

© ГАЗЕНКАМФ А. А., ХИНОВКЕР В. В., ПЕЛИПЕЦКАЯ Е.Ю., ПОЖАРИЦКАЯ Д. В.

УДК 616-009.7-036.12-008.6-082(460)

DOI: 10.20333/2500136-2019-3-16-23

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ПРИМЕРЕ ИСПАНСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. А. Газенкамф^{1,2}, В. В. Хиновер^{1,3}, Е.Ю. Пелипецкая^{1,4}, Д. В. Пожарицкая¹

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Краевая клиническая больница, Красноярск 660022, Российская Федерация

³Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Красноярск 660037, Российская Федерация

⁴Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона, Красноярск 660123, Российская Федерация

Резюме. В современной медицине достаточно актуальной является проблема диагностики и лечения пациентов с хроническим болевым синдромом. В качестве эффективной меры по решению данной проблемы была выдвинута идея организации сети центров лечения боли. Международная Ассоциация Изучения Боли выделяет 4 уровня оказания помощи больным с хронической болью, различающихся по набору и уровню сложности оказываемой помощи. В данной статье подробно рассмотрена организация сети центров боли на примере испанской системы здравоохранения, как одной из прогрессивно развивающихся в этом направлении стран. Описаны принципы устройства, набор предоставляемой помощи на каждом из уровней оказания помощи. Кроме того, обращается внимание на принципы междисциплинарного взаимодействия, разработки тактики лечения и организации работы с пациентом, обратившимся в центр боли. Так же приведен пример работы центра боли на базе многопрофильного стационара в России.

Ключевые слова: боль, хроническая боль, центр лечения боли, интервенционная медицина, интервенционные методы, лечение боли, неонкологическая боль.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Газенкамф АА, Хиновер ВВ, Пелипецкая ЕЮ, Пожарицкая ДВ. Организация лечения хронического болевого синдрома на примере испанской системы здравоохранения. *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;(3):16-23. DOI: 10.20333/2500136-2019-3-16-23

ORGANIZATION OF CHRONIC PAIN SYNDROME TREATMENT BY THE EXAMPLE OF SPANISH HEALTHCARE SYSTEM

A. A. Gazenkampf^{1,2}, V.V. Khinovker^{1,3}, E. Yu. Pelipecskaya^{1,4}, D.V. Pozharitckaia¹

¹Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Krasnoyarsk Regional Hospital, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

³Federal Siberian Research and Clinical Center of the Federal Medical-Biological Agency, Krasnoyarsk 660037, Russian Federation

⁴I. S. Berzon Krasnoyarsk Clinical Hospital №20, Krasnoyarsk 660123, Russian Federation

Abstract. In modern medicine the problem of patients with chronic pain diagnosis and their treatment is quite relevant. An idea of organizing a network of centers for pain treatment was suggested as an effective measure to solve this problem. International Association for Study of Pain distinguishes 4 levels in aiding patients with chronic pain, which differ in the set and level of aid complexity. This article describes in detail organization of pain centers network by the example of Spanish healthcare system as one of progressively developing countries in this field. Principles of facilitation, set of provided aid at each level are described. In addition, the attention is drawn to principles of interdisciplinary interaction, to the development of treatment strategies and to the organization of work with patients applying to the pain center. Moreover, the article gives information on the work of a pain center based on multi-specialized hospital in Russia.

Key words: pain, chronic pain, pain treatment center, interventional medicine, interventional techniques, pain management, non-oncologic pain.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Gazenkampf AA, Khinovker VV, Pelipecskaya EYu, Pozharitckaia DV. Organization of chronic pain syndrome treatment by the example of Spanish healthcare system. *Siberian Medical Review*. 2019;(3):16-23. DOI: 10.20333/2500136-2019-3-16-23

Введение

Современная мировая медицина – пожалуй, наиболее интенсивно развивающаяся сфера человеческой деятельности. Диагностика становится точнее, оперативные вмешательства – безопаснее, фармакотерапия – доступнее. Однако, при всем при этом, остается актуальной проблема, сопровождающая практически все заболевания человека – боль.

Международная ассоциация по изучению боли, The International Association for the Study of Pain, (IASP) дает

следующее определение боли: «неприятное сенсорное или эмоциональное ощущение, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах подобного повреждения» [1].

В зависимости от временных характеристик, а также патофизиологических механизмов возникновения, принято выделять острую, подострую и хроническую боль. При этом острая боль является, как правило, одним из симптомов основного заболевания или травмы. В то время как боль, длящаяся более 3 месяцев, становится

отдельным патологическим процессом, определяемым понятием хронический болевой синдром (ХБС).

