



ВСЕ БОЛИТ,
НИЧЕГО НЕ ПОМОГАЕТ



Авторы: Павел Геннадьевич Генов,
врач анестезиолог-реаниматолог, к.м.н.,
руководитель Службы лечения боли ГКБ №52



Юлия Владимировна Вострецова,
врач анестезиолог-реаниматолог ГКБ №52

**ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ СТРАДАЮТ ОКОЛО 23%
НАСЕЛЕНИЯ. ДЕЙСТВИТЕЛЬНО, У КАЖДОГО ИЗ НАС ОБЯЗАТЕЛЬНО
НАЙДУТСЯ РОДСТВЕННИКИ ИЛИ ЗНАКОМЫЕ, КОТОРЫЕ ПОСТОЯННО
ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛЬ В СПИНЕ, СУСТАВАХ ИЛИ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ.
КАК С ЭТИМ ЖИТЬ И ЧТО ДЕЛАТЬ?**

Кроме медицинской, проблема имеет высокую социальную значимость. Из-за постоянного фокуса пациента на своей боли расстраиваются семейные отношения, у 20% развивается депрессия. Отмечено, что около половины больных с хроническими болевыми синдромами испытывают значительные сложности с ведением домашнего хозяйства, около 30% вынуждены менять работу, а 20% теряют ее [1]. Подсчитано, что финансовые затраты на пациентов с хронической болью превышают совокупную стоимость лечения больных ишемической болезнью сердца, раком и ВИЧ-инфекцией [2]. Пациенты с хронической болью часто жалуются на то, что лечащий врач недостаточно внимания уделяет их болевому синдрому, не верит, что боль сильная, или не знает, как взять ее под контроль [1]. Если посмотреть с другой стороны – замешательство лечащего врача иногда вполне объяснимо. Что за время 12-минутного приема он может предложить, например, 80-летней пациентке с выраженным дегенеративным заболеванием позвоночника и неэффективной фармакотерапией? Выход для врача и пациента из этой ситуации сегодня есть.

КЛИНИКИ БОЛИ

В стране развиваются клиники, ориентированные на оказание помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами. Первая в мире клиника лечения боли была

открыта анестезиологом Джоном Боникой в 1961 г. в Университете Вашингтона в Сиэтле. В настоящее время в США (население около 326 млн человек) насчитывается более 3000 таких центров, в Испании (47 млн жителей) и Израиле (8,3 млн человек) – 187 и 143 клиник лечения боли соответственно. В России (146 млн жителей), по нашим данным, пока всего 15 полноценных клиник лечения боли. Большинство из них оказывает только платные медицинские услуги. В Москве в системе ОМС сегодня работает только 2 подобных центра. Один из них – Служба лечения боли ГКБ №52, второй развернут на базе ГКБ им. С.С. Юдина. И там и там, помимо платного, возможно лечение в рамках программы ОМС при условии получения направления из районной поликлиники.

**ЗАТРАТЫ НА ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ
ПРЕВЫШАЮТ СОВОКУПНУЮ
СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
РАКОМ И ВИЧ**



**В ЦЕНТРАХ ПРЕДУСМОТРЕН
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ,
ВКЛЮЧАЮЩИЙ:**

ФАРМАКОТЕРАПИЮ

**ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БЛОКАД
И АБЛЯЦИЙ НЕРВОВ**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ
НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ
(ИМПЛАНТАЦИИ УСТРОЙСТВ ДЛЯ
СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА
И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ)**

ЛЕЧЕБНУЮ ФИЗКУЛЬТУРУ (ЛФК)

ПСИХОТЕРАПИЮ

ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВ ПРОЦЕДУРЫ

Возможности фармакотерапии часто ограничены. При лечении ноцицептивной боли традиционно применяют нестероидные противовоспалительные препараты, которые помогут при слабой или умеренной боли, но неэффективны при выраженном болевом синдроме. К тому же их применение может быть небезопасным у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической болезнью почек и эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ.

Препараты, используемые для терапии нейропатической боли (до 10% всех случаев хронической боли), имеют невысокую эффективность и неоптимальный профиль безопасности. Показатель NNT (количество пациентов, которым необходимо назначить препарат, чтобы помочь одному больному) для основных классов препаратов для лечения нейропатической боли (противосудорожные средства и антидепрессанты) варьирует от 4 до 8. Так, например, если назначить прегабалин 7,7 пациентам, для одного из них он окажется действенным. Многие больные отказываются от применения подобных лекарств из-за их низкой эффективности и(или) развития побочных явлений. Поэтому в клиниках лечения боли получили развитие методы интервенционной медицины. Минимально-инвазивные противоболевые процедуры (блокады, абляции нервов) проводят в условиях малых операционных или манипуляционных с использованием ультразвуковой или рентгеновской навигации. По существу, это методы высокоточного воздействия, когда лекарственный препарат или электрический ток доставляется непосредственно в проблемную зону. При этом выполняется крайне важное условие – гарантия безопасности пациентов.

ЛФК + ПСИХОТЕРАПИЯ

Применение минимально-инвазивных процедур позволяет снять остроту процесса, а добиться устойчивого улучшения – уже дело рук специалистов по восстановительному лечению. Сегодня ЛФК входит во все международные протоколы лечения дегенеративных заболеваний позвоночника и суставов.

Хроническая боль – сложный синдром, который напрямую зависит от эмоций и психологического статуса пациента. Поэтому в процессе лечения большое внимание уделяется психотерапевтическим методикам (когнитивно-поведенческая терапия, практики осознанности и др.).

РАБОТА НА РЕЗУЛЬТАТ

Разумеется, сложно рассчитывать на полное излечение, когда пациент страдает от боли в течение долгих лет. Традиционно хорошим

результатом считалось снижение интенсивности боли на 50% и более от исходного уровня в течение 3 мес и более. Согласно современным взглядам, основной целью лечения является не снижение интенсивности боли (в ее оценке большую роль играет психосоциальный статус), а улучшение функций пациента. Важно уже при первой встрече врача с больным сформировать реалистичные ожидания и наметить поэтапные цели.

**НЕСТЕРОИДНЫЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ПРЕПАРАТЫ ПОМОГАЮТ
ПРИ СЛАБОЙ
ИЛИ УМЕРЕННОЙ
НОЦИЦЕПТИВНОЙ БОЛИ,
НО НЕЭФФЕКТИВНЫ
ПРИ СИЛЬНОЙ**

Достижения на каждом этапе фиксируются и обсуждаются с пациентом. Даже если оценочный уровень интенсивности боли остается высоким, но пациент отмечает улучшение сна, настроения, аппетита, возрастание дистанции ходьбы и дневной активности, работоспособности, безусловно, такой результат считается хорошим.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

В процессе лечения крайне важен образовательный момент. Поэтому в течение нескольких семинаров анестезиологи, неврологи, нейрохирурги, врачи лечебной физкультуры и психотерапевты рассказывают пациентам об особенностях хронического болевого синдрома и основных подходах к его лечению. Такие занятия способствуют снижению у пациентов катастрофизации боли, депрессии и тревожности, повышают их функциональную способность [3, 4].

P.S.

Сегодня в России лечение хронической боли становится трендом. Ассоциация интервенционного лечения боли в союзе с другими общественными организациями занимается разработкой базовых нормативных документов для организации соответствующей специальности. Мы пока еще в самом начале сложного и долгого пути, но очень надеемся, что все получится.