

Терапия при болевом синдроме у пациентов с артритами и артрозами: общие рекомендации 2018 г.

Купирование боли при воспалительном артрите и остеоартрозе может существенно повысить функциональность и качество жизни пациентов, а также снизить индивидуальные и социальные расходы. Медицинским специалистам всех уровней необходимо обладать знаниями и навыками купирования болевого синдрома, однако ревматологи наиболее соответствуют профессиональным требованиям в вопросе оказания пациентоориентированной, всесторонней, основанной на фактических данных медицинской помощи при этих состояниях.

На восприятие боли влияют множественные индивидуальные факторы, например предубеждения в отношении болезней, настроение, неконтактное поведение, ожирение, нарушение сна, характер дневной активности и отдыха. Эти факторы обычно учитываются в рекомендациях для ревматологов.

В мае 2018 г. в журнале «Annals of the Rheumatic Diseases» опубликованы рекомендации по вопросу купирования болевого синдрома при воспалительном артрите и остеоартрозе, выполненные командой специалистов Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism — EULAR).

Индивидуализированная оценка болевого синдрома

1. Глубина клинической оценки зависит от многих факторов. Для выбора пациентоориентированного лечения требуется выяснить истинную силу влияния боли на повседневную функциональную активность; выслушать соображения и опасения пациента о причинах боли и контролируемости ее эпизодов; учесть ожидания и предпочтения в лечении. Многие пациенты нуждаются в постановке жизненных и функциональных целей, от достижения которых они уже отказались или даже не мыслили в этом направлении.

2. Следующим шагом является определение тяжести боли по визуально-аналоговой или числовой шкале оценки боли; выяснение ее начала, продолжительности, локализации и распространения (возможно с использованием визуальной модели), характера, интерференции, вероятных триггеров и прогрессирования. Также рекомендуется определять тип боли (локализованная или генерализованная) и необходимость в паллиативном обезболивании; оценку взаимодействия с другими лекарственными средствами и возможность побочных эффектов. Генерализованная боль распознается в ходе клинического опроса с использованием визуальной модели боли, такой как Мичиганская карта тела (Michigan Body Map); нейропатическая — исключительно с помощью утвержденных опросников.

3. Далее следует изучить текущие фармакологические и нефармакологические методы лечения, предыдущую терапию и ее результат, побочные эффекты и мнение самих пациентов относительно действенности осуществляемого контроля боли, а также их готовность к дополнительному лечению, если таковое будет предложено.

4. Затем, следуя текущим рекомендациям, необходимо оценить существующий уровень воспаления и повреждения суставов — источника боли. Возможно, потребуются обратиться за консультационной помощью к ревматологу. В случае выявления ночной/цифровой боли (при остеоартрите) рекомендуется назначить комбинированное лечение.

5. В завершение следует оценить ассоциированные с болью биологические, психологические и социальные факторы, а именно:

- **характер и степень нетрудоспособности:** физическую и социальную активность, мобильность, общую физическую форму (аэробную способность, мышечную силу, выносливость), связанные с болью страх и избегание движений, баланс активности и отдыха (ходьба);
- **предубеждения и эмоции, связанные с нетрудоспособностью:** психологический ответ на боль и факторы уязвимости, пси-

хологический дискомфорт, психиатрическую коморбидность и когнитивные способности (катастрофизация и преувеличение своих проблем), страх появления боли при движении, негативное самоубеждение;

- **социальные факторы:** реакция членов семьи и значимых для пациента людей на его боль и нетрудоспособность; работа; близкие и друзья; экономические проблемы; жилищные условия;
- **нарушения сна:** количество и качество сна, ощущает ли пациент себя отдохнувшим после пробуждения, наличие изменений привычной гигиены сна, связанной с дневной физической активностью, контроль стресса, уровня шума, избегание употребления кофеина, никотина, алкоголя и недопущение дневной дремоты;
- **наличие ожирения;**
- **прочие факторы,** способные повлиять на терапию при боли, такие как алкогольная зависимость, курение и применение лекарств.

Выбор терапии при болевом синдроме

Выбор терапии основывается на возможных вариантах лечения и решении, принятом совместно с больным, в соответствии с его явными потребностями и клинической оценкой. Поэтапный уход включает консультационную и личностную поддержку (1-й этап), назначение одного или нескольких лечебных средств (2-й этап), мультидисциплинарную терапию (3-й этап). Конкретные вмешательства определяются не только болевым эффектом, но и воздействием болезни на функционирование, социальную активность и благополучие. Более того, специфическое лечение различно при разных видах боли. Конкретные вмешательства могут включать: консультирование и самопомощь, физические упражнения, использование ортопедических приспособлений, психологические и социальные вмешательства, контроль массы тела, нормализацию сна, фармакологические средства (анальгетики, парацетамол, кодеин, опиатные и нестероидные противовоспалительные средства, внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов или фармакологических агентов, применяемых при нейропатической боли), комбинированную терапию.

При пациентоориентированном подходе медицинский специалист должен осознавать, что любой тип боли обусловлен множественными, порой взаимоисключающими, биологическими, психологическими и социальными факторами, которые включают (но не ограничиваются ими) тяжесть боли, периферические (воспаление и повреждение суставов) и центральные нейрофизиологические процессы, физическую (не) трудоспособность, стойкость и уязвимость (эмоции, когнитивные функции, поведенческие установки, образ жизни), работу, социальную поддержку, способности, экономическую составляющую, качество сна, ожирение и другие факторы риска (например алкоголизм, курение). Медицинский специалист должен обладать базовыми знаниями о патологии, лечении и последствиях воспалительного артрита и остеоартрита, а также быть способным различать локализованную и генерализованную боль, знать о возможности их одновременного наличия.

Geenen R., Overman C.L., Christensen R. et al. (2018) EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann. Rheum. Dis., 77: 797–807.

Александр Гузий