

В конце 2018 г. были опубликованы клинические рекомендации Ассоциации интервенционного лечения боли **«Интервенционное лечение пациентов с хроническим болевым синдромом»**, авторский коллектив: Волошин А.Г., Волков И.В., Генев П.Г., Глебов М.В., Иванов М.Д., Исагулян Э.Д., Кухно Д.В., Лыхин В.Н., Портнягин И.В. (издательство и тираж не указаны). Данные рекомендации распространялись в рамках проводившейся в ноябре 2018 г. в Москве 10-й междисциплинарной конференции «Manage Pain (Управляй болью!)».

Впервые в России появилась публикация, в которой представлен обзор интервенционных методов лечения головной и лицевой боли (головная боль напряжения и мигрень, тригеминальная невралгия, персистирующая идиопатическая лицевая боль, невралгия затылочных нервов, цервикогенная головная боль), миофасциальных болевых синдромов, так называемой «аксиальной» боли (фасеточный синдром, патология межпозвонковых дисков и крестцово-подвздошного сочленения), корешковой боли, туннельных синдромов, комплексного регионарного болевого синдрома, хронической тазовой боли, боли у онкологических пациентов и др. видов боли. Описаны некоторые правила организации и аспекты безопасности интервенционного лечения боли, обозначен ряд клинических ситуаций, в которых данные методы могли бы быть эффективны.

Не вызывает сомнений, что малоинвазивные методы лечения боли и методы интервенционной медицины занимают важное место в комплексном мультимодальном междисциплинарном подходе к лечению пациентов с хроническими болевыми синдромами. Несмотря на то что указанные клинические рекомендации представляют собой обзор литературы по эффективности интервенционных методов лечения хронической боли, они не могут быть обозначены в качестве руководства к действию для врачей в силу веских причин, указанных ниже.

В настоящее время требования регулирующих органов к разработке и следованию клиническим рекомендациям при оказании медицинской помощи пациентам с различными патологическими состояниями являются не только мерой необходимости, регламентированной законодательно, но и одним из вариантов защиты медицинских работников от возможных претензий со стороны пациентов, их родственников и контролирующих органов.

Как следует из названия рекомендаций, они посвящены лечению хронического болевого синдрома, однако не приведено ни международное принятое определение, ни варианты кодирования хронической боли по МКБ-10. В частном разделе, где описаны синдромальные модели пациентов, присутствует только сокращенное описание синдрома, но также не представлены коды по МКБ-10. То есть отсутствует указание на то, какие именно группы больных следует лечить, пользуясь данными рекомендациями. Хронический болевой синдром в рамках обсуждаемых рекомендаций рассматривается как симптом, хотя международное сообщество достаточно давно определило хроническую боль как самостоятельное заболевание и даже внесло соответствующий большой раздел в рубрификатор рабочей версии международной классификации болезней 11-го пересмотра, планируемой к повсеместному использованию в ближайшее

время [1, 2]. К сожалению, симптоматический взгляд на проблему, характерный в том числе и в данном случае, обуславливает отсутствие комплексного рассмотрения хронической боли как болезни, требующей междисциплинарного и мультимодального подхода к терапии с включением как лекарственных, так и нелекарственных, в том числе и психологических, методов коррекции, а у ряда больных – малоинвазивных и интервенционных методов. При этом для каждого метода существует свое, строго определенное место в рамках мультимодальной программы лечения.

С практической точки зрения представляется важной задача выделения пациентов с дисфункциональной болью, требующих особых подходов к терапии. Несмотря на то, что в рекомендациях указано, что дисфункциональная боль является неблагоприятным прогностическим фактором при использовании интервенционных методов лечения, общепринятое определение и критерии её диагностики, описанные в литературе [3, 4], не приводятся.

