

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В РОССИИ. ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН

**П.Г. Генов, Ю.В. Вострецова**

Городская клиническая больница № 52, Москва, Российская Федерация

*По данным Всемирной организации здравоохранения, хроническими болевыми синдромами страдает около 20% населения. С 1961 года в мире развивается сеть клиник по лечению боли, ориентированных на оказание помощи указанной категории пациентов. В России, по нашим данным, функционирует всего около 15 мультидисциплинарных клиник лечения боли. Развитие направления в Российской Федерации сдерживается отсутствием как правовой базы для работы специалистов, так и системы их подготовки, недостаточным количеством и отсутствием унификации клинических рекомендаций и стандартов, тарифов фонда обязательного медицинского страхования на специализированную противоболевую помощь.*

**Ключевые слова:** хроническая боль, лечение боли, клиника боли, Россия, организация.

**(Для цитирования:** Генов П.Г., Вострецова Ю.В. Лечение пациентов с хронической болью в России. Время перемен. *Клиническая практика*. 2019; 10(2):104–107. doi: 10.17816/clinpract102104–107)

## TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN IN RUSSIA. TIME OF CHANGE

**P.G. Genov, Yu.V. Vostretsova**

FClinical Hospital № 52, Moscow, Russian Federation

*According to WHO, about 20% of population suffers from chronic pain. First pain clinics whose purpose was to provide care to such kind of patients started to appear in 1961. There are reportedly about 15 multidisciplinary pain clinics in Russia nowadays. The development of this medical branch in Russia is restrained by several factors: the absence of legal basis for pain specialists, the lack of educational programs, clinical standards and recommendations, as well as absence of state medical insurance rates for chronic pain care.*

**Keywords:** chronic pain, pain care, pain clinic, Russia, organisation.

**(For citation:** : Genov PG, Vostretsova YuV. Treatment of Patients with Chronic Pain in Russia. Time of Change. *Journal of Clinical Practice*. 2019; 10(2):104–107. doi: 10.17816/clinpract102104–107)

### ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения, хроническими болевыми синдромами страдает около 20% населения [1]. Действительно, у каждого из нас обязательно найдутся родственники или знакомые, которые постоянно жалуются на боль в спине, суставах или головную боль. Кроме медицинской, проблема имеет и высокую социальную значимость. Из-за постоянного фокуса пациента на своей боли расстраиваются семейные отношения, у 20% развивается депрессия [2].

Отмечено, что около половины всех больных с хроническими болевыми синдромами испытывают значительные сложности с ведением домашнего хозяйства, около 30% вынуждены менять работу, а 20% и вовсе теряют ее [2]. Подсчитано, что финансовые затраты на пациентов с хронической болью превышают совокупную стоимость лечения больных ишемической болезнью сердца, раком и вирусом иммунодефицита человека [3].

Пациенты с хронической болью часто жалуются на то, что лечащий врач недостаточно уделяет

внимания их болевому синдрому, не верит, что боль довольно сильная, или вовсе не знает, как с ней справиться [2]. Однако, если посмотреть на ситуацию с другой стороны, то замешательство лечащего врача, порой, объяснимо. Что, например, за время 12-минутного поликлинического приема он может предложить 80-летней пациентке с выраженным дегенеративным заболеванием позвоночника и неэффективной у нее фармакотерапией. Выход для врача и пациента из этой ситуации на сегодня есть. В стране развиваются клиники лечения боли, ориентированные именно на оказание помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами. Первая в мире клиника лечения боли была открыта анестезиологом Джоном Боником (John Joseph Bonica) в 1961 году в Университете Вашингтона в Сиэтле [4]. В настоящее время в США (население около 326 млн человек) насчитывается более 3000 таких центров, в Испании (47 млн) — 146, в Израиле (8,3 млн) — 143 клиники лечения боли [5, 6].

#### **КЛИНИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ В РОССИИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Поиск данных и анализ информации в сети Интернет о клиниках лечения боли в России с населением 146 млн человек показали, что на сегодняшний день на территории РФ функционирует пока всего 15 полноценных учреждений, в которых трудятся специалисты не менее 3 специальностей, проводятся немедикаментозное лечение и фармакотерапия, применяются интервенционные методы с рентгеновской и/или ультразвуковой навигацией. При этом большинство клиник оказывает только платные медицинские услуги.

В Москве в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) работают только два центра лечения боли: одним из них является Служба лечения боли в городской клинической больнице (ГКБ) № 52, второй развернут на базе ГКБ № 7. В обоих центрах возможно лечение в рамках программы ОМС при условии получения направления из районной поликлиники, но также проводится и платное лечение.

