

М.В. Чурюканов

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Организация медицинской помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами: системный подход, доказанная эффективность

В статье представлены сведения об организации медицинской помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами (ХБС) в развитых странах. Рассматриваются структура и последовательность, объем и методы лечения в медицинских учреждениях разных уровней. Приведены примеры медикаментозного лечения невропатической боли на основании данных доказательной медицины. Обсуждаются преимущества мультидисциплинарного подхода к лечению ХБС.

Ключевые слова: хроническая боль, невропатическая боль, мультидисциплинарный подход, организация медицинской помощи.

Контакты: Максим Валерьевич Чурюканов mchurukanov@gmail.com

Organization of medical care to patients with chronic pain syndromes: a systems approach, proven effectiveness

M.V. Churyukanov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives information on how medical care to patients with chronic pain syndromes (CPS) is organized in developed countries. It considers the pattern and sequence, scope and methods of treatment in the health care facilities of different levels. Examples of drug treatment for neuropathic pain are given on the strength of the data of evidence-based medicine. The benefits of a multidisciplinary approach to treating CPS are discussed.

Key words: chronic pain; neuropathic pain; multidisciplinary approach, organization of medical care.

Contact: Maksim Valeryevich Churyukanov mchurukanov@gmail.com

В большинстве стран Западной Европы, в США, Японии и Австралии уже много лет существует специализированная служба оказания помощи пациентам с хронической болью. Проведенные исследования показали актуальность и важное социальное значение этой службы. Успехи в лечении хронической боли на базе специализированных медицинских подразделений вновь поднимают вопрос о целесообразности создания подобной службы в Российской Федерации. Предпосылкой для обсуждения данной темы стал опыт работы в Междисциплинарном центре боли Католического университета Лёвина в Брюсселе (Universite catholique de Louvain).

Система оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической болью, предполагает иерархию уровней. Такие уровни могут быть выделены в соответствии с возрастающей специализацией медицинских кадров, качеством используемого оборудования, финансовыми затратами. Как правило, на более высоких уровнях помощь оказывается в более сложных случаях. Доля обращающегося за по-

мощью населения уменьшается по мере продвижения от нижнего уровня к более высокому. Но при этом один уровень не может быть важнее другого, что обусловлено необходимостью перемещения пациента с одного уровня на другой и обратно. Передвижение пациентов по уровням происходит в соответствии с едиными протоколами ведения больных.

По специализации выделяют три уровня оказания помощи пациентам, страдающим хронической болью. Первичная помощь — начальный уровень иерархии и «точка входа» в систему — осуществляется врачом общей практики. Если врачу общей практики не удастся добиться положительного результата, он может направить пациента в специализированные лечебные учреждения или реабилитационные центры, которые рассматриваются как вторичный уровень оказания помощи. К «третичному» уровню помощи относят узкоспециализированные лечебные центры, располагающиеся на базе университетских клиник, в которых проводятся обучение студентов и врачей, а также научные исследования. Различные систе-

Таблица 1. Структурные подразделения системы оказания медицинской помощи пациентам с хронической болью

Франция	Австралия	США**
Консультативный центр* Алгологический блок* Центр боли*	Специалист по лечению боли МдКБ*	Специализированная амбулатория МдКБ* Поликлиника* Стационар* Центр боли*

Примечание. * — мультидисциплинарная помощь; ** — на примере службы оказания медицинской помощи ветеранам (United States Veterans Health Administration).

мы здравоохранения определяют уровни оказания помощи по-разному и используют разные термины для их обозначения (табл. 1).

Этап первичной помощи

Большинству пациентов с хроническими болевыми синдромами (ХБС) первичную помощь оказывают врачи общей практики [1], которые при необходимости могут направить пациента к мануальному терапевту (хиропрактику), физиотерапевту, специалисту по восстановительному лечению или психологу. Эти специалисты оказывают помощь и на других уровнях, в частности, психологи работают в мультидисциплинарных клиниках боли (МдКБ).

В ряде стран тактика ведения пациентов, страдающих ХБС, основывается на официальных рекомендациях. Во Франции подготовлено специальное пособие [2] для врачей первичного звена по диагностике, лечению и ведению пациентов с хронической болью. Кроме того, Национальное агентство по аккредитации и оценке здоровья (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante – ANAES) опубликовало на своем официальном сайте ряд документов по ведению пациентов с хронической болью («Оценка и мониторинг хронической боли у взрослых в амбулаторной практике», ANAES, 1999) и болью в нижней части спины [3].