В рассматриваемых клинических рекомендациях не дано определение интервенционных методов лечения, не указан перечень этих методов, соответственно остается неясным, какие методы следует рассматривать как интервенционные. Также было бы крайне полезно указывать основные точки приложения методов и механизмы обеспечения лечебного эффекта, чтобы у врача-неспециалиста сложилось понимание, у каких пациентов какие методы интервенционного лечения являются предпочтительными.

Ещё одним значительным недостатком обсуждаемого материала является отсутствие указания на целевую аудиторию врачей, для которых эти рекомендации создавались, отсутствует перечень требований к квалификации специалистов (и персонала учреждений), которые могут применять интервенционные вмешательства в своей ежедневной медицинской деятельности, отсутствуют ссылки на нормативные акты, которыми в данном вопросе предлагают пользоваться авторы рекомендаций. Описанные в разделе «Организация и безопасность интервенционного лечения боли» требования к помещениям не содержат ссылок на нормативно-правовую документацию, обосновывающую данные требования. Более того, в этом же разделе содержится рекомендация о проведении медицинской сестрой оценки соматического и неврологического статуса пациента на предмет развития потенциальных осложнений; ей же в обязанности вменяется инструктирование больного о правилах поведения после процедуры и в случае возникновения осложнений. Данный пункт рекомендаций очевидно противоречит требованиям к квалификации среднего медицинского персонала [5].

В рекомендациях предлагается подвергать интервенционному лечению всех больных при условии неэффективности консервативного лечения (в рекомендациях неэффективность оценивается как «снижение интенсивности боли на фоне фармакотерапии не более чем на 30% или наличие интенсивной боли не менее 5 баллов по 10-балльной числовой рейтинговой шкале»). В то же время междисциплинарный консенсус специалистов выработал другие критерии [6], при наличии фармакорезистентности и выраженных нежелательных явлений требующих отмены терапии. Однако при этом

практически отсутствуют указания на такие параметры оценки, как длительность и число неудачных попыток консервативной терапии, критерии фармакорезистентности у пациентов с невропатической болью, критерии рефрактерности профилактической терапии мигрени и другие, широко применяемые сегодня во всем мире и в России для оценки лечения [7–9]. Отсутствие в рекомендациях критериев отбора больных для большинства описываемых процедур (кроме методов хирургической нейромодуляции) также представляется недостатком рекомендаций, значимым с точки зрения перенаправления пациентов к специалисту по интервенционному лечению.

В ряде разделов неэффективные методы включены в схемы и алгоритмы терапии. Например, авторы предлагают алгоритм лечения головной боли напряжения (ГБН) с применением ботулинического токсина типа А, несмотря на то что по всем имеющимся в настоящее время данным (см. рекомендации Международного общества головной боли и Европейской федерации головной боли) показана неэффективность его использования при любых вариантах ГБН, в том числе и по материалам публикаций, на которые ссылаются авторы [10].

При рассмотрении интервенционных методов терапии мигрени не приведены используемые и утвержденные критерии Международного общества головной боли по выбору пациентов и методов терапии. Не приведены критерии рефрактерности профилактической терапии мигрени – главного критерия отбора пациентов для нейростимуляции при мигрени. Нет указаний на опубликованные клинические предикторы эффек-

тивности лечения хронической мигрени и выбору пациентов с ХМ для терапии с использованием ботулинического токсина А [9, 10].

Таким образом, следование обсуждаемым рекомендациям в клинической практике с высокой степенью вероятности может привести к избыточному и неадекватному использованию интервенционных и малоинвазивных методов лечения боли. Это отразится не только на качестве медицинской помощи больным с хронической болью, но и приведет к повышению частоты ятрогенных осложнений (например, за счет использования при ряде процедур местных анестетиков, известных своей способностью вызывать анафилактический шок и приводить к непрогнозируемым смертельным исходам [11]). Вследствие этого может увеличиться количество уголовных дел в отношении врачей, введенных в заблуждение данными рекомендациями, и необдуманно и неправомочно, без должных на то оснований, использующих интервенционные методы в своей практике. Также очевидно, что широкое, без четких критериев отбора больных, использование указанных методов, более дорогостоящих, чем обычная фармакотерапия, приведет к нерациональному расходованию ресурсов и избыточной нагрузке на систему здравоохранения.

