(cc) BY

Брынза Наталья Семеновна
д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой
Сульдин Александр Михайлович
д-р мед. наук, профессор
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России
г. Тюмень, Тюменская область

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Аннотация*: несмотря на свою значимость, медицинский, научный и социальный интерес, проблема медицинской помощи и лечения больных с хронической болью остается недооцененной. В связи с этим представляется актуальным комплексное изучение организации и совершенствования работы с пациентами, страдающими хроническим болевым синдромом в условиях учреждений первичной медико-санитарной помощи.*

Ключевые слова*: хроническая боль, хронический болевой синдром, организация медицинской помощи.*

Введение

Боль – одно из состояний, в наибольшей степени влияющих человека и беспокоящих его, это симптом, который наиболее часто служит поводом для обращения за медицинской помощью. Хроническая боль представляет собой важную проблему общественного здоровья вследствие ее высокой распространенности среди населения [30]. Изучение организации медицинской помощи пациентам с хронической болью остается важной проблемой современной медицины, как в России, так и во всем мире. Хронической боли диктует необходимость плотного взаимодействия и координации работы между врачами первичного звена здравоохранения и врачами – специалистами, вовлеченными в лечение пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом (далее – ХБС) [5]. Также существуют исследования, демонстрирующие половые различия в восприятие боли.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

В 2009 году опубликован обзор, анализирующий распространённость хронической боли в некоторых экономически развитых странах [7]. В 7 из 10 приведенных исследований, разница между женщинами и мужчинами была статистически значимой. Исходя из этого, представляется актуальным комплексное изучение организации и усовершенствования работы медицинского персонала с пациентами, страдающими хроническим болевым синдромом [29].

Обсуждение: Европейская федерация боли, входящая в состав Международной ассоциации по изучению боли (IASP) [20], разместила на своем сайте (www.efic.org) значительное число важных исследований, раскрывающих эпидемиологическую и экономическую значимость проблемы хронической боли [3]. В результате проведения одного из наиболее масштабных опросов в США, посвященных оценке распространенности хронической боли, было установлено, что 18% опрошенных, определявших свою боль как острую или невыносимую, не посещали врача, так как считали, что никто не сможет ослабить их страдания [2]. Исследуя распространенность хронической боли в домах престарелых, выяснилось, что хроническая боль присутствовала у 14,2% резидентов, а у 41,2% резидентов, жаловавшихся на боль при первичном осмотре, интенсивная боль сохранялась 60–180 дней спустя [6].

Согласно масштабному телефонному опросу, проведенному в 15 странах Европы и Израиле, 19% опрошенных заявили, что им пришлось столкнуться с болью, продолжающейся более 6 месяцев, при этом боль была умеренной в 66%, сильной – в 34%. Боль значительно влияла на качество жизни опрошенных, являясь причиной частых медицинских консультаций (60% посетили врача 2–9 раз), а почти половина пациентов не получала адекватную терапию [4]. Несмотря на свою значимость, медицинский, научный и социальный интерес, проблема медицинской помощи и лечения больных с хронической болью остается недооцененной [12]. Это касается как госпитализированных, так и амбулаторных пациентов. Появление новых, более эффективных методов лечения хронической боли и развитие сети учреждений, занимающихся лечением боли, определяет растущий запрос общества на эту специфическую медицинскую помощь [28]. Анализ

