

Г.Е. Ройтберг<sup>1</sup>,  
М.Г. Василенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

Москва, Россия;

<sup>2</sup>ОАО «Медицина»,

Москва, Россия

Контакты:

Василенко Марина Геннадьевна;

Doctor.Vasilenko@mail.ru

В статье рассматриваются основные стандарты формирования оценочных суждений о работе медицинской организации с учетом общественной эффективности учреждения здравоохранения, ресурсного обеспечения медицинской помощи, доступности и качества медицинской помощи. Речь идет о пациентах с хроническим болевым синдромом, которые получают медицинскую помощь в условиях многопрофильной коммерческой клиники.

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.021

# ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Ключевые слова:

хроническая боль, ХБС, организация здравоохранения, индикатор, эффективность.

Частота встречаемости хронических неонкологических болевых синдромов в странах Западной Европы составляет около 20%, каждый пятый взрослый европеец страдает хроническим болевым синдромом (ХБС) [1]. Хронической называют боль, которая беспокоит пациента 3 и более месяца, в патогенезе которой основная роль отводится несостоятельности эндогенных анальгетических систем, в том числе серотонинергических [2–7]. Согласно мнению ряда авторов, хроническая боль является не синдромом основного заболевания, а самостоятельной нозологической единицей [3, 8–10].

В преддверии выпуска 11-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ) Международная ассоциация по изучению боли (IASP) учредила целевую группу по созданию новой классификации хронической боли для использования ее в первичном звене здравоохранения и специализированных медицинских учреждениях [11].

Согласно этой классификации выделяют 7 типов хронической боли:

1 – хроническая первичная боль;

2 – хронический онкологическая боль;

3 – хроническая посттравматическая и послеоперационная боль;

4 – хроническая невропатическая боль;

5 – хроническая головная боль и орофациальная боль;

- 6 – хронические висцеральные боли;
- 7 – хроническая скелетно-мышечная боль.

По мнению авторов, такая классификация является компромиссом между теоретическим и практическим применением рубрикации. В отличие от прошлой версии новая классификация включает этиологические факторы, обособленные онкологические и невропатические боли. Интенсивность и инвалидность, связанные с болью, также найдут свое отражение в этой классификации [11].

Современная система здравоохранения ставит перед собой множество задач в решении проблемы борьбы с хроническими заболеваниями, в том числе и с ХБС. Залог успешного сотрудничества между патофизиологами, клиницистами и организаторами здравоохранения является приоритетным направлением для общества в целом, так как от хронической боли страдают не только пациенты, но и их родственники. Решение вопросов оказания противоболевой помощи является приоритетом глобального здравоохранения, поскольку адекватное лечение боли – это право человека, а обязанность любой системы здравоохранения – обеспечить это [11].

В работах С.С. Павленко были представлены данные опроса населения, результаты которых показали, что часть больных ХБС испытывают неуверенность в компетенции специалистов, сомневаются в эффективности назначаемой терапии, и, как следствие этого, возникновение информированного отказа от медицинской помощи [3]. Организация практической деятельности врача-специалиста и учреждения в целом, должны быть направлены на повышение качества оказания неврологической помощи. Достижение этой цели возможно благодаря своевременному и адекватному принятию управленческих решений, основанных на результатах мониторинга деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений на разных уровнях.

Ведение пациентов в частной многопрофильной клинике имеет ряд особенностей. При обращении пациент ожидает определенных гарантий в индивидуальном подходе к диагностике и лечению его заболевания и высокого уровня медицинского обслуживания. В последние годы уровень информированности пациентов о методах диагностики и лечения значительно вырос. Как правило, пациенты ожидают назначения наиболее информативных методов обследования в ближайшее от обращения время. В многопрофильной клинике есть возможность проведения в течение суток необходимого обследования, что позволяет провести не только своевременную диагностику, но и повысить

лояльность пациента к врачу и комплаентность к назначенному в дальнейшем лечению. Некоторые авторы подчеркивают важность установления сотрудничества в варианте активного партнерства между системой здравоохранения и обществом, предлагая эту модель как способ концептуализации патологических процессов [12].

