Возможности лечения и реабилитации пациентов с болевым синдромом в многопрофильной хирургической клинике

К.м.н. Н.В. САМОЙЛОВА, д.м.н. О.И. ЗАГОРУЛЬКО, д.м.н., проф. А.В. ГНЕЗДИЛОВ, д.м.н. Л.А. МЕДВЕДЕВА

Treatment and rehabilitation of patients with pain syndrome in surgical clinic

N.V. SAMOILOVA, O.I. ZAGORUL'KO, A.V. GNEZDILOV, L.A. MEDVEDEVA

Отделение терапии болевых синдромов Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского (дир. — проф. С.Л. Дземешкевич) РАМН, Москва

Несмотря на последние достижения современной медицины в области изучения механизмов формирования боли и методов их лечения, возникновение ассоциаций и обществ по лечению боли, проблема остается актуальной и до сих пор нерешенной. Приведены основные виды боли, наиболее часто встречающиеся у больных в многопрофильной хирургической клинике, интегративный подход к лечению и реабилитации пациентов с различными болевыми синдромами.

Ключевые слова: боль, многопрофильная хирургическая клиника, лечение, реабилитация, интегративный подход.

Though the progress of modern medicine in understanding the mechanisms of pain and its treatment is significant, the problem of organizing help to the patients with pain syndrome is still actual and undecided. The issue highlights the general types of pain among surgical patients, as well as the integrative approach to the treatment and rehabilitation.

Key words: pain, surgical clinic, treatment, rehabilitation, integrative approach.

Боль — самая распространенная причина обращения больного к врачу, она снижает работоспособность, ухудшает эмоциональное состояние, снижает качество жизни, приводит к депрессии и суицидальным мыслям. Лечением боли на протяжении веков занимались врачи всех специальностей, но эта проблема остается малоизученной и актуальной. В 1960—1970 гг. анестезиолог, доктор медицины John Bonica привлек внимание врачей всего мира к неадекватному лечению боли и отсутствию научной информации о патофизиологических и психологических механизмах боли. Он собрал коллег-энтузиастов и создал Международную ассоциацию по изучению боли (The International Association for the study of Pain, IASP), которая занимается изучением механизмов боли, вырабатывает методы лечения различных болевых синдромов и обучает врачей во всем мире, выделяя гранты на образовательные программы и расширяя круг заинтересованных специалистов [10]. В настоящее время секции по изучению боли есть и в Европейском обществе анестезиологов (European Society of Anaesthesiology — ESA) и в EFIC (European Federation of IASP chapters — Европейской федерации отделений Международной ассоциации по изучению боли), ASRA (American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine) и Международной ассоциации в области неврологии и нейронаук (МАНН). Однако эти ассоциации занимаются проблемой боли разрозненно и, несмотря на значительный прогресс в области анатомии, физиологии, психологии и фармакологии, проблема боли остается нерешенной и актуальна. Проблемой реабилитации пациентов с болевым синдромом занимаются отдельные специалисты-энтузиасты, опираясь в основном на опыт традиционной медицины и личные разработки. Чтобы понять возможности лечения и реабилитации пациентов с болью, необходимо дать определение боли и описать ее виды.

Боль и основные болевые состояния

Международная ассоциация по лечению боли IASP дает следующее описание боли. «Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, сопровождающееся фактическим или возможным повреждением тканей, или состояние, словесное описание которого соответствует подобному описанию. Боль сопровождает более 70% всех известных заболеваний и патологических состояний» [11, 13]. В последнее время возрастает интерес к боли не только как к симптому, но и как к самостоятельному заболеванию. Именно поэтому на встрече членов IASP в Монреале в 2010 г. была принята декларация, в которой подчеркнуто, что возможность получения адекватного обезболивания должна быть одним из прав человека [1, 8].

Сложный феномен боли содержит 4 основных компонента.

1. Ноцицепция — это сигнал о тканевом повреждении, возникающий при раздражении специализированных рецепторов, содержащихся в окон-

© Коллектив авторов, 2013

e-mail: natalia.samoylova@gmail.com

чаниях Aδ- и С-волокон, и передающийся в задний рог спинного мозга. Заблокировать ноцицепцию можно препаратами, которые используют при местной или регионарной анестезии, обычно осуществляющейся с помощью блокаторов натриевых каналов, предотвращающих аксональную деполяризацию. Ноцицепция также может быть блокирована на уровне задних рогов спинного мозга с помощью нисходящих модулирующих влияний из структур головного мозга, например при гипнозе или отвлечении внимания больного [4].