Хронический болевой синдром является серьезной проблемой современного здравоохранения, так как характеризуется высокой распространенностью среди населения. По данным ВОЗ, в структуре причин обращений к врачу системы первичной медицинской помощи боль составляет от 11 до 40 % [2]. По данным отечественных исследователей, среди пациентов с хронической болью, большую часть составляют лица мужского пола (60,4 %), трудоспособного возраста (76,4 %), причем подавляющее большинство (76 %) указывали на высокую интенсивность болевого синдрома (более 5 баллов по ВАШ). Более 95 % пациентов отмечали ежедневный характер боли, практически каждый пятый респондент (19,1 %) имел опыт обращения в скорую и неотложную помощь в течение последнего года [3].

Боль является одним из наиболее частых проявлений заболеваний у людей пожилого и старческого возраста. Жалобы на боли отмечаются у 25–50 % проживающих дома пожилых людей и у 45–80 % проживающих в учреждениях, предоставляющих им длительный уход [4].

Одной из актуальных проблем современной медицины является диагностика и своевременное лечение болевого синдрома в педиатрической практике. Ряд исследований показал, что доля детей, испытывающих проблемы со здоровьем, связанные с наличием болевого синдрома, увеличивается. Это существенно сказывается на качестве жизни и психоэмоциональном состоянии подростков [5, 6].

Полученные данные лишней раз подтверждают, что хроническая боль является серьезной социально-экономической проблемой, требующей принятия комплекса эффективных мер по ее решению.

Кроме того, хронический болевой синдром чаще всего трудно поддается лечению; является частой причиной временной утраты нетрудоспособности; ухудшает качество жизни и эмоциональный фон больного.

Хроническая боль классифицируется на две больших группы: онкологическая и неонкологическая. В обеих группах боль может быть обусловлена как воздействием непосредственно на ноцицепторы (ноцицептивный характер боли), так и повреждением, либо расстройством функции периферических нервов или центральных структур нервной системы (нейропатический характер боли). Так же, для любого типа хронической боли характерны психологические нарушения, влияющие на восприятие и эмоциональную окраску боли [7].

В большинстве случаев хроническая боль обусловлена нейропатическим компонентом. Исходя из этого, при выборе тактики лечения пациента следует четко понимать механизмы развития нейропатической боли [8, 9]. Кроме того, следует принимать во внимание локализацию боли, так как от этого так же будет зависеть тактика ведения пациента и выбор оптимального метода лечения. Например, отдельно разрабатываются методы лечения хронической головной боли [10].

В основе терапевтического лечения болевого синдрома, как острого, так и хронического заложены принципы «лестницы ВОЗ», которые были впервые предложены для лечения хронической онкологической боли в 1986 году [11]. С течением времени, данная «лестница» начала применяться не только в качестве основы для лечения онкологической боли, но и болевого синдрома в целом. На данный момент, ряд авторов предлагают выделить четвертую ступень, включающую интервенционные методики [12].

В настоящее время лечение болевого синдрома должно носить мультидисциплинарный характер, ограничивающийся не только фармакотерапевтическими методами лечения, пациенту индивидуально должна быть предложена интегральная программа лечения, доказавшая свою эффективность и экономическую выгоду [13, 14]. Мировой опыт показывает, что создание центров лечения боли – наиболее эффективный путь сделать интервенционные методы лечения доступными и организованными, а также служит эффективной площадкой для обучения альгологов.

Основная часть

Служба помощи пациентам с болевым синдромом, как онкологической, так и неонкологической разнородны по форме собственности, организации работы, штату специалистов и набору оказываемых услуг [15].

IASP (The International Association for the Study of Pain) различает 4 типа отделений лечения ХБС, различающиеся по спектру оказываемой помощи, уровню сложности проводимых манипуляций и характера специализации:

- мультидисциплинарный центр лечения боли;
- мультидисциплинарное отделение лечения боли;
- отделение лечения боли;
- монографическое отделение лечения боли [16].

Рассмотрим систему организации лечения хронической боли на примере испанской системы ЗО, как одной из самых эффективных на сегодняшний день.

По данным Испанского общества по изучению боли, в Испании зарегистрировано 187 отделений лечения боли. Подавляющее большинство работающих в них специалистов-альгологов по своей основной специальности - анестезиологи (86 %). В 7 % отделений на постоянной основе работает врач-психиатр. Большая часть отделений не располагают собственным помещением, поэтому используют отдельные кабинеты и операционные стационары [17].

Для более эффективного оказания помощи пациентам с хронической болью, улучшения процесса оказания помощи и оптимизации результатов работы была разработана и внедрена в практику система основополагающих документов: стандарты подготовки специалистов и аккредитации центров, клинические рекомендации и руководства по лечению ХБС [18]. Так, испанским обществом анестезиологов и реаниматологов были введены классификаторы и стандарты для отделений лечения хронической боли [19]. Испанским обществом изучения

боли разработаны три аккредитационные программы для помощи при острой, хронической и онкологической боли, для которых так же был определен набор стандартов. Кроме того, Мадридским обществом по изучению боли был разработан набор стандартов качества и перечень процедур, проводимых в ОЛХБ [20].

