

5. Организация и управление

Модель оказания медицинской помощи при болевых синдромах должна быть основана на стратегии непрерывной терапии, объем которой определяют потребности пациента. Специализированную помощь, согласно схеме ухода за хроническим пациентом, разработанной организацией Kaiser Permanente (США), размещают на вершине пирамиды. Данная модель использована в стратегии организации британской Национальной службы здравоохранения, а также организации некоторых специализированных служб оказания медицинской помощи в Испании, таких как отделения оказания помощи пациентам с сочетанной патологией и отделения паллиативного ухода [4, 7, 174–176]. При организации службы лечения боли на вершине пирамиды должно располагаться отделение боли, взаимодействующее с отделениями первичного звена оказания медицинской помощи и другими структурами, задействованными в лечении пациента с комплексной хронической болью. Для реализации данной стратегии необходимо развивать территориальные сети оказания медицинской помощи, которые облегчат доступ пациента к наиболее подходящей службе для удовлетворения его потребностей.

Отделением лечения хронической боли называют медицинское подразделение, объединяющее специалистов здравоохранения, способное предоставлять мультидисциплинарную медицинскую помощь, располагающее функциональными, организационными и структурными условиями, отвечающими требованиям безопасности, качества и эффективности, необходимым для оказания помощи пациентам с хроническими болевыми синдромами, нуждающимся в специализированной медицинской помощи.

Основные задачи ОЛХБ:

- устранить полностью или частично болевые ощущения;
- расширить функциональные способности;
- улучшить качество жизни;
- оптимизировать применение обезболивающих препаратов;
- уменьшить количество обращений в медицинские службы (первичные и специализированные консультации; хирургические вмешательства и другие методы лечения);
- обучать родственников или опекающих пациента с болевым синдромом;
- способствовать к самообслуживанию пациента с болевым синдромом;
- уделять внимание социальным, семейным аспектам и аспектам занятости пациента;
- обучать средний и младший медицинский персонал особенностям работы с пациентами с ХБС;

- оценивать эффективность проводимой терапии (уровень боли; эффективность лечения; качество жизни; физическое и психологическое состояние; потребление медикаментов; трудоспособность);
- осуществлять информирование населения по вопросам лечения боли;
- исследовать вопросы эпидемиологии, этиологии, измерения и лечения боли;
- разрабатывать, опубликовывать и распространять информационные пособия по лечению боли для пациентов и специалистов других служб;
- проводить анализ и публикацию результатов работы отделения [118].

В этом разделе освещены различные организационные аспекты ОЛХБ: типология и комплекс услуг; взаимодействие ОЛХБ с другими отделениями; критерии приема пациента; организация и функционирование ОЛХБ; система информации; аспекты управления пациентами.

5.1. Типология отделений лечения хронической боли

IASP предложена следующая типология центров оказания помощи пациентам с ХБС в нисходящем порядке уровня сложности и специализации: многопрофильный центр или отделение лечения боли; многопрофильное отделение лечения боли; отделение боли; монографическое отделение лечения боли.

Принимая за основу эту классификацию, Испанское общество изучения боли устанавливает 4 категории аккредитации ОЛХБ. Отделения III и IV уровня, по классификации Испанского общества изучения боли, различаются по степени реализации исследовательской и преподавательской деятельности. В настоящем документе принято считать, что все многопрофильные ОЛХБ должны осуществлять подобную деятельность, поэтому отделения III и IV уровней по таксономии Испанского общества изучения боли, иногда объединяют в одну группу — отделение III уровня.

Многопрофильный центр или отделение изучения лечения боли (ОЛХБ III уровня)

Многопрофильный центр или отделение — наиболее сложная среди ОЛХБ категория. Считается, что на каждые 1,5–2 миллиона жителей необходимо одно ОЛХБ III уровня [177].

Ниже приведены характеристики многопрофильного центра или отделения изучения и лечения боли (ОЛХБ III уровня):

- Наличие руководителя, специалиста по ведению пациентов с болевыми синдромами, обладающего опытом в вопросах исследования боли. Если руководитель не имеет дополнительного образования по специальности «лечение боли», необходимо назначить заместителя по медицинской части, который возьмет на себя обязанности контроля безопасности и качества медицинских услуг, оказываемых отделением.
- Наличие собственного помещения, подходящего для работы отделения. Достаточные собственные ресурсы для оказания помощи госпитализированным или амбулаторным пациентам.
- Пациентопоток с интенсивностью минимум 800 первичных обращений в год позволяет поддерживать и обновлять знания о диагностике и лечении боли.
- Способность принять пациента с хронической болью любой этиологии, располагая всеми медицинскими, психологическими, социальными и трудовыми аспектами.
- Собственный штат, достаточный для осуществления заявленной деятельности. Сотрудники должны обладать обширными и актуальными знаниями в области фундаментальных наук (анатомия, биохимия, физиология, фармакология) и достаточным клиническим опытом для лечения пациента с хронической болью.
- В штате отделения должны быть представлены по крайней мере две медицинские специальности, одна из которых — анестезиология или нейрохирургия. В штате отделения должен быть психотерапевт или психиатр, обладающий навыками работы с пациентами, страдающими хронической болью. Все медицинские специалисты, входящие в штат ОЛХБ III уровня, должны иметь дополнительное образование в области медицины боли.
- Средний медицинский персонал представлен психологами, медсестрами, физиотерапевтами, специалистами по трудовой реабилитации и социальными работниками, которые входят в штат сотрудников. Потребность в другом медицинском персонале зависит от особенностей пациентов конкретного ОЛХБ.
- Основной медицинский персонал отделения должен участвовать в периодически проводимых клинических разборах.
- Постоянное сотрудничество с другими специалистами других профилей (междисциплинарные сессии по вопросам боли, разработка совместных протоколов, исследование боли).
- Широкие диагностические и терапевтические возможности, включающие как фармакологические, так и нефармакологические методы лечения, в том числе высокотехнологичные методы интервенционного лечения боли.

