

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ — ВАЖНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Представляем Вашему вниманию интервью с ведущим научным отделением анестезиологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского доктором медицинских наук профессором **Владимиром Хамидовичем Тимербаевым**, приуроченное к приближающейся конференции «Боль. Проблемы и решения». Собеседник расскажет о том, каковы современные подходы к лечению болевых синдромов, а также способах их профилактики.



Владимир Хамидович, как вы считаете, чем обусловлены важность проблемы профилактики и лечения болевых синдромов в современном мире и интерес к ней, проявляемый широким кругом ученых и врачей?

Можно так сказать: физическая телесная боль является одной из разновидностей страдания. Только в русском языке слова «больной» и «боль» имеют одинаковые корни. Именно боль, приводящая к нетрудоспособности, депрессии, лишаящая человека сна, аппетита и других радостей жизни, заставляет обращаться за помощью к врачам. Особенно сложной проблемой являются хронические болевые синдромы, которыми страдает каждый пятый житель планеты. Часто таким пациентам не помогают традиционные обезболивающие препараты и даже оперативные вмешательства. Если после успешно выполненной, с точки зрения хирургов, операции у человека сохраняется боль — он не может считать себя здоровым.

Лечение боли всегда было одной из основных задач медицины. Сохранившиеся до наших дней исторические сведения, относящиеся к весьма отдаленным временам, указывают на то, что за несколько тысячелетий до нашей эры врачеватели уже владели простейшими методами обезболивания. Они с известным успехом применяли различные средства, которые давали определенный, хотя и весьма недостаточный обезболивающий эффект. Еще в «Одиссее» Гомер описывал, как Елена Прекрасная, дочь Зевса, добавляла в вино снадобье (по некоторым данным, настойку опия), выпив которое, человек ощущал «отступление боли и неприятности», «забывал о всякой болезни».

В течение жизни мы постоянно сталкиваемся с болью, сопровождающей большинство заболеваний и травм. Согласно опросу, опубликованному исследователями из Новой Зеландии в 1991 г., 81,7% респондентов трудоспособного возраста сообщали о том, что испытывали боль, серьезно снижающую качество их жизни. Боль (в нашем сознании) имеет негативную эмоциональную окраску и ассоциируется с болезнями, страданиями и смертью. Это нашло отражение в определении боли, данном Всемирной Организацией Здравоохранения, согласно которому «боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреж-

дением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». Из определения становится понятно, что боль — это нечто большее, чем просто сигнал организму об опасности. Боль является не только признаком болезни, она отражает состояние эмоциональной и социальной сфер, культурный и этический аспекты жизни человека.

Врачи-анестезиологи в силу специфики своей специальности всегда стояли на переднем крае борьбы с болью?

Лечение и профилактика боли — важнейшие задачи анестезиологии. Именно ключевые открытия в области предотвращения операционной и травматической боли предопределили зарождение и развитие специальности. История анестезии уходит в самые древние времена. Первым и непревзойденным анестезиологом следует признать Всевышнего, который без наркотного аппарата и анестетиков ловко удалил ребро у первого человека Адама, погрузив его в глубокий сон. В дальнейшем этот процесс стал развиваться, но не так легко и гладко, как у первоанестезиолога. Знахари Древнего Египта были очень искусными врачевателями и занимались в том числе и хирургией. Перед хирургическими вмешательствами древнеегипетские врачи лишали больного чувств посредством удара медным тазом по голове. Метод оглушения для обезболивания и обездвиживания пациента широко практиковали многие хирурги древности. Наряду с оглушением применяли также и частичное удушье. Врачи Древней Ассирии сдавливали сонные артерии пациента, так как временная потеря сознания пациентом давала возможность проводить несложные хирургические операции. Многие годы боль являлась преградой для выполнения хирургических операций. До изобретения наркоза смерть больного на операционном столе от болевого шока никого не удивляла. Бывали случаи, когда отчаянные храбрецы, герои сражений, проявившие недюжинную отвагу на поле битвы, сбегали из палатки полевого хирурга от страха перед болью, так как медицинские процедуры оказывались порой гораздо мучительнее самого ранения. Герой Отечественной войны 1812 года полководец Багратион говорил: «Легче провести шесть часов в бою, чем шесть минут на перевязочном пункте».