Что касается организации оказания помощи пациентам с хронической болью, то главенствующим звеном является отделение боли, которое непосредственно осуществляет взаимосвязь между отделениями первичного звена оказания медицинской помощи и другими структурами, принимающими участие в комплексном лечении пациента. Для достижения данной концепции необходимо обеспечение широкой территориальной сети отделений боли, которая обеспечит пациенту более доступный путь к получению необходимой помощи.

Отделением лечения хронической боли называют медицинское подразделение, объединяющее специалистов здравоохранения, способное предоставлять мультидисциплинарную медицинскую помощь, располагающее функциональными, организационными и структурными условиями, отвечающими требованиям безопасности, качества и эффективности, необходимым для оказания помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами, нуждающимся в специализированной медицинской помощи [15].

Основные задачи ОЛХБ:

- купирование полностью или частично болевого синдрома;
- расширение функциональных возможностей пациента;
- улучшение качества жизни;
- оптимизация анальгетической терапии;
- уменьшение количества обращений за медицинской помощью;
- обучение родственников или опекунов пациента;
- улучшение или развитие у пациента способности к самообслуживанию;
- обучение медперсонала принципам и особенностям работы с пациентами с хронической болью;
- оценка качества и эффективности проводимой терапии (выраженность болевого синдрома, качество жизни и трудоспособность пациента, физическое и психологическое состояние);
- информирование населения относительно вопросов лечения хронической боли;
- проведение исследований, касающихся распространности, причин возникновения, принципов измерения и лечения боли;
- разработка и публикация информационных пособий по лечению болевого синдрома для специалистов других специальностей и населения;
- проведение анализа и публикация результатов работы отделения [21].

Испанское общество по изучению боли на основании классификации отделений лечения боли установило 4 уровня оказания специализированной помощи при ХБС:

IV- многопрофильный центр или отделение лечения боли;

III- многопрофильное отделение лечения боли;

II- отделение боли;

монографическое отделение лечения боли.

Рассмотрим каждый уровень оказания помощи пациентам с ХБС более детально.

Отделения IV и III уровней различаются исключительно масштабом и спектром проводимой исследовательской деятельности, поэтому будут рассматриваться вместе, как отделения III уровня организации.

Многопрофильный центр или отделение лечения боли

Данный вид отделений оказывает наиболее сложные виды лечения пациентам с ХБС и является самой высокоспециализированной ступенью в градации отделений по лечению боли. Подобные отделения должны организовываться на каждые 1,5- 2 миллиона населения для наиболее эффективной работы сети ОЛХБ [22].

Для ОЛХБ 3 уровня характерно:

1. Наличие штатного руководителя отделения, получившего дополнительное образование в области лечения боли и имеющего опыт ведения пациентов с ХБС и проведении исследований в данной области. Если у руководителя отделения отсутствует дополнительное образование, то необходимо назначение заместителя, который будет осуществлять контроль в области безопасности и качества оказания медицинской помощи.
2. Наличие собственного отдельного помещения, подходящего по требованиям и располагающего ресурсами для оказания помощи как амбулаторным, так и стационарным пациентам.
3. Для обеспечения поддержки и обновления знаний по лечению ХБС необходим поток пациентов минимум на уровне 800 первичных обращений в год.
4. Наличие ресурсов, позволяющих принять пациентов с хронической болью любой этиологии.
5. Собственный штат сотрудников, обладающих знаниями и опытом для оказания помощи пациентам с ХБС.
6. В штате отделения должны быть обязательно представлены анестезиолог и нейрохирург. Так же обязательно наличие психотерапевта или психиатра, обладающего навыками работы с пациентами с ХБС. Все специалисты должны пройти аккредитацию в области лечения боли.
7. Штат среднего медицинского персонала представлен психологами, медицинскими сестрами, физиотерапевтами, реабилитологами и социальными работниками. Потребность в других штатных сотрудниках определяется особенностями конкретного ОЛХБ.
8. Периодически должны проводиться клинические разборы, в которых необходимо участие специалистов отделения.

9. Организованная система междисциплинарного взаимодействия со специалистами других отделений (разработка совместных протоколов, исследовательская работа, междисциплинарные сессии по вопросам лечения ХБС).
10. Наличие широкого спектра диагностических и терапевтических возможностей, как фармакологических, так и нефармакологических методов лечения, в том числе высокотехнологичных методов интервенционного лечения боли.
11. Наличие универсального шаблона ведения медицинской документации, в том числе истории болезни, возможность проведения дополнительных исследований и их интерпретация.
12. Наличие базы данных учреждения для эффективной оценки показателей лечения и работы отделения. База данных должна быть связана с электронными данными пациента и архивом учреждения.
13. Организованный беспрепятственный доступ сотрудников к основным научным библиотекам.
14. Наличие внутренних протоколов оказания помощи, периодическая оценка их эффективности.
15. Отделение входит в состав крупного исследовательского центра и регулярно проводит исследования в области изучения боли.
16. Осуществляет обучение в области лечения боли студентов и врачей-специалистов.
17. Разработка образовательных программ для населения по общим вопросам лечения боли и реабилитации пациентов с ХБС.

