивний ефект	IA (класичні РКД)	Нейропатичний біль, головний біль, фантомний біль. Обережно: кардіотоксичність
ІЗЗС (сертралін, есциталопрам, пароксетин)	Переважаю серотонінергічна модуляція болю. Слабший прямий антиноцицептивний ефект	IIB	Допоміжна терапія. Пріоритет при переважанні тривожного компонента
Міртазапін	Альфа-2-блокада → підвищення NA і 5-НТ; антигістамінний ефект покращує сон	IIB–IIIA	Особливо доцільний при болі + порушеннях сну. Анальгетичний потенціал через H1-блокаду

Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) є ефективним методом у зменшенні сприйняття та інтенсивності болю при різних хронічних больових станах, включаючи стійкий соматоформний больовий розлад.



Втручання на основі VR-технологій відволікають пацієнтів від больових подразників, знижують інтенсивність відчуття болю та покращують загальне функціонування.

Стратегії, що використовуються в VR для зменшення хронічного болю, можуть включати усвідомленість, медитацію, керовані образи або КПТ

Когнітивно-поведінкова терапія болю (СВТ-Р)

Редукція больової катастрофізації, зміна дисфункціональних когніцій щодо болю, розробка стратегій копінгу.

Терапія прийняття і відповідальності (АСТ)

Фіксація на психологічній гнучкості та прийнятті больових відчуттів без боротьби з ними.

Когнітивна терапія на основі усвідомленості (МВСТ)

Редукція румінацій, тренування уважності до больових відчуттів без реактивної катастрофізації.

Психоосвіта

Роз'яснення пацієнту нейробіологічних механізмів зв'язку болю і депресії