В современных клиниках лечения боли реализуется комплексный терапевтический подход к пациентам с хронической болью, включающий фармакотерапию, проведение лечебно-диагностических блокад и абляций (воздействие электрического поля высокой частоты) нервов, использование методов нейромодуляции (в частности, имплантация устройств для стимуляции спинного мозга

и периферических нервов), лечебную физкультуру, психотерапию. Возможности фармакотерапии часто бывают ограничены. При лечении ноцицептивной боли традиционно применяются нестероидные противовоспалительные средства. Данные препараты предназначены для лечения слабой или умеренной боли и оказываются неэффективными у пациентов с выраженным болевым синдромом. К тому же их применение может быть небезопасно у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической болезнью почек и эрозивно-язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта. Препараты, используемые для терапии нейропатической боли (до 10% всех случаев хронической боли [7]), имеют невысокую эффективность и неоптимальный профиль безопасности. Показатель NNT (англ. Number Needed to Treat — количество пациентов, которым необходимо назначить препарат, чтобы эффективно помочь одному больному) для основных классов лекарств, используемых в лечении нейропатической боли (противоэпилептические средства и антидепрессанты), варьирует от 4 до 8 [8]. Так, например, если назначить прегабалин 7,7 пациентам, у одного из них он будет действительно эффективен. Многие больные отказываются от применения лекарств этих классов из-за низкой эффективности и/или развития плохо переносимых нежелательных явлений.

Необходимым звеном фармакотерапии являются опиоидные анальгетики [9]. Решение о назначении этих препаратов должно быть тщательно взвешено с точки зрения оценки соотношения риск/польза. С одной стороны, без назначения опиоидов невозможно обойтись при лечении ряда пациентов с сильной и нестерпимой болью, рефрактерной к неопиоидной фармакотерапии и интервенционным методам лечения. К сожалению, по использованию опиоидных анальгетиков на душу населения Россия находится на 38-м месте среди 42 европейских стран и на 82-м из 179 стран мира [10]. Данная ситуация обусловлена опиоидофобией в среде медицинских работников РФ, обусловленной сложным порядком учета препаратов данной группы и уголовной ответственностью за его нарушение. С другой стороны, в странах с наибольшей доступностью опиоидных анальгетиков в настоящее время наблюдается эпидемия смертей, связанных с передозировкой легально назначенных средств. В США ежегодно по этой причине умирает более 17 000 человек [11]. Назначение опиоидных анальгетиков для лечения пациентов с хронической неонкологической болью

эффективно только в краткосрочной, но не в долгосрочной перспективе, поскольку препараты не улучшают функциональных возможностей, но обуславливают развитие нежелательных побочных реакций) [12].

С целью улучшения результатов лечения (снижение интенсивности боли, улучшение таких функций, как сон, аппетит, настроение, дистанция ходьбы, работоспособность), а также снижения лекарственной нагрузки в клиниках лечения боли получили развитие методы интервенционной медицины. Минимально-инвазивные противоболевые процедуры (блокады, абляции нервов) проводятся 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 через иглу/канюлю непосредственно в зону предполагаемого источника боли. Крайне важным является выполнение таких процедур с обеспечением всех условий безопасности пациента. Применение минимально инвазивных процедур позволяет снять остроту процесса, а добиться устойчивого улучшения состояния помогают специалисты по восстановительному лечению. Сегодня лечебная физкультура входит во все международные протоколы лечения дегенеративных заболеваний позвоночника и суставов.

Хроническая боль является сложным синдромом, в который огромный вклад вносят эмоции, аффективные нарушения и особенности психологического статуса пациента. Именно поэтому в лечении больных с постоянной болью крайне важным является использование психотерапевтических методик: когнитивно-поведенческая терапия, практики осознанности (mindfulness) и др.

Ряд пациентов с хронической болью нуждается в хирургическом лечении, и некоторые больные страдают от постоянной боли после перенесенных операций. Важным является наличие коммуникаций у специалистов клиник лечения боли с нейрохирургами, ортопедами, хирургами.

Разумеется, сложно рассчитывать на полное излечение больного, страдающего в течение нескольких лет от постоянной боли. Традиционно хорошим результатом лечения в клиниках боли считалось снижение интенсивности боли на  $\geq 50\%$  от исходного уровня в течение  $\geq 3$  мес [5].

Согласно современным взглядам, основной целью лечения является не снижение интенсивности боли (в ее оценке большую роль играют эмоции,

психосоциальный статус), а улучшение функций пациента. Важно уже при первой встрече врача с больным сформировать реалистичные ожидания и наметить поэтапные цели. В процессе лечения достижения документируются 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. Важным направлением считается проведение образовательных мероприятий для пациентов с хронической болью. 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, повышению их функциональной способности [13, 14].