- Наличие шаблона медицинской карты, возможность назначения и оценки дополнительных исследований, на приеме обязателен полноценный осмотр пациента, полное физикальное его обследование, наличие современных методик обследования. Наличие специалистов, способных провести адекватную оценку психологического статуса, назначить соответствующее психологическое лечение, провести физиотерапию, трудовую реабилитацию и пр.
- Обязательно наличие регистра или базы данных для оценки эффективности и результативности лечения. Регистр должен быть связан с электронной медицинской картой пациента или с центральным архивом учреждения.
- Свободный физический или электронный доступ к основным научным библиотекам/отделам периодики.
- Наличие собственных медицинских протоколов, периодический аудит их эффективности.
- Является частью аккредитованного обучающего и/или исследовательского центра. Осуществляет исследования в области боли (возможность получения грантов/государственной поддержки для проведения независимых качественных исследований; публикация результатов в специализированных национальных или международных журналах с высоким импакт-фактором).
- Осуществление разноуровневых образовательных программ, направленных на обучение студентов, ординаторов, врачей-специалистов, проходящих углубленную подготовку и/или обучающихся в рамках программы непрерывного медицинского образования в области лечения боли, врачей — специалистов территориальной сети оказания помощи.
- Участие в образовательных программах для населения по вопросам обезболивания и формирования здорового образа жизни у пациентов с болевыми синдромами.

Монопрофильное отделение лечения боли (ОЛХБ II уровня)

Характеристики монопрофильного ОЛХБ II уровня:

- В штате должны состоять по крайней мере два врача-специалиста, возможно по совместительству.
- Необходим медицинский координатор, имеющий дополнительное образование в области лечения боли, который возьмет на себя контроль качества обслуживания пациентов.
- Наличие диагностических и терапевтических возможностей оказания помощи пациентам с ХБС разной этиологии. Возможность влиять во время лечения на физические, психологические, медицинские и трудовые аспекты хронической боли.

- Наличие определенного физического пространства.
- Достаточное количество персонала для реализации своей деятельности. Медицинский персонал ОЛХБ должен обладать знаниями базовых и клинических дисциплин для лечения пациентов с хронической болью.
- Возможность работать с физической и биопсихосоциальной составляющей ХБС. В штате отделения должен быть психотерапевт или психиатр, способные проводить консультации в междисциплинарном режиме.
- Необходимо проводить междисциплинарные конференции и собрания специалистов отделения для анализа клинических случаев и внедрения новых методов лечения.

Отделение специфических техник лечения боли (ОЛХБ I уровня)

Отделение специфических техник лечения боли, или ОЛХБ 1 уровня, предлагает отдельные виды лечебных методик, чаще всего: блокады нервов, чрескожную электронейростимуляцию, акупунктуру, биологическую обратную связь и др.

Характеристики отделения специфических техник лечения боли, или ОЛХБ 1 уровня:

- Должно располагать достаточным штатом лицензированных медицинских специалистов, согласно нормам, установленным в Испании, и действующему нормативу ЕС. Медицинский персонал должен обладать познаниями в базовых и медицинских науках, необходимых для лечения пациента с хронической болью. Все работающие в отделении медики должны иметь дополнительное образование в медицине боли.
- Обладать диагностическими и терапевтическими возможностями оказания помощи пациентам с ХБС.
- Располагать собственным определенным физическим пространством.
- Вести медицинскую карту пациента и иметь доступ в центральный архив. Оценивать результаты и эффективность методов лечения, проводимых в отделении.

5.2. Комплекс оказываемых услуг

Можно классифицировать комплекс услуг отделения согласно предлагаемым подходам к оказанию помощи или по комплексу проводимых процедур. Набор услуг соответствует типологии и профилю отделения, а также сложности ХБС пациентов.

Врачи ОЛХБ III уровня могут оказывать помощь пациентам со сложными случаями острой боли или плохо поддающейся лечению в амбулаторных условиях хронической болью. Консультации и лечение проводится в условиях консультативного кабинета или дневного стационара ОЛХБ, при плановой госпитализации пациента на профильное отделение по инициативе ОЛХБ; осуществляются также внешние консультации пациентов, находящихся в отделениях травматологии, ревматологии, общей хирургии, онкологии и паллиативного ухода [7, 178, 179]. В ОЛХБ III уровня также должны реализовываться хирургические процедуры.

В табл. 5.1 приведен сформированный экспертами Мадридского общества изучения боли минимальный список процедур, которые должны быть включены в комплекс услуг [113]. Кроме перечисленных процедур ОЛХБ III уровня должно предлагать базовые психологические техники, продемонстрировавшие свою эффективность в контролируемых исследованиях (в особенности когнитивно-поведенческая психотерапия, *биологическая обратная связь*, гипноз) или процедуры физической реабилитации [180–185].

Совет по здравоохранению Правительства автономии Валенсия разработал шкалу процедур, выполняемых в отделениях анестезиологии, реанимации и терапии боли [186].