Специалисты ОЛХБ III уровня оказывают помощь пациентам со сложными случаями острой боли или трудно поддающейся терапии хронической болью. Помимо лечения, проводимого в рамках ОЛХБ, возможно проведение консультаций пациентам, находящимся в других отделениях многопрофильной больницы (травматология, общая хирургия, онкология и др.) [23].

Ниже приведен краткий перечень процедур, проводимых в ОЛХБ III уровня, на основании рекомендаций Мадридского общества по изучению боли [20]:

- чрескожная электрическая нервная стимуляция;
- установка и обслуживание имплантируемого насоса переменного потока;
- спинальная инфузия;
- системная инфузия – подкожная и внутривенная инфузия, программирование электронного насоса для инфузии в амбулаторных условиях;
- программирование простого и двухканального имплантированного нейростимулятора;
- спинальное введение местных анестетиков посредством внешних систем или частично имплантированных систем;
- инфильтрация поверхностных сухожилий, суставных сумок растворами местных анестетиков, глюкокортикостероидов;
- периферическая инфильтрация триггерных то-

чек местными анестетиками, ботулиническим токсином;

- поверхностная мышечная инфильтрация ботулиническим токсином;
- инфильтрация связок растворами местных анестетиков, глюкокортикостероидов, гиалуроновой кислотой;
- периферическая невральная блокада;
- блокада нервных сплетений, нервов туловища, периферических черепных нервов;
- радиочастотная абляция периферических нервов, висцеральных нервов, фасеточных суставов, крестцово-подвздошных суставов, непарного ганглия (ганглия вальтера), симпатических ганглиев, задних корешков спинного мозга эпидуральным доступом;
- одномоментная спинальная блокада с использованием местных анестетиков;
- спинальное введение глюкокортикостероидов;
- блокада тазобедренного сустава;
- блокады глубоких мышц с радиологическим контролем;
- эпидуролитизис/адгезиолитизис, разделение спаек;
- эпидуроскопия;
- селективная блокада корешков спинного мозга (трансфораминальная блокада).

Помимо перечисленных процедур в ОЛХБ III уровня должны быть представлены психологические техники с доказанной эффективностью или реабилитационные процедуры [24-27].

Отделение лечения боли

Для ОЛХБ II уровня характерно:

1. Штат включает, по крайней мере, двух врачей-специалистов, возможно совместителей.
2. Контроль качества работы отделения возлагается на медицинского координатора, который имеет дополнительное образование в сфере лечения боли.
3. Наличие возможностей диагностики и лечения пациентов с ХБС различной этиологии.
4. Наличие отдельной площади.
5. Достаточный штат сотрудников для оказания помощи пациентам с ХБС. Персонал должен обладать навыками работы с пациентами с хронической болью.
6. В штате должен присутствовать психотерапевт или психиатр, способный работать с психоэмоциональной составляющей боли.
7. Необходимо регулярное проведение междисциплинарных конференций и разборов клинических случаев, а также анализ новых методов лечения боли для поддержания актуальности знаний специалистов.

Монографическое отделение лечения боли

ОЛХБ I уровня выполняет отдельные лечебные методики, к которым зачастую относятся: невральные блокады, чрескожная электростимуляция, акупунктура и т.д.

Характерным для монографического отделения лечения боли является:

1. Достаточный штат лицензированных специалистов, необходимых для оказания квалифицированной помощи больным с ХБС.
2. Наличие возможностей диагностики и лечения пациентов с хронической болью.
3. Наличие собственного рабочего пространства.
4. Составление и ведение медицинской карты больного, наличие доступа в архив учреждения.
5. Постоянная оценка показателей эффективности работы отделения.

Спектр помощи, оказываемой в отделениях лечения боли I и II уровня неоднороден. Наиболее распространенные методики, согласно опросу Мадридского общества по изучению боли, представлены ниже [15]:

- фармакологическое лечение;
- периферические блокады;
- симпатические блокады;
- центральные блокады;
- минимальные инвазивные вмешательства в лечении скелетно-мышечной боли;
- подкожная электрическая стимуляция;
- электрофорез;
- неврлиз центральных и периферических ганглиев;
- стимуляция спинного мозга;
- периферическая стимуляция;
- интратекальная инфузия;
- радиочастотная абляция;
- озонотерапия;
- эпидуроскопия;
- термография.