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

научной литературы показывает увеличение количества пациентов с хроническими болями: за прошедшие 40 лет боли в спине, боли в плече или генерализованные боли стали регистрироваться в 2–4 раза чаще [8]. Некоторые исследования показали, что 18,7% пациентам хирургических и реанимационных отделений с оценкой уровня боли свыше 2 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) не были назначены болеутоляющие препараты, а почти две трети обезболивающих были назначены в режиме «по требованию» [15]. Хроническая боль – проблема здравоохранения всех развитых стран. Хотя определение причины и лечение боли является задачей медицины с глубокой древности, только в 50-х гг. XX в. Медицинское сообщество Великобритании заговорило о недостаточном уровне внимания к проблеме лечения боли и предложили меры для исправления ситуации[13]. С тех пор достигнут большой прогресс в базовых и клинических дисциплинах, изучающих феномен хронической боли. Помощь пациентам с ХБС чаще всего оказывают специалисты первичного звена здравоохранения, которые, исходя из сложности и особенностей случая, привлекают к лечению врачей – узких специалистов, преимущественно анестезиологов, специалистов по паллиативному уходу, физиотерапевтов, терапевтов, неврологов, нейрохирургов, онкологов, психологов, психиатров, реабилитологов, ревматологов или травматологов[24]. В 2009 г. в Германии проведено обследование пациентов 40 центров оказания первичной помощи. У пациентов, сообщивших о боли продолжительностью свыше 3 месяцев, оценивали интенсивность боли и степень ограничения повседневной активности. Из 1860 опрошенных пациентов 340 (18,4%) предъявляли жалобы на боль. Средний уровень ее интенсивности боли достигал 5 баллов по 10-балльной ВАШ, а степень ограничения повседневной активности – 4,8 по 10-балльной шкале. В большинстве случаев боль была обусловлена дегенеративными и скелетно-мышечными заболеваниям [11]. FrieBem et al. (2006), обследовав 1200 пациентов, обратившихся за консультацией к врачу общей практики, сопоставили полученные результаты с данными исследования 1991 г.

В результате выяснилось, что боль служила наиболее частым поводом для обращения к врачу в обоих исследованиях (50,3 и 42,5% соответственно). Сорок

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

процентов опрошенных в 2006 г. подтвердили, что страдали от боли в течение более 6 месяцев, в 1991 г. таких пациентов было 36,4%. Негативное влияние боли на повседневную жизнь в 2006 г. отмечали 88,3% пациентов по сравнению с 68% в 1991-м году [9]. В Испании хроническая боль поражает значительное число жителей. В зависимости от типа и стадии заболевания боль испытывают от 30 до 85% онкобольных [1]. Нейропатическая боль имеет много причин и трудноизлечима. На передний план выходит фибромиалгия, ее распространенность среди населения первой пятерки европейских стран достигает 2,9% [10]. В одном из последних национальных эпидемиологических исследований, изучавших распространенность ХБС среди амбулаторных пациентов, жалобы на боль предъявляли 30,9% опрошенных, причем в структуре болевых синдромов было выявлено значительное число пациентов с нейропатической болью. Существуют данные о недооценке уровня и соответственно неадекватном лечении боли у детей и онкологических пациентов [7]. Причины недооценки боли и неадекватности ее лечения имеют многофакторную природу. Самыми важными проблемами являются недостаточный уровень подготовки персонала; незнание безопасных и эффективных методов лечения; недостаточная точность и адекватность методов измерения уровня боли, нерегулярность их применения; организационные и юридические нормы, регулирующие применение сильнодействующих препаратов и опиоидов; этнические и культурные особенности восприятия боли и необходимости обезболивания [16]. Кроме того, имеются определенные проблемы, связанные со сложностью описания пациентом болевых ощущений и коммуникации между пациентом и врачом [18].

Концепция «доказательной медицины», приобретающая все большую популярность в настоящее время, призывает стандартизировать клинический подход к лечению хронической боли на основе результатов двойных слепых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований [21]. Однако в настоящее время лишь немногие исследования эффективности препаратов при хронических болевых синдромах отвечают вышеуказанным требованиям. Спектр предлагаемой анальгетической терапии хронических болевых синдромов за последние

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

годы увеличивается в геометрической прогрессии. Новые препараты имеют значительно меньше побочных эффектов, однако по эффективности обезболивающего действия не превосходят традиционно использовавшиеся трициклические антидепрессанты и антиконвульсанты, в то время как стоимость лечения этими препаратами значительно выше [17]. Проведенный метаанализ литературных данных показывает, что наибольшее число авторов отдают предпочтение трициклическим антидепрессантам, далее следуют декстрометорфан и карбамазепин, менее эффективными препаратами показали себя трамадол и леводопа, габапентин и капсаицин и, наконец, на последнем месте оказались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и блокатор натриевых каналов мексилетин [23]. Большие надежды возлагаются на новый класс веществ SNEPCO, показавших высокую эффективность в лечении хронических скелетно-мышечных болей; их терапевтический потенциал относительно хронических невропатических болевых синдромов требует уточнения.