Таблица 5.1. Комплекс услуг ОЛХБ III уровня

Процедуры	Время, минут
Дневной стационар	
Чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС)	15
Чрескожная электрическая стимуляция нервов (ЧЭСН)	—
Ионофорез	20
Программирование/смена дозы имплантированного насоса переменного потока	15
Заполнение имплантированного насоса переменного потока	35
Техника спинальной инфузии: подготовка медикаментов, заполнение и программирование насоса с помощью телеметрии	30
Техника спинальной инфузии: заполнение насоса переменного потока	30
Техника спинальной инфузии: подготовка медикаментов и программирование электронного насоса для инфузии в амбулаторных условиях (КПА)	20
Техника системной инфузии: включает подкожную и внутривенную инфузии и программирование электронного насоса для инфузии в амбулаторных условиях (КПА)	20
Программирование простого имплантированного нейростимулятора	20
Программирование двухканального имплантированного нейростимулятора	27,5

Таблица 5.1 (продолжение)

Процедуры	Время, минут
Телеметрическое перепрограммирование нейростимулятора	—
Спинальное введение местных анестетиков посредством внешних систем или частично имплантированных систем	20
Проверка внешних спинальных или частично имплантированных систем	15
Внутривенная локальная терапия методом ишемизации	—
Внутривенный тест с фентоламином	—
Внутривенный тест с лидокаином	60
Тест и системное внутривенное лечение	60
Предоперационная подготовка пациентов, которые будут оперированы в ОЛХБ	20
Постоперационное наблюдение за пациентами, оперированными в ОЛХБ	30*
Внутривенная инфузия бисфосфонатов	20
Внутривенная инфузия местных анестетиков	90
Процедурный зал	
Инфильтрация поверхностных сухожилий местными анестетиками	20
Инфильтрация поверхностных сухожилий глюкокортикоидами	20
Инфильтрация суставных сумок местными анестетиками	20
Инфильтрация суставных сумок глюкокортикоидами	20
Периферическая инфильтрация триггерных точек местным анестетиком	20
Периферическая инфильтрация триггерных точек ботулиническим токсином	20
Поверхностная мышечная инфильтрация ботулиническим токсином	20
Инфильтрация связок местными анестетиками	20
Инфильтрация связок глюкокортикоидами	20
Инфильтрация связок гиалуроновой кислотой	
Периферическая блокада нервов, однократная: диагностическая или терапевтическая	20
Периферическая блокада нервов глюкокортикоидами	20
Множественная периферическая блокада нервов	30
Блокада нервных сплетений	30
Блокада нервов туловища	27,5
Блокада периферических черепных нервов	20
Продленная блокада нервов: установка систем продолжительной инфузии	30
Радиочастотная абляция периферических нервов	27,5
Дифференциальная спинальная блокада	30
Одномоментная спинальная блокада с использованием местных анестетиков	25

Таблица 5.1 (продолжение)

Процедуры	Время, минут
Спинальное введение глюкокортикоидов	25
Хирургические процедуры *, **	
Имплантация подкожных, периферических и корешковых электродов (Q)	50
Хирургическая имплантация эпидурального электрода (Q)	90
Блокада сфенопалатинного ганглия	30
Диагностическая или терапевтическая блокада звездчатого ганглия	22,5
Невролиз паравerteбральных симпатических ганглиев	60
Нейролитическая, эпидуральная и субарахноидальная блокада	42,5
Крестцово-подвздошная блокада	30
Блокада тазобедренного сустава	30
Блокады глубоких мышц с радиологическим контролем: введение ботулинического токсина в поясничную/квадратную мышцу поясницы/грушевидную мышцу	30
Блокада/невролиз чревного сплетения	50
Блокада/невролиз верхнего подчревного сплетения	40
Блокада медиальной ветви задней порции первичного нервного пучка на шейном/грудном/поясничном уровне	37,5
Дискография	40
Внутридисковая электротермическая терапия	—
Установка туннелированного спинального катетера с/без насоса внешней инфузии	45
Чрескожная хордотомия на шейном уровне	—
Эпидуролитизис/адгезиолитизис, разделение спаек	60
Эпидуроскопия	90
Радиочастотная абляция фасеточных суставов (медиальная ветвь)	40
Радиочастотная абляция периферических нервов	30
Радиочастотная абляция симпатических ганглиев на шейном/грудном/поясничном уровне	47,5
Радиочастотная абляция дорзального ганглия на шейном/грудном/поясничном уровне	42,5
Радиочастотная абляция задних корешков спинного мозга эпидуральным доступом	50
Радиочастотная абляция межпозвонкового диска	45
Радиочастотная абляция и другие терапевтические вмешательства на Гассеровом узле	55
Первичная имплантация одного электрода стимулятора спинного мозга (Q)	70
Изменение местоположения/замена или удаление одного электрода стимулятора спинного мозга (Q)	90
Первичная имплантация двух электродов стимулятора спинного мозга (Q)	115

Таблица 5.1 (окончание)

