



Масько М.В.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Нехирургическое лечение хронической первичной боли в нижней части спины у взрослых в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (согласно руководству Всемирной организации здравоохранения)

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 25.01.2024

Принята: 21.03.2024

Контакты: margovolkova@gmail.com

Резюме

Боль в нижней части спины является одной из самых актуальных проблем здравоохранения, что обусловлено ее чрезвычайной распространенностью и влиянием на трудоспособность, а также связанными с ней социально-экономическими аспектами. Однако только сейчас Всемирной организацией здравоохранения было разработано руководство, в котором рассматривается лечение хронической боли в нижней части спины у взрослых с точки зрения глобального общественного здравоохранения, учитывающего всеобщий охват услугами здравоохранения и различные уровни экономического развития в разных странах. В руководстве рассматриваются 37 вмешательств в пяти различных классах: образование, физические вмешательства, психологические вмешательства, медикаменты, многокомпонентное вмешательство. В результате вынесены 24 рекомендации, одно заявление о надлежащей практике. По 12 вмешательствам не было дано никаких рекомендаций.

В данной статье рассмотрены основные разделы руководства, приведены рекомендации и замечания к ним, проведено сопоставление с документами, регламентирующими оказание медицинской помощи в Республике Беларусь.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, хроническая первичная боль в нижней части спины, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты, руководство ВОЗ



Marharyta V. Masko

Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Non-Surgical Treatment of Chronic Primary Low Back Pain in Adults in Primary Health Care Settings (According to the World Health Organization)

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 25.01.2024

Accepted: 21.03.2024

Contacts: margovolkova@gmail.com

Abstract

Low back pain is one of the most pressing health problems, due to its extreme prevalence and impact on working capacity, as well as related socio-economic aspects. However, it is only now the World Health Organization has developed a guideline that examines the treatment of chronic low back pain in adults from a global public health perspective, taking into account universal health coverage and different levels of economic development in different countries. The guide covers 37 interventions in five different classes: education, physical interventions, psychological interventions, medications, and multicomponent intervention. As a result, 24 recommendations and one statement of good practice were made. No recommendations were given for 12 interventions.

This article discusses the main sections of the guideline, provides recommendations and comments on them, and compares them with documents regulating the provision of medical care in the Republic of Belarus.

Keywords: low back pain, chronic primary low back pain, treatment, nonsteroidal antiinflammatory drugs, WHO guideline

■ ВВЕДЕНИЕ

Боль в нижней части спины (БНЧС) является важной глобальной проблемой общественного здравоохранения, что обусловлено ее чрезвычайной распространенностью, бременем для здоровья и экономическими издержками, связанными с нетрудоспособностью и лечением пациентов [1].

В 2020 году БНЧС наблюдалась примерно у каждого 13-го человека во всем мире, что составляет, по оценкам, 619 миллионов человек; это на 60% больше случаев по сравнению с 1990 годом. За этот же период абсолютная глобальная оценка нетрудоспособности, связанной с БНЧС, увеличилась примерно на ту же величину, что в значительной степени объясняется ростом численности населения и его старением, причем наибольший рост наблюдался в странах с низким и средним уровнем дохода. Эта тенденция может даже усугубиться под влиянием последствий пандемии COVID-19, которые в большом количестве случаев сопровождаются развитием скелетно-мышечной боли [2]. В настоящее время БНЧС является ведущей причиной

нетрудоспособности во всем мире среди людей всех возрастов и обоих полов. С учетом того значительного числа людей, которые имеют БНЧС, особенно важным является то, что эффективная реабилитация при этом состоянии может принести наибольшую пользу как для пациентов, так и для систем здравоохранения в целом [1].

Наиболее часто в клинической практике в дебюте заболевания наблюдаются эпизоды острой БНЧС, которые характеризуются недолговременными периодами нетрудоспособности с минимальной или умеренной функциональной недостаточностью и благоприятным клиническим течением. Однако часто БНЧС приобретает рецидивирующее течение, а острые эпизоды становятся более частыми, в том числе и в пожилом возрасте. У некоторых пациентов также наблюдается сопутствующая боль в ногах, связанная с позвоночником. Если симптомы сохраняются более трех месяцев, то БНЧС характеризуется как хроническая. Хроническая БНЧС часто ассоциируется с ограничением участия в семейных, социальных и трудовых ролях и влечет за собой значительные издержки для семей, сообществ и систем здравоохранения [1].

Среди пожилых людей опыт БНЧС является распространенным явлением и часто приводит к потере физических и умственных способностей (т. е. врожденных способностей). Для многих пожилых людей БНЧС является особенно обременительной, поскольку ограничивает мобильность и, следовательно, способность участвовать в жизни общества, что приводит к психосоциальным последствиям. Это также связано со значительными сопутствующими заболеваниями и более высокой смертностью и тесно ассоциировано со снижением качества жизни, связанного со здоровьем, особенно когда также присутствует боль в ногах. Сопутствующие боли в опорно-двигательном аппарате, потеря подвижности, слабость, падения, недержание мочи и плохой сон являются важными неблагоприятными последствиями для здоровья, взаимосвязанными с хронической БНЧС у пожилых людей [1].

Установлено, что люди, страдающие хронической БНЧС, особенно пожилые люди, с большей вероятностью столкнутся с бедностью, преждевременно уйдут с работы и накопят меньше пенсионного состояния. Нетрудоспособность и ранний выход на пенсию из-за хронических симптомов БНЧС чаще встречаются среди людей с более низким социально-экономическим статусом, что приводит к бедности и неравенству [1].

