

М.В. Чурюканов

Кафедра нервных болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Мультидисциплинарные программы лечения хронической боли в спине

Представлены сведения о мультидисциплинарных программах лечения пациентов с хронической болью в спине. Обсуждаются целесообразность и эффективность использования данных программ. Рассматриваются структура и последовательность, объем и методы, используемые в программах на вторичном и третичном уровнях медицинской помощи. Приведены примеры обоснованного лечения боли в спине на уровне первичного звена медицинской помощи, способствующие предупреждению ее хронизации.

Ключевые слова: хроническая боль в спине; мультидисциплинарные программы лечения; стратегии преодоления боли; когнитивно-поведенческая терапия; двигательная реабилитация.

Контакты: Максим Валерьевич Чурюканов mchurukanov@gmail.com

Для ссылки: Чурюканов МВ. Мультидисциплинарные программы лечения хронической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013;(4):84–7.

Multidisciplinary treatment programs for chronic back pain

M. V. Churyukanov

Department of Nervous System Diseases, Faculty of Therapeutics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

The paper gives information on multidisciplinary treatment programs for chronic back pain. It discusses whether it is expedient and effective to use these programs. The structure and sequence, volume and methods used in the programs for secondary and tertiary health care are considered. The examples of substantiated treatment for back pain during primary health care are given, which promote the prevention of its chronization.

Key words: chronic back pain; multidisciplinary treatment programs; pain relief strategies; cognitive behavioral therapy; motor rehabilitation.

Contact: Maksim Valeryevich Churyukanov mchurukanov@gmail.com

For reference: Churyukanov MV. Multidisciplinary treatment programs for chronic back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2013;(4):84–7.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2461>

Оказание помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами является актуальной медицинской и социальной задачей. Боль — наиболее частая и сложная по субъективному восприятию жалоба пациентов. Она причиняет страдания миллионам людей во всем мире, значительно ухудшая качество жизни.

По данным эпидемиологических исследований болевых синдромов у взрослого населения Российской Федерации [1–3], распространенность хронической боли в спине (ХБС) и шее составляет 42,4–56,7%. Примерно у 18% пациентов встречается сочетание ХБС, хронической боли в грудной клетке и головной боли [4]. Как показали результаты выборочного опроса населения Новосибирска, большинство лиц, страдающих длительной болью, лечатся самостоятельно. Причины отказа от медицинской помощи заключаются в неверии в ее эффективность, в отсутствии и низкой квалификации специалистов. Лишь 48,2% пациентов периодически консультируются у врачей разного профиля: неврологов, ревматологов, нейрохирургов и др. [2]. При этом в структуре неврологического приема на долю пациентов с хроническими и рецидивирующими видами боли приходится 20–26,2%

всех обращений [2, 5]. Значительная распространенность болевых синдромов оборачивается существенными материальными и социальными потерями.

В промышленно развитых странах показатели заболеваемости при боли в спине варьируют от 60 до 90%, при этом боль и связанные с ней ограничения регрессируют в течение 3 мес у 85–95% больных [6, 7]. Тем не менее расходы, связанные с ХБС, значительны и продолжают расти. ХБС занимает 2-е место среди причин инвалидности после сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Боль в спине стала самой распространенной причиной временной нетрудоспособности. Более 80% затрат, связанных с болью в спине, приходится на 10% пациентов, которые имеют лист временной нетрудоспособности после 6 мес лечения [9, 10]. Функциональный прогноз в отношении возвращения к работе неблагоприятен у 50% пациентов после 6 мес и у подавляющего большинства спустя 2 года заболевания [11].

В последние годы наблюдаются резкое увеличение распространенности боли в спине, что значительно повышает расходы на здравоохранение в развитых странах [12, 13]. Стандартные подходы к терапии не способству-

ют уменьшению бремени ХБС, что может усугубляться еще и действиями врачей, которые не следуют доказательным принципам лечения боли в спине [14, 15].