Процедуры	Время, минут
Изменение местоположение/замена или удаление двух электродов стимулятора спинного мозга (Q)	120
Имплантация внутреннего генератора и удлинение электродов стимулятора спинного мозга (Q)	60
Замена внутреннего генератора (Q)	45
Имплантация инфузионного насоса (Q)	90
Имплантация интратекального порта на шейном/грудном/поясничном уровне (Q)	70
Имплантация и/или проверка, и/или замена, и/или удаление спинального катетера и интратекального порта (Q)	90
Имплантация и/или проверка, и/или замена, и/или удаление спинального катетера и внутреннего насоса (Q)	90
Вертебропластика (Q)	—
Кифопластика (Q)	—
Блокада непарного ганглия (ганглий Вальтера)	40
Озонотерапия: инфильтрация и дисколиз	35
Блокада висцеральных нервов	45
Селективная блокада корешков спинного мозга (трансфораминальная блокада) на грудном/поясничном/крестцовом уровне	40
Радиочастотная абляция висцеральных нервов	60
Радиочастотная абляция крестцово-подвздошных суставов	45
Радиочастотная абляция непарного ганглия (ганглия Вальтера)	45
Внутрисуставная радиочастотная абляция тазобедренного и/или коленного сустава	30
Психотерапевтические процедуры	
Когнитивно-поведенческая терапия	
Гипноз	
Биологическая обратная связь	

Источник: De la Calle et al., 2010.

Жирным шрифтом выделены процедуры, которые должны быть предложены в ОЛХБ III уровня (с приоритетом > 7, по мнению экспертов Мадридского общества по изучению боли). Список Мадридского общества по изучению боли не включает психотерапевтические процедуры.

Средняя продолжительность каждой процедуры (медиана от времени, предложенного экспертами Мадридского общества по изучению боли).

* Могут быть значительные изменения в продолжительности процедуры.

** Процедуры, не требующие высокого уровня стерильности, только процедурный зал с С-дугой.

Q — процедура требует высокого уровня стерильности (раздел 6.4.7. Процедурный зал).

Комплекс услуг ОЛХБ II и I уровня гетерогенен. Наиболее частыми процедурами, выполняемыми в ОЛХБ II уровня, согласно опросу, проведенному Мадридским обществом по изучению боли специально для этого документа, являются процедуры, приведенные в табл. 5.2.

8. Качество

Решение об открытии ОЛХБ зависит от администрации госпиталя, в котором располагается отделение. В разделе 2.2 приведены критерии аккредитации.

В ОЛХБ практикуются следующие режимы оказания помощи: амбулаторное посещение, госпитализация в дневной стационар, плановая госпитализация, неотложная медицинская помощь, интервенционное лечение боли или хирургическое вмешательство, сопровождаемое госпитализацией или же проведенное в рамках «большой» амбулаторной хирургии.

Рекомендуется использовать общие критерии, разработанные в соответствии со стандартами и рекомендациями Агентства качества Национальной системы здравоохранения. Мадридское общество по лечению боли предлагает специфические показатели оценки качества лечения, представленные в табл. 8.1 [42].

Таблица 8.1. Стандарты качества ОЛХБ

Общие
Среди всех пациентов ОЛХБ должны быть распространены анкеты оценки качества полученных медицинских услуг
Протоколы по оказанию помощи в ОЛХБ должны опираться на рекомендации современных практических пособий, основанные на данных доказательной медицины
Должны быть разработаны алгоритмы для наиболее распространенных в ОЛХБ процедур
Необходимо наличие информационных буклетов для пациента, посвященных медицинским вопросам и описанию наиболее распространенных в ОЛХБ процедур
Все интервенционные процедуры должны осуществляться после подписания пациентом информированного согласия
Необходимо наличие письменных рекомендаций пациенту: о физической активности, о поведении в послеоперационном периоде и др.
Консультация
На первичной консультации в отделении необходимо заполнить полную медицинскую карту, которая включает: персональные данные, страховой анамнез, принимаемые медикаменты, общий анамнез и анамнез боли; полное физикальное обследование, в том числе установление источника боли, неврологическое и ортопедическое обследование
На первичной консультации в отделении должны быть назначены дополнительные необходимые анализы, разработан диагностический подход и временный терапевтический план, о котором пациент должен быть проинформирован
На первичной консультации в отделении должна осуществляться психологическая оценка пациента
На повторной консультации в отделении должны быть оценены дополнительные анализы, установлен диагноз и разработан определенный план лечения, о котором пациент должен быть проинформирован

Выписной эпикриз должен содержать следующие разделы: причина консультации, анамнез болезни, наследственный анамнез, состояние на момент осмотра, данные физикального осмотра, дополнительных исследований, диагноз и план лечения

Отделение располагает протоколами направления и наблюдения пациента совместно с амбулаторными подразделениями системы оказания медицинской помощи больным с ХБС

За каждым пациентом, поступающим в ОЛХБ, закрепляют лечащего врача из числа сотрудников

Отделение должно проводить совместные конференции с клиническими фармакологами для оценки режима применения болеутоляющих средств

ОЛХБ должно предоставлять контактный телефон пациенту, ответы на звонки будут учтены как дополнительная консультация

Время ожидания первичной консультации ниже норматива, рекомендованного IASP (см. табл. 5.3)

Плановая госпитализация и дневной стационар

На первичной консультации госпитализированного пациента в отделении необходимо заполнить полную медицинскую карту, которая включает: персональные данные, страховой анамнез, принимаемые медикаменты, общий анамнез и анамнез боли; полное физикальное обследование, которое включает установление источника боли, неврологическое и ортопедическое обследование

На первичной консультации госпитализированного пациента в любом другом отделении необходимо заполнить полную медицинскую карту, включающую: персональные данные, страховой анамнез, принимаемые медикаменты, общий анамнез и анамнез боли; полное физикальное обследование, в том числе установление источника боли, неврологическое и ортопедическое обследование

На повторных ежедневных консультациях госпитализированного пациента (своего или из другой службы) необходимо оценить динамику состояния пациента, оценить результаты дополнительных исследований, оценить проводимую терапию и проинформировать пациента и его родственников

Выписной эпикриз должен содержать следующие разделы: причина консультации, анамнез болезни, наследственный анамнез, состояние на сегодняшний день, данные физикального осмотра, дополнительных исследований, диагноз и рекомендованный план лечения

Источник: De la Calle et al., 2010, с изменениями.