Начиная с первого уровня оказания помощи пациентам с ХБС, врачи соблюдают последовательность и преемственность в лечении, руководствуясь рекомендациями компетентных организаций и научных сообществ, основанных на принципах доказательной медицины. В этих рекомендациях для лечения болевых синдромов предлагается использовать лекарственные средства, эффективность и безопасность которых доказаны в крупных рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях. Так, согласно Рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ по медикаментозному лечению невропатической боли препаратами с установленной эффективностью на основании исследований I класса для лечения болевой полиневропатии (за исключением ВИЧ-ассоциированной) являются габапентин (тебантин®), прегабалин, трициклические антидепрессанты (ТЦА), дулоксетин, венлафаксин, опиоиды, трамадол (уровень доказательности А; табл. 2). В качестве препаратов первого выбора рекомендованы габапентин, прегабалин и ТЦА. При постгерпетической невралгии лекарственными средствами с установленной эффективностью являются габапентин, прегабалин, ТЦА, опиоиды (исследования I класса, уровень доказательности А). Препаратами с меньшей эффективностью либо степенью доказательности являются капсаицин, трамадол, лидокаин (местно), вальпроаты (уровень доказательности В). Назначать ТЦА пожилым пациентам рекомендуется с осторожностью, особенно при наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Габапентин переносится хорошо даже в больших дозах (более 2400 мг/сут) [4].

В ряде стран проведены исследования качества медицинской помощи пациентам с ХБС на уровне первичного звена. Так, в Великобритании выполнено общенациональное исследование на репрезентативной выборке врачей общей практики для выяснения качества оказания помощи пациентам с неонкологической болью. Каждый из 504 врачей, принявших участие в исследовании, оказал помощь в среднем 187 пациентам с ХБС, из которых около 40% страдали болью в нижней части спины. По мнению врачей общей практики, они достигли оптимального контроля боли у 46% пациентов; 14% пациентов были направлены на стационарное лечение [5].

Специализированная помощь

В Канаде на этапе специализированной помощи пациентам с хронической болью задействованы неврологи, ревматологи, физиотерапевты, нейрохирурги, хирурги-ортопеды, анестезиологи. Во Франции этот этап обозначают как консультативную помощь и используют мультидисциплинарный подход [6, 7]. К этому уровню во

Таблица 2. Классификация препаратов для лечения невропатической боли по уровню доказательности эффективности с рекомендациями использования в качестве препаратов первой и второй линии

Состояния, сопровождающиеся невропатической болью	Уровень А	Уровень В	Уровень С или небольшие исследования с уровнем А/В	Препараты первой линии	Препараты второй/третьей линии
Болевые полиневропатии	Габапентин, прегабалин, ТЦА, ИОНЗСН, опиоиды, трамадол	Ламотриджин	Капсаицин, карбамазепин, леводопа, мексикетин, антагонисты NMDA-рецепторов, окскарбазепин, ИОНЗС, топирамат, вальпроаты	Габапентин, прегабалин, ТЦА	Ламотриджин, опиоиды, ИОНЗСН, трамадол
Постгерпетическая невралгия	Габапентин, опиоиды, прегабалин, ТЦА	Капсаицин, лидокаин (местно), трамадол, вальпроаты	Антагонисты NMDA-рецепторов, лоразепам, мексикетин	Габапентин, прегабалин, лидокаин (местно), ТЦА	Капсаицин, опиоиды, трамадол, вальпроаты
Тригеминальная невралгия	Карбамазепин	Окскарбазепин	Баклофен, ламотриджин	Окскарбазепин, карбамазепин	Хирургическое лечение
Центральная боль	Каннабиноиды, габапентин, прегабалин, амитриптилин, ламотриджин	Мексикетин, опиоиды, вальпроаты	Амитриптилин, габапентин, прегабалин	Каннабиноиды, ламотриджин, опиоиды	

Примечание. ИОНЗС – ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина; ИОНЗСН – ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина и норадреналина.