Основы организации и междисциплинарного взаимодействия сети ОЛХБ

Основной целью организации системы взаимодействия между ОЛХБ, смежными отделениями и первичным звеном оказания медицинской помощи является переход от консультативной эпизодической помощи к непрерывному и поэтапному лечению пациента. Для этого необходимо, чтобы каждое конкретное отделение, в том числе и ОЛХБ были составной частью более крупной интегрированной системы оказания медицинской помощи [28].

Исходя из этого, после направления и поступления пациента в ОЛХБ, врачом-специалистом центра боли совместно с врачом первичного звена разрабатывается план лечения, который будет соблюдаться по окончании пребывания в ОЛХБ в амбулаторных условиях. Данная стратегия позволит наиболее эффективно контролировать уровень боли пациента на протяжении длительного периода времени. Также, совместная работа над созданием стратегии лечения пациента позволит избежать коррекции плана лечения, как врачом первичного звена, так и врачом отделения лечения боли.

Кроме этого, немаловажным является разработка протоколов для направления пациентов в ОЛХБ, позво-

ляющих специалистам первичного звена четко определить необходимость и порядок направления пациента в ОЛХБ. Исходя из этого, Мадридское общество по изучению боли включило создание проработанных протоколов направления в отделение лечения боли в стандарты качества оказания помощи пациентам с ХБС [20]. Критерии направления в ОЛХБ должны разрабатываться исходя из специфики работы конкретного отделения лечения боли, а также адаптированы к специфике оказания помощи в данном административном регионе.

Одним из критериев для направления в ОЛХБ можно назвать необходимость всестороннего обследования пациента и его комплексного лечения, что в рамках первичного звена оказания помощи невыполнимо. В большей степени направление в ОЛХБ рекомендовано пациентам с плохо поддающимся терапии в амбулаторных условиях болевым синдромом или же если имеется выраженный психосоциальный компонент [29].

Goucke в качестве основных критериев для направления в ОЛХБ выделяет следующие: отсутствие эффекта при приеме опиоидов; отсутствие улучшений в функциональном плане; нейропатическая трудно контролируемая боль; отсутствие конкретного диагноза заболевания; зарегистрированные эпизоды злоупотребления препаратами; наличие выраженного психосоциального компонента [30].

При направлении в ОЛХБ пациенту следует разъяснить, что отделение лечения боли нужно рассматривать как место комплексного оказания помощи, однако не следует рассматривать его как последнюю возможность в лечении, потому что это часто пагубно сказывается на психическом состоянии пациента [31]. Особое внимание следует уделять потенциально уязвимым и неблагополучным группам населения (пожилые люди, дети, инвалиды и т. д.) как на этапе направления, так и на этапе оказания помощи непосредственно в ОЛХБ.

По результатам исследования Канадского общества по изучению боли сделано заключение, что при ожидании более 6 месяцев с момента направления пациента в отделение лечения боли у пациентов достоверно снижается уровень качества жизни, сопряженный со здоровьем и психологическим благополучием, увеличивается риск депрессивных синдромов [32].

По рекомендациям IASP время ожидания поле направления в ОЛХБ определяется приоритетом оказания помощи (тяжесть состояния, риск ухудшения, тяжелая онкологическая боль) и не должна превышать 4 месяцев [33].

В качестве дополнительных рекомендаций предлагается развитие стратегий помощи пациентам с ХБС, показавших свою эффективность при оказании помощи больным с хроническими сочетанными заболеваниями [34]. Суть данных стратегий в следующем: поддержка развития системы самообслуживания; обучение населения и врачей первичного звена основам лечения боли; создание отлаженных и простых систем консультаций между специалистами (электронная почта, телемеди-

цина); разработка и публикация учебных пособий по терапии ХБС на разных уровнях оказания медицинской помощи; мониторинг и контроль рациональности использования доступных ресурсов; снижение количества контрольных визитов к врачу пациента с ХБС при стабильном состоянии.

Главными критериями госпитализации пациента в ОЛХБ являются [20]:

1. Болевой синдром, сохраняющийся более 3 месяцев после устранения первоначальной причины боли;
2. Отсутствие эффекта при применении интервенционных методик и лечения, соответствующих биомедицинской модели заболевания.

Организация процесса работы с пациентом, предоставление пациенту медицинской информации

В современной медицине особое внимание уделяется вопросам информированности пациента и его участия в процессе лечения, его собственной заинтересованности в результатах лечения. Следует отметить, что в рамках законодательства пациент имеет право получить подробную информацию о состоянии своего здоровья. Описано множество причин, по которым пациенту следует предоставить всю необходимую информацию [35]. Среди них стоит отметить: пациент сможет представить объективный прогноз дальнейшего течения заболевания; полная и грамотно предоставленная информация способствует комфортному осознанию пациентом своей настоящей ситуации, снижению чувства страха и тревоги;

Исходя из этого, при поступлении в ОЛХБ, пациенту необходимо разъяснить в понятной ему форме, суть дальнейших лечебных мероприятий, возможные пользу и риск при проведении лечения, после чего пациент подписывает Информированное согласие. Шаблоны Информированного согласия должны быть разработаны для каждого конкретного отделения, с учетом специфики его работы и проводимых методов лечения [36].