Распространенность, бремя для здоровья и экономические издержки, связанные с лечением БНЧС, продолжают расти, различия в уходе и пробелы в важнейших знаниях и навыках среди работников здравоохранения сохраняются, а оказание помощи, не основанной на фактических данных, остается обычным явлением [1].

Таким образом, оптимизация клинического ведения людей с хронической БНЧС является текущим приоритетом для государств – членов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

До настоящего времени не было разработано руководства, в котором рассматривалось бы лечение хронической БНЧС у взрослых, и в частности у пожилых людей, с точки зрения глобального общественного здравоохранения, учитывающего всеобщий охват услугами здравоохранения и различные уровни экономического развития в разных странах. Этот пробел был восполнен, ВОЗ было разработано подробное руководство – Руководство ВОЗ по нехирургическому лечению хронической первичной БНЧС у взрослых в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и по месту жительства (далее – руководство) [1]. Данное руководство поддерживает



другие мероприятия по улучшению результатов лечения взрослых с БНЧС, проводимые организацией, а также подход ВОЗ к комплексному уходу за пожилыми людьми в области первичной медико-санитарной помощи – одно из направлений деятельности Десятилетия здорового старения ООН (2021–2030 годы).

Авторы руководства определяют его целевую аудиторию – это медицинские работники всех специальностей, работающие в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и по месту жительства пациентов. В этом контексте предполагается, что руководство является дисциплинарно нейтральным. Подчеркивается, что руководство будет полезно клиническому персоналу, включая врачей, медсестер, смежных медицинских работников, включая хиропрактиков, трудотерапевтов, физиотерапевтов, фармацевтов, психологов и работников общественного здравоохранения, а также руководителям программ и систем общественного здравоохранения.

В ближайшем будущем руководство будет переведено на 6 официальных языков ВОЗ, в том числе русский, и станет доступно для изучения и внедрения в практическое здравоохранение.

В данной статье рассмотрены основные разделы руководства, приведены рекомендации и замечания к ним, проведено сопоставление с документами, регламентирующими оказание медицинской помощи в Республике Беларусь.

■ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) выделяют первичную (MG30.0) и вторичную вследствие основного заболевания, структурного повреждения или деформации (MG30.3–MG30.6) хроническую боль. Хроническая первичная боль в нижней части спины (ХПБ) является подразделом хронической первичной боли в опорно-двигательном аппарате (MG30.02) в соответствии с исходной классификацией хронической первичной боли. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет ХПБ, ранее называвшуюся «неспецифической болью в нижней части спины», как боль, которая сохраняется или повторяется более трех месяцев, связана с эмоциональным расстройством и/или функциональной недостаточностью и не может быть лучше объяснена с помощью другого диагноза, такого как повреждение тканей или патологический процесс [3].

Хроническая вторичная БНЧС возникает из-за установленного основного патологического процесса (например, новообразование, воспалительное заболевание) или структурного повреждения / деформации (например, перелом).

Для целей руководства используется следующее определение ХПБ: ХПБ – стойкая или повторяющаяся боль продолжительностью более трех месяцев, которая достоверно не связана с основным заболеванием или структурным поражением. Аспекты, характеризующие переживание эмоционального расстройства или функциональную недостаточность, в руководстве не рассматриваются.

■ ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РУКОВОДСТВА

В руководстве были рассмотрены пять классов вмешательств для лечения ХПБ у взрослых:

- a) стандартизированное и структурированное образование;
- b) физические вмешательства;
- c) психологические вмешательства;

- d) лекарственные препараты;
е) многокомпонентные вмешательства.

Хирургические вмешательства, инвазивные внутрикостные вмешательства или вмешательства на рабочем месте для людей с ХПБ, мероприятия по первичной профилактике БНЧС, лечение острой БНЧС или вмешательства при хронической вторичной БНЧС не рассматривались.



Карта вмешательств с разбивкой по классам (адаптировано из [1])
Intervention map by class (adapted from [1])

Цветовая маркировка контура вмешательства:
зеленый – условная рекомендация в пользу использования вмешательства; красный – условная рекомендация против использования вмешательства;
желтый – заявление о надлежащей практике;
синий – никаких рекомендаций по вмешательству сделано не было;
серый – не было выявлено никаких или адекватных доказательств для вмешательства, не удалось сформулировать рекомендацию.



Руководство ставит целью ответить на всеобъемлющий вопрос: «Каковы преимущества и вред нехирургических вмешательств для здоровья и благополучия при лечении ХПБ с болью или без в ногах, связанной с позвоночником, у взрослых, включая пожилых людей (60 лет и старше), по сравнению с плацебо, отсутствием вмешательства или обычным уходом в учреждениях первичной медицинской помощи?»

В руководстве рассматриваются 37 вмешательств в пяти классах. В результате вынесены 24 рекомендации, одно заявление о надлежащей практике, по 12 вмешательствам не было дано никаких рекомендаций (см. рисунок).

Экспертная группа основывала свои рекомендации на четырех основных принципах:

1. Целостный и лично ориентированный уход.
2. Справедливость.
3. Уход, не вызывающий стигматизации и дискриминации.
4. Комплексный и скоординированный уход.