Каждый компонент медицинской деятельности является одним из элементов системы показателей и индикаторов, которые характеризуют эффективность оказываемой пациентам медицинской помощи. В системе здравоохранения результат деятельности организаций может быть на уровне низких и даже отрицательных значений.

Анализ и оценка количественных и качественных показателей для каждого уровня могут быть представлены показателями медицинской результативности: клинико-экспертный анализ, индикаторы дефектов деятельности. Эффективностью экономической деятельности, в том числе немедицинского персонала (бухгалтерия, планово-экономический отдел, отдел кадров, отдел статистики, организационно-методический отдел, административно-хозяйственная часть и др.); социальной эффективностью – возвращение к активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью [13–19].

Благодаря деятельности частных многопрофильных центров создаются все условия для проведения медико-биологических, анатомо-физиологических, психологических и других видов обследований.

Реформирование здравоохранения на современном этапе, изменение механизмов его финансирования требуют развития ресурсосберегающих форм медицинского обслуживания населения и стационарзамещающих технологий [20]. Проведение обследования пациентам с хроническим болевым синдромом, а также более гибкая система экономического планирования, способствуют достижению этой цели.

Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы менеджмента медицинской организации и обеспечивает создание единых условий для реализации требований по непрерывному повышению качества медицинской помощи и улучшению состояния здоровья населения. Актуальной задачей современности являются инструменты выбора приоритетов в управлении и прогнозирование направлений дальнейшего развития, в том числе в области общественного здоровья и здравоохранения. Предопределются методы экспертной оценки

## Оказание медицинской помощи пациентам с хроническим болевым синдромом

стратегических перспектив инновационного развития состояния общественного здоровья в среднесрочном и долгосрочном перспективе [21, 22].

Возможности проведения телемедицинских конференций заочно со специалистами крупных центров или стационаров также обеспечивает доступность высококвалифицированной неврологической помощи пациентам с ХБС в отдаленных районах [23].

В связи с накопленным клиническим опытом вопросы организации оказания медицинской и социальной помощи больным, длительно страдающим от боли, подлежат детализации и обсуждению. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что пациенты и лица, оказавшиеся в группе риска по причине возникновения боли и ее хронизации, должны быть информированы о своей болезни в доступной форме.

Широкая распространенность среди населения РФ различных видов хронической боли, ее социальная и экономическая значимость, диктует необходимость формирования единой системы организации адекватной медицинской противоболевой помощи пациентам.

Описание возможной формы работы с пациентами, страдающими хронической болью, было представлено М.В. Чурюкановым. Автор вместе с коллегами представил эпидемиологические данные о распространенности боли среди населения, а также в отдельных возрастных группах, в том числе и среди трудоспособного населения, что также имеет важное социальное значение для решения вопросов о мультидисциплинарном подходе к купированию боли [24–26].

В литературе приводится описание актуальной системы оказания противоболевой помощи, которая основывается на трех моделях – мультидисциплинарные амбулаторные клиники, мультидисциплинарные стационары и мультидисциплинарные (междисциплинарные) центры боли. В поликлиническом звене можно выделить следующие формы работы [24]:

- для пациентов с легкими формами ХБС – школа для пациентов с хронической болью;
- для пациентов с ХБС средней тяжести различной локализации – мультидисциплинарная клиника;
- для пациентов, имеющих наиболее тяжелые ХБС и/или нуждающихся в больших дозах опиоидных анальгетиков, – комплексная мультидисциплинарная клиника.

Мультидисциплинарные (междисциплинарные) центры боли представляют собой наиболее высокоорганизованную и сложную модель, базирующуюся на платформе медицинских образовательных учреждений и университетских госпиталях. Основной целью таких центров является стремление помочь пациентам с тяжелыми или умеренными, но устойчивыми болевыми синдромами, либо коморбидными расстройствами. Помимо этого, на них возлагается научно-исследовательская и образовательная деятельность [24].