Указанные методы могут применяться в зависимости от конкретной клинической ситуации отдельно или, что бывает чаще при неврогенных болях, сочетанно. Отдельным аспектом проблемы боли является тактика ведения больных. Имеющийся на сегодня опыт доказал необходимость обследования и лечения пациентов с хроническими болями в специализированных центрах стационарного или амбулаторного типа [19]. В связи с большим разнообразием видов и механизмов болей даже при аналогичном основном заболевании реально существует необходимость участия в их диагностике и лечении различных специалистов – неврологов, анестезиологов, психологов, клинических электрофизиологов, физиотерапевтов и др. Только комплексный междисциплинарный подход к изучению теоретических и клинических проблем боли может решить назревшую задачу нашего времени – избавление людей от страданий, связанных с болью [25].

Лечение часто имеет мультидисциплинарный характер (например, применение анальгетиков, физических методов, психологической помощи) [14].

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Необходимо лечить первопричину боли. Раннее интенсивное лечение острой боли может ограничить или предотвратить сенситизацию и ремоделирование и, следовательно, предотвратить ее переход в хроническую. Могут применяться как медикаментозные препараты, так и физические методы лечения. Часто эффективны психотерапия и поведенческая терапия. При неэффективности рационального и адекватного лечения по месту обращения рекомендуется направить больного в специализированные клиники по лечению боли, практикующие мультидисциплинарный подход [22].

Как считают Teño J. M., et al. (2009) отделения лечения хронической боли (далее – ОЛХБ) должны быть интегрированы в сеть оказания помощи, гарантирующую пациентам непрерывность оказания помощи на различных этапах и уровнях [27]. Данная сеть должна включать в себя не только госпитальное отделение, но также другие специализированные отделения данного или другого стационара, учреждения первичного звена медицинской помощи, организаций социальной и медико-социальной помощи, самопомощи и домашнего ухода. Для правильного развития сети оказания помощи пациентам с болевыми синдромами необходимо учитывать место первичной и специализированной помощи, критерии деривации, рекомендуемое время ожидания пациентов до получения ими специализированной помощи, показания для наблюдения пациента специалистами ОЛХБ, структуру управления системой лечения хронической боли. Работу ОЛХБ должны определять стандарты и рекомендации, регулирующие оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями, среди которых можно выделить отделения помощи пациентов с полиорганным поражением и паллиативной помощи [26].

Заключение

Высокая распространенность хронической боли диктует необходимость в разработке стандартов организации и работы отделения лечения боли, предоставление администрации общественных и частных учреждений здравоохране-

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

ния, а также врачам – специалистам принципов проектирования, оснащения, организации и управления подобными структурами, направленных на повышение безопасности, эффективности и качества их работы.

References

1. Bassols A., Bosch F., Campillo M., Caellas M., Baos J. E. 1999.

2. Bertakis K. Prevalence of undertreatment in cáncer pain. A review of published literature / K. Bertakis, R. Azari, E.J. Callaban // Oncol. – 2008. – 19:1985–91.

3. Bolibar I., Catalá E., Cadena R. Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo, 2004.

4. Bonica J.J Unidad de Pacientes Pluripatologicos. Estandares y Recomendaciones. Agcncia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Politica Social.2012.

5. Blanchard E.B., Scharff L. Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain. J. Consult. Clin. Psychol., 2002; 70:725–738.