9. Критерии соблюдения и пересмотра стандартов работы ОЛХБ

Во время подготовки к печати настоящего документа был выявлен недостаток знаний об особенностях организации и работы ОЛХБ внутри системы здравоохранения Испании. Для улучшения этих знаний, являющихся основой для разработки рекомендаций, основанных на данных доказательной медицины по крайней мере на анализе опыта (разработка баз данных пациентов с болевыми синдромами), рекомендуется, чтобы при следующем пересмотре документа дополнительно были затронуты перечисленные ниже темы:

- Системный анализ показателей работы ОЛХБ, который включает в себя набор критериев, рекомендованных в данном документе.
- Проверка ресурсов и набора услуг ОЛХБ Испании в согласии с типологией, установленной в данном документе.
- Информация о стратегиях лечения боли с наилучшим соотношением стоимость/эффективность для выработки рекомендаций о дотациях на ресурсы, основанных на достоверных данных.

Предлагается создание специфической системы подготовки персонала по вопросам лечения боли.

Рекомендуется идентификация элементов, способствующих созданию и управлению многопрофильными отделениями в Национальной системе здравоохранения.

Рекомендуется проведение исследований половых и гендерных особенностей боли [15, 202].

Приложения

Приложение 1. Лечение хронических болевых синдромов в педиатрии³

Хроническая боль у детей: проблема общественного здравоохранения

Опубликованные данные не оставляют повода для сомнений: хроническая боль — распространенная проблема среди детей и подростков [203]. Доступные эпидемиологические исследования подтверждают, что приблизительно 30% детей страдают от хронической боли [204]. Единственное испанское исследование распространенности боли у детей показало, что 37,3% учащихся от 8 до 16 лет страдают от той или иной формы хронической боли [205]. Также подтвержден высокий (до 35%) уровень распространенности скелетно-мышечной хронической боли [206]. Констатируется значимое увеличение скелетно-мышечной боли по сравнению с показателями 40-летней давности, сопоставимые показатели удваиваются или утраиваются по периодам и по возрастам [207].

Следует отметить, что, являясь серьезной проблемой, в большинстве случаев боль не представляет собой единственную трудность для детей и их семей. К сожалению, боль влияет на все сферы жизни ребенка. Исследования показывают, что хроническая боль оказывает влияние на психическое здоровье детей; например, развитие депрессии и/или тревожности, связанных с болью, встречается достаточно часто [208]. Кроме того, эти дети часто пропускают школу и реже участвуют в общественной жизни, чем их сверстники, чувствуют себя более изолированными, непонятыми и менее любимыми, часто имеют проблемы со сном и/или концентрацией внимания, считают себя «обузой» для своих семей и опекунов [209–213]. Хроническая боль — проблема, которая затрагивает не только человека, страдающего от боли, но и все его окружение [214]. Данные о влиянии хронической боли на братьев и сестер детей, страдающих от боли, недостаточны. Несмотря на это, опубликованные исследования показывают, что братья и сестры детей с ХБС находятся в группе риска: у них чаще встречаются проблемы в эмоциональной сфере, ниже

³Приложение подготовлено J. Miró; R. Gálvez и Francisco Reinoso Barbero, координаторами отделения лечения боли у детей Университетского госпиталя Мадрида и Университетского детского госпиталя Лас-Пальмас, Канарские острова.

уровень самооценки, в отличие от детей со схожими характеристиками, имеющих здоровых братьев и сестер [215–217]. Показано, что у родителей, страдающих ХБС, в результате невозможности помогать своим детям чаще развиваются психологические расстройства (стресс, беспокойство или депрессия) [218, 219]. Родители, братья и сестры детей с хроническими болевыми синдромами сообщают о чувстве ответственности, ограничении вовлеченности в общественную жизнь, экономических ограничениях и проблемах в семье, малоприятном ощущении зависимости [220].

Кроме психологического и социального влияния синдрома хронической боли являются причиной серьезных экономических проблем для родителей, так же как и для окружения. Недавнее исследование Slead et al. [221] показало, что в среднем прямые и косвенные расходы на лечение подростка с хронической болью составляет приблизительно £8000 (около €9500) в год.

Несмотря на влияние хронической боли на детей и подростков, до сих пор известно не много о решениях данной проблемы. Неудивительно, что недавно Eccleston и Malleon [222] призвали исправить «позорный недостаток данных о лечении такой распространенной проблемы». Несмотря на то что были опубликованы некоторые контролируемые исследования о лечении, до сих пор не ясно, на какие из многих факторов, порождающих боль, следует в первую очередь обращать внимание. Очевидно, что, если ребенок с хронической болью не отвечает на стандартное лечение, необходимо вмешательство многопрофильной группы специалистов, имеющих образование в сфере лечения боли [223]. Лучшая альтернатива для минимизации влияния хронической боли — начать действовать как можно раньше. Не зря некоторые эксперты считают, что плохо вылеченная боль у детей и подростков может послужить причиной развития ХБС, инвалидизации и проблем с умственным здоровьем пациентов во взрослой жизни [224, 225].