Согласно существующим рекомендациям, при неспецифической боли в спине нет необходимости в соблюдении постельного режима. Небольшая физическая нагрузка не только не опасна, но и полезна, так как ранняя двигательная активность способствует улучшению трофики тканей и выздоровлению [16]. Острая болевая симптоматика у пациентов с неспецифической болью в спине, как правило, купируется нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Среди неселективных НПВП используют диклофенак натрия, ацеклофенак, кеторолак (кеторол), кетопрофен, лорноксикам, ибупрофен, блокирующие обе изоформы циклооксигеназы (ЦОГ). Из селективных ингибиторов ЦОГ2 назначают целекоксиб, мелоксикам, нимесулид (найз). Практически все НПВП, используемые в медицинской практике (в том числе и относительно новые препараты – ацеклофенак, декскетопрофен и лорноксикам), испытаны при боли в спине и характеризуются хорошим обезболивающим эффектом [17].

Широкое назначение НПВП пожилым пациентам приводит к высокой частоте (до 30%) развития нежелательных реакций, в первую очередь НПВП-ассоциированных гастропатий. Определенные перспективы решения проблемы гастропатий связаны с применением NO-ассоциированных НПВП, которые «не несут» на себе молекулу оксида азота (NO), но при этом их действие основано на запуске выработки эндогенного NO. Как правило, выработка NO происходит за счет стимуляции капсаициновых рецепторов слизистой оболочки желудка, что возможно при наличии в составе молекулы НПВП ванилиновой группы. По данным клинических исследований, наибольшую доказательную базу среди НПВП нового класса имеет амтолметин гуацил. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что противовоспалительное и обезболивающее действие амтолметина гуацила аналогично таковому многих неселективных НПВП (диклофенак, напроксен, пироксикам). При этом амтолметин гуацил оказывает прямое защитное действие на стенку желудка [18].

Учитывая роль мышечного спазма при боли в спине, в комбинации с НПВП оправдано назначение миорелаксантов. Уменьшение мышечного напряжения может быть достигнуто при помощи центральных миорелаксантов (бензодиазепины, баклофен, толперизона гидрохлорид, тизанидин) или в результате локального введения в мышцу ботулотоксина типа А. Согласно данным клинических исследований, применение тизанидина потенцирует эффект НПВП. Кроме того, прием тизанидина (Сирдалуд®) оказывает гастропротективный эффект, который связывают с его адренергической активностью и спазмолитическим действием. Тизанидин уменьшает базальную и индуцированную секрецию кислоты в желудке, устраняет дисбаланс гликопротеинов в слизистой оболочке желудка и желудочном секрете. Кроме того, препарат оказывает седативное действие, что может быть успешно использовано для нормализации сна у ряда пациентов [16].

С современных позиций боль рассматривается как многомерный феномен с участием сенсорных, аффективных, мотивационных и когнитивных компонентов. При

длительно сохраняющейся боли уровень «ноцицептивного входа» имеет меньшее значение, при этом начинают преобладать другие составляющие боли [19]. Характер, длительность и интенсивность болевых ощущений во многом определяются неблагоприятными жизненными ситуациями, социальными и экономическими проблемами. Боль негативно влияет на качество жизни. Она отрицательно воздействует не только на самих пациентов, но и на их ближайшее окружение. Эта проблема настолько сложна и многообразна, что во многих странах получили развитие мультидисциплинарные программы лечения пациентов с ХБС [20, 21].

Мультидисциплинарные программы лечения

Развитие комплексных, междисциплинарных реабилитационных программ основано на многофакторной этиологии боли в спине. Лечебные мероприятия направлены на биологические, психологические и социальные аспекты боли [22, 23]. Эти программы сосредоточены на мобилизации собственных возможностей пациента с ХБС посредством преодоления болевого поведения, повышения независимости и поддержания его активной роли в реабилитационном процессе.

По данным когнитивно-поведенческих исследований, растет понимание роли стратегий преодоления и убеждения в психологической коррекции и изменении других составляющих хронической боли у пациентов. Считается, что эмоциональная и поведенческая реакция пациента на боль определяются оценкой боли и имеющейся стратегией преодоления. Это подтверждено рядом исследований, в которых установлена связь между стратегиями преодоления боли и параметрами хронической боли у пациентов [24].