Франции относят алгологические блоки — междисциплинарные консультативные службы, состоящие по крайней мере из 3 специалистов, располагающих помещениями для медицинских манипуляций, групповой психотерапии, служебными помещениями для персонала, коечным фондом (обычно 4 места) [7, 8]. В США существуют две формы оказания специализированной помощи: амбулатории, в которых прием ведет один специалист, проводящий определенное лечение (например, анестезиолог, выполняющий лечебные блокады), и МдКБ, включающие специалистов по двум и более дисциплинам [9, 10]. В США работают также мультидисциплинарные группы специалистов-консультантов.

В Великобритании профильные специалисты участвуют в оказании вторичной помощи. Исследование компании Dr Foster показало, что 52% организаций первичной помощи не имеют специальных протоколов для взаимодействия с клиниками боли, отделениями ревматологии, ортопедии или паллиативной помощи [11].

Исследование, проведенное в Швейцарии, было посвящено оценке подходов к ведению пациентов с ХБС, используемых разными специалистами [12]. Было опрошено 229 врачей — сотрудников клиник боли, ревматологов, онкологов, неврологов. Оказалось, что 72% специалистов проводят лечение вне мультидисциплинарной команды, при этом около половины направляют пациентов в профильный центр боли. Более 50% специалистов не имели специальной подготовки по проблеме боли, 70% отметили, что нуждаются в профильном обучении медицине боли. Полученные данные обосновывают необходимость совершенствования образования, мультидисциплинарной диагностики и лечения хронической боли.

Реабилитационные центры

В ряде стран существуют реабилитационные центры, располагающие специальными программами для пациентов с ХБС. Несколько таких центров работает в Канаде. В их состав входит мультидисциплинарная группа — специалист по восстановительной медицине, физиотерапевт и психолог. Эта группа оказывает помощь больным, которых направляют врачи общей практики или другие специалисты. Основные усилия центра направлены на уменьшение инвалидизации больных. Так, реабилитационная программа для пациентов с хронической болью в Оттаве (Канада) проводится как амбулаторно, так и в стационаре. Эта программа позволяет провести многопрофильную оценку состояния пациента и лечение, направленное на улучшение качества его жизни [13].

Многопрофильные (междисциплинарные) клиники боли

В МдКБ направляют пациентов, которым не удается оказать адекватную помощь на других уровнях системы здравоохранения. МдКБ могут располагаться на базе госпиталей или университетских больниц, но могут быть представлены и в системе частной медицины (Австралия, Канада).

Обществом по изучению боли Квебека (Канада) проведено исследование уровня специализации учреждений, занимающихся лечением хронической боли, включавшее все анестезиологические отделения провинции. Установлено, что 50 (73%) из 69 отделений имеют подразделения для лечения хронической боли, однако возможности большинства из них ограничены. Хотя 26% учреждений считали, что могут оказывать мультидисциплинарную помощь, только три из них располагали штатом, состоящим из специалиста по медицине боли (в данном случае анестезиолог), специализированной меди-

цинской сестры, психолога и физиотерапевта. Ни в одном учреждении в составе этой группы не было специалиста по восстановительной медицине или социального работника [14].

В соответствии с канадским Консорциумом по механизмам, диагностике и контролю боли (Canadian Consortium on Pain Mechanisms, Diagnosis and Management — CCPMDM) в нескольких городах страны созданы клиники боли, в которых помощь оказывает интегрированная группа специалистов [15]. В настоящее время открываются новые клиники.

Во Франции и Бельгии центры по лечению боли организованы преимущественно в университетских госпиталях и выполняют три основные задачи: педагогическую, исследовательскую и лечебную [7]. Количество центров во Франции увеличивается в соответствии с принятой «Национальной программой по боли» [16]. Центры имеют постоянный штат, включающий двух специалистов, прошедших профильную подготовку по медицине боли (один из них невролог), а также психолога или психиатра. В работе центра используется мультидисциплинарный подход [7, 8], т. е. при необходимости для решения лечебных и диагностических задач привлекаются специалисты разного профиля. Группа специалистов центра одновременно занимается лечением пациентов, обучением врачей и медицинского персонала, а также исследовательской работой. Центр располагает помещениями для консультаций, лабораториями и резервным больничным сектором, позволяющим госпитализировать пациентов.