Хотя еще далеко не все лечебные и диагностические методы апробированы у детей и подростков, страдающих ХБС, предполагается, что диагностика и лечение таких детей должны быть многоплановыми и многоуровневыми [214]. Несмотря на свою недостаточность, имеющиеся доступные данные показывают, что одним из лучших решений может служить сочетание мультидисциплинарного подхода с когнитивно-поведенческой терапией [226]. Этот метод не только оказался самым эффективным из существующих, но и способствовал значительному сокращению как прямых, так и косвенных затрат на лечение [227]. Лечение необходимо проводить в специализированных отделениях лечения боли у детей и подростков.

Мультидисциплинарное отделение лечения боли у детей и подростков

Отделение лечения боли у детей и подростков или мультидисциплинарное отделение — место, где занимаются изучением возрастных особенностей болевых синдромов, а также лечением боли у детей. С пренатального периода до подросткового возраста организм претерпевает значительные изменения. Это касается не только физиологических изменений передачи ноцицептивной информации. Необходимо иметь представление об особенностях хронической боли у детей. В 2005 г. IASP опубликовала пособие «Core Curriculum for Professional Education in Pain. Pain in Infants, Children, and Adolescents». В 2004 г. Американская академия педиатрии опубликовала документ «Clinical Report: Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems». Научные сообщества выпустили разные пособия и рекомендации для диагностики и лечения боли у детей и подростков. ВОЗ разработала собственные пособия для лечения боли у детей и подростков.

Отделение лечения боли у детей должно быть адаптировано под возраст пациентов с целью облегчить их адаптацию и взаимодействие со специалистами, работающими в отделении.

Рекомендации IASP для лечения хронической боли у детей и подростков (2005).

- Необходимо понимать, что:
 - хроническая боль для многих детей и подростков сопряжена со страданием, ограниченными возможностями, беспокойством и эмоциональным дискомфортом [228, 229];
 - хроническую боль формирует сочетание разных компонентов: ноцицептивного, нейропатического, психологического, окружения, что требует мультимодального подхода к лечению;
 - боль может существовать длительное время независимо от причины возникновения [230, 231].
- Несмотря на ограниченную доказательную базу (кроме лечения головной боли), психологические методы лечения рассматривают как составную часть лечения боли у детей. Количество исследований, посвященных хронической боли у детей, недостаточно, особенно при сравнении с количеством работ, изучавших эту проблему у взрослого населения [232].
- До сих пор существует множество неизвестных факторов, связанных с психологической терапией и мультидисциплинарными программами лечения хронической боли у детей. Исследования методик лечения боли у детей с головной болью, периодической болезнью, болью при серповидноклеточной анемии или хронической болью, включая го-

ловную, показали необходимость разработки критериев их эффективности [232–241].

- Большинство данных об эффективности болеутоляющих средств в педиатрии экстраполированы из статистики по взрослому населению. Например, эффективность трициклических антидепрессантов или габапентина хорошо установлена у взрослых, тогда как доказательство их эффективности у детей получено из редких описаний случаев из практики [242, 243].
- Дети с хронической болью могут иметь продолжительные нарушения в эмоциональной сфере, включая пониженное настроение, повышенный уровень тревоги и даже соматоформные расстройства [244–246].

Комплекс услуг

Многопрофильное отделение лечения боли у детей и подростков должно иметь возможность выявлять и лечить:

- Хроническую боль, не связанную с органическими поражениями: боль в животе, головная боль, боль в конечностях.
- Онкологическую боль.
- Хроническую неонкологическую ноцицептивную боль: ревматоидный артрит, хронические воспалительные заболевания.
- Хроническую неонкологическую нейропатическую боль: фантомная боль, комплексные региональные болевые синдромы, посттравматические невралгии.
- Хроническую неонкологическую спастическую боль: детский церебральный паралич, врожденные дистонии.
- Хроническую боль, связанную с терминальной стадией болезни, в комплексе программ паллиативного ухода.
- Болезненные состояния, связанные с медицинскими, поведенческими и психиатрическими проблемами, требующими специфического лечения.
- Профилактика хронизации боли посредством программы лечения острой боли в условиях стационара: постоперационная боль, боль при мукозитах.
- Профилактика хронизации боли посредством программы лечения боли, связанной с болезненными диагностическими и терапевтическими вмешательствами в условиях стационара: трепанбиопсия, пункция суставов, люмбальная пункция.

Стандартные методы лечения в ОЛХБ у детей и подростков

- Использование нефармакологических методик обезболивания.
- Глубокая мониторируемая седация.

- Психологическое лечение: когнитивно-поведенческая терапия, гипноз, биологическая обратная связь.
- Введение обезболивающих средств различными способами.
- Стандартная фармакотерапия для улучшения комфорта и качества жизни посредством применения обезболивающих средств, таких как противорвотные, слабительные, седативные средства и психостимуляторы.
- Системная коадьювантная терапия (антидепрессанты, местные анестетики, кортикостероиды, противоаритмические препараты).
- Введение обычных анальгетиков методом контролируемой пациентом аналгезии.
- Региональные и нейроаксиальные блокады.
- Химическая или радиочастотная абляция.
- Катетерные техники введения препаратов: эпидуральное, интраплевральное, паравerteбральное, интратекальное.
- Техники хронической нейромодуляции: имплантация подкожного резервуара, связанного с интратекальным катетером, и имплантация электродов костномозговой стимуляции.