В 1985 г. Т. Мауер и соавт. [25] предложили концепцию синдрома дезадаптации и целесообразности использования специальных реабилитационных программ для пациентов с ХБС. Синдром дезадаптации возникает после 4–6 мес ограничения деятельности из-за боли в спине [25] и связан со снижением мобильности позвоночника, мышечной силы и выносливости, психосоциальными последствиями, повышенной тревожностью и депрессией. Цель мультидисциплинарных программ – восстановление физических, психологических и социальных возможностей пациентов посредством их активного участия в лечении. Мультидисциплинарные программы подразумевают привлечение физиотерапевтов, эрготерапевтов, социальных работников и психологов, реализуются на вторичном и третичном уровнях медицинской помощи на протяжении 3–6 нед и включают ежедневные упражнения [26], разработанные для небольших групп из 4–8 пациентов. Проводятся сеансы интенсивных упражнений в сочетании с когнитивной и поведенческой терапией, а в ряде случаев – эргономические и социальные мероприятия на рабочем месте пациента. Такие интенсивные программы предназначены в основном для пациентов с ХБС, приводящей к существенным профессиональным и социальным ограничениям.

Все программы основаны на упражнениях, продолжительностью от 30 до 50 ч в неделю. Главные их различия связаны с техникой укрепления мышц. Одним из основных принципов этих программ является «продвижение по дого-

воренности», т. е. выполнение упражнений по заранее намеченному плану без учета влияния боли. Для того или иного упражнения интенсивность и число повторов определяются в соответствии с результатами предварительного тестирования. Каждую неделю интенсивность нагрузок увеличивается. В некоторых программах упражнения на растяжение проводятся в первые недели, а укрепление мышц и аэробные упражнения осуществляются позже. Сеансы эрготерапии (восстановление трудовых навыков) способствуют повышению уверенности пациентов в своих профессиональных возможностях [26].

Ключевыми понятиями этих программ являются принятие боли, управление болью, активные стратегии преодоления боли и «продвижение по договоренности». Успешное выполнение программы лечения сопровождается улучшением повседневной, профессиональной и социальной активности пациента.

В мультидисциплинарные программы лечения также входят индивидуальные и/или групповые когнитивные и поведенческие терапевтические сессии в виде интервью и образовательных занятий с социальными работниками. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на: а) более активное использование пациентами конкретных когнитивных стратегий; б) повышение уверенности пациентов в способности справиться с болью и в) изменение неправильных установок в отношении причин и прогноза хронической боли [24]. В метаанализе, выполненном Jensen и соавт., показано, что пациенты, которые не расценивают свое состояние как инвалидность и считают, что могут контролировать боль, избегают катастрофизации, имеют лучшие функциональные показатели [24].

Эффективность мультидисциплинарных программ лечения

В настоящее время получены убедительные доказательства целесообразности использования мультидисциплинарного подхода при лечении ХБС. По данным Н. Флог и соавт. [27], которые провели метаанализ 65 контролируемых и неконтролируемых исследований, опубликованных в 1966–1990 гг., при ХБС этот вид лечения превосходил фармакотерапию или физиотерапию: уменьшались количество посещений специалистов и принимаемых препаратов, время нетрудоспособности и степень эмоциональных расстройств, повышались активность, работоспособность, снижалась интенсивность боли. Кроме того, эффект лечения сохранялся с течением времени, пациенты чаще возвращались к труду, реже обращались за медицинской помощью.

Экономическая эффективность — одно из важнейших условий создания и развития направлений медицинской помощи в структуре общественного здравоохранения. Американские исследователи показали, что среднестатистический пациент, страдающий хронической болью в течение 7 лет, переносит 3 хирургических вмешательства и ежегодная стоимость его лечения составляет от 50 тыс. до 100 тыс. долларов США. При этом экономические по-

тери, связанные со снижением работоспособности только из-за ХБС, для каждого мужчины и женщины достигают 1230 и 773 долларов США в год соответственно [28]. Метаанализ результатов лечения в противоболевых центрах США показал, что экономический эффект лечения 3089 больных в специализированных клиниках боли составил 9 798 308 долларов в год [27].

Несмотря на доказательства эффективности мультидисциплинарных программ лечения, остаются неясными ее основные показатели, мало изучены специфические компоненты программ, поведенческие и когнитивные особенности пациентов, определяющие результат лечения. Многие авторы полагают, что основная роль в терапевтическом успехе принадлежит психологическим факторам [24]. Когнитивно-поведенческие модели предполагают, что улучшение связано, в частности, с изменениями стратегий преодоления боли и убеждений пациента. Р. Spinhoven и соавт. [29] показали связь конкретных стратегий преодоления с уменьшением интенсивности боли, улучшением эмоциональных и поведенческих показателей.

