

О международном опыте организации медицинской помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами: системный подход, доказанная эффективность.

М.В. Чурюканов

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, кафедра нервных болезней лечебного факультета;
УРАМН НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, лаборатория патофизиологии боли, Москва.

В статье представлены сведения об организации медицинской помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами в ряде развитых стран. Рассматривается 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 в лечении хронических болевых синдромов.

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

В большинстве развитых стран мира на протяжении многих лет существует специализированная служба оказания помощи пациентам с хронической болью. Проведенные исследования показали актуальность и социальную значимость создания, развития и совершенствования этой службы. Примеры работы и 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 (Université catholique de Louvain).

Система оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической болью, предполагает иерархию уровней, на которых эта помощь оказывается. Такие уровни могут быть выделены в соответствии с возрастающей специализацией медицинских кадров, качеством используемого оборудования, финансовыми затратами. Как правило, уровни, расположенные выше, “отвечают” за более сложные случаи. При

этом доля обращающегося за помощью населения уменьшается по мере продвижения вверх по иерархии. Структура иерархии не подразумевает, что “движение” пациента по ней происходит лишь в одном направлении. Напротив, необходимость перемещения пациента с одного уровня на другой и обратно предусматривает, что один уровень не может быть важнее другого. Для координации передвижения пациентов по уровням используются единые протоколы ведения больных.

Выделяют следующие уровни оказания помощи: уровень первичной помощи – начальный уровень иерархии и “точка входа” в систему – осуществляется врачом общей практики. Лечебные учреждения, не участвующие в учебном процессе, реабилитационные центры рассматриваются как вторичное звено, требующее направления для консультации с первичного уровня. Понятие “третичного” уровня помощи может быть использовано для обозначения узкоспециализированных центров, таких как университетские клиники, где ведется преподавание, научные исследования и мероприятия по переподготовке кадров. Следует отметить, что различные системы здравоохранения определяют уровни оказания помощи по-разному и используют разные термины для их обозначения. Примеры подобного обозначения представлены в табл. 1.

таблица 1

Структурные подразделения системы оказания медицинской помощи пациентам с хронической болью

Франция	Австралия	США**
<ul style="list-style-type: none"> • Консультативный центр* • Алгологический блок* • Центр боли* 	<ul style="list-style-type: none"> • Специалист по лечению боли • Мультидисциплинарная клиника боли* 	<ul style="list-style-type: none"> • Специализированная амбулатория • Мультидисциплинарная клиника боли* <ul style="list-style-type: none"> • Поликлиника* • Стационар* • Центр боли*

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

Этап первичной помощи

Большинству пациентов с хроническими болевыми синдромами (ХБС) первичную помощь оказывают врачи общей практики. В некоторых странах первый этап помощи включает врачей других специальностей – хиропрактиков, физиотерапевтов, например, в Дании. В Канаде на этапе первичной помощи с пациентами работают хиропрактики, физиотерапевты, специалисты по восстановительному лечению, психологи. При этом

перечисленные специалисты оказывают помощь и на других уровнях, в частности, психологи работают в мультидисциплинарных клиниках боли (МдКБ).

Во Франции подготовлено специальное пособие [14] для врачей первичного звена по диагностике, лечению и последующему ведению пациентов с хронической болью. Кроме того, Национальное агентство по аккредитации и оценке здоровья (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - ANAES) опубликовало на 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 [2].

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. Для медикаментозного лечения болевых синдромов целесообразно использовать средства с уровнем доказательства эффективности А или В, являющиеся препаратами первой/второй линии. Так, согласно Рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ по медикаментозному лечению невропатической боли, средствами 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 веществами с установленной эффективностью являются габапентин, прегабалин, ТЦА, опиоиды (исследования I класса, уровень доказательности А). Веществами с меньшей эффективностью либо степенью доказательности являются капсаицин, трамадол, лидокаин (местно), вальпроаты (уровень доказательности В). Назначать ТЦА пожилым пациентам рекомендуется с осторожностью, особенно имеющим факторы риска со стороны сердечно-сосудистой системы. Габапентин переносится хорошо даже в больших дозах (более 2400 мг в сутки) [1].