При лечении детей и/или подростков с хронической болью следует учитывать, что:

- Форма выпуска лекарственных препаратов чаще всего не подходит потребностям ребенка, поэтому необходимо прибегать к самостоятельному изготовлению таких препаратов.
- Необходимо знать нормы выписки рецептов и специальные требования к выписке и применению наркотических препаратов для детей согласно пункту 3 Приказа Министерства здравоохранения, социальной политики и равенства от 25 апреля 1994 г.
- Необходимо располагать информированным согласием представителей несовершеннолетних, что установлено в статье 3 Закона 41/2002 от 14 ноября: «Когда несовершеннолетний пациент не способен умственно и эмоционально понять необходимость вмешательства, согласие дает законный представитель несовершеннолетнего после того, как выслушает мнение несовершеннолетнего, если тот достиг 12 лет. Если речь идет о несовершеннолетних старше 16 лет, не признанных недееспособными, то согласие родителей или опекунов не требуется. Однако, если врач предполагает серьезный риск вмешательства, родители должны быть проинформированы, а их мнение учтено при принятии соответствующего решения».
- Необходимо располагать документами, определяющими правильное использование медикаментов, так как инструкции по применению лекарственного препарата часто не рекомендуют его использование для детей и подростков «ввиду недостаточной изученности применения препарата у детей».

- В Законе 41/2002 от 14 ноября, являющемся основным регулятором автономности пациента, в статье 5 главы II, регламентирующей права и обязанности в области предоставления медицинской информации и документации, сказано: «Как и любой другой пациент, ребенок имеет право быть проинформированным в форме, соответствующей его возможностям понимания и адаптированной под уровень его когнитивного развития, если он того хочет». «Пациент будет проинформирован, даже будучи недееспособным, в форме, соответствующей его возможностям понимания, а также путем предоставления информации его законному представителю». Необходимы образовательные программы для семьи, ребенка, специалистов здравоохранения, воспитателей и общественности.

Материальные ресурсы

Структура отделения должна соответствовать нормам, одобренным властями автономий и европейским нормативным актам, например, стандартам ISO 110, 101, 102, 105, касающихся требований к различным помещениям отделения.

Для оказания лечебной помощи детям и подросткам необходимо иметь в наличии адаптированные к размеру и возрасту ребенка расходные материалы (канюли, катетеры, иглы для пункции, зонды и пр.); мониторы витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, неинвазивное измерение АД) и аппараты ИВЛ, необходимые для проведения мониторируемой седации и анальгезии у новорожденных, детей и подростков, а также набор для проведения сердечно-легочной реанимации, оборудованный для вышеуказанной категории населения в соответствии с рекомендациями Испанского общества анестезиологов и реаниматологов (ларингеальные маски, воздуховоды Гведела, ларингоскопы и медицинские препараты, подходящие для всех возрастов, дефибриллятор), расположенный в непосредственной близости от сестринского поста. Также необходимо иметь средства транспортировки пациентов разного возраста, снабженные соответствующей защитой.

В процедурном зале и/или операционной необходимо оборудование для проведения ингаляционной анестезии, а также дополнительный дефибриллятор. Обязательно наличие оборудования для лучевой диагностики (С-дуга, аппарат УЗИ с высокочастотным линейным датчиком), необходимого для контроля положения игл и электродов во время использования интервенционных методов лечения.

Рекомендовано оснастить отделение специфическим оборудованием, используемым для лечения боли (инфузионный насос для проведения обезболивания методом контролируемой пациентом анестезии, насос для

интратекальной инфузии, электроды для периферической нервной стимуляции и эпидуральной стимуляции, генератор для радиочастотной абляции, телеметрический синхронизатор и/или программатор имплантированных устройств и пр.).

В отделении лечения боли у детей должна быть комфортная обстановка: украшения и росписи на стенах, адаптированная для детей разного возраста мебель, игрушки, развлечения, книги и телевизор, а также специальное оборудование для ухода за детьми в зоне приема, консультации и дневного стационара.

Также в основном зале ожидания необходимо наличие комнаты, адаптированной для ухода за новорожденными и детьми грудного возраста, детей и подростков с ограниченными возможностями и оборудованной раковиной, унитазом, подходящими для детей разных возрастов, и отдельной комнаты для переодевания. Кроме того, должно быть выделено отдельное помещение для кормления младенцев.

В консультивном кабинете должна быть мебель, адаптированная для маленьких детей (стол и стулья), и материалы, необходимые для оценки детей с помощью прямых и косвенных субъективных методов: различные шкалы для оценки соответствия возрасту, карты тела, подходящие под разный возраст, бумага для рисования, цветные карандаши. Необходимо наличие фонендоскопа, линейки для измерения роста и весов для новорожденных и младенцев, а также тонометра с манжетками для разных возрастов.

Медицинские кадры

Руководить отделением лечения боли у детей и подростков должен специалист, имеющий дополнительное образование в области лечения боли, предпочтительно с опытом научно-исследовательской деятельности. Если руководитель не отвечает данным требованиям, необходимо назначить заместителя по медицинской части, который возьмет на себя обязанности контроля безопасности и качества медицинских услуг, оказываемых отделением.

Специалисты, работающие в отделении лечения боли у детей:

- Врачи: в зависимости от характеристик отделения лечения боли у детей необходимо наличие сотрудников различных специализаций (педиатры, психиатры, нейрохирурги), занятых по совместительству.