6. Branco J., Bannwarth B., Failde 1., Abelló J., Blotman F., Spaeth M. 2010.

7. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohén R., Gallacher D. DeSilva D. y cois. Ameliorating pain in nursing homes: A collaborative quality-improvemcnt project. J. Am. Geriatr. Soc., 2007; 52:1988–1995.

8. Dobkin P.L., Lucy J., Boothroyd L.J. Organizing health services for patients with chronic pain: when there is a will there is a way. Pain Med., 2007; 9:881–9

9. Eccleston C., Morley S., Williams A., Yorke L., Mastroyannopoulou K. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. Pain, 2002; 99:157–165.

10. Evolution and current status of pain programs. J. Pain Symptom. Manage, 1999; 5:368–74.

11. Fillingim R.B., King C.D., Ribeiro-Dasilva M.C., Rahim-Williams B., 2011.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

12. Freburger J.K., Holmes G.M., Agans R.P., Jackman A.M., Darter J.D., Wallace A.S., Castcl L.D., Kalsbcek W.D., Carey T.S. 2011. Manchikanti L., Singh V. Datta S., Cohen S.P., Hirsch J.A. 2011.

13. FrieBem C.H., Willweber-Strumpf A., Zenz M.W. 1991 and 2006. BMC Public Health, 2009.

14. González-Escalada J.R., Barutell C., Camba A., Contreras D., Muriel C., Rodríguez M.; MiróJ. Quality Assurance for Interventional Pain Management Procedures in Prívate Practice. Pain Physician, 2011; 11:43–55.

15. Greenspan J.D., Craft R.M., LeRcsche L., Arendt-Nielsen L., Berkley K.J., Fillingim R.B. y cols, and the Consensus Working Group of the Sex, Gender, and Pain SIG of the I ASP. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. Pain, 2007; 132:S26-S45.

16. Gross D., Fogg L., Webster-Stratton C., Garvey C., Julion W., Grady J. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev. Soc. Esp. Dolor., 2005; 12:373–384.

17. Harkness E.F., Macfarlane G.J., Silman A.J., McBeth J. Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: Two population-based cross-sectional studies. Rheumatology (Oxford) 2005 Jul; 44(7):890–895.

18. Hensler S Heinemann D Becker M. T» Ackermann H» Wiesemann A., Abholz H. H. 2009.

19. Huguet A., Mir6 J. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study. Journal of Pain, 2008; 9:226–236.

20. International Association for the Study of Pain. H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 2004.

21. John Markman, MD ; Sri Kamesh Narasimhan. An Updated Rcport by the American Society of Anesthesiologists Task Forcé on Chronic Pain. Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. Anesthesiology, 2010; 112:810–33.

22. Logan D.E., Simons L.E., Stein M.J., Chastain L. School impairment in adolescents with chronic pain. J. Pain, 2008; 9 (5):407–416.

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

23. McGraw T., Kosek P. Erythromelalgia pain managed with gabapentin. Anesthesiology, 2007; 86:988–990.

24. Parris W. St. Louis. MO. Mosby, 2000.

25. Roth-Isigkeit A., Thyen U., Raspe H. H., Stoven H., Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. Acta Pediatria, 2004; 93:258–263.

26. Stembach R. A. López E. y el Panel de expertos de la Sociedad Madrile a del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2010; 17:114–133.

27. Taylor E. M., Boycr K.; Deandrea S. Montanari M. Unidades de dolor en Espa a. Encuesta SED Día del Dolor 2007. Revista de la Sociedad Espa ola del Dolor, 2009; 16:421–428.

28. Teño J. M., Weitzen S., Wetle T., Mor V. Tratamiento práctico del dolor. Madrid: Ed. Harcourt, SA, 2009.

29. Walco G.A., Sterling C.M., Conte P.M., Engel R.G. Empirically supported treatments in pediatric psychology: disease-related pain. J 2008; 24:155–167; discussion 168–171.

30. Weydert J.A., Ball T.M., Davis M.F. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. 2003; 11: e l -11.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)