В нашей стране большое количество работ, касающихся организации оказания противоболевой помощи населению, принадлежит М.В. Чурюканову и его коллегам [27]. По мнению авторов, необходимы дополнительные меры, направленные на развитие специализированной противоболевой помощи, прежде всего на изменение ее организационных принципов, развитие образовательных программ для врачей [28, 29].

Учитывая психогенетические аспекты возникновения и отягощения клинического течения ХБС, а также с целью проведения рациональной и когнитивно-поведенческой терапии, при многих лечебных учреждениях, в том числе и амбулаторного звена, организованы «школы для пациентов с хронической болью».

Благодаря активной деятельности Международной ассоциации по изучению боли (IASP) и Европейской Федерации боли EFIC, врачам предоставляется возможность повысить уровень своих знаний в мультидисциплинарном аспекте, с учетом обмена опыта работы с пациентами, страдающими ХБС. В частности, Европейская Федерация боли учреждает для специалистов разных областей науки мероприятия, на которых проводится чтение лекций, посвященных теоретическим и практическим аспектам диагностики и лечения хронических болевых синдромов, организуются практические занятия, демонстрации методов исследования, клинические разборы пациентов [30, 31].

Коллективом итальянских авторов была предпринята попытка предоставить доказательную базу эффективности медикаментозных и немедикаментозных стратегий в комплексной нейрореабилитации пациентов в рамках соответствующих рекомендаций (Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation – ICCPN), тем не менее оставив много нерешенных вопросов для дальнейших исследований [32].

*INDICATORS OF EFFICIENT  
COMMERCIAL ACTIVITIES  
OF A MULTIDISCIPLINARY CLINIC  
PROVIDING MEDICAL CARE  
TO PATIENTS WITH CHRONIC PAIN  
SYNDROME*

G.E. Roitberg<sup>1</sup>,  
M.G. Vasilenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Clinic "Medicine", Moscow, Russia

*The article examines the basic standards of formation of value judgments on the work of the medical organization, the social efficiency of health care, of resource provision of medical care, accessibility and quality of care. We are talking about patients with chronic pain who receive medical assistance in a multidisciplinary commercial clinics.*

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.021

**Keywords:**  
*chronic pain, CPS, chronic pain, health organization, indicator, efficiency.*

**Contact:**  
Vasilenko M.G. ;  
Doctor.Vasilenko@mail.ru

Другими исследователями были предоставлены данные о прогностической роли психологических факторов на терапевтический ответ в лечении болей, что также является важным моментом организации здравоохранения [33].

Некоторые авторы указывают в своих публикациях необходимость тесного сотрудничества лечащего врача с работодателем пациента для достижения комплаенса между всеми участниками терапевтического взаимодействия [34].

Одним из факторов, способствующих уменьшению болевого синдрома у пациентов, является предоставление пациенту информации о своем состоянии здоровья, что возможно благодаря электронной истории болезни, которая ведется в коммерческой многопрофильной клинике, через «личный медицинский кабинет» пациента [35]. Ввиду этого немаловажным аспектом в общении с пациентом имеют коммуникативные навыки врача, которые в медицине рассматриваются как фундаментальное клиническое мастерство, прокладывающее путь к успешной диагностике и лечению. Обучение навыкам общения является признанной во всем мире в качестве важнейшего компонента медицинского образования в теории и на практике экспериментального обучения. Современные технические средства и достижения позволяют обеспечить индивидуальный и интерактивный форматы обучения, придерживаясь принципов научно обоснованной и личностно-ориентированной медицины [36].

Подводя итоги обзора литературы, нам хотелось акцентировать внимание на том, что тактика лечения хронических болей должна предопределяться с учетом индивидуального подхода к лечению пациента. Патологические изменения в поврежденных структурах ноцицептивной системы невозможно представить без комплексной оценки неврологического статуса больного с детальным описанием характера изменений чувствительности и болевых проявлений. С этой целью необходима разработка дифференцированных патогенетических алгоритмов терапевтического воздействия на пациента на всех уровнях функционирования системы здравоохранения.