День 16 октября 1846 г., когда Уильям Томас Грин Мортон публично провел первую успешную анестезию эфиром, позволившую совершенно безболезненно удалить опухоль в подчелюстной области у пациента, считается среди специалистов неофициальным «днем анестезиолога», хотя приоритет Мортона долгие годы оспаривался его коллегами. Не стоит утаивать тот факт, что многие пионеры обезболивания были по большому счету посредственными личностями. В результате случайных обстоятельств они приложили руку к этому великому открытию, а их ссоры и мелкая зависть оставили неприятную память. Но были в истории и фигуры более крупного масштаба, которые внесли весомый вклад в анестезиологию. Среди них наиболее крупной следует признать фигуру Николая Ивановича Пирогова. Узнав об открытии Мортона, русский хирург незамедлительно начал изучать, пропагандировать и применять новое средство обезболивания на практике. Только в течение первого года после открытия Мортона в России были сделаны почти 700 операций под эфирным наркозом, 300 из которых провел сам Пирогов. Большой заслугой Николая Ивановича было внедрение эфирного наркоза в арсенал хирургов действующей армии.

Владимир Хамидович, а каковы успехи современной медицины в предотвращении боли?

К сожалению, несмотря на все успехи современной хирургии и анестезиологии, согласно проведенным в XXI в. опросам, ситуация в области лечения послеоперационной боли остается удручающей. По данным, опубликованным в США в 2003 г., из 250 опрошенных пациентов 80% испытывали острую послеоперационную боль. Из них у 86% боль была умеренной, сильной или нестерпимой. Боль вызывала наибольшие опасения у 59% больных перед хирургическим вмешательством. В Нидерландах в 2008 г. из 1490 опрошенных умеренную или сильную боль испытывал 51% пациентов в день операции, а 15% — даже на 4-й послеоперационный день, несмотря на наличие и реализацию в больнице протокола лечения острой боли.

В Институте им. Н.В. Склифосовского данная проблема стоит не менее остро. В течение прошлых лет нами был проведен первичный анализ качества лечения болевых синдромов. Усредненные значения интенсивности боли у пациентов, оцененной по визуальной аналоговой шкале в течение первой недели после выполнения торакоскопий, стабилизирующих операций на позвоночнике, гинекологических операций, показали, что при назначении обезболивания на этапах лечения лечащими врачами эффективность его не выдерживает критики. Больные действительно испытывают мучения.

Остроту проблеме добавляет существующий в России «драконовский» порядок учета наркотических анальгетиков и, как следствие этого, изменившееся отношение практикующих врачей к широкому назначению препаратов этой группы. Из-за сложного порядка назначения и списания опиоидных анальгетиков доктора зачастую предпочитают использовать препараты, назначение которых не требует столь кропотливого оформления медицинской документации. Стандартов же, обязывающих лечащего врача назначать больному после травматичной операции опиоидные анальгетики по определенным схемам, не существует. Результатом такого подхода является, как правило, неадекватное обезболивание пациентов.

Для того, чтобы помочь пациентам справиться с социальной значимой проблемой боли, во многих странах созданы клиники для лечения болевых синдромов, в которых работают специалисты разного профиля, но наиболее заметную роль в них играют анестезиологи.

Обезболивание во время и после хирургических операций всегда было неотъемлемой частью работы анестезиолога, но для многих специалистов лечение боли стало еще и любимым делом, которому они с вдохновением начали посвящать большую часть своего рабочего времени. Постепенно инициативные группы анестезиологов начали проявлять интерес к работе вне операционной — с пациентами, страдающими от хронических болевых синдромов. Из маленьких уголков в предоперационной или палате интенсивной терапии, где врачи-анестезиологи выполняли различные блокады, со временем сформировались крупные клиники для лечения боли, в которых анестезиологи заняли ведущие позиции. Первая такая клиника была открыта анестезиологом Джоном Боникой в 1961 г. в Университете Вашингтона в Сиэтле. Сегодня клиники боли общепризнанны и работают на базе анестезиологических отделений во многих академических центрах по всему миру. Так, 30–70% больниц в Европе и Северной Америке имеют в своем составе службы лечения острой боли. Клиники лечения хронической боли также создаются повсеместно. На базе 50 отделений анестезиологии из 69 (73%) в Квебеке (Канада) существуют клиники лечения боли. В США функционирует более 3000 таких центров. В США и Израиле наличие клиники боли является обязательным условием лицензирования больницы. Примером многолетней успешной работы в нашей стране является организованное и возглавляемое анестезиологами отделение терапии болевых синдромов в Российском научном центре хирургии им. акад. Б.В. Петровского.

В современной жизни крайне важным является то, что клиники лечения хронической боли практически всегда эффективны экономически, так как в них отмечается большое количество обращений пациентов при относительно низких затратах на оборудование и расходные материалы. При тщательном подсчете выясняется, что могут быть прибыльны и службы лечения острой боли в стационарах, так как при повышении качества обезболивания можно добиться уменьшения количества осложнений и затрат на их лечение и сокращения длительности пребывания пациентов в стационаре.