2. Боль — это ответ на ноцицепцию, она генерируется на уровне спинного и головного мозга под действием ноцицептивной афферентной импульсации. При этом повреждение периферической нервной системы, спинного и головного мозга может привести к появлению боли даже при отсутствии стимулов. Примером является фантомный болевой синдром, комплексный регионарный болевой синдром, постинсультная боль, боль после торакотомии.

3. Страдание — представляет собой негативную аффективную реакцию, генерируемую в головном мозге под действием психологических факторов, одним из которых является боль. Именно страдание от боли заставляет пациента обратиться к врачу, приводит к потере трудоспособности, снижению качества жизни, депрессии.

4. Болевое поведение — следствие страдания от боли. Это изменение выражения лица, стоны, хромота, желание не двигаться, постоянное обращение к врачу и отказ от работы. Все виды болевого поведения реальны, однако необходимо четко дифференцировать достоверность жалоб и определить, какой из четырех компонентов превалирует. Наиболее выраженное болевое поведение у пациентов с хроническим болевым синдромом. Страдание и болевое поведение напрямую связаны с факторами внешней среды, мыслями больного, его ожиданиями и страхами. В связи с этим в настоящее время огромное внимание уделяется когнитивно-поведенческой терапии боли.

В клинической практике встречается 4 основных типа боли.

1. Транзиторная боль — связана с активацией ноцицепторов при отсутствии тканевого повреждения (укол иглой). Она встречается в повседневной жизни и чаще не является причиной обращения к врачу.

2. Острая боль — связана с тканевым повреждением и активацией ноцицепторов. Информация от ноцицепторов поступает в задний рог спинного мозга и направляется по восходящим путям, достигая головного мозга, где и формируется восприятие боли. При заживлении очага повреждения происходит восстановление нормальной функции ноцицепторов, чаще быстрее, чем процесс собственно заживления. Важная проблема — острая боль после хирургических вмешательств и травмы [9, 13]. Неадекватное лечение острой боли до сих пор встречается в США в связи с недостатком выделяемых средств. Объединенная комиссия по аккредитации стационаров (The Joint Commission on Accreditation of Hospitals) постановила, что врачи клиник должны проводить оценку и лечение боли у каждого пациента, находящегося на стационарном и амбулаторном лечении [1]. Задача врача — обеспечение и поддержание обезболивания до нормализации функции ноцицепторов. Это играет важную роль в лечении острых болевых состояний и является профилактикой развития хронического болевого синдрома. Примером может являться ранняя иммобилизация при переломах.

3. Хроническая онкологическая боль — всегда является продолжительным повреждением тканей в результате прогрессирования заболевания или проводимого лечения (хирургического, химиотерапии, лучевой терапии). Хроническая онкологическая боль чаще является терминальной стадией заболевания и требует максимально возможного обезболивания с использованием опиоидных анальгетиков и препаратов других групп, а также других возможных методов лечения с целью облегчения состояния больных.

4. Хроническая неонкологическая боль — самостоятельное заболевание с первичным процессом в соматической сфере и вторичной дисфункцией в периферической и центральной нервной системе при участии личностно-патологических механизмов [9]. Эксперты IASP считают боль хронической при ее продолжительности 3 мес и более. В соответствии с определением IASP хроническая боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание (определяемое сенсорной информацией, аффективными реакциями и когнитивной деятельностью больного), связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, которое продолжается сверх нормального периода заживления — более 3 мес (12 нед) и не поддается обычному медикаментозному лечению, эффективному при острой боли [15]. В то же время в соответствии с критериями принятой в США многоосевой нозологической системы DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) понятие «хроническая боль» используется для обозначения болевого синдрома, который длится более 6 мес [16, 18]. Таким образом, нет единого временного критерия диагностики хронической боли; это, вероятнее всего, связано с тем, что формирование хронической боли определяется в первую очередь не временным фактором, а качественно иными нейрофизиологическими, психофизиологическими и клиническими взаимоотношениями.

По данным EFIC, основанным на опросе 46 000 взрослых респондентов в 16 странах Европы в 2003 г., 20% населения страдают хронической болью [14]. При этом 19% больных отмечают, что они существенно нарушают их обычную жизнь, приводят к снижению или утрате трудоспособности. Около 35% пациентов испытывают боль ежедневно, у 16% она настолько мучительна, что вызывает появление суицидальных мыслей. В среднем продолжительность хронической боли составляет 7 лет, каждый пятый больной испытывает хроническую боль в течение 20 лет и более. При этом 40% пациентов не достигают адекватного контроля боли, 28% считают, что их лечащий врач не может оказать адекватной помощи. Только 2% больных были консультированы специалистами по лечению боли [10].