Индикаторы оценки эффективности оказания медицинской помощи можно разделить на три стандарта. Первый стандарт «общественной эффективности здравоохранения» отражает эффективность здравоохранения для общества, его медицинскую результативность. Второй стандарт «ресурсного обеспечения медицинской помощи» – показатели отражают ресурсное обеспечение системы здравоохранения всех уровней и медицинской организации в части обеспеченности, состояния и их эффективного использования. И, наконец, третий стандарт «доступности и качества медицинской помощи» – показатели отражают доступность и качество медицинской помощи.

**Конфликт интересов отсутствует.**

## Оказание медицинской помощи пациентам с хроническим болевым синдромом

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С. и др. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции больных, обратившихся к врачу-неврологу. Боль 2008; 3: 24–32.
2. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗРФ) от 26 февраля 2015 г. № 17-7/10/1-797 с приложением. Методические рекомендации «Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях». 44 с.
3. Павленко С.С. Состояние и проблемы эпидемиологических исследований болевых синдромов. Российский журнал боли 2006; 4 (13): 2–6.
4. Грицай А.Н. Влияние «упреждающей» анальгезии на формирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Автореферат на соискание уч. степени к.м.н. М., 2004. 117 с.
5. Воробьева О.В. Хронические болевые синдромы в клинике нервных болезней: вопросы долговременной аналгезии. Consilium Medicum 2006; 8: 55–60.
6. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms / prepared by the International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy ; editors, Harold Merskey, N. Bogduk. – 2nd ed. p. cm. 1994 IASP Press (Reprinted 2002).
7. Исакова М.Е., Косырев В.Ю., Исагулян Э.Д., Брюзгин В.В. Антиноцицептивные процедуры при хроническом болевом синдроме (нейроабляция, нейростимуляция, нейрофармакология). Вестник Московского онкологического общества 2010; 12: 2–3.
8. Громова М.А. Клинические варианты хронического болевого синдрома и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом. Дисс. на соискание уч. степени к.м.н. Иваново. 2015: 150 с.
9. Rowbotham M.C. Tricyclic antidepressants and opioids – better together? Pain 2015; 8 (156): 1373–1374. PMID: 25867125. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000189.
10. Морозова О.Г., Ярошевский А.А. Нейропатическая боль: взгляд невролога. Новости медицины и фармации 2010; 339: 62–67.
11. Treede R.D., Rief W., Barke A. et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain 2015; 6 (156): 1003–1007. PMID:25844555. DOI:10.1097/j.pain.0000000000000160.
12. Liddy C., Johnston S., Irving H., Nash K. The Community Connection Model: implementation of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. Public Health 2013; 6 (127): 538–545. PMID: 23701813. DOI: 10.1016/j.puhe.2013.02.005.
13. Landwehr C., Klinnert D. Value congruence in health care priority setting: social values, institutions and decisions in three countries / C. Landwehr, // Health Econ. Policy Law 2015; 2 (10): 113–132. PMID: 25434454. DOI:10.1017/S1744133114000437.