W.W. Deardoff и соавт. [30] установили, что в случаях успешного лечения так называемый когнитивный сдвиг, как правило, происходит в начале лечения и это является положительным прогностическим показателем. Если когнитивного сдвига не наблюдалось, потенциальный эффект был ниже независимо от функционального улучшения. Авторы считают целесообразным оценивать когнитивный сдвиг и его связь с результатами лечения — функциональным состоянием, удовлетворенностью терапией.

Таким образом, комплексный реабилитационный подход, осуществляемый специалистами разных дисциплин, в настоящее время считается «золотым стандартом» лечения хронической боли, которая сохраняется при менее интенсивном лечении. Этот подход рекомендован Международной ассоциацией по изучению боли (International Association for the Study of Pain — IASP) для многих пациентов. Специальная группа IASP 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» [31].

Мировой опыт свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных фармакологических и хирургических подходов к лечению хронической боли. Это дало импульс к созданию и развитию специализированных подразделений — мультидисциплинарных центров и клиник боли. Подобная служба оказания помощи пациентам с хронической болью уже много лет существует в большинстве развитых стран мира [32].

В настоящее время в России есть предпосылки для создания и совершенствования системы противоболевой медицинской помощи, направленной в том числе и на внедрение в практику и развитие мультидисциплинарных программ лечения ХБС.