Австралийское общество по изучению боли (Australian Pain Society — APS) в 2002 г. подготовило документ «Программы по лечению хронической, персистирующей или длительно существующей боли», в котором представлены сведения о реализации мультидисциплинарного подхода для контроля боли [17]. Согласно предложениям APS такой подход должен включать четыре основных компонента: когнитивно-поведенческую терапию; постепенное возрастание активности; обучение и изменение образа жизни [18]. В Австралии МдКБ созданы во всех штатах. APS разработало критерии включения пациентов в программу мультидисциплинарной помощи: неэффективность предшествующего консервативного или хирургического лечения, нежелательные реакции на используемые препараты и методы лечения, значительное ограничение активности, наличие выраженной депрессии или тревоги, неадекватное мнение о стратегиях преодоления боли. Непременными условиями являются также способность пациента к самоконтролю и готовность к участию в такой программе [17].

В США учреждения, занимающиеся лечением пациентов с хронической болью, используют несколько моделей мультидисциплинарной помощи (в качестве примера рассматривается Служба оказания медицинской помощи ветеранам — Veterans Health Administration — VHA) [9]. В структурах, образованных преимущественно в рамках амбулатории, варьируют доступные диагностические и лечебные подходы, ресурсы, группы пациентов, проходящих лечение, профили специализации медицинского персонала.

1. Мультидисциплинарные амбулаторные клиники [10]:

- психолого-образовательная амбулаторная клиника — предназначена для пациентов с нетяжелыми ХБС. Цель — обучение пациентов, имеющих мотивацию, самостоятельному контролю боли (упражнения, релаксация, отвлечение);
- проблемно-ориентированная мультидисциплинарная клиника — ориентирована на ведение пациентов с ХБС

средней тяжести различной локализации (головная боль, артрит, боль в нижней части спины);

- комплексная мультидисциплинарная клиника — работает по интенсивным структурированным мультимодальным программам, которые рассчитаны преимущественно на пациентов, имеющих наиболее тяжелые ХБС и/или нуждающихся в больших дозах опиоидных анальгетиков.

2. Мультидисциплинарные стационары [10]:

- обеспечивают наиболее интенсивное лечение. Предназначены для пациентов с умеренными и тяжелыми ХБС, требующих наблюдения в процессе лечения.

3. Мультидисциплинарные (междисциплинарные) центры боли [10]:

- самая сложная модель лечения боли, используемая преимущественно в учебных медицинских учреждениях и университетских госпиталях. Центры рассчитаны на пациентов с тяжелыми или умеренными, но устойчивыми болевыми синдромами либо коморбидными расстройствами. Кроме того, центры принимают участие в исследовательской и образовательной работе.

О целесообразности использования мультидисциплинарного подхода к лечению хронической боли свидетельствует проведенный Н. Fløeg и соавт. [19] метаанализ данных 65 контролируемых и неконтролируемых исследований, опубликованных в 1966—1990 гг. Авторы пришли к заключению, что мультидисциплинарное лечение отличается большей эффективностью, чем другие методы терапии при хронической гетерогенной боли или боли в спине. Использование мультидисциплинарного подхода уменьшает число визитов к врачу, прием лекарств, повышает активность и работоспособность пациента, способствует регрессу аффективных расстройств на фоне снижения интенсивности боли. N. Becker и соавт. [20] (Дания) провели рандомизированное контролируемое исследование у пациентов с ХБС (с разными патофизиологическими механизмами и локализацией), которые проходили лечение у

врача общей практики и однократно консультировались у специалиста по медицине боли или наблюдались в МдКБ. Пациентов этих 2 групп сравнивали с пациентами, ожидавшими госпитализации в МдКБ. Через 6 мес у пациентов, проходивших лечение в МдКБ, наблюдались уменьшение боли, увеличение физической активности, улучшение психологического статуса и качества сна по сравнению с пациентами, проходившими лечение на уровне первичного звена медицинской помощи. У пациентов «группы ожидания», получавших во время наблюдения традиционное лечение, предписанное врачом общей практики, отмечено значимое ухудшение психологического статуса, социальной адаптации и общего самочувствия.

В 2003 г. проведено исследование эффективности и экономической целесообразности оказания помощи пациентам с неонкологической хронической болью в МдКБ по данным системных обзоров, опубликованных в 1966—1998 гг. Были получены убедительные доказательства эффективности лечения пациентов с хронической болью в нижней части спины, существенные для хронической тазовой боли и ограниченные для фибромиалгии, распространенной боли, цервикалгии и брахиалгии [15].