## REFERENCES

1. Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Davydov O.S. et al. [The results of the Russian epidemiological study of the prevalence of neuropathic pain, its causes and characteristics in the population of patients who applied to a neurologist]. Bol [Pain] 2008; 3: 24–32. (In Russ.).
2. Letter no. 26 February 2015 from the Ministry of Health of the Russian Federation (MZRF) 17-7/10/1-797 with the app. Methodical recommendations “Pharmacotherapy of chronic pain syndrome in adult patients in the provision of palliative care in inpatient and outpatient settings.” 44 p. (In Russ.)
3. Pavlenko S.S. [The State and problems of epidemiological studies of pain syndromes] Rossiyskiy Zhurnal boli. 2006; 4 (13): 2–6. (In Russ.).
4. GritsaiA.N. [The influence of “pre-emptive” analgesia on the formation of pain syndrome in the early postoperative period] Author’s abstract on competition Uch. degree candidate of medical Sciences 2004: 117 (In Russ.).
5. Vorob’evaO.V. [Chronic pain syndromes in the clinic of nervous diseases: issues of long-term analgesia] Consilium Medicum. 2006; 8: 55–60 (In Russ.).
6. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms / prepared by the International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy ; editors, Harold Merskey, N. Bogduk. – 2nd ed. p. cm. 1994 IASP Press (Reprinted 2002).
7. Isakova M.E., Kosyrev V.Y., IsagulyanE. D., BryuzginV.V. [Antinociceptive treatments for chronic pain syndrome (neuroablation, neurostimulation, neuropharmacology) ]Bulletin of Moscow Cancer Society. 2010; 12: 2–3 (In Russ.).
8. Gromova M.A. [Clinical variants of chronic pain syndrome and functional state of the cardiovascular system in patients with rheumatoid arthritis ] Diss. for the academic degree Ph. D. Ivanovo. 2015: 150 (In Russ.).
9. Rowbotham M.C. Tricyclic antidepressants and opioids – better together? Pain 2015; 8 (156): 1373–1374. PMID: 25867125. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000189.
10. Morozova O. G., YaroshevskyA.A. [Neuropathic pain: a view of the neurologist] News of medicine and pharmacy. 2010; 339: 62–67 (In Russ.).
11. Treede R.D., Rief W., BarkeA. et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain 2015; 6 (156): 1003–1007. PMID:25844555. DOI:10.1097/j.pain.0000000000000160.
12. Liddy C., Johnston S., Irving H., Nash K. The Community Connection Model: implementation of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. Public Health 2013; 6 (127): 538–545.PMID:23701813. DOI:10.1016/j.puhe.2013.02.005.
13. Landwehr C., Klinnert D. Value congruence in health care priority setting: social values, institutions and decisions in three countries / C. Landwehr, // Health Econ. Policy Law 2015; 2 (10): 113–132. PMID: 25434454. DOI:10.1017/S1744133114000437.