Наиболее часто приходится сталкиваться с хронической послеоперационной болью (Chronic postsurgical pain — CPSP), которая возникает после хирургического лечения и длится более 2 мес при исключении других причин и существующей проблемы [12]. Длительно сохраняющаяся CPSP возникает после ампутации конечностей у 30—50% больных, торакотомии — у 30—50%, герниопластики — у 10%, гистерэктомии — у 17% и мастэктомии — у 8—30% [8].

Проблема боли в развитых странах велика. Боль как заболевание является самой высокозатратной областью здравоохранения. Потеря трудоспособности, обусловленная хронической болью, приводит к большим финансовым затратам. Общий объем этих расходов составляет в США 100 млрд долларов и 9 млрд долларов в Великобритании. Расходы вследствие потери трудоспособности значительно превышают расходы на медицинское обслуживание. Финансовые потери в результате хронической боли обходятся бизнесу США в 240 млрд долларов ежегодно и неуклонно растут [17]. В течение последних лет американская и европейские системы здравоохранения активно создают центры по лечению боли при крупных клиниках, привлекая врачей разных специальностей, оказывая помощь не только пациентам стационаров, но и амбулаторным.

Отделение терапии болевых синдромов и его роль в многопрофильном хирургическом стационаре

В России понимания такого междисциплинарного подхода и преемственного лечения пока еще нет, хотя многие специалисты занимаются проблемой боли, но только изолированно и узконаправленно. Первая и пока единственная попытка такой интеграции была предпринята министром здравоохранения СССР и директором ВНЦХ АМН СССР акад. РАН и РАМН Б.В. Петровским еще в 70-х годах XX века. Понимая всю важность проблемы лечения и изучения боли, Борис Васильевич Петровский организовал под руководством акад. РАМН А.А. Бунятяна первое в СССР отделение терапии боли. Руководить отделением было поручено анестезиологу проф. Виктору Николаевичу Цыбуляку [5]. Изучив опыт зарубежных стран (США, Германии, Китая и др.), В.Н. Цыбуляк собрал в отделении врачей-энтузиастов разных специальностей, методистов лечебной физкультуры, массажистов, рефлексотерапевтов, гомеопатов и др. Он создал уникальный отдел терапии болевых синдромов, который, использовав все лучшее, что было накоплено в лечении болевых синдромов в различных школах зарубежных стран (американской, европейской и азиатской) и применив интегративный подход к лечению боли, накопил не только колоссальный научный, но и практический опыт мультидисциплинарного подхода к лечению [4, 6]. За время существования отдела, который впоследствии стал заниматься лечением не только стационарных, но и амбулаторных больных, были изучены различные методы лечения и реабилитации пациентов с болевыми синдромами [2, 3, 5]. Разработаны алгоритмы лечения при различных болевых синдромах [7]. Отделение тесно сотрудничает с подразделениями стационара в плане оказания как консультативной, так и лечебно-реабилитационной помощи.

Анализ работы мультидисциплинарного противоболевого центра показал, что большинство составляют пациенты с болевыми синдромами опорно-двигательного аппарата (вертеброгенные, суставные, миофасциальные), с хроническими послеоперационными невралгиями, хроническими абдоминальными болями, болями после пластических и реконструктивных операций.

Особое внимание уделяется обследованию пациента с болью. В отделении разработаны уникальные методики электронейромиографического исследования болевых пароксизмов для более точного понимания механизмов возникновения боли и методов их устранения. Большое внимание уделяется фармакотерапии боли. Использование различных видов блокады позволяет быстро и эффективно купировать болевой синдром, снизить затраты на медикаменты и уменьшить сроки лечения [3]. Применение в лечении новых фармакологических препаратов позволило значительно облегчить течение основных заболеваний, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. При аллергических реакциях и непереносимости лекарственных средств применяются методы традиционной терапии, разработанные в отделении. Различные методики рефлексотерапии, физиотерапии и массажа позволяют не только купировать болевой синдром, но и начать раннюю активизацию больного с последующей его реабилитацией. В отделении терапии болевых синдромов разработан метод пульсовой диагностики, который позволил не только оценить состояние всех органов и систем, но и дать рекомендации по ком-

плексному лечению заболевания, а не лечению отдельных симптомов [4].

Разнообразие причин возникновения боли требует комплексного, более полного обследования, что невозможно при изолированном существовании отделения. В отделении терапии болевых синдромов работают анестезиологи, неврологи, травматологи-ортопеды, психиатры. В условиях консультативно-поликлинического отдела есть возможность получить консультацию врачей других специальностей (кардиологов, эндокринологов, онкологов, терапевтов), провести лабораторные, рентгенологические, сосудистые обследования, ультразвуковое и магнитно-резонансное исследования.

