

**ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ**

**INTEGRATIVE APPROACH TO PATIENT TREATMENT WITH
CHRONIC NON-SPECIFIC BACK PAIN**

Е. А. Сущенко

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь
aelena@mail.ru

E. Sushchenia

Belarusian State Medical University, Belarus

Проблема лечения хронической боли сохраняет свою актуальность на протяжении последних лет, затрагивает различные сферы жизнедеятельности. Интегративный подход к использованию методов традиционной китайской медицины

и современной физиотерапии в лечении пациентов с неспецифической болью в спине представляется перспективным направлением. В статье приведен опыт лечения пациентов в центре лечения хронической боли на базе Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения.

Ключевые слова: хроническая боль; интегративное лечение; центр лечения хронической боли.

The problem of treating chronic pain has remained relevant over recent years and affects various areas of life. An integrative approach using methods of traditional Chinese medicine and modern physiotherapy in the treatment of patients with nonspecific back pain seems to be a promising direction. The article presents the experience of treating patients in the center for the treatment of chronic pain on the basis of the Republican Center for Medical Rehabilitation and Balneotherapy.

Keywords: chronic pain; integrative treatment; chronic pain treatment center.

Хроническая боль является одной из самых актуальных проблем в медицинской и социально-экономической сферах во всех странах мира. Пациенты с данной патологией составляют примерно половину от обратившихся за медицинской помощью, что подразумевает значительные расходы национальных систем здравоохранения на лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия. Среди причин утраты трудоспособности и экономических потерь хроническая неспецифическая боль в спине занимает лидирующее положение [1; 2]. Пик заболевания приходится на активный трудоспособный возраст от 25 до 60 лет [3].

Чувство боли имеет сложную структуру. В зависимости от патофизиологических механизмов выделяют ноцицептивную, обусловленную раздражением болевых рецепторов, нейропатическую, связанную с поражением периферической или центральной нервной системы, и смешанную боль. Восприятие боли у каждого человека индивидуально и не может быть достоверно измерено приборами. Интенсивность ее не всегда соответствует выраженности воспалительных или дегенеративных изменений и зависит от уровня «болевого порога» индивидуума. Следует отметить, что хроническая боль (ХБ), в отличие от острой, как правило, смешанного характера, продолжается в течение достаточно длительного времени (более 3 месяцев, согласно рекомендациям IASP – Международной ассоциации по изучению боли), устойчива к большинству медицинских назначений и часто сопровождается изменениями в психоэмоциональной сфере пациента [4].

Для решения сложной медицинской и социально-экономической проблемы лечения пациентов с ХБ создаются международные и национальные сообщества по изучению боли и специализированные центры лечения боли, основной задачей которых является разработка стратегии и оптимальных способов помощи пациентам с ХБ [5; 6].

В Республиканском центре медицинской реабилитации и бальнеолечения (РЦМРиБ) в конце 2023 года начал активно функционировать центр лечения хронической боли (ЦЛХБ). В процессе тестового режима работы центра были рассмотрены несколько вариантов оказания медицинской помощи пациентам с ХБ неспецифического (не онкологического) характера в амбулаторном режиме, был выработан оптимальный принцип работы с данной категорией пациентов с учетом национальных, экономических, нормативно-правовых особенностей. В настоящее время ЦЛХБ существует на функциональной основе, объединяет в своей структуре специалистов разных структурных подразделений, владеющих навыками оказания медицинской помощи по нескольким смежным специальностям, по сути, являющихся специалистами интегративной медицины. Данный подход является инновационным для нашей страны и для активного развития нуждается в доработке и изменениях нормативно-правовой документации. Однако, углубляясь в историю медицины разных стран, следует отметить, что интегративная медицина как область медицины, объединяющая знания и навыки по различным клиническим направлениям, официально существует достаточно давно. Так, в Китайской Народной Республике в системе здравоохранения специалисты интегративной медицины, владеющие технологиями лечения пациентов на основании принципов традиционной китайской медицины (ТКМ) и классической западной медицины (ТЗМ), активно работают с пациентами с ХБ и, по имеющимся научным данным, эффективность работы значительно выше, чем при раздельном применении ТКМ и КЗМ [7].

В РЦМРиБ, в связи с наличием отделения традиционной китайской медицины, консультативного отделения и физиотерапевтических отделений, и опираясь на опыт восточных коллег, была сформирована мультидисциплинарная команда, в которую вошли врачи-специалисты, использующие наряду с лечебно-диагностическими навыками в области неврологии, ревматологии, психотерапии, травматологии и медицинской реабилитации методы традиционной китайской рефлексотерапии для оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам с ХБ.

При первичном обращении пациента в ЦЛХБ проводится тщательный сбор и анализ анамнеза, результатов обследования и эмоционального состояния. Как правило, пациенты имеют ряд факторов риска хронизации болевого синдрома, так называемые препятствия к выздоровлению. К ним относят: наличие фоновой хронической неспецифической боли в спине, устойчивой к анальгетикам, депрессивные расстройства, связанные с болью и ограничением подвижности, специфическое мышление, направленное на усугубление ощущений, связанных с болью, извращенную плохую оценку

состояния здоровья и ожидание лечения, не требующего активного собственного участия.