Необходимо, чтобы пациент осознавал все возможные риски и пользу предполагаемых вмешательств и процедур. Выяснилось, что зачастую пациенты не до конца понимают смысл предоставленной им информации касательно рисков и пользы лечебных и диагностических мероприятий [37]. Исходя из этого, Национальный форум качества считает нужным после предоставления информации просить больного своими словами объяснить только что полученную ими медицинскую информацию [38].

Разработка плана лечения

На данный момент задача ОЛХБ заключается в улучшении или возможном восстановлении качества жизни больного, а не в лечении патологии, вызвавшей боль [39]. Ряд авторов выделяет следующие задачи лечения ХБС: улучшения сознания пациентом своей ситуации; повышение уровня ежедневной физической активности; снижение уровня боли; разработка стратегий преодоления нетрудоспособности и стресса; активное вовлечение пациента в лечебный процесс [30].

Зачастую, ожидания больного при обращении в ОЛХБ завышены в сравнении с тем, чего можно достичь при применении оптимальной тактики лечения. Непонимание пациентом целей и предполагаемых результатов лечения может привести к недостаточной приверженности лечению, игнорированию рекомендаций врача, попытке сменить лечащего врача. Во избежание подобных ситуаций необходимо составление подробного плана лечения [40].

При составлении стратегии лечения пациента с ХБС необходимо учитывать особенности его личного восприятия и когнитивные возможности [29]. Помимо этого, необходимо производить выбор тактики ведения пациента исходя из данных доказательной медицины, в результате чего в некоторых ситуациях стоит выбрать консервативное лечение в сравнении с интервенционными методами, что опять же может обмануть ожидания пациента [41].

Краткий обзор организации и устройства одного из российских центров лечения ХБС

В качестве примера отечественного центра боли хочется привести «Центр лечения боли» Федерального сибирского научно-клинического центра ФМБА России. Организованный в 2014 году приказом генерального директора, в 2018 году объем помощи достиг шести новых пациентов в день. В штатном расписании центра три врача анестезиолога-реаниматолога, консультирующих пациентов и выполняющих интервенционные вмешательства под ультразвуковым- и рентген-контролем, невролог, нейрохирург, медицинский психолог, медицинская сестра и регистратор.

Согласно классификации испанского общества по изучению хронической боли, центр лечения боли ФСНКЦ ФМБА соответствует отделению боли II уровня по своим организационным признакам, однако отвечает требованию отделению III уровня по количеству первичных пациентов в год. В соответствии с мировыми тенденциями, центр боли организован на базе многопрофильного стационара, что дает возможность, во-первых, использовать мощную диагностическую базу клиники, а во-вторых, при необходимости, госпитализировать пациента, нуждающегося в оперативном или стационарном лечении в отделение нейрохирургии, неврологии и т.д.

Методики, широко применяющиеся в центре боли, отвечают требованиям к отделению боли II уровня – центральные и периферические блокады, выполняемые под контролем рентгена или ультразвука, радиочастотная абляция, имплантация эпидуральных катетеров и портов. Врачи имеют возможность выписки рецептов 107 и 148а формы, что делает лечение пациентов целостным и удобным в одном кабинете. Пациенты с хронической болью могут получить консультацию и лечение у психотерапевта, а для физической реабилитации и ЛФК используется центр физической реабилитации ФСНКЦ ФМБА.

Таким образом, основные мировые тенденции оказания помощи пациентам с ХБС активно внедряются

и в нашей стране, что способствует развитию уровня оказания специализированной помощи пациентам с болевым синдромом. Дальнейшее развитие сети центров лечения боли может оказать существенное влияние на уровень лечения пациентов, а, следовательно, и на качество жизни и трудоспособность людей с ХБС.

Заключение

На современном уровне развития медицины альгология овладела большим количеством высокоэффективных как медикаментозных, так и интервенционных методов лечения хронической боли. Кроме того, в ряде случаев, возможно добиться успеха в лечении стойких болевых синдромов только применяя мультимодальный подход с участием различных специалистов: психологов, физиотерапевтов, реабилитологов и т.д.

Таким образом, в процессе лечения хронической боли вопрос организации оказания медицинской помощи выходит на первый план, так как именно это позволяет сделать все современные методики борьбы с болью (консервативные, интервенционные и пр.) доступными для большей части пациентов, нуждающихся в них. Кроме того чрезвычайно важным является вопрос разработки стандартов, клинических рекомендаций, а на их основе – маршрутизации пациентов.