Также были сформулированы соображения клинической практики для поддержки интерпретации и воплощения рекомендаций в жизнь. В широком смысле они включают:

- 1) организацию клинического обследования и своевременного направления к врачу;
- 2) предоставление персонализированной информации и консультаций;
- 3) проведение вмешательств, направленных на устранение целого ряда факторов, влияющих на здоровье человека с ХПБ;
- 4) выбор и последовательность вмешательств в соответствии с потребностями и предпочтениями человека с БНЧС.

Что касается лекарственных средств, то экспертная группа выдвинула на первый план свои рекомендации, подкрепив их комментариями о методах безопасного приема лекарств, применимыми ко всем лекарственным средствам, с дополнительным вниманием к опиоидным анальгетикам. Экспертная группа пришла к выводу, что доказательств для вынесения рекомендации в отношении пяти лекарственных средств растительного происхождения и данных о терапевтическом применении трех лекарственных средств (парацетамола (ацетаминофена), бензодиазепинов и фармацевтических препаратов, связанных с каннабисом) не достаточно для того, чтобы сформулировать рекомендации в отношении этих продуктов.

■ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХПБ

Принцип 1. Целостный и лично ориентированный уход

Уход за людьми с ХПБ должен быть основан на целостном и лично ориентированном подходе. Переживание ХПБ происходит в личном и социальном контекстах, которые включают культуру, знания и убеждения, ожидания, историю, окружающую среду, пол, возраст и социально-экономический статус, что требует биопсихосоциального подхода к уходу. Эти личностные и социальные детерминанты следует учитывать при выборе и адаптации вмешательств для лечения ХПБ.

БНЧС возникает у людей в их уникальном личном, культурном и социальном контексте. Опыт человека с БНЧС должен быть узаконен и подтвержден, а содержательное объяснение или диагноз должны предоставляться в рамках рутинных встреч с медицинским работником (-ами) с использованием персонализированных консультаций. Лишь в редких случаях удастся выявить конкретное заболевание

или тканевую причину хронической БНЧС; однако, даже когда конкретная причина не может быть с уверенностью идентифицирована, ощущение боли и ее последствия очень реальны.

Взаимодействие множества факторов способствует возникновению ХПБ и связанной с ней нетрудоспособности. Эти факторы включают уникальные биофизические и генетические факторы, различия в центральной обработке боли, психологические, а также социальные и культурные факторы. Существуют также сложные взаимосвязи между БНЧС и другими сопутствующими заболеваниями, которые могут привести к ухудшению прогноза и более слабому ответу на любое лечение. Вследствие этого необходим целостный, личностно ориентированный и учитывающий все эти факторы подход к оказанию медицинской помощи.

Целостный подход означает, что рассматриваются все аспекты здоровья человека и переживания боли.

Личностно ориентированный подход означает выявление ценностей, предпочтений и приоритетов индивида: на их основе должны быть сформированы все аспекты медицинского обслуживания этого человека, которые будут поддерживать его персонализированные цели в области здравоохранения и жизни [4, 5].

Целостный личностно ориентированный подход следует применять при всех клинических встречах. Необходимо предоставить пациенту время, чтобы изложить свою историю по-своему, выразить собственное понимание своего болевого опыта, обсудить свои цели и предпочтения в отношении лечения и участвовать в принятии решений о лечении и управлении, при этом оставляя достаточно времени для планирования ухода, оказания помощи и последующего наблюдения, чтобы охватить всего человека в целом, в более широком социальном и культурном контексте.

Принцип 2. Справедливость

Уход за всеми людьми с ХПБ необходимо предоставлять на справедливой основе, независимо от возраста, пола, социально-экономического статуса, этнической принадлежности, района проживания, медицинской грамотности и экономического развития их места жительства.

Многие факторы, влияющие на переживание человеком боли, способность обращаться за лечением или следовать рекомендациям по лечению ХПБ, часто коренятся в социальных и структурных детерминантах, неподконтрольных индивиду. Социальные и структурные детерминанты включают предубеждения, стигматизацию и дискриминацию, а также неравенство, связанное с гендерной идентичностью, сексуальной ориентацией, возрастом, этнической принадлежностью, образованием, нетрудоспособностью, социально-экономическим статусом, местом и страной проживания. Такие детерминанты также привели к исключению определенных групп населения из исследований в области здравоохранения.

Подход, основанный на справедливости в отношении здоровья, требует среди прочего четкого признания неравенства в переживании боли и доступе к обезболиванию и самоконтролю. Это требует оценки исследований, методов диагностики, вариантов ухода и поддержки, чтобы убедиться, что они не усугубляют неравенство в отношении здоровья.

Подход, основанный на справедливости в отношении здоровья, направлен на удовлетворение потребностей социально маргинализированных и уязвимых групп



населения, а также потенциальных различий в приоритетах и предпочтениях в лечении людей из разных возрастных, гендерных и социально-экономических статусных групп. Например, в контексте пожилых людей в Глобальном докладе ВОЗ об эйджизме излагаются стратегии борьбы с эйджизмом, которые включают политику и законодательство, образовательные мероприятия и мероприятия между поколениями [5].

Принцип 3. Уход, не вызывающий стигматизации и дискриминации

Оказание медицинской помощи и коммуникация, включая язык/терминологию, в отношении ХПБ должны быть не вызывающими стигматизации, избегать жаргона и не акцентировать внимание на нарушениях или нетрудоспособности.