1. Киселев ДС, Саяпин ВС, Шмидт ИР и др. Характеристика вертеброгенной боли у коренного населения юга горного Алтая. Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию кафедры неврологии Новокузнецкого ГИДУВа. Новокузнецк, 2002. С. 41–3. [Kiselev DS, Sayapin VS, Shmidt IR i dr. Kharakteristika vertebrogennoy boli u korenno-go naseleniya yuga gornogo Altaya. Polissistemnye nespetsificheskie sindromy v klinicheskom polimorfizme zabolevaniy nervnoy sistemy i ikh korrektsiya. Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 75-letiyu kafedry neurologii Novokuznetskogo GIDUVa. Novokuznetsk, 2002. P. 41–3.]
2. Павленко СС, Денисов ВН, Фомин ГИ. Организация медицинской помощи больным с хроническими болями синдромами. Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат»; 2002. 221 с. [Pavlenko SS, Denisov VN, Fomin GI. Organizatsiya meditsinskoй pomoshchi bol'nym s khronicheskimi bolevymi sindromami. Novosibirsk: GP «Novosibirskiy poligrafkombinat»; 2002. 221 p.]
3. Шмидт ИР. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. Новосибирск: Наука; 1992. 240 с. [Shmidt IR. Osteokhondroz pozvonochnika. Etiologiya i profilaktika. Novosibirsk: Nauka; 1992. 240 p.]
4. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. Bol' v spine. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 368 p.]
5. Чурюканов МВ. Мультидисциплинарный подход в лечении хронических болевых синдромов: понимание — первый шаг к действию. Российский журнал боли. 2011;(1):22–5. [Churyukanov MV. Mul'tidistsiplinarnyy podkhod v lechenii khronicheskikh bolevykh sindromov: ponimanie — pervyy shag k deystviyu. Rossiyskiy zhurnal boli. 2011;(1):22–5.]
6. Biering-Sorensen F. Physical measurements as risk indicators for low back trouble over a one-year period. Spine (Phila Pa 1976). 1984;9(2):106–19.
7. Frymoyer JW, Cats Baril WL. An overview of the incidences and cost of low-back pain. Orthop Clin North Am. 1991;22(2):263–71.
8. Waddell G. Simple low back pain: rest or active exercise? Ann Rheum Dis. 1993;52(5):317–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.52.5.317>.
9. Abenhaim L, Suissa S. Importance and economic burden of occupational back pain: a study of 2500 cases representative of Quebec. J Occup Med. 1987;29(8):670–4.
10. Rossignol M, Suissa S, Abenhaim L. Working disability due to occupational back pain: three-year follow of 2300 compensated workers in Quebec. J Occup Med. 1988;30(6):502–5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00043764-198806000-00012>.
11. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 1987;12(7):632–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198709000-00002>.
12. Frymoyer JW. Quality: an international challenge to the diagnosis and treatment of disorders of the lumbar spine. Spine (Phila Pa 1976). 1993;18(15):2147–52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199311000-00001>.
13. Nachemson AL. Newest knowledge of low-back pain. Spine (Phila Pa 1976). 1992;(279):8–20.
14. Hadler NM. The disabling backache: an international perspective. Spine (Phila Pa 1976). 1995;20(6):640–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199503150-00002>.
15. Waddell G. Volvo award in clinical sciences: a new clinical model for the treatment of low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 1987;12(7):632–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198709000-00002>.
16. Чурюканов МВ, Катушкина ЭА. О предпосылках развития специализированной противоболевой помощи в Российской Федерации. Российский журнал боли. 2013;1(38):85. [Churyukanov MV, Katushkina EA. O predposylkakh razvitiya spetsializirovannoy protivobolevoy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii. Rossiyskiy zhurnal boli. 2013;1(38):85.]
17. Кукушкин МЛ. Диагностические и терапевтические подходы при боли в спине. Лечащий врач. 2013;(05):11. [Kukushkin ML. Diagnosticheskie i terapevticheskie podkhody pri boli v spine. Lechashchiy vrach. 2013;(05):11.]
18. Сергеев АВ. Боль в нижней части спины: терапия с позиции доказательной медицины и новые возможности. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2013;3:78–85. [Sergeev AV. Lower back pain: Therapy in the context of evidence-based medicine and new possibilities. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2013;3:78–85. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2346>.
19. Turk DC, Rudy TE. Persistent pain and the injured worker. J Occup Rehabil. 1991;1(2):159–79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01073385>.
20. Mayer T, Gatchel R, Kishino N et al. Objective assessment of spine function following industrial injury: a prospective study with comparison group and one-year follow-up. Spine (Phila Pa 1976). 1985;10(6):482–93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198507000-00002>.
21. Mayer T, Gatchel RJ, Mayer H et al. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury: An objective assessment procedure. JAMA. 1987;258(13):1763–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1987.03400130077037>.
22. Hazard RG, Fenwick JW, Kalish SM. Functional restoration with behavioral support. Spine (Phila Pa 1976). 1989;14(2):157–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198902000-00003>.
23. Mayer TG, Gatchel RJ. Functional Restoration for Spinal Disorders: The Sports Medicine Approach. Philadelphia, PA: Lea and Febiger; 1988.
24. Pflingsten M, Hildebrandt J, Leibing E et al. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. Pain. 1997;73(1):77–85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00083-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00083-3).
25. Mayer T, Smith S, Keeley J et al. Quantification of lumbar function: II. Sagittal plane trunk strength in chronic low back pain patients. Spine (Phila Pa 1976). 1985;10(8):765–72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198510000-00012>.
26. Poiraudou S, Rannou F, Revel M. Functional restoration programs for low back pain: a systematic review. Ann Readapt Med Phys. 2007;50(6):425–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.04.009>.
27. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain. 1992;49(2):221–30. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/03043959\(92\)90145-2](http://dx.doi.org/10.1016/03043959(92)90145-2).
28. Schim J, Stang P. Overview of Pain Management. Pain Practice. 2004;4 Suppl 1:S4–18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2004.04010.x>.
29. Spinhoven P, Ter Kuile MM, Linssen AC, Gazendam C. Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain. Pain. 1989;37(1):77–83. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90155-3](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(89)90155-3).
30. Deardoff WW, Rubin HS, Scott DW. Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups. Pain. 1991;45(1):35–43. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90162-Q](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(91)90162-Q).
31. Чурюканов МВ. Боль в спине: ключевые моменты правильной оценки и обоснованной коррекции. Российский журнал боли. 2013;3(40):22–6. [Churyukanov MV. Bol' v spine: klyucheveye momenty pravil'noy otsenki i obosnovannoy korrektsii. Rossiyskiy zhurnal boli. 2013;3(40):22–6.]
32. Яхно Н, Богачева ЛА. Вопросы организации альтернативных учреждений. Неврологический журнал. 1999;(5):48–50. [Yakhno N, Bogacheva LA. Voprosy organizatsii al'terapevticheskikh uchrezhdeniy. Nevrologicheskiy zhurnal. 1999;(5):48–50.]