В ряде стран проведены исследования по оценке качества медицинской помощи пациентам с хронической болью 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. Принявшие участие в исследовании врачи (n=504), оказывали помощь, в среднем, 187 пациентам с ХБС. Около 40% пациентов страдали болью в нижней части спины.

Согласно мнению врачей общей практики, они достигли оптимального контроля боли у 46% пациентов, 14% пациентов были направлены на стационарное лечение [18].

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 Мексилетин 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 Мексилетин	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	Мексилетин Опиоиды Вальпроаты	Амитриптилин Габапентин Прегабалин	Каннабиноиды Ламотриджин Опиоиды

Примечание: ТЦА – трициклические антидепрессанты; ИОНЗС - ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина; ИОНЗСН – ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина и норадреналина.

В крупном международном проспективном исследовании первичного звена медицинской помощи, проведенном в 14 странах (Турция, Греция, Германия, Индия, Нигерия, Нидерланды, Великобритания, Япония, Франция, Бразилия, Чили, США, Китай, Италия), показано, что 1083 из 3197 случайно выбранных взрослых пациентов на первичном приеме имели постоянные боли не менее шести месяцев на момент начала исследования и почти у половины из них (49,2%) жалобы на боль сохранялись через год наблюдения [12]. За 12-месячный период наблюдения, частота новых случаев хронической боли составила 8,8%, со значительными различиями между центрами (от 1,7% в Греции до 18,7% в Великобритании). Эти различия свидетельствуют о потенциальной возможности получения оптимальных

результатов лечения на уровне первичной медицинской помощи там, где они еще недостаточны.

Специализированная помощь

В Канаде на этапе специализированной помощи пациентам с хронической болью участвуют неврологи, ревматологи, физиотерапевты, нейрохирурги, хирурги-ортопеды, анестезиологи. Во Франции этот этап обозначают как консультативная помощь и используют мультидисциплинарный подход [5,17]. К этому уровню во Франции относят алгоритмические блоки – междисциплинарные консультативные службы, состоящие, по крайней мере, из трех специалистов, располагающих помещениями для медицинских манипуляций, групповой психотерапии, служебными помещениями для персонала, коечным фондом (обычно четыре места) [3,17]. В США существуют две формы оказания специализированной помощи: амбулатории, где прием ведет один специалист, проводящий определенное лечение (например, анестезиолог, выполняющий лечебные блокады), и МдКБ, включающие специалистов по двум и более дисциплинам [8,9]. 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 [10].

Исследование, проведенное в Швейцарии, было посвящено оценке используемых подходов к ведению пациентов с хронической болью разными специалистами [20]. 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 усовершенствования образования, мультидисциплинарной диагностики и лечения хронической боли.

Реабилитационные центры

В ряде стран существуют реабилитационные центры, располагающие специальными программами для пациентов с хронической болью. Несколько таких центров работают в Канаде. В состав таких центров входит мультидисциплинарная группа, включающая специалиста по восстановительной медицине, физиотерапевта и психолога. Группа

оказывает помощь больным, которых направляют врачи общей практики и другие доктора. Основные усилия центра направлены на уменьшение инвалидизации больных. Так, реабилитационная программа для пациентов с хронической болью в Оттаве (Канада) осуществляется в амбулаторной и стационарной форме. Эта программа создана для осуществления многопрофильной оценки состояния пациента и лечения, направленного на улучшение качества жизни [21].