Если коммуникации с пациентом, его внимание фокусируется на имеющихся нарушениях и повреждении тканей или подчеркивается нетрудоспособность, это может негативно повлиять на выбор лечения и соблюдение рекомендаций по уходу, возможность заниматься самообслуживанием, прогноз и исходы заболевания. Слова, фразы и отношение медицинских работников и других лиц, которые непреднамеренно стигматизируют или отрицательно характеризуют людей с ХПБ, могут негативно повлиять на оказание помощи, а также на результаты в области здравоохранения и социальной сферы. Надлежащий подход к уходу и коммуникации – это такой подход, при котором приоритетное внимание уделяется выслушиванию истории человека и демонстрации сопереживания, подтверждению переживания боли человеком, расширению возможностей и повышению самоэффективности, заверению в нестандартной (т. е. персонализированной) манере в поддержке участия и функциональных целей, согласованных с ценными видами жизнедеятельности [7]. ВОЗ предоставляет краткое руководство по предотвращению эйджизма в общении [8].

Принцип 4. Комплексный и скоординированный уход

Уход за людьми с ХПБ должен быть комплексным и скоординированным на всех уровнях оказания медицинской помощи и среди работников здравоохранения с уделением внимания сопутствующим состояниям и потребностям в социальной помощи, особенно пожилым людям.

ХПБ может влиять на многие аспекты жизни человека, включая его работу, досуг, хобби, семейные и социальные роли и взаимоотношения. Людям, испытывающим ХПБ, может потребоваться доступ к целому ряду вмешательств (мультимодальный или «интегративный» подход к лечению), проводимых различными медицинскими работниками, обладающими определенными навыками, знаниями и опытом для решения каждой уникальной проблемы БНЧС. Компоненты и последовательность оказания медицинской помощи должны быть согласованы совместно с лицом, испытывающим ХПБ (и, при необходимости, с его семьей или лицами, осуществляющими уход). ХПБ часто возникает вместе с другими сосуществующими состояниями физического и психического здоровья и находится под их влиянием. Поэтому люди, страдающие ХПБ, должны иметь возможность активно участвовать в разработке своего плана лечения и делать осознанный выбор в отношении своих собственных вариантов лечения, независимо от их возраста и функциональных ограничений.

Медицинская помощь должна быть доступна во всех учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты и координироваться на всех уровнях здравоохранения с использованием осуществимых механизмов коммуникации и обмена

информацией между многопрофильными медицинскими работниками, которые опираются на существующую инфраструктуру, ресурсы и системы. Этот подход особенно актуален для пожилых людей, которые испытывают ХПБ, им часто приходится обращаться за помощью по поводу множества различных медицинских и социальных состояний к нескольким медицинским работникам. Комплексная и скоординированная помощь важна для предотвращения полипрагмазии и ее неблагоприятных исходов.

Класс вмешательства А

Структурированное и стандартизированное образование

А.1. Структурированное и стандартизированное образование и/или консультации

Рекомендация: структурированное и стандартизированное образование и/или консультационные мероприятия могут предлагаться в рамках оказания медицинской помощи взрослым с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: образовательные вмешательства, оцененные во включенных клинических испытаниях, были структурированы и стандартизированы. Эти типы вмешательств отличаются от предоставления персонализированной информации и консультаций, предлагаемых во время взаимодействия медицинского работника с человеком.

Образовательные мероприятия могут проводиться с использованием различных средств массовой информации (устных, письменных, цифровых) и форматов (индивидуальных или групповых). При принятии решения о способе проведения следует учитывать местные контекстуальные факторы. Пожилые люди, в частности, могут ценить оказание помощи с помощью групповой поддержки или поддержки сверстников.

Как правило, образовательные мероприятия содержат как минимум две образовательные темы, такие как физические упражнения, осмысление опыта ХПБ, принятие эффективной стратегии самопомощи, преодоление боли, эргономические советы.

Образование, в котором подчеркиваются преимущества сохранения физической активности (например, ходьба) и участие в общественной, трудовой и другой значимой жизнедеятельности, особенно важно для людей с ХПБ.

Когда структурированное и стандартизированное образование предлагается людям с ХПБ, его следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать в качестве отдельного вмешательства изолированно).

Класс вмешательства В: Физические вмешательства

В.1. Структурированные лечебные упражнения или программы

Рекомендация: структурированная лечебная физкультура может быть предложена как часть ухода за взрослыми с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу использования, доказательства низкой достоверности).

Замечания: структурированная лечебная физкультура назначается и/или проводится медицинским работником (работниками), в отличие от самостоятельных



упражнений и/или физической активности, таких как программа самостоятельной ходьбы. Что касается физической активности, ВОЗ предоставляет руководящие принципы по физической активности и малоподвижному образу жизни с настоящими рекомендациями для всех детей, взрослых и пожилых людей, включая инвалидов, регулярно заниматься физической активностью [9].

В настоящее время недостаточно доказательств для вывода о том, что один метод выполнения упражнений является более или менее полезным и/или приемлемым, чем другой. При выборе методов физических упражнений работники здравоохранения должны учитывать предпочтения и обстоятельства человека (например, доступность, обеспеченность по цене и социокультурный контекст) при составлении предписаний по физическим упражнениям и участвовать в совместном принятии решений, чтобы определить, какой способ физических упражнений будет значимым и приемлемым для человека с ХПБ.

Предпочтения в отношении метода (-ов) лечения человека с ХПБ также должны соответствовать знаниям и навыкам медицинского работника, назначающего программу, и при наличии разногласий следует рассмотреть вопрос о направлении к другому медицинскому работнику (-ам).

