



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ № 13

Лечение боли у пациентов, впервые обратившихся с хронической болью после операции

Хроническая постхирургическая боль (ХПХБ), которая часто не диагностируется, является распространенным явлением и влияет на качество жизни пациентов. (Kehlet et al.) (Niraj et al.) По оценкам общей частоты встречаемости боль наблюдается у 20-50 процентов пациентов после операции, а сильная боль, приводящая к нетрудоспособности после хирургического вмешательства, поражает от 2 до 10 процентов пациентов.

Этиология ХПХБ изучена не полностью, но она включает биологические, психологические и социальные факторы. К факторам риска развития хронической боли после хирургического вмешательства относятся хроническая боль в дооперационном периоде, молодой возраст, генетическая чувствительность, психологические проблемы, когнитивные факторы, повреждение нервов в ходе операции и степень тяжести острой боли сразу после проведения хирургического вмешательства. (Chapman et al.) (Kehlet et al.)

ХПХБ является настолько частым состоянием, что о ней сообщают фактически после каждого типа хирургической операции, и каждый конкретный болевой синдром имеет свое название; напр., постмастэктомическая боль или постторакалотомическая боль (Merskey & Bogduk). Обсуждение данной информации с пациентами может убедить их в том, что они не одни, что их симптомам придается значение, и что специалисты сферы здравоохранения обладают значительным клиническим опытом оценки и лечения их особых проблем.

Пациенты, обратившиеся с ХПХБ впервые, должны быть подвергнуты тщательной клинической оценке с целью подтверждения предполагаемого диагноза и выявления механизмов, лежащих в основе боли. Следует провести оценку многочисленных доменов боли, включая тяжесть, качество, локализацию и временные характеристики. Подлежат оценке и другие клинически значимые домены, такие как физическое функционирование и эмоциональное состояние, а также качество жизни.

Следующие вопросы могут помочь подтвердить диагноз:

- Появилась ли боль после хирургической процедуры?
- Исключена ли вероятность, что боль не является продолжением ранее имеющейся проблемы?
- Наблюдается ли боль более трех месяцев?
- Могут ли быть исключены другие причины боли, в частности, инфекция или рецидив злокачественного новообразования?

ХПХБ может проявляться в виде сочетания разных клинических типов боли, в частности, нейропатической, ноцицептивной, отраженной или висцеральной.



- Нейропатическая боль является наиболее частым типом ХПХБ.
- Использование инструментов скрининга (напр, DN4, painDETECT, NPQ, LANSS), в основе которых лежат вербальные дескрипторы боли или их сочетание с целевым клиническим обследованием, может помочь определить нейропатическую боль как основной или вторичный компонент ХПХБ. (Naanpää et al.)

Как и в случае с другими хроническими болевыми синдромами, некогда выявленная ХПХБ может быть разноплановой и трудно поддаваться лечению. Кроме того, часто развиваются такие состояния, как расстройство сна и настроения, которые являются частыми спутниками хронической боли. (McGrae)

Профилактика остается основным фактором снижения бремени ХПХБ. (Kehlet et al.) Поэтому интенсивное наблюдение в послеоперационном периоде и ранее начало лечения специалистом может помочь пациентам, перенесшим оперативное лечение и обратившимся с первыми признаками вновь возникшей или рецидивирующей боли. Для отдельных пациентов следует решить вопрос о направлении на участие в программе междисциплинарного лечения боли.

Мультимодальный подход к лечению ХПХБ определяется скорее механизмами, лежащими в основе боли и сопутствующей патологией. Несмотря на то, что доказательная база для многих ее компонентов ограничена, у отдельных пациентов может наблюдаться симптоматическое облегчение боли.

К таким подходам относятся:

- Обучение пациентов и обоснованная самопомощь
- Лекарственное лечение
 - Тщательная периодическая плановая повторная оценка положительных эффектов лечения боли и побочных эффектов необходимы для проведения фармакотерапии
 - Антинейропатические препараты первой линии (Attal et al.)(Finnerup et al.)
 - Трициклические антидепрессанты (напр., amitриптилин, нортриптилин)
 - Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (такие, как дулоксетин и венлафаксин)
 - Габапентин и прегабалин
 - Лидокаин местно
 - Капсаицин местно
 - Сильные опиоиды необходимо выписывать с особой осторожностью после оценки соотношения «риск-польза»
- Интервенционные подходы, такие как целенаправленные инъекции и нейростимуляция/модуляция
- Физическая терапия
- Вмешательства, основанные на психологии, в частности, когнитивно-бихевиоральная терапия
- Профессиональное консультирование

Пациенты с ХПХБ должны быть проинформированы о том, что они находятся в группе риска развития хронической боли после предстоящего хирургического вмешательства или травмы. Пациентам и работающим с ним поставщикам сферы здравоохранения следует воздержаться от необязательного и ненадлежащего хирургического вмешательства. Более того, в случае предстоящих хирургических



процедур или после травмы в дооперационном периоде показано выявление возможных факторов риска и решение вопроса о применении сильнодействующей мультимодальной анальгезии в ходе операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Attal N, Bouhassira D. Pharmacotherapy of neuropathic pain: which drugs, which treatment algorithms? Pain. 2015 Apr; 156 Suppl 1: S 104-14.
2. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: an integrative overview of research on mechanisms, Journal of Pain 2016 doi:10.1016/j.jpain. 2016.11.004
3. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SN, Rice AS, Rowbotham M, Sena E, Siddall P, Smith BH, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 Feb;14(2):162-73
4. Haanpää M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira D, Cruccu G, Hansson P, Haythornthwaite JA, Iannetti GD, Jensen TS, Kauppila T, Nurmikko TJ, Rice AS, Rowbotham M, Serra J, Sommer C, Smith BH, Treede RD: NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain 152:14-27, 2011
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet. 2006; 367: 1618-25
6. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. Br. J Anaesth. 2008; 101: 77-86
7. Merskey H, Bogduk N (eds). Classification of Chronic Pain, 2nd ed. Seattler: IASP Press, 1994.
8. Niraj G, Rowbotham DJ. Persistent postoperative pain: where are we now? Br. J Anaesth. 2011; 107: 25-29
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available at www.sign.ac.uk

АВТОРЫ

Д-р Барт Морлион, к.м.н., DESA
Директор Центра алгологии и лечения боли в Лёвене
Больницы при университете г. Лёвена, Лёвен, Бельгия
Почетный адъюнкт - профессор, Университет г. Гронингена, Нидерланды

Д-р Дэниел Б. Карр, DABPM, FFPANZCA (Hon) профессор общественного здоровья и общественной медицины, профессор анестезиологии и медицины, учредительный директор, программа по исследованию боли, образованию и политике в области боли Tufts, Бостон, Масс., США

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Д-р Дидье Бухарисса, к.м.н.
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Больница Амбруаза Парэ
Булонь-Билланкурт, Франция

Проф., д-р Гай Ханс
Профессор анестезиологии Университета Антверпена, Антверпен, Бельгия