Многопрофильные (междисциплинарные) клиники боли

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

Обществом по изучению боли Квебека (Канада), было проведено исследование уровня специализации учреждений по лечению хронической боли, включавшее все анестезиологические отделения провинции. Установлено, что 50 из 69 (73%) отделений имеют подразделения для лечения хронической боли, однако, большинство из них ограничены в возможностях. Несмотря на то, что 26% учреждений полагали, что могут оказывать мультидисциплинарную помощь, только три из них располагают штатом, состоящим из специалиста по медицине боли (в данном случае анестезиолог), специализированной медицинской сестры, психолога и физиотерапевта. Ни в одном учреждении в составе группы не было специалиста по восстановительной медицине или социального работника [19].

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, где помощь оказывается интегрированной группой специалистов [16]. 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 [17]. Количество центров во Франции увеличивается в соответствии с принятой “Национальной программой по боли” [4]. 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 используются принципы мультидисциплинарного подхода [3,17], когда при необходимости для решения лечебных и диагностических задач привлекаются

специалисты разного профиля. Группа специалистов центра одновременно решает задачи по лечению пациентов, обучению докторов и другого медицинского персонала, проведению исследований. Центр включает помещения для консультаций, лаборатории и резервный больничный сектор, позволяющий госпитализировать пациентов для решения учебных и лечебных задач.

Австралийское общество по изучению боли (АОИБ) (Australian Pain Society – APS) в 2002 г. подготовило документ – “Программы по лечению хронической, персистирующей или длительно существующей боли”, где представлены сведения о реализации мультидисциплинарного подхода в контроле боли [6]. Согласно предложениям АОИБ, такой подход должен включать четыре основных компонента: когнитивно-поведенческую терапию, постепенно возрастающую активизацию, обучение и изменение образа жизни [13]. В Австралии МдКБ созданы во всех штатах. АОИБ разработало критерии включения пациентов в программу мультидисциплинарной помощи: неэффективность проведенного 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. Непременным условием является также способность пациента к самоконтролю и готовность к участию в такой программе [6].

В США учреждения, занимающиеся лечением пациентов с хронической болью, используют в работе несколько моделей мультидисциплинарной помощи (в качестве примера рассматривается Служба оказания медицинской помощи ветеранам (Veterans Health Administration – VHA) [8]. В структурах, образованных преимущественно в рамках амбулатории, варьируют доступные диагностические и лечебные подходы, используемые ресурсы, группы пациентов, проходящих лечение, профили специализации медицинского персонала:

1. Мультидисциплинарные амбулаторные клиники [9]

- Психолого-образовательная амбулаторная клиника

Предназначена для пациентов с нетяжелыми хроническими болевыми синдромами. Цель - обучение имеющих мотивацию пациентов подходам к самостоятельному контролю боли (упражнения, релаксация, отвлечение).

- Проблемно-ориентированная мультидисциплинарная клиника

Ориентирована на решение проблемы конкретного ХБС средней тяжести (головная боль, артрит, боль в нижней части спины).

- Комплексная мультидисциплинарная клиника

Работает по интенсивным, структурированным мультимодальным программам, которые ориентированы преимущественно на пациентов с наиболее тяжелыми ХБС и/или требующих использования больших доз опиоидных анальгетиков.

2. Мультидисциплинарные стационары [9]

Обеспечивают наиболее интенсивное лечение. Предназначены для пациентов с умеренными и тяжелыми хроническими болями, требующих наблюдения в процессе лечения.

3. Мультидисциплинарные (междисциплинарные) центры боли [9]

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

В заключение следует обратиться к материалам, которые свидетельствуют о целесообразности использования мультидисциплинарного подхода в лечении хронической боли. Проведя мета-анализ 65 контролируемых и неконтролируемых исследований, опубликованных в 1966-1990 гг., Н. Flor и соавт. установили, что эффективность мультидисциплинарного лечения выше, чем результаты у пациентов без лечения, ожидающих госпитализации или получающих мономодальную терапию (физиотерапия и др.) при хронической гетерогенной боли или боли в спине по показателям уменьшения количества посещений специалистов и принимаемых лекарственных препаратов, а также повышения активности, работоспособности, регресса аффективных расстройств в дополнение к уменьшению боли [11]. N. Becker и соавт. (Дания) провели рандомизированное контролируемое исследование у пациентов с хронической болью (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. Эти две группы сравнивали с пациентами, ожидающими госпитализации в МдКБ. Через шесть месяцев у пациентов, проходивших лечение в МдКБ, наблюдалось уменьшение боли, увеличение физической активности, улучшение психологического статуса и качества сна по сравнению с группой проходившей лечение на уровне первичного звена медицинской помощи. У пациентов “группы ожидания”, получавших во время наблюдения традиционное лечение, предписанное врачом общей практики, отмечено значимое ухудшение психосоциального статуса и общего самочувствия [7].