Владимир Хамидович, расскажите, пожалуйста, какая работа проводится в нашем институте в этом очень важном направлении?

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в июне 2014 г. на базе научного отделения анестезиологии был создан сектор изучения проблем профилактики и лечения острых и хронических болевых синдромов, что стало логичным ответом на требования современной медицины — лечением любого вида патологии (в том числе и боли) должны заниматься подготовленные специалисты. Основными направлениями работы подразделения в области лечения острой боли стали: создание протоколов и контроль качества послеоперационного обезболивания, внедрение новых методов системного обезболивания и регионарной анестезии. Не следует дожидаться начала боли, необходимо стараться ее предупредить, профилактически применяя специально разработанные схемы.

Основными методами лечения боли являются мультимодальное системное обезбоживание, нейроаксиальные и периферические блокады, а для продолжения качественной анальгезии за пределами отделений интенсивной терапии получили развитие продленные «катетерные» технологии регионарного обезбоживания.

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского анестезиологи, специализирующиеся на профилактике и лечении боли, знакомятся с пациентом накануне операции, в результате чего составляется индивидуальная программа его обезбоживания. Лечение боли осуществляется с применением современных технологий и оборудования и может включать назначение обезбоживающих таблеток, инъекций, капельниц, специальных блокад, сеансов психотерапии. Специалист не покидает пациента в течение нескольких послеоперационных дней, корректируя обезбоживание все время, пока проблема послеоперационной боли остается значимой.

Для эффективного лечения боли внедрены в практику методы ее оценки при помощи визуальной-аналоговой и цифровой шкал и положено начало документированию интенсивности боли в истории болезни. Стало системным превентивное применение классических препаратов для лечения ноцицептивной боли (нестероидных противовоспалительных средств и парацетамола), механизм которых основан на блокаде выработки медиаторов боли и воспаления. Совершенно очевидно, что обезбоживание после обширных оперативных вмешательств немыслимо без сильных опиоидных анальгетиков, применение которых в России крайне затруднено из-за сложного порядка назначения, списания, учета и хранения. Не без сложностей, благодаря службе Главного врача и непосредственно его заместителя В.П. Шевчука, нам удалось добиться внедрения в клиническую практику современного метода контролируемого пациентом обезбоживания опиоидными анальгетиками. Суть метода заключается в том, что пациент в случае недостаточной эффективности базовой неопиоидной анальгезии, в границах безопасности, установленных врачом, может самостоятельно дозировать сильнодействующие обезбоживающие препараты. В настоящее время метод применяется в повседневной практике палаты интенсивной терапии.

Конечно же, качественное обезбоживание при обширных абдоминальных, торакальных, сосудистых, ортопедических и нейрохирургических операциях сложно представить без применения регионарной анестезии, которая позволяет существенно снизить интенсивность послеоперационной боли, уменьшить потребление сильнодействующих опиоидных препаратов, избежать многих осложнений и ускорить послеоперационное восстановление. Мы используем опиоидные анальгетики не только для системного, но и для нейроаксиального (эпидурального) введения, что способствует значительно повышению качества анальгезии. Врачи группы лечения боли существенно расширили арсенал и систематизировали применение нейроаксиальной и проводниковой анестезии в отделении анестезиологии, способствовали повышению безопасности этих методик за счет внедрения в клиническую практику ультразвуковой навигации. В том числе благодаря использованию последней в наш лечебный арсенал внедрены ранее не применявшиеся в институте современные методы периферической

регионарной анестезии — блокада нервов в поперечном пространстве живота, паравертебральная блокада, периферические блокады нервов конечностей, высокообъемная инфильтрация операционных ран.

Совершенно очевидно, что обезбоживание пациента нельзя прерывать при переводе его из палаты интенсивной терапии. Необходимо продолжить лечение пациентов и в профильных отделениях. Врачи группы лечения боли курируют таких больных и на месте корректируют режимы анальгезии. Внедрены в практику самые разнообразные продленные катетерные методики регионарного обезбоживания — нейроаксиального, проводникового и раневого. Долгое время сдерживающим фактором для развития такой анальгезии была необходимость наличия электронных дозаторов, основными недостатками которых были технические сбои и необходимость пациента находиться вблизи источника электрического тока, к которому подключен прибор. После того, как мы получили для использования эластомерные одноразовые помпы, стало возможно не прерывать обезбоживания пациента во время его перемещения по стационару для проведения различных исследований, перевязок. Главным же достоинством этих устройств является то, что пациент может ходить и заниматься лечебной физкультурой, просто положив помпу в карман больного халата.