14. Muller R.W., Kruse G.B. Commentary on “Is the system really the solution? Operating costs in hospital systems”: limits to system efficiency in centralized hospital systems: illustration from the University of Pennsylvania Health System. *Med Care Res Rev.* 2015; 3 (72): 273–276. PMID: 25948291. DOI:10.1177/1077558715584224.
15. Phuong N.K., Oanh T.T., Phuong H.T., et al. Assessment of systems for paying health care providers in Vietnam: implications for equity, efficiency and expanding effective health coverage *Glob Public Health.* 2015; 10: 80–94. PMID:25622127. DOI:10.1080/17441692.2014.986154.
16. Алексеева В.М., Белевитин А.Б., Тегза В.Ю. Методы экономических оценок эффективности использования ресурсов здравоохранения при оказании медицинской помощи населению. Вoen.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. СПб., 2003.
17. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения. *Журнал Фундаментальные исследования* 2010; 4: 70–75.
18. Кораблев В.Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций, 2015. Электронный ресурс. Точка доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=156>. Дата обращения: 14.03.2017.
19. Jalota L., Aryal M.R., Mahmood M., et al. Interventions to increase physician efficiency and comfort with an electronic health record system. *Methods Inf Med.* 2015; 1(54): 103–109. PMID: 25377629. DOI: 10.3414/ME14-01-0047.
20. Агранович Н.В., Андросова Т.А., Ермоляева Н.Ю. Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара: медико-социальная и экономическая эффективность. *Заместитель главного врача* 2013; 10(89): 20–25.
21. Мустафина М.Д. Форсайт в общественном здравоохранении. Научно-практический журнал «Вестник Казахского НМУ» 2013; 1 (1): 319–321.
22. Ломакина Е.А. Дорожные карты как элемент управления эффективностью и качеством оказания медицинской помощи. В сб.: Вопросы совершенствования системы государственного управления в современной России. Под общей редакцией Л.В. Фотиной. М.: Макс-Пресс, 2016: 67–74.
23. Мосягин И.Г., Сорока А.К. Эффективность телемедицины при оказании медицинской помощи в автономном плавании. *Морская медицина* 2016; 2 (2): 31–34.
24. Чурюканов М.В. Организация медицинской помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами: системный подход, доказанная эффективность. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2010; 4: 52–56.
25. Исакова М.Е., Косырев В.Ю., Исагулян Э.Д. и др. Антиноцицептивные процедуры при хроническом болевом синдроме (нейроабляция, нейростимуляция, нейрофармакология). *Вестник Московского Онкологического Общества* 2010;12: 2–3.
26. International Association for the Study of Pain (IASP), 2005.
14. Muller R.W., Kruse G.B. Commentary on “Is the system really the solution? Operating costs in hospital systems”: limits to system efficiency in centralized hospital systems: illustration from the University of Pennsylvania Health System. *Med Care Res Rev.* 2015; 3 (72): 273–276. PMID:25948291. DOI:10.1177/1077558715584224.
15. Phuong N.K., Oanh T.T., Phuong H.T., et al. Assessment of systems for paying health care providers in Vietnam: implications for equity, efficiency and expanding effective health coverage *Glob Public Health.* 2015; 10: 80–94. PMID:25622127. DOI:10.1080/17441692.2014.986154.
16. Alekseeva V.M., Belevitin A.B., Tegza V.Yu. [Methods of economic evaluation of efficiency of use of health care resources in the provision of medical care to the population] *Voen.-med. Acad. of S.M. Kirova, Moscow. med. Acad. of I.M. Sechenov. SPb.,* 2003 (In Russ.).
17. Orlov Y.M., Sokolova O.N. [Category of efficiency in the health system] *Journal of basic research.* 2010; 4: 70–75 (In Russ.).
18. Korablev V.N. [Evaluation of the effectiveness and efficiency of the health care system and medical organizations], 2015. Electronic resource. Access point: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=156>. Date of access: 14.03.2017(In Russ.).
19. Jalota L., Aryal M.R., Mahmood M., et al. Interventions to increase physician efficiency and comfort with an electronic health record system. *Methods Inf Med.* 2015; 1(54): 103–109. PMID:25377629. DOI: 10.3414/ME14-01-0047.
20. Agranovich N.V., Androsova T.A., Ermolaeva N.Y. [Organization of medical care in day hospital: medical, social and economic efficiency] *DeputyChiefDoctor.* 2013; 10(89): 20–25 (In Russ.).
21. Mustafina M.D. [Forsythe in public health] Scientific and practical journal “Bulletin of Kazakh national medical University”2013; 1 (1): 319–321 (In Russ.).
22. Lomakina E.A. [Roadmaps as an element of management of efficiency and quality of medical care] V SB.: issues of improvement of public administration in modern Russia. Under the General editorship of L. V. Photina. Moscow, Max-Press 2016: 67–74 (In Russ.).
23. Mosyagin I.G., Soroka A.K. [The Effectiveness of telemedicine in the provision of medical care in the Autonomous navigation] *Maritime medicine.* 2016; 2 (2): 31–34. (In Russ.).
24. Churukanov M.V. [The Organization of medical care to patients with chronic pain syndromes: a systematic approach, proven effectiveness] *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2010; 4: 52–56 (In Russ.).
25. Isakova M.E., Kosyrev V.Y., Isagulyan E.D., Bryuzgin V. [Antinociceptive treatments for chronic pain syndrome (neuroablation, neurostimulation, neuropharmacology) ] *Bulletin of Moscow Cancer Society.* 2010; 12: 2–3 (In Russ.).
26. International Association for the Study of Pain (IASP), 2005.