Программы, адаптированные к клиническому профилю пациента (персонализированные), контролируемые (индивидуальное наблюдение, групповое наблюдение или проводимые дома под наблюдением практикующего врача) и поощряющие приверженность к выполнению, как правило, более выгодны.

Физические и умственные способности (т. е. врожденные способности) взрослых с ХПБ, особенно пожилых людей, должны быть тщательно оценены с учетом потенциальной сопутствующей и мультиморбидной патологии, снижения врожденных способностей, сниженной переносимости физических нагрузок и потенциальных нежелательных явлений, особенно в тех случаях, когда программы проводятся без контроля медицинского персонала. ВОЗ предоставляет руководство ICOPE: руководство по лично-ориентированной оценке и путям оказания первичной медико-санитарной помощи, которое включает оценку снижения внутреннего потенциала и управление им [10].

Формат групповых занятий физкультурой может повысить явку, поскольку она способствует социальному взаимодействию и сотрудничеству в обучении, особенно для пожилых людей.

Когда структурированные физические упражнения предлагаются людям с ХПБ, их следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

Пассивное физическое вмешательство

В.2. Иглотерапия (традиционная китайская медицина, иглоукалывание и другие методы сухого иглоукалывания)

Рекомендация: иглорефлексотерапия, такая как иглоукалывание, может быть предложена в рамках лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу использования, доказательства низкой достоверности).

Замечания: следует проявлять осторожность и бдительность при приеме антикоагулянтных препаратов, особенно у пожилых людей, из-за повышенного риска возникновения кровотечения в местах введения иглы.

Медицинские работники, проводящие иглорефлексотерапию, должны обладать глубокими знаниями анатомии и компетенциями для проведения этого вмешательства, чтобы обеспечить безопасное и надлежащее введение игл.

Работники здравоохранения также должны обладать знаниями и компетенцией в области профилактики инфекций и борьбы с ними при проведении иглотерапии. ВОЗ предоставляет стандартные меры предосторожности для профилактики инфекций и борьбы с ними [11].

Иглотерапия, по-видимому, обеспечивает кратковременное облегчение боли и улучшение функций. Когда людям с ХПБ предлагается иглоукалывающая терапия, ее следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

В.3. Спинальная мануальная терапия

Рекомендация: спинальная мануальная терапия (СМТ) может быть предложена как часть лечения взрослым с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: СМТ должна проводиться только медицинскими работниками, прошедшими соответствующую подготовку и обладающими необходимыми компетенциями для безопасного проведения СМТ.

До проведения СМТ требуется выявление любых противопоказаний или состояний, связанных с повышенным риском для СМТ, таких как потеря костной массы (например, остеопороз) или низкоэнергетические переломы у пожилых людей.

Достоверность доказательств пользы у пожилых людей менее очевидна, поэтому при назначении им СМТ следует использовать клинические суждения о вероятном соотношении пользы и вреда.

СМТ, по-видимому, обеспечивает кратковременное облегчение боли и улучшение функций. Если СМТ предлагается людям с ХПБ, ее следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

В.4. Массаж

Рекомендация: массаж может быть предложен как часть лечения взрослым с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: достоверность доказательств пользы для пожилых людей менее очевидна из-за ограниченности фактических данных. Таким образом, при рассмотрении вопроса о массаже для лечения ХПБ у пожилых людей следует использовать клиническое заключение о вероятном соотношении пользы и вреда.

Массаж может обеспечить кратковременное облегчение боли и улучшение функций.

Когда массаж предлагается людям с ХПБ, его следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно). Однако пациенты должны быть проинформированы о потенциальном усилении боли в ближайшей перспективе.



В.5. Вытяжение

Рекомендация: вытяжение не следует использовать как часть рутинного ухода за взрослыми с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация против использования, очень низкая степень достоверности).

В.6. Терапевтический ультразвук

Рекомендация: терапевтический ультразвук не следует использовать как часть рутинного лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация не использовать, доказательства низкой достоверности).

В.7. Чрескожная электрическая стимуляция нервов

Рекомендация: чрескожная электрическая стимуляция нервов (ЧЭСН) не должна использоваться как часть рутинного лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация против использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

В.8. Вспомогательные изделия: поясничные бандажи, ремни и/или опоры, а также вспомогательные средства для передвижения

В.8.1. Рекомендация: поясничные брекеты, ремни и/или подставки не следует использовать как часть рутинного ухода за взрослыми с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация против использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечание: длительное использование этих вспомогательных средств может быть связано с вредом, включая зависимость, боязнь двигаться и нарушение кондиционирования.

В.8.2. Заявление о надлежащей практике: качественные и доступные по цене вспомогательные средства для передвижения должны предлагаться взрослым, включая пожилых людей, с ХПБ, на основе лично ориентированной оценки (заявление о надлежащей практике в пользу использования).

Ключевые соображения. Предоставление вспомогательных средств для передвижения взрослым с ХПБ, включая пожилых людей с ограниченными возможностями, требует обеспечения комплексным обслуживанием, включающим: лично ориентированную оценку, выбор наилучшего продукта, соответствующего потребностям человека, установку продукта и обучение человека тому, как им пользоваться. Также должны быть доступны последующие услуги для повторной оценки потребностей, а также для технического обслуживания и ремонта продукта (-ов).

При выборе вспомогательного продукта (-ов) следует учитывать контекст использования, чтобы определить, подходит ли он по назначению в среде обитания человека. Там, где выявлены инфраструктурные барьеры, их, возможно, потребуется устранить с помощью других приспособлений для окружающей среды (например, пандусов).