Мы с Вами обсудили проблемы, связанные с послеоперационной болью. Но боль сопровождает многие заболевания, в том числе хронические.

Огромной медицинской и социальной проблемой является профилактика и лечение хронической боли, которая приводит к функциональным расстройствам, депрессии и нарушению сна пациентов. По данным ВОЗ, 23% населения страдает хроническими болевыми синдромами, существенно снижающими качество жизни пациентов и приводящими к их нетрудоспособности. Среди нозологии доминируют: боль в спине (53%), головная боль (48%) и боль в суставах (46%). Частота встречаемости хронической боли в России неизвестна. Проблемой является также и хроническая послеоперационная боль, сохраняющаяся после заживления поврежденных тканей более 3 мес с момента операции. По нашим данным, 90% опрошенных пациентов, перенесших в 2013 г. обширные реконструктивные операции на позвоночнике в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского по поводу стеноза позвоночного канала и получавших «традиционное» обезбоживание, испытывали боль даже через 6 мес после операции.

Надо сказать, что в нашей стране врачи ни одной из существующих специальностей не подготовлены должным образом в области лечения хронической боли, а отдельная специальность «Лечение боли» отсутствует. Полагаем, что наилучшие исходные данные для занятия этой пустующей ниши медицины имеют анестезиологи. В России традиционно лечением онкологической боли занимаются онкологи, а хронической неонкологической — неврологи. Насколько успешно они справляются с этой задачей — сложно ответить однозначно, так как статистики боли, посвященной эпидемиологии, в РФ нет, и мы не имеем возможности сравнить наши результаты с данными зарубежных коллег. Могут ли анестезиологи работать с пациентами с хроническими болевыми синдромами? Конечно да! Врачи нашей специальности имеют глубоко-

кие знания в области патогенеза и навыки в лечении физиологической (ноцицептивной) боли, обладают необходимой квалификацией и юридической защищенностью для выполнения инвазивных процедур и лечения их возможных осложнений. Часто приходится слышать о том, что за выполнение различных блокад берутся неврологи, ортопеды, нейрохирурги. Качество выполнения врачами этих специальностей инвазивных процедур не вызывает сомнений в силу наличия у них специфических знаний и навыков. Но не понятно, как эти специалисты способны справиться с потенциальными осложнениями этих манипуляций, такими как обширный симпатический и спинальный блок, непреднамеренная пункция плевры, внутрисосудистое, субарахноидальное введение препаратов. У анестезиологов есть многие исходные знания и умения для успешной работы в области лечения хронических болевых синдромов. Конечно, нам не хватает знаний в области патогенеза хронических болевых синдромов, неврологии, радиологии, фармакотерапии нейропатической боли, лечебной физкультуры и психотерапии.

Из-за отсутствия в России специализации и нормативной базы по лечению боли энтузиасты анестезиологи, желающие заниматься проблемами хронической боли, уезжают на учебу за границу. После окончания обучения вернувшиеся специалисты в основном находят свое место в развивающейся коммерческой медицине, так как в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения организация службы лечения боли крайне затруднена из-за отсутствия нормативной базы.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского к специалистам группы лечения боли обращаются и больные, страдающие хроническими болевыми синдромами. Зачастую у таких пациентов кроме ноцицептивного имеется и нейропатический (связанный с поражением центральной или периферической нервной системы) компонент боли, требующий принципиально иного подхода к терапии. Мы используем в своей практике антиконвульсанты, антидепрессанты, лидокаин (системно и трансдермально), являющиеся препаратами первой линии для лечения нейропатической боли. Механизм действия этих средств основан на модуляции проведения болевых импульсов за счет освобождения или блокады медиаторов в центральной и периферической нервной системе. К сожалению, назначения таких средств не всегда бывает достаточно для того, чтобы улучшить качество жизни пациентов. Возникающие порой побочные эффекты (головокружение, сонливость, тошнота, нарушение внимания, памяти и др.) способны свести на нет эффективность проводимой терапии. Для достижения максимальных результатов при работе с такими пациентами необходимо применение мультидисциплинарного подхода, когда к лечению подключаются также специалисты по лечебной физкультуре, психотерапевты, хирурги. В рамках этой концепции мы начали вести совместную работу со специалистами отделений восстановительного лечения, кризисных состояний и психосоматических расстройств.