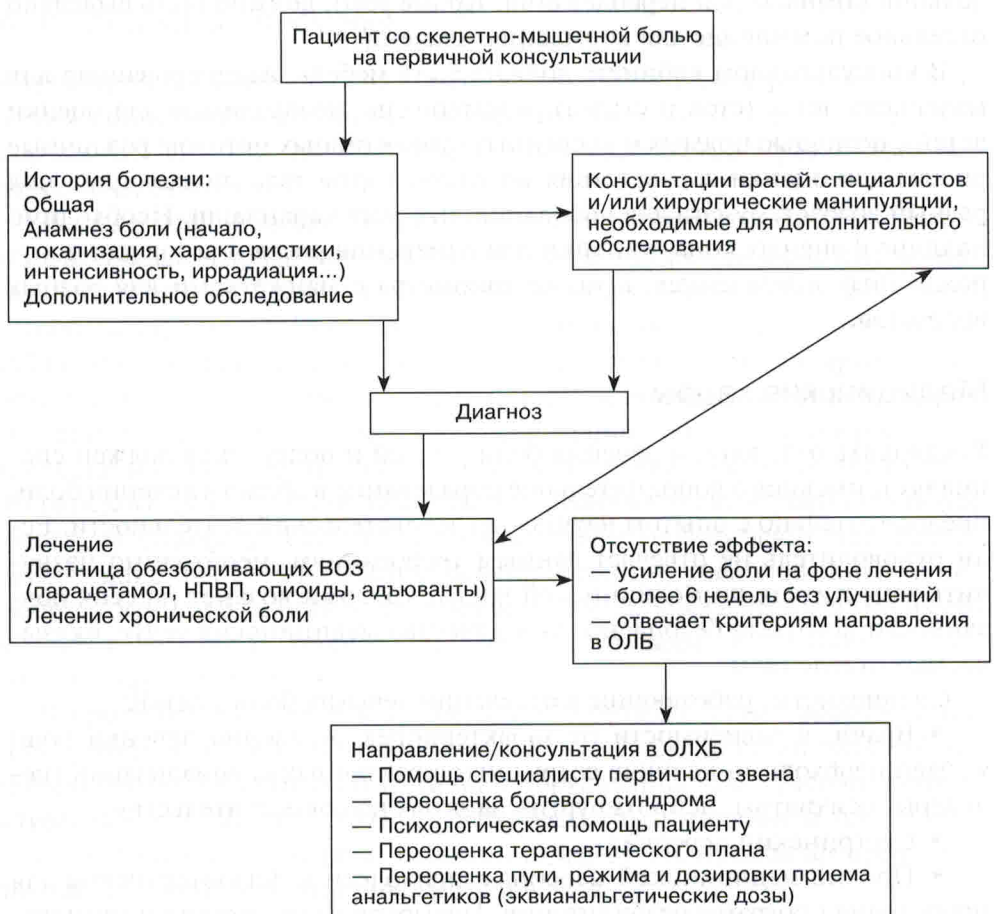
- Сестринский персонал.

- Прочий медицинский персонал: психологи и физиотерапевты для проведения программ реабилитации. Несмотря на отсутствие минимальных требований, они должны соответствовать предлагаемым программам для лечения взрослых.

Приложение 2. Организация помощи пациентам с болью⁴

Пациент, страдающий болевым синдромом, должен быть направлен к специалисту первичного звена для установления причины боли и назначения лечения. Если боль не удается купировать — показана консультация у специалиста ОЛХБ (критерии направления указаны в разделе 5.3). Организация лечения пациента с ХБС на этапе первичного звена оказания помощи представлена на рис. А.2.1.

Рис. А.2.1. Организация лечения пациента с ХБС на этапе первичного звена оказания помощи



⁴Gálvez R. (Ed.). Guía práctica en Atención Primaria. Criterios para la remisión de pacientes a la Unidad del Dolor, 2002, с изменениями.

Приложение 3. Организация ОЛХБ III уровня

В данном разделе приведен пример организации помещений в ОЛХБ III уровня (табл. А.3.1), расположенного в стационаре, рассчитанном на миллион жителей, с возможностью осуществления преподавательской и научно-исследовательской деятельности.

Таблица А.3.1. ОЛХБ III: список помещений

Зона	Помещение	Кол-во	Площадь, м ²	Общая площадь, м ²
Приема и регистрации пациентов	Вестибюль	1	12	12
	Регистратура, секретариат	1	16	16
	Зал ожидания	1	24	24
	Туалеты для посетителей	2	4	8
	Туалет для лиц с ограниченными возможностями	1	5	5
	Зона парковки инвалидных кресел	1	4	4
	Площадь зоны приема и регистрации пациентов			69
Лечебно-консультативная зона	Кабинеты врачей	4	18	72
	Процедурный кабинет/зал для проведения интервенционных методов	2	30	60
	Зал для групповых занятий (психологические методики, оккупационная терапия, обучающие программы)	1	36	36
	Площадь лечебно-консультативной зоны			168
Дневной стационар	Гардероб и туалеты для пациентов	2	6	12
	Палаты дневного стационара	4	9	36
	Площадь дневного стационара			48
Зона сестринского контроля и складские помещения	Сестринский пост и зона контроля состояния больных	1	16	16
	Место для тележки с реанимационным набором (в зоне сестринского поста)	1	3	3
	Манипуляционная	1	8	8
	Помещение для хранения оборудования	1	18	18
	Склад расходных материалов	1	12	12
	Кладовая для белья	1	4	4
	Туалет для персонала	1	6	6
	Помещение для хранения уборочного инвентаря	1	4	4
	Помещение для хранения отходов	1	5	5
Площадь зоны сестринского контроля и складских помещений			76	