**Оказание медицинской помощи пациентам с хроническим болевым синдромом**

27. Чурюканов М.В., Катушкина Э.А. Лечение невропатической боли с позиций доказательной медицины. *Consilium Medicum* 2014; 2: 71–74.
28. Чурюканов М.В. XVIII Российской научно-практическая конференция с международным участием «Хроническая боль», Кисловодск, 16–17 марта 2012 г. *Российский журнал боли* 2012; 2: 42–44.
29. Волкова Л.И. Организация противоболевой помощи в России – насущная необходимость (по материалам XIX Российской научно-практической конференции с международным участием «Боль: междисциплинарная проблема» 15–17 мая 2013 г., Екатеринбург). *Российский журнал боли* 2013; 3: 57–59.
30. Дорохов Е.В. Обозрение V школы Европейской Федерации членов Международной ассоциации по изучению боли (EFIC) в Монтецано (Италия). *Российский журнал боли* 2014; 2: 51–52.
31. Kress H.G., Aldington D., Alon E. et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Curr Med Res Opin.* 2015; 9 (31): 1743–1754. PMID: 26172982. DOI:10.1185/03007995.2015.1072088.
32. Tamburin S., Lacerenza M.R., Castelnuovo G. et al. Pharmacological and non-pharmacological strategies in the integrated treatment of pain in neurorehabilitation. Evidence and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation (ICCPN)*. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016; 5(52): 741–752. PMID:27579583.
33. Castelnuovo G., Giusti E.M., Manzoni G.M. et al. Psychological Considerations in the Assessment and Treatment of Pain in Neurorehabilitation and Psychological Factors Predictive of Therapeutic Response: Evidence and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Front Psychol.* 2016; 7 (19): 468. PMID: 27148104. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00468.
34. Main C.J., Nicholas M.K., Watson P.J. Back pain. *Pain* 2008 an updated review. IASP Press. 2008: 395–407.
35. Бранд П.Я., Яхно Н.Н. Хронический болевой синдром у пациентов с травмой спинного мозга. *Боль* 2012; 1 (34): 25–26.
36. Ferreira-Padilla G., Ferrández-Antón T., Baleriola-Júlvez J. et al. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croat Med J.* 2015; 3 (56): 311–314.
27. Churukanov M.V., Katushkina E.A. [The Treatment of neuropathic pain from the standpoint of evidence-based medicine] *Consilium Medicum.* 2014; 2: 71–74.(In Russ.).
28. Churukanov M.V. [XVIII Russian scientific-practical conference with international participation “Chronic pain”, Kislovodsk, March 16–17, 2012] *Russian journal of pain.* 2012; 2: 42–44 (In Russ.).
29. Volkova L.I. [The organization of pain relief in Russia is an urgent need (based on the materials of the XIX Russian scientific-practical conference with international participation “Pain: an interdisciplinary problem”, may 15–17, 2013, Ekaterinburg)] *Russian journal of pain.* 2013; 3: 57–59 (In Russ.).
30. Dorokhov E.V. [Display of V school of the European Federation of the International Association for the study of pain (EFIC) in Montescano (Italy)]. *Russian journal of pain.* 2014; 2: 51–52(In Russ.).
31. Kress H.G., Aldington D., Alon E. et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Curr Med Res Opin.* 2015; 9 (31): 1743–1754. PMID: 26172982. DOI:10.1185/03007995.2015.1072088.
32. Tamburin S., Lacerenza M.R., Castelnuovo G. et al. Pharmacological and non-pharmacological strategies in the integrated treatment of pain in neurorehabilitation. Evidence and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation (ICCPN)*. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016; 5(52): 741–752.PMID:27579583.
33. Castelnuovo G., Giusti E.M., Manzoni G.M. et al. Psychological Considerations in the Assessment and Treatment of Pain in Neurorehabilitation and Psychological Factors Predictive of Therapeutic Response: Evidence and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Front Psychol.* 2016; 7 (19): 468. PMID:27148104.DOI:10.3389/fpsyg.2016.00468.
34. Main C.J., Nicholas M.K., Watson P.J. Back pain. *Pain* 2008 an updated review. IASP Press. 2008: 395–407.
35. Brand P.J., Yakhno N.N. [Chronic pain syndrome in patients with spinal cord injury]. *Pain.* 2012; 1 (34): 25–26 (In Russ.).
36. Ferreira-Padilla G., Ferrández-AntónT., Baleriola-Júlvez J. et al. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croat Med J.* 2015; 3 (56): 311–314.