Комплексный реабилитационный подход с участием специалистов разных дисциплин в настоящее время считается «золотым стандартом» при хронической боли, которая сохраняется при менее интенсивном лечении, и рекомендован Международной ассоциацией по лечению боли (International Association for the Study of Pain — IASP) для многих пациентов. Специальная группа IASP подготовила рекомендации по лечению боли, в которых подчеркивается, что «мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению является предпочтительным у пациентов с хронической болью любой этиологии. В подобном подходе нуждается не каждый пациент, однако система оказания помощи должна иметь подобные ресурсы, которые при необходимости могут быть незамедлительно использованы» [21].

ЛИТЕРАТУРА

- Gureje O., Simon G.E., Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001;92(1—2):195—200.
- Hirszowski F., Diez F., Boureau F. Association Ville-hopital de lutte contre la douleur (Paris). La douleur, le réseau et le médecin généraliste. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2001.
- Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Decembre 2000. http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-4Y9HJZ (доступно на 17.01.2005 г.).
- Чуриканов М.В. Основные положения рекомендаций Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) по диагностике и медикаментозному лечению невропатической боли. *Боль* 2007;3(16):38—45.
- Stannard C., Johnson M. Chronic pain management — can we do better? An interview-based survey in primary care. *Curr Med Res Opin* 2003;19(8):703—6.
- Auquier L., Arthuis M. Les avancées dans le domaine des douleurs et de leur traitement chez l'adulte et chez l'enfant. *Bull Acad Natl Med* 2000;184(9):1907—41.
- Richard A. Les centres anti douleur — organisation: principes de prise en charge des patients. Cours des CSD St-Etienne. 2002. <http://www.univ-st-etienne.fr/stephado/du/courdu/arcad.htm> (доступно на 31.03.2004 г.).
- Agence regionale de l'hospitalisation Rhone-Alpes (ARHRA). Groupe de travail preparation au SROS II. Prise en charge de la douleur. 1998. <http://www.satel-net.fr/arhra/douleur.htm> (доступно на 19.03.2004 г.).
- Clark M.E. Chronic pain primer. James A. Haley Veterans Hospital. Department of Veteran Affairs. 2004a. <http://www.vachronicpain.org/Downloads/ChronicPainPrimerrev.PDF> (доступно на 20.03.2005 г.).
- Clark M.E. Pain treatment program models. James A. Haley Veterans Hospital. Department of Veteran Affairs. 2004b. <http://www.vachronicpain.org/Downloads/Developing%20and%20Maintaining%20Pain%20Programs.PPT> (доступно на 20.03.2005 г.).
- Dr Foster, Long-term Medical Conditions Alliance (LMCA), UK Patients Association. Adult chronic pain management services in primary care. London, England: Dr Foster, 2004.
- Wilder-Smith O.H., Mohrle J.J., Dolin P.J. et al. The management of chronic pain in Switzerland: A comparative survey of Swiss medical specialists treating chronic pain. *Eur J Pain* 2001;5:285—98.
- Wilson K.G., Eriksson M.Y., D'Eon J.L. et al. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain* 2002;18(2):77—83.
- Veillette Y., Dion D., Altier N. et al. The treatment of chronic pain in Quebec. A study of hospital-based services offered within anaesthesia departments. *Can J Anaesth* 2005;52(6):600—6.
- Ospina M., Harstall C. Prevalence of chronic pain: An overview [HTA 29]. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2002.
- Annequin D. Programme national de lutte contre la douleur: ouen est-on? *Panorama du medecin* 2004;49(2):35—50.
- Australian Pain Society (APS). Pain management programs for chronic, persistent, or long lasting pain. 2002a. <http://www.apsoc.org.au/pdfs/APSainProgs.pdf> (доступно на 17.01.2005 г.).
- Guzman J., Esmail R., Karjalainen K. et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD000963.
- Flor H., Fydrich T., Turk D.C. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 1992;49(2):221—30.
- Becker N., Sjogren P., Bech P. et al. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: A randomised controlled trial. *Pain* 2000;84(2—3):203—11.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Desirable characteristics for pain treatment facilities. 1990. Available at: <http://www.iasp-pain.org/desirabl.html> (доступно на 14.10.2005 г.).