Средства, способствующие мобильности, всегда должны предоставляться обученным персоналом. ВОЗ проводит обучение безопасному и эффективному предоставлению вспомогательных средств в рамках своей программы обучения вспомогательным средствам.

ВОЗ подготовлены спецификации вспомогательных средств для целого ряда средств обеспечения мобильности, включая инвалидные коляски, подушки безопасности и средства для ходьбы. ВОЗ и ЮНИСЕФ совместно опубликовали техническое руководство и руководство по наращиванию потенциала для стран в области закупок вспомогательных средств [12].

Класс вмешательства С: Психологические вмешательства

С.1. Оперантная терапия

Определение вмешательства: оперантная терапия направлена на замену поведения, связанного с болью, полезным, здоровым поведением (например, физические упражнения, работа). Основными принципами являются упражнения, рассчитанные на определенное время (т. е. квоты), и поощрение людей с ХПБ повышать уровень своей активности. Этот тип терапии согласуется с поведенческой активационной терапией.

Рекомендация: оперантная терапия может быть предложена как часть лечения взрослым, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: когда оперантная терапия предлагается людям с ХПБ, ее следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

С.2. Респондентная терапия

Определение вмешательства: респондентная терапия направлена на изменение системы физиологического реагирования на боль путем снижения мышечного напряжения с помощью биологической обратной связи, прогрессивной релаксации и прикладного расслабления. Этот вид терапии согласуется с релаксационной терапией.

Рекомендация: нет рекомендаций. Баланс между пользой и вредом респондентной терапии при лечении ХПБ у взрослых, включая пожилых людей, настолько неопределен, что рекомендация не может быть дана (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

С.3. Когнитивная терапия

Определение вмешательства: когнитивная терапия направлена на выявление и модификацию когнитивных способностей в отношении боли и нетрудоспособности. Предполагается, что убеждения о значении боли и ожидания относительно контроля над болью могут быть непосредственно изменены с помощью методов когнитивной реструктуризации, таких как создание образов и переключение внимания.

Рекомендация: нет рекомендаций. Баланс между пользой и вредом когнитивной терапии при лечении ХПБ у взрослых, включая пожилых людей, настолько неопределен, что рекомендация не может быть дана (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).



С.4. Когнитивно-поведенческая терапия

Определение вмешательства: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) основана на многомерной модели боли и фокусируется на уменьшении боли и стресса путем изменения физических ощущений, катастрофического мышления и бесполезного поведения. Лечение может включать в себя обучение многомерному взгляду на боль, выявление ситуаций, вызывающих боль и усугубляющих ее, мыслей и поведения, а также использование стратегий совладания и прикладной релаксации; то есть интеграцию компонентов оперантной, респондентной и когнитивной терапии. В качестве основы КПТ поощряется постановка целей и повышение активности, чтобы уменьшить чувство беспомощности и помочь человеку обрести контроль над своим болевым опытом.

Рекомендация: КПТ может быть предложена как часть лечения взрослым, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: когда КПТ предлагается людям с ХПБ, ее следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

С.5. Терапия снижения стресса, основанная на осознанности

Определение вмешательства: терапия снижения стресса, основанная на осознанности, направлена на снижение стресса путем развития осознанности. Это вмешательство не зависит от каких-либо культурных, религиозных и идеологических факторов, но оно связано с буддийскими истоками осознанности.

Рекомендация: нет рекомендаций. Баланс между пользой и вредом терапии снижения стресса, основанной на осознанности при лечении ХПБ у взрослых, включая пожилых людей, настолько неоднозначен, что рекомендация не может быть дана (нет рекомендаций, доказательства низкой достоверности).

Общие замечания к С.1–С.5: депрессия, тревога, стресс и другие психические состояния являются распространенными сопутствующими заболеваниями у взрослых с ХПБ, но встречаются не у всех людей с ХПБ. Для диагностики и лечения этих состояний требуется лично ориентированная оценка с уважением достоинства.

ВОЗ предоставляет рекомендации mhGAP по различным психологическим вмешательствам, которые могут быть полезны людям с ХПБ и сопутствующими психическими расстройствами в неспециализированных медицинских учреждениях [13].

Класс вмешательства D: Медикаменты

Лекарственные средства, рассмотренные в руководстве, включали 9 фармакотерапевтических средств для системного применения (D.1), фармацевтические препараты, связанные с каннабисом, для терапевтического применения (D.2), инъекционные местные анестетики, вводимые в экстраспинальные мягкие или соединительные ткани в анатомической области нижней части спины (D.3), и 8 лекарственных средств растительного происхождения (D.4).

D.1. Системная фармакотерапия

D.1.1. Опиоидные анальгетики

Рекомендация: опиоидные анальгетики не следует применять в рамках рутинного лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация не применять, умеренная степень достоверности).

Замечания: существуют потенциально серьезные побочные эффекты, связанные с применением опиоидных анальгетиков, такие как зависимость и передозировка.

D.1.2. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Рекомендация: НПВП могут назначаться в рамках лечения взрослых с ХПБ (условная рекомендация в пользу применения, умеренная степень достоверности).

Замечания: НПВП следует использовать/назначать в качестве краткосрочного или периодического варианта лечения, независимо от выбранного класса НПВП и профиля безопасности человека с ХПБ.

Когда НПВП назначаются людям с ХПБ, их следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать в качестве отдельного вмешательства изолированно).