Основной целью работы ЦЛХБ является разработка и реализация индивидуальной программы лечения пациента, направленной на адекватное обезболивание, создающее позитивные предпосылки к выздоровлению, последующее упрощение режима приема лекарственных средств и постепенное снижение дозы анальгетиков, физиотерапию и рефлексотерапию, увеличение физической активности и социальной адаптации, когнитивно-поведенческую коррекцию «болевого» мышления и поведения. С пациентом обязательно проводится обсуждение программы лечения и разъяснение первичной цели в ЦЛХБ – снижение интенсивности болевого синдрома до приемлемого уровня для улучшения качества повседневной жизни.

В связи со сформировавшимися многолетними социальными традициями большинство пациентов среднего и пожилого возраста настроены на патерналистскую модель взаимоотношений врача и пациента, где врач должен самостоятельно выбрать программу лечения, нести ответственность за выздоровление и осуществлять курацию на протяжении всего курса. Данная модель лечения пациента с ХБ приемлема в случае, когда один специалист может совмещать несколько специальностей, при этом автоматически реализуется принцип преемственности в программе лечения, например, узкий специалист (невролог, ревматолог, травматолог) – он же и физиотерапевт, рефлексотерапевт, кинезиолог и психотерапевт, однако это создает определенную нагрузку на одного специалиста. В процессе лечения пациентов такого типа рационально переориентировать на партнерскую модель взаимоотношений врача и пациента, включить других специалистов в лечение и, главное, проводить активное вовлечение пациентов в процесс собственного лечения и реабилитации, в виде изменения образа жизни, ортопедической коррекции, регулярных занятий лечебной физкультурой, увеличения физической активности и социальной адаптации.

В процессе амбулаторного лечения пациента с хронической неспецифической болью в спине, как правило, одновременно участвуют врач-невролог, физиотерапевт, рефлексотерапевт, психотерапевт, массажист и инструктор лечебной физкультуры. Работа с пациентом в ЦЛХБ проводится одновременно по нескольким направлениям: адекватное медикаментозное обезболивание с применением локальной инъекционной терапии растворами анестетиков, глюкокортикоидов либо назначение перорального приема нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов и антидепрессантов, рефлексотерапия с применением физиопунктурных методов и физиотерапия с применением импульсной электро-

терапии по обезболивающей методике, лазеротерапии, ударно-волновой терапии, озono- и карбокситерапии, направленные на уменьшение болевого, рефлекторно-тонического и других патологических синдромов, когнитивно-поведенческая терапия, механо- и кинезиотерапия, направленные на преодоление кинезиофобии и расширение объема двигательной и социальной активности.

Владение навыками работы с современной лечебно-диагностической и физиотерапевтической аппаратурой, применение методик ТКМ в лечении пациентов с ХБ значительно облегчает работу врача и сокращает курс лечения для достижения целевого уровня снижения боли. Так, например, применение интегративного подхода: введение растворов лекарственных средств паравертебрально в акупунктурные точки в зоне патологического очага, применение инъекционной газовой терапии с введением углекислого газа или озono-кислородной газовой смеси в акупунктурные точки, воздействие физиотерапевтическим лазером высокой интенсивности и ударными волнами не только в заинтересованной области, но и в проекцию акупунктурных точек позволяет достигать обезболивающего эффекта уже с первой процедуры. Проведение всего курса лечения в виде 3–10 комплексных процедур приводит к стойкому снижению либо к исчезновению болевого синдрома, сокращает расходы на лечение.

Таким образом, эффективная терапия хронической неспецифической боли в спине, основанная на интегративном подходе к лечению, повышает комплаенс пациента к назначенному лечению, реабилитационным и профилактическим мероприятиям, укрепляет доверие к компетенции врача и медицинского учреждения в целом.

Библиографический список

1. The Rising Prevalence of Chronic Low Back Pain / J. K. Freburger [et al.] // Arch Intern Med. – 2009. – Vol. 8. – P. 169–179.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Low Back Pain and Sciatica in over 16s [Electronic resource] / Assessment and Management, 2020. – Mode of access: www.nice.org.uk/guidance/NG59. – Date of access: 26.01.2024.
3. Buchbinder, R. Placing the Global Burden of Low Back Pain in Context. Best Practice and Research / R. Buchbinder [et al.] // Clinical Rheumatology. – 2013. – Vol. 27(5). – P. 575–589.
4. Cognitive Factors Influence Outcome Following Multidisciplinary Chronic Pain Treatment: a Replication and Extension of a Cross-Lagged Panel Analysis / J. W. Burns [et al.] // Behav Res Ther. – 2003. – № 41(11). – P. 63–82.
5. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус / Е. Л. Насонов [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2016. – № 3(54). – С. 247–265.

6. *Калимеева, Е. Ю.* Оптимизация ведения пациентов с хронической неспецифической люмбалгией / Е. Ю. Калимеева, В. А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9(2). – С. 25–29.

7. Comparison of complementary and Alternative Medicine with Conventional Mind-Body Therapies for Chronic Back Pain: Protocol for the Mind-body Approaches to Pain (MAP) Randomized Controlled Trial / D. C. Cherkin [et al.] // Trials. – 2014. – № 15. – P. 211.

Первичная организация Общественного объединения
«Белорусский союз женщин»
Белорусского государственного университета

ЖЕНЩИНЫ-УЧЕНЫЕ БЕЛАРУСИ И КИТАЯ

Материалы
II Международной научно-практической конференции

Минск, 31 января 2024 г.

Минск
РИВШ
2024