Начиная с лета 2014 г., в институте стали применять интервенционные методы лечения пациентов с хроническими болевыми синдромами в области позвоночника и крупных суставов, представляющие собой различные лечебные блокады. Такой метод по существу является направленной фармакотерапией. В усло-

виях операционной под рентгенологическим и УЗ-контролем мы вводим к предполагаемому источнику боли местные анестетики и противовоспалительные препараты. В некоторых случаях, например при сомнениях клиницистов в диагнозе и объеме операции, такие блокады могут выполнять и диагностическую роль, например для уточнения уровня повреждения корешков спинномозговых нервов.

В нашем арсенале появился и метод инактивации триггерных точек у пациентов с миофасциальным болевым синдромом, когда источником длительной и интенсивной боли являются болезненные спазмированные участки скелетных мышц. Обнаружение и обкалывание таких точек может принести больному значительное облегчение.

В настоящее время сотрудники службы боли осваивают метод радиочастотной терапии, который позволяет через иглу, подключенную к радиочастотному генератору, проводить лечебную стимуляцию или разрушение вовлеченных в патологический процесс периферических нервов и ганглиев.

Выполнение блокад симпатических ганглиев может быть крайне полезно пациентам с хроническими болевыми синдромами, при которых в патологический каскад боли вовлекается вегетативная нервная система. Так, мы успешно выполнили несколько блокад звездчатого ганглия у пациентки с комплексным регионарным болевым синдромом в верхней конечности, возникшим вследствие неудачной гипсовой иммобилизации. Выполнение блокады чревного сплетения может принести значительное облегчение онкологическим пациентам. В случае эффективности симпатических блокад последующая радиочастотная абляция или введение нейrolитических препаратов позволяют достичь устойчивого анальгетического эффекта.

В ближайшем будущем мы совместно с нейрохирургами планируем начать установку в эпидуральное пространство электродов для стимуляции спинного мозга. Метод, основанный на нейромодуляции, крайне полезен для пациентов с нейропатическим компонентом боли, у которых консервативное и менее инвазивное интервенционное лечение не дает результатов. Наибольшее распространение стимуляция спинного мозга получила у пациентов, перенесших операции на позвоночнике, которые не принесли облегчения и улучшения качества жизни.

Планируем освоить и начать применять имплантируемые помпы для интратекального и эпидурального введения опиоидных анальгетиков. По существу — это последняя надежда на облегчение боли для пациентов, у которых оказались неэффективными все предыдущие звенья терапии.

Следует отметить, что научный сектор изучения проблем профилактики и лечения острой и хронической боли — первое специализированное подразделение, функционирующее в рамках Московского муниципального здравоохранения.

Что уже удалось сделать за прошедшее время?

С момента создания подразделения его специалисты непосредственно стали лечить пациентов с острой послеоперационной болью практически во всех отделениях института. Удалось поднять на новый качественный уровень контроль боли и послеоперационное обезболивание пациентов, находящихся в послеоперационной палате интенсивной терапии и клинических подразделениях.

Налажены консультативный прием и оказание амбулаторной помощи больным, страдающим хронической болью. Отработаны все важные этапы амбулаторного лечения, включающие в том числе инвазивные процедуры и послеоперационное наблюдение пациентов вплоть до отправки их домой. Специалисты сектора лечения боли тесно взаимодействуют с сотрудниками отделений нейрохирургии, травматологии, кризисных состояний и психосоматических расстройств, восстановительного лечения, лучевой диагностики и приемного отделения в лечении больных с хроническими болевыми синдромами. Врачи готовы оказывать консультативную, методическую и практическую помощь в лечении пациентов с ишемией конечностей (в том числе после ампутаций) в отделении сосудистой хирургии; с дегенеративными заболеваниями позвоночника в отделениях нейрохирургии; с артрозами в отделениях травматологии; онкологическими заболеваниями в хирургических отделениях; с хронической болью в области таза и промежности в отделении гинекологии; а также с послеоперационной хронической болью во всех подразделениях института.

Большое значение мы придаем обучению медицинского персонала и пациентов основам профилактики, диагностики и лечения боли. В перспективе в нашем институте мог бы быть создан городской центр лечения боли, а на базе учебно-клинического отдела организовано обучение врачей и медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений Москвы.

Сотрудники научного сектора изучения проблем профилактики и лечения острой и хронической боли ведут активную научно-исследовательскую работу. По исследуемым проблемам публикуются печатные работы, делаются доклады на различных конференциях, запланированы диссертационные работы на соискание ученых степеней кандидата и доктора медицинских наук.

Мы стоим еще в начале сложного и долгого пути. Очень хочется верить, что все у нас получится. По крайней мере, для этого имеются все объективные и субъективные предпосылки.

Владимир Хамидович, спасибо Вам за такое содержательное и интересное интервью.