При выборе НПВП следует учитывать химический состав препарата (селективный ингибитор циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) или неселективный НПВП), профиль его побочных эффектов и профиль риска у человека с ХПБ, включая ранее существовавшую почечную недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания, прием других лекарственных средств и предшествующие желудочно-кишечные осложнения. Как правило, неселективные НПВП противопоказаны людям с повышенным риском развития желудочно-кишечных заболеваний. Очень взвешенное решение о клиническом соотношении пользы и риска следует принимать для людей с почечной недостаточностью.

Может быть рассмотрено применение совместно назначенного гастропротекторного средства для снижения риска нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, таких как образование язв или кровотечение.

Пожилым людям с множественными сопутствующими заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания и почечная недостаточность, и которые обычно принимают другие лекарственные средства (например, антикоагулянты), НПВП могут быть противопоказаны. Поэтому назначение лекарства требует тщательного изучения истории болезни пожилого человека, анализа лекарственных средств, тщательного наблюдения и максимально короткой продолжительности лечения.

D.1.3. Антидепрессанты – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (SNRI)

Рекомендация: антидепрессанты SNRI не следует применять в рамках рутинного лечения взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация не применять, низкая достоверность).

Замечания: умеренно повышенный риск нежелательных явлений, связанных с приемом антидепрессантов SNRI, перевешивает предполагаемые небольшие преимущества их использования.



Существуют потенциально серьезные побочные эффекты, связанные с приемом антидепрессантов SNRI у пожилых людей, включая гипонатриемию, ухудшение памяти, желудочно-кишечные расстройства и падения, без доказательств пользы применения этих лекарственных средств.

D.1.4. Трициклические антидепрессанты

Рекомендация: трициклические антидепрессанты не следует применять в рамках рутинного лечения взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация не применять, очень низкая достоверность).

Замечания: потенциальный вред, связанный с приемом трициклических антидепрессантов, перевешивает предполагаемую незначительную пользу.

Существуют потенциально серьезные побочные эффекты, связанные с приемом трициклических антидепрессантов у пожилых людей, включая постуральную гипотензию, падения и делирий.

D.1.5. Противосудорожные препараты

Рекомендация: противосудорожные препараты не следует применять как часть рутинной терапии у взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация не применять, очень низкая достоверность).

Замечания: значительно повышенный риск нежелательных явлений, связанных с приемом противосудорожных препаратов, существенно перевешивает предполагаемую небольшую и краткосрочную пользу.

Вред, связанный с приемом противосудорожных препаратов, может быть более выраженным у пожилых людей. Кроме того, серьезные затруднения дыхания были связаны с применением габапентина у людей с респираторными факторами риска, такими как хроническая обструктивная болезнь легких, сопутствующее применение опиоидов и/или других депрессантов центральной нервной системы, а также у пожилых людей.

D.1.6. Релаксанты скелетных мышц

Рекомендация: миорелаксанты скелетных мышц не следует использовать как часть рутинной терапии взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация не применять, очень низкая достоверность).

Замечания: потенциальный вред, связанный с приемом миорелаксантов, перевешивает предполагаемую незначительную пользу.

Возможны потенциально серьезные побочные эффекты, такие как спутанность сознания, сонливость, падения, связанные с приемом миорелаксантов (баклофен) у пожилых людей, особенно у людей с хроническими заболеваниями почек.

D.1.7. Глюкокортикоиды

Рекомендация: глюкокортикоиды не следует применять как часть рутинного лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация не применять, очень низкая достоверность).

Замечания: потенциальный вред, связанный с длительным применением глюкокортикоидов, перевешивает предполагаемую потенциальную пользу, и этот вред может быть еще более серьезным у пожилых людей.

В тех случаях, когда глюкокортикоиды используются в краткосрочной перспективе у людей с острым приступом ХПБ, их следует назначать в минимально возможной дозе и на максимально короткий срок с планом постепенного прекращения приема.

D.1.8. Парацетамол (ацетаминофен)

Не было выявлено исследований, в которых оценивались бы польза или вред парацетамола (ацетаминофена) при лечении ХПБ у взрослых.

D.1.9. Бензодиазепины

Не было выявлено исследований, в которых оценивались бы польза или вред бензодиазепинов при лечении ХПБ у взрослых.

D.2. Фармацевтические препараты, связанные с каннабисом, для терапевтического применения

Не было выявлено исследований, в которых оценивались бы польза или вред каннабиноидов при лечении ХПБ, основанных на текущих исследованиях Агентства по исследованиям в области здравоохранения и Систематическом обзоре качества (AHRQ) каннабиса при хронической боли.

Экспертная группа сочла важным предоставить рекомендации по использованию парацетамола (ацетаминофена), бензодиазепинов и фармацевтических препаратов, связанных с каннабисом, для терапевтического применения, в частности, учитывая их применение в клинической практике.

Основные рекомендации в отношении парацетамола (ацетаминофена), бензодиазепинов и фармацевтических препаратов, связанных с каннабисом, для терапевтического применения. Прием парацетамола (ацетаминофена) связан с потенциальным вредом для сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта и повышенным риском смертности, особенно у пожилых людей с печеночной или почечной недостаточностью. Хотя парацетамол обычно используется в качестве обезболивающего средства первой линии, имеющиеся данные о его применении при острой БНЧС свидетельствуют о том, что он не превосходит плацебо в уменьшении боли, и нет никаких биологических причин, по которым при БНЧС наблюдался бы другой эффект.