Литература/ References

1. Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain*. 2016; (157): 2420-2423.
2. Сабирова МЗ, Сибгатуллин ММ, Алтунбаев РА. Анализ современных терапевтических подходов к лечению острых и хронических болей в спине. *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*. 2010; 42 (4): 79-83. [Sabirova MZ, Sibgatullin MM, Altunbayev RA. Analysis of modern therapeutic approaches to the treatment of acute and chronic back pain. *Neurological Herald. Journal named after V.M. Bekhterev*. 2010; 42 (4): 79-83. (In Russian)]
3. Медведева ЛА, Загорюлько ОИ, Гнездилов АВ. Хроническая боль: эпидемиология и социально-демографические характеристики пациентов клиники боли центра хирургии. *Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б В Петровского*. 2016; (3): 36-43. [Medvedev LA, Zagorulko OI, Gnezdilov AV. Chronic pain: epidemiology and socio-demographic characteristics of patients at the pain clinic of the surgery center. *Clinical and Experimental Surgery*. 2016; (3): 36-43. (In Russian)]
4. Бялик МА. Лечение боли у пожилых людей. *Медицинская сестра*. 2011; (6): 21-25. [Bialik MA. Treatment of pain in the elderly. *Meditsinskaya Sestra*. 2011; (6): 21-25. (In Russian)]
5. Алиджанова ДА, Маджидова ЕН, Нурмухамедова МА. Патогенетические механизмы развития головной боли напряжения у детей и принципы ее профилактики. *Сибирское медицинское обозрение*. 2017; (1): 5-10. [Alidzhanova DA, Madzhidova EN, Nurmukhamedova MA. Pathogenetic mechanisms of development of tension headache in children and the principles of its prevention. *Siberian Medical Review*. 2017; (1): 5-10. (In Russian)]

6. Эверт ЛС, Бахшиева СА, Потупчик ТВ, Боброва ЕИ, Ахмельдинова ЮР. Рецидивирующие головные боли у детей и подростков с астеническим синдромом. *Сибирское медицинское обозрение*. 2018; (4) : 76-82. [Evert LS, Bakhshiyeva SA, Potupchik TV, Bobrova EI, Akhmeldinova YuR. Retreatment headaches in children and adolescents with asthenic syndrome. *Siberian Medical Review*. 2018; (4): 76-82. (In Russian)]

7. Осипова НА. Наука о боли как основа совершенствования технологий системной фармакотерапии острой и хронической боли. *Анестезиология и реаниматология*. 2016; 61 (5S): 7. [Osipova ON. The science of pain as a basis for improving the technology of systemic pharmacotherapy of acute and chronic pain. *Anesthesiology and Resuscitation*. 2016; 61 (5S): 7. (In Russian)]

8. Нечипуренко НИ. Механизмы нейропатической боли. *Медицинские новости*. 2012; (3): 6-10. [Nechipurenko NI. Mechanisms of neuropathic pain. *Medical News*. 2012; (3): 6-10. (In Russian)]

9. Leone C, Biasiotta A, La Cesa S, Di Stefano G, Cruccu G, Truini A. Pathophysiological mechanisms of neuropathic pain. *Future Neurology*. 2011; 6(4): 497-509.

10. Екушева ЕВ. Современные подходы к терапии хронической ежедневной головной боли. *Сибирское медицинское обозрение*. 2017; 1 (103): 93-98. [Ekusheva EV. Modern approaches to the treatment of chronic daily headache. *Siberian Medical Review*. 2017; (1): 93-98. (In Russian)]

11. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva. *World Health Organization*. 1986. Accessed May, 5, 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Romero J, Galvez R, Ruiz S. Se sostiene la escalera analgésica de la OMS. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2008; (1): 1-4.

13. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence- Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost- Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal of Pain*. 2006; (7): 779-93.

14. Денисова НП, Рогов ДЮ, Рзаев ДА, Хабарова ЕА, Дмитриев АБ. Стимуляция спинного мозга в лечении хронических болевых синдромов. *Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2016; 80(2): 47-52. [Denisova NP, Rogov DYU, Rzayev DA, Khabarova EA, Dmitriev AB. Spinal cord stimulation in the treatment of chronic pain syndromes. *Burdenko's Journal of Neurosurgery*. 2016; 80(2): 47-52. (In Russian)]

15. Robaina FJ. Aspectos medicolegales y bioéticos de la cirugía instrumentada de la columna lumbar degenerativa. Implicaciones en el manejo del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2009; (16):410-414.

16. Dobkin PL, Lucy J, Boothroyd LJ. Organizing health services for patients with chronic pain:when there is a will there is a way. *Pain Medicine*. 2007; (9) : 881-9.

17. Barutell C. Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2009; (16): 421-428.

18. Zhou Y, Thompson S. Quality Assurance for Interventional Pain Management Procedures in Private Practice. *Pain Physician*. 2008; (11): 43-55.