В целом, в России наблюдается устойчивый тренд к развитию направления «лечение хронической боли». В апреле 2019 года состоялось экспертное совещание Объединенного народного фронта, по итогам которого в правительство были направлены предложения по развитию противоболевой помощи в стране. В Государственной Думе РФ, в свою очередь, прошел круглый стол «Лечение хронического болевого синдрома в Российской Федерации: состояние и перспективы развития. Законодательные аспекты». Эти инициативы крайне важны, так как развитие направления сдерживается рядом факторов:

- отсутствием правовой базы для работы специалистов по лечению хронической боли;
- отсутствием системы подготовки и контроля специалистов, занимающихся лечением пациентов с постоянной болью;
- недостаточным количеством клинических рекомендаций и стандартов по лечению пациентов с хронической болью;
- отсутствием тарифов ОМС на специализированную противоболевую помощь, мультидисциплинарных программ для пациентов с хронической болью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ассоциация интервенционного лечения боли в кооперации с другими общественными организациями занимается разработкой базовых нормативных документов для организации соответствующей

специальности. Мы стоим еще в начале сложного, долгого пути и очень надеемся, что все получится.

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. International Association for the Study of Pain. European Federation of IASP Chapters. Unrelieved pain is a major global healthcare problem [Internet]. Available from: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/factsheet.pdf>.
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287–333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
3. Turk DC. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clin J Pain*. 2002;18(6):355–365. doi: 10.1097/00002508-200211000-00003.
4. Bonica JJ. Basic principles in managing chronic pain. *Arch Surg*. 1977;112(6):783–788. doi: 10.1001/archsurg.1977.01370060115017.
5. Benzon H, Rathmell JP, Wu CL, ed. Practical management of pain. 5th ed. Philadelphia: Mosby (Elsevier); 2014. 1104 p.
6. García García JA, Hernández-Puiggròs P, Tesedo Nieto J, et al. Patient satisfaction with Spanish pain centers: observational study with more than 3,000 patients. *Pain Res Treat*. 2016;2016:7829585. doi: 10.1155/2016/7829585.
7. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002. doi: 10.1038/nrdp.2017.2.
8. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162–173. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.
9. Каприн А.Д., Абузарова Г.Р., Хороненко В.Э., и др. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Методические рекомендации. — М.: МНИИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. — 48 с. [Kaprin AD, Abuzarova GR, Horonenko VE, et al. *Farmakoterapiya hronicheskogo boleвого sindroma u onkologicheskikh pacientov*. Metodicheskie rekomendacii. Moscow: MNIIOI im. P.A. Gercena – filial FGBU «FMIC im. P.A. Gercena» Minzdrava Rossii; 2015. 48 p. (In Russ).] Доступно по: <http://zodorov.ru/farmakoterapiya-hronicheskogo-bolevogo-sindroma-u-onkologicheskikh-pacientov.html?page=3>. Ссылка активна на 12.03.2019.
10. Абузарова Г.Р., Хороненко В.Э., Сарманаева Р.Р. Опиоидные анальгетики для терапии хронической боли у онкологических больных в России. История вопроса и перспективы // *Анестезиология и реаниматология*. — 2015. — Т.60. — №1. — С. 19–25. [Abuzarova GR, Khoronenko VE, Sarmanaeva RR. Background and perspectives of opioid analgesics for the treatment of chronic pain in cancer patients in Russia. *Anesteziol Reanimatol*. 2015;60(1):19–25. (In Russ).]
11. Scholl L, Seth P, Kariisa M, et al. Drug and opioid-involved overdose deaths — United States, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(5152):1419–1427. doi: 10.15585/mmwr.mm675152e1.
12. Morrone LA, Scuteri D, Rombolà L, et al. Opioids resistance in chronic pain management. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(3):444–456. doi: 10.2174/1570159X14666161101092822.
13. Morlion B, Kempke S, Luyten P, et al. Multidisciplinary pain education program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(8):1595–1601. doi: 10.1185/03007995.2011.595779.
14. Wilson IR. Management of chronic pain through pain management programmes. *Br Med Bull*. 2017;124(1):55–64. doi: 10.1093/bmb/ldx032.

### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

#### Генов Павел Геннадьевич

канд. мед. наук, руководитель Службы лечения боли ГКБ № 52;

адрес: 123182, Москва, ул. Пехотная, д. 3,

e-mail: [genov78@yandex.ru](mailto:genov78@yandex.ru), SPIN-код: 7019-4794, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5629-9860>

#### Вострецова Юлия Владимировна

врач Службы лечения боли;

e-mail: [jvostretsova@inopsys.ru](mailto:jvostretsova@inopsys.ru), SPIN-код: 2975-2111, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2076-5735>