Прием бензодиазепинов связан с потенциальным вредом, включая ухудшение памяти, неправильное использование, смерть от передозировки в результате угнетения дыхания, сонливость, усталость и головокружение, потенциально приводящее к падениям. Другие осложнения длительного применения бензодиазепинов включают развитие толерантности, зависимости и синдрома отмены, особенно после резкого прекращения приема, что может быть опасным для жизни. Незвестная эффективность бензодиазепинов при ХПБ и риск причинения вреда предполагают, что бензодиазепины не являются подходящим лекарством первой линии при ХПБ.

Фармацевтические препараты, связанные с каннабисом, для терапевтического применения вряд ли будут подходящим лекарством первой линии для лечения ХПБ из-за отсутствия прямых доказательств пользы при этом состоянии и свидетельств возможных побочных эффектов, включая вред, связанный с его немедикаментозным применением.



D.3. Инъекционные местные анестетики

Определение вмешательства: инъекционные местные анестетики включают подкожное, миофасциальное или внутримышечное введение анестетиков (лидокаин, артикаин, бупивакаин, хлоропрокаин, мепивакаин, новокаин, ропивакаин и тетракаин) в местные мягкие и/или соединительные ткани в области нижней части спины, между 12-м ребром и ягодичной складкой. Инъекционный препарат доставляется только в экстраспинальные мягкие ткани и не доставляется во внутрикостные структуры, как в случае с внутридискowymi, эпидуральными, интратекальными инъекциями, инъекциями в фасеточный сустав и корешок нерва.

Рекомендация: инъекционные местные анестетики не следует использовать в рамках рутинного лечения взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация не применять, очень низкая степень достоверности).

Замечания: потенциальный вред, связанный с инъекциями местных анестетиков, перевешивает незначительные выгоды, предполагаемые в краткосрочной перспективе.

В некоторых контекстах актуальны соображения, связанные с ресурсами и потенциально негативным воздействием на справедливость.

D.4. Растительные лекарственные средства

Определение вмешательства: ВОЗ определяет растительные лекарственные средства как растения, растительные материалы, растительные препараты и готовые растительные продукты, которые содержат в качестве активных ингредиентов части растений или другие растительные материалы или комбинации того и другого. Для целей руководства растительные лекарственные средства были ограничены растениями или частями растений, используемыми в медицинских целях, которые применяются перорально (внутри) или местно. Это определение не включает растительные субстанции, отдельные химические вещества, полученные из растений, или синтетические химические вещества на основе растительных компонентов.

D.4.1. Кайенский перец для наружного применения (*Capsicum frutescens*)

Рекомендация: кайенский перец для местного применения (*Capsicum frutescens*) может быть предложен в рамках лечения взрослых с ХПБ, включая пожилых людей (условная рекомендация в пользу применения, доказательства низкой достоверности).

Замечания: при местном применении кайенского перца (*Capsicum frutescens*) следует учитывать информацию о возможных побочных кожных реакциях, чтобы люди могли принимать обоснованные решения о принятии этого вмешательства.

Когда людям с ХПБ предлагается местное применение кайенского перца (*Capsicum frutescens*), это следует рассматривать как часть более широкого набора эффективных методов лечения, основанного на биопсихосоциальной оценке (т. е. не предлагать как отдельное вмешательство изолированно).

D.4.2. Коготь дьявола (*Harpagophytum procumbens*)

Рекомендация: коготь дьявола (*Harpagophytum procumbens*) не следует использовать как часть рутинного ухода за взрослыми, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация против использования, очень низкая степень достоверности).

Замечания: небольшие преимущества, если их сопоставить с неизвестным вредом, не благоприятствуют вмешательству.

D.4.3. Ива белая (*Salix* spp.)

Рекомендация: белую иву (*Salix* spp.) не следует использовать как часть рутинного ухода за взрослыми, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация против применения, низкая достоверность).

Замечания: небольшие преимущества, если их сопоставить с неизвестным вредом, не благоприятствуют вмешательству.

D.4.4. Арника бразильская для местного применения (*Solidago chilensis*)

Рекомендация: рекомендаций нет. Данных о пользе и вреде местного применения бразильской арники (*Solidago chilensis*) в лечении ХПБ у взрослых недостаточно для формулирования рекомендации (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

D.4.5. Имбирь (*Zingiber officinale* Roscoe)

Рекомендация: нет рекомендаций. Данных о пользе и вреде имбиря (*Zingiber officinale* Roscoe) в лечении ХПБ у взрослых недостаточно для формулирования рекомендации (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

D.4.6. Белая лилия (*Lilium candidum*) для наружного применения

Рекомендация: нет рекомендаций. Данных о пользе и вреде местного применения белой лилии (*Lilium candidum*) при лечении ХПБ у взрослых недостаточно для формулирования рекомендации (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

D.4.7. Комбинированный растительный компресс для местного применения (*Zingiber cassumunar* Roxb. корневища, *Curcuma longa* L. корневища, *Cymbopogon citratus* (DC.) стеблевые листья и листовые влагалища, *Croton roxburghii* N. P. Balakr. листья, *Tamarindus indica* L. листья, *Citrus hystrix* DC. кожура, *Blumea balsamifera* (L.) DC. листья, *Vitex trifolia* L. листья, камфора)

Рекомендация: нет рекомендаций. Данных о пользе и вреде местного комбинированного растительного компресса в лечении ХПБ у взрослых недостаточно