19. Libro Blanco. Clínica para el estudio y manejo del dolor. *Sociedad Española de Anestesiología, reanimación y Terapia del Dolor*. 1993; (10): 162–187.
20. de la Calle JL, Abejón D, Cid J, del Pozo C, Insausti J, López E. y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de proce dimientos de las unidades de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010; (17): 114–133.
21. Gomar C, Montero A, Puig MM, Sabaté A, Fábregas N, Valero R. Propuesta sobre las competencias en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de un grado de Medicina. Consenso del profesorado de las universidades de Cataluña. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2009; (56) : 436–444.
22. De Andrés J. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2005; (52): 127–130.
23. Scascighini L, Sprott H. Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians. *Nature clinical practice. Rheumatology*. 2008; (4) : 74–81.
24. Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*. 2009; (146): 235–237.
25. Turk D C, Swanson K S, Tunks E R. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients — when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; (53): 213–223.
26. Eccleston C, Hearn L, Williams AC. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online: Update Software)*. 2015; 2017 (10): CD011259.
27. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morely S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain*. 2010; (148): 387–397.
28. Ferlie E, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*. 2001; (79): 281–316.
29. Scascighini L, Sprott H. Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians. *Nature clinical practice. Rheumatology*. 2008; (4): 74–81.
30. Goucke CR. The management of persistent pain. *Medical Journal*. 2003; (178): 444–7.
31. Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*. 2004; (18): 613–29.
32. Lynch ME, Campbell F, Clark A J, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. 2008; (136): 97–116.
33. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American Psychologist*. 2014; 69(2):119–30.
34. Wilson IR. Management of chronic pain through pain management programmes. *British Medical Bulletin*. 2017;124(1): 55–64.
35. Costa Alcaraz AM, Almendro PC. Un modelo para la toma de decisiones compartidas con el paciente. *Aten Primaria*. 2009; (41): 285–7.
36. Geurts JW, Willems PC, Lockwood C, van Kleef M, Kleijnen J, Dirksen C. Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. *Health Expectations*. 2017; 20(6): 1201–1217.
37. Cahana A, Hurst SA. El consentimiento informado voluntario en la investigación y la asistencia clínica: una actualización. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. 2009; 2: e15–e21.
38. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare — 2009 Update: A Consensus Report. *Washington, DC: National Quality Forum*. 2009.
39. Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. *Pain*. 2004;(107): 1–4.
40. Morlion B, Walch H, Yihune G, Vielvoye-Kerkmeier A de J Z, Castro-Lopes J. The Pain Associates' International Network Initiative: a novel practical approach to the challenge of chronic pain management in Europe. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. 2008; (8): 473–80.
41. Robaina FJ. Aspectos medicolegales y bioéticos de la cirugía instrumentada de la columna lumbar degenerativa. Implicaciones en el manejo del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2009; (16): 410–414.

Сведения об авторах

Газенкамф Андрей Александрович, к.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; Красноярская краевая клиническая больница; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3А; тел.: +7 (391) 228 08 61; e-mail: gasenkampf_md@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8515-2991>

Хиновкер Владимир Владимирович, к.м.н., Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Коломенская д.26; тел.: +7 (913) 533 61 90; e-mail: vhinov@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3162-6298>

Пелипецкая Елена Юрьевна, к.м.н., Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона; адрес: Российская Федерация, 660123, г. Красноярск, ул. Инструментальная, д. 12; тел.: +7 (913) 532 88 00; e-mail: elenapelipeckaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5078-2504>

Пожарицкая Дарья Викторовна, студентка, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; тел.: +7 (983) 209 29 10; e-mail: dariapozharitskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2367-5441>

Author information

Andrei A. Gasenkampf, Cand. Med. Sci., Associate Professor, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasensky; Address: 1, Partizan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital; Address: 3A, Partizan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7 (391) 228 08 61; e-mail: gasenkampf_md@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8515-2991>

Vladimir V. Khinovker, Cand. Med. Sci., Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasensky; Address: 1, Partizan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Federal Siberian Scientific and Clinical Center of the Federal Medical-Biological Agency; Address: 26, Kolomenskaya St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660037; Phone: +7 (913) 533 61 90; e-mail: vhinov@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3162-6298>

Elena Yu. Pelipeckaya, Cand. Med. Sci., Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation; Address: 1, Partizan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; I. S. Berzon Krasnoyarsk Clinical Hospital №20; Address: 12, Instrumentalnaya Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660123; Phone: +7 (913) 532 88 00; e-mail: elenapelipeckaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5078-2504>

Daria V. Pozharitskaya, student, Krasnoyarsk State Medical University named after professor V. F. Voyno-Yasensky; Address: 1, Partizan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7 (983) 209 29 10; e-mail: dariapozharitskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2367-5441>

Поступила 23.02.2019 г.

Принята к печати 09.04.2019 г.

Received 23 February 2019

Accepted for publication 09 April 2019