Амбулаторные больные проходят полное обследование и получают лечение в отделении терапии болевых синдромов. При неэффективности лечения больной всегда может быть проконсультирован в стационаре, в профильном отделении и получить квалифицированную хирургическую помощь по поводу своего заболевания. Это позволяет увеличивать хирургические потоки и эффективно использовать койки в отделениях. Особое внимание в отделении уделяется реабилитации пациентов с болевым синдромом после хирургических операций. Это также является актуальной проблемой, так как часто больным отказывают в реабилитации, опасаясь усиления боли.

Основной целью программы реабилитации является уменьшение боли и восстановление активности. Программы для восстановления и реабилитации пациентов с острой и хронической болью различны. Состав врачей, необходимых для решения данной проблемы, также различается. В лечении пациентов с хроническим болевым синдромом должны принимать участие психологи и социальные работники, и специалисты по профориентации. Методы физиотерапии являются неотъемлемой частью лечения и реабилитации пациентов с острым и хроническим болевым синдромом. Наиболее важным в работе отделения терапии болевых синдромов является профилактика болевых синдромов у детей и подростков.

Критерием эффективности работы отделения терапии болевых синдромов является сама боль, изменение ее характера, длительности и интенсивности, улучшение качества жизни пациента и его психоэмоционального состояния. Мы рассматриваем боль не изолированно от общего состояния и заболевания пациента, а как следствие того или иного состояния и заболевания. Врачи отделения воздействуют на механизмы формирования боли у пациента вследствие основного заболевания и ищут пути ее устранения или облегчения течения основного заболевания.

Боль невозможно вылечить усилием только одного специалиста, в лечении любого болевого синдрома должны принимать участие врачи нескольких специальностей и использовать интегративные подходы к лечению боли как проявлению основного заболевания, а не отдельно существующего симптома.

В настоящее время отделение терапии болевых синдромов ведет активную консультативную, лечебную и преподавательскую деятельность в условиях уникального многопрофильного центра хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ван Роенн Дж.Х., Пейс Дж.А., Преодер М.И.* Диагностика и лечение боли. М: БИНОМ 2012; 494.
2. *Гнездилов А.В., Овечкин А.М., Иванова Л.Г. и др.* Современные принципы лечения хронической боли в комплексной реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата. Мед-соц эксперт и реаб 2000; 2: 8—12.
3. *Гнездилов А.В., Цибуляк В.Н., Загорулько О.И.* Этапная терапия корешкового болевого синдрома на основе использования проводниковых и периферических блокад. В кн.: Материалы круглого стола «Актуальные вопросы рефлексотерапии. Лекарственная рефлексотерапия» в рамках III Международной ассамблеи «Новые медицинские технологии». М 2000.
4. *Загорулько О.И.* Клинические, методические и организационные аспекты терапии бол: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2002.
5. *Гнездилов А.В., Иванов А.М., Овечкин А.М. и др.* Методы лечения болевого синдрома у больных ортопедического профиля: Методические рекомендации. М 1999.
6. *Петровский Б.В., Бунятян А.А., Цибуляк В.Н.* Состояние и перспективы лечения болевых синдромов. В кн.: Материалы сессии медико-биологического отделения АМН СССР. М: Медицина 1979; 4—6.
7. *Цибуляк В.Н., Цибуляк Г.Н.* Травма, боль, анестезия. М: Медицина 1994.
8. *Allegri M., Clark M.R., De Andres J., Fanelli G.* Pain treatment: A new approach to link bench to bedside — the SIMPAR meeting 2011. European J Pain 2012; 779—781.
9. *Althaus A., Hinrichs-Rocker A., Chapman R., Arranz Becker O. et al.* Development of risk index for the prediction of chronic post-surgical pain. Eur J Pain 2012; 16: 901—910.
10. *Bonica J.J.* General considerations of pain in the head. In: J.J. Bonica (Ed.) «The Management of Pain». Philadelpia 1990; 651—675.
11. *Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D.* Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10: 4: 287—333.
12. *Gureje O., Simon G.E., Von Korff M.* A cross-national study of the course of persistent pain in primary health care. Pain 2001; 92: 195—200.
13. *Macrae W.A.* Chronic pain after surgery. Br J Anaesth 2001; 87: 88—98.
14. *Mantyselka P., Kumpusalo E., Ahonen R. et al.* Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finish primary health care. Ibid 1997; 89: 175—180.
15. *Melzack R. et al.* Pain mechanism: a new theory. Science 1965; 150: 971.
16. *Mersky H., Bogduk N.* Classification of Chronic Pain, 2nd edition. IASP Press. Seattle 1994; 6—164.
17. *Stewart W.F. et al.* Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. JAMA 2003; 290: 2443.
18. *Zens M., Jurna I.* Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart 2001; 397—419.

Поступила 20.07.12