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 [16].

Комплексный реабилитационный подход, осуществляемый специалистами разных дисциплин, в настоящее время считается “золотым стандартом” для пациентов с хронической болью, которая сохраняется при менее интенсивном лечении, 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, включающие мультидисциплинарные центры и клиники, для информирования организаций и отдельных лиц с целью использования определенных нормативных положений. Специальная группа указывает, что “мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении является предпочтительным методом оказания медицинской помощи пациентам 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 востребованы” [15].

Список использованной литературы:

1. Чурюканов М.В. Основные положения рекомендаций Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) по диагностике и медикаментозному лечению невропатической боли // Боль.–2007 – №3 – Т.16. – С.38–45.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000. http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-4Y9HJZ (доступно на 17.01.2005 г.).
3. Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes (ARHRA). Groupe de travail préparation au SROS II. Prise en charge de la douleur. 1998. <http://www.satelnet.fr/arhra/douleur.htm> (доступно на 19.03.2004 г.).
4. Annequin D. Programme national de lutte contre la douleur : où en est-on? // Panorama du médecin. – 2004 – № 4926.–P.35–50.
5. 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). – P.1907–1941.
6. Australian Pain Society (APS). Pain management programs for chronic, persistent, or long lasting pain. 2002a. <http://www.apsoc.org.au/pdfs/APSpainProgs.pdf> (доступ на 17.01.2005 г.).
7. Becker N., Sjogren P., Bech P., Olsen A.K., Eriksen J. 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). – P.203–211.
8. Clark ME. 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.).
9. Clark ME. 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.).
10. Dr Foster, Long-term Medical Conditions Alliance (LMCA), UK Patients Association. Adult chronic pain management services in primary care. London, England: Dr Foster; 2004.
11. Flor H., Fydrich T., Turk D.C. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review // Pain. – 1992. – № 49(2). – P.221–230.
12. 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). – P.195-200.

13. Guzmán J., Esmail R., Karjalainen K., Malmivaara A., Irvin E., Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2002. №1:CD000963.
14. Hirszowski F., Diez F., Boureau F., Association Ville-hôpital de lutte contre la douleur (Paris). *La douleur, le réseau et le médecin généraliste.* Montrouge: John Libbey Eurotext; 2001.
15. 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.).
16. Ospina M., Harstall C. Prevalence of chronic pain: An overview [HTA 29]. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2002.
17. Richard A. Les centres anti douleur – organisation : principes de prise en charge des patients. Cours des CSD St-Étienne. 2002. <http://www.univ-st-etienne.fr/stephado/du/courdu/arcad.htm> (доступно на 31.03.2004 г.).
18. 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). – P.703–706.
19. Veillette Y., Dion D., Altier N., Choinière M. The treatment of chronic pain in Québec. A study of hospital-based services offered within anaesthesia departments // *Can J Anaesth.* – 2005. – №52 (6). – P.600–606.
20. Wilder-Smith O.H., Mohrle J.J., Dolin P.J., Martin N.C. The management of chronic pain in Switzerland: A comparative survey of Swiss medical specialists treating chronic pain // *Eur J Pain.* – 2001. – № 5. – P.285–298.
21. Wilson K.G., Eriksson M.Y., D'Eon J.L., Mikail S.F., Emery P.C. Major depression and insomnia in chronic pain // *Clin J Pain.* – 2002. – №18 (2). – P.77–83.