С учетом вышеуказанных замечаний необходимо провести доработку клинических рекомендаций «Интервенционное лечение пациентов с хроническим болевым синдромом» с привлечением профильных специалистов по головной боли, боли в спине, невропатической боли и др., а распространение данной версии клинических рекомендаций приостановить.

## Список литературы

1. Treede R.D., Rief W., Barke A., et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6): 1003–7.
2. Treede R.D., Rief W., Barke A., et al. 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.
3. Mayer E.A., Bushnell M.C., ed. *Functional pain syndromes: presentation and pathophysiology*. Seattle: IASP Press; 2009; pp. 9–28.
4. Подчуфарова Е.В., Кукушкин М.Л., Яхно Н.Н. Физиология и патофизиология боли. В книге: *Боль (практическое руководство для врачей)*. Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Изд-во РАМН, 2011; 512с.; с.48–49.
5. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра)» (подготовлен Минтруда России 20.12.2016).
6. Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. *Научно-практическая ревматология*. 2016; 54(3): 247–265.
7. Fillingim R.B., Loeser J.D., Baron R., Edwards R.R. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*. 2016 Sep; 17 (9 Suppl): T10–20.
8. Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. и др. Невропатическая боль. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Российский журнал боли*. 2018; 4 (57): 5–41.
9. Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р. и др. Краткие рекомендации российских экспертов по диагностике и лечению мигрени. *РМЖ*. 2017; 9: 556–562.
10. Jackson J.L. Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis / J.L. Jackson, A. Kuriyama, Y. Hayashino. *JAMA*. 2012; 307(16): 1736–45.
11. Письмо ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России от 03.12.2015 № 20-3/1645.

## References

1. Treede R.D., Rief W., Barke A., et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6): 1003–7.
2. Treede R.D., Rief W., Barke A., et al. 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.
3. Mayer E.A., Bushnell M.C., ed. *Functional pain syndromes: presentation and pathophysiology*. Seattle: IASP Press; 2009; pp. 9–28.
4. Podchufarova E.V., Kukushkin M.L., Yakhno N.N. Physiology and pathophysiology of pain. In the book: *Pain (practical guide for physicians)*. Under the editorship of N.N. Yakhno, M.L. Kukushkin. M.: IZDATel'stvo RAMN, 2011; 512 p.; p. 48–49. (In Russ.)
5. Draft Order of the Ministry of labor and social protection of the Russian Federation "on approval of the professional standard "specialist in nursing (nurse)" (prepared by the Ministry of labor of Russia 20.12.2016) (In Russ.)
6. Nasonov E.L., Yakhno N.N., Karateev A.E. et al. General principles of treatment of musculoskeletal pain: interdisciplinary consensus. *Scientific and practical rheumatology*. 2016; 54 (3): 247–265. (In Russ.)
7. Fillingim R.B., Loeser J.D., Baron R., Edwards R.R. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*. 2016 Sep; 17 (9 Suppl): T10–20.
8. Davydov O.S., Yakhno N.N., Kukushkin M.L., et al. Neuropathic pain. Clinical guidelines for diagnosis and treatment. *Russian journal of pain*. 2018; 4 (57): 5–41. (In Russ.)
9. Osipova V.V., Filatova E.G., Artemenko A.R. et al. Brief recommendations of Russian experts on the diagnosis and treatment of migraine. *RMJ*. 2017; No. 9: 556–562 (In Russ.)
10. Jackson J.L. Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis. *J.L. Jackson, A. Kuriyama, Y. Hayashino. JAMA*. 2012; 307(16): 1736–45.
11. Letter "SCIENTIFIC CENTER of EXPERTISE of MEDICAL APPLICATION PRODUCTS" Ministry of health of Russia from 03.12.2015 No. 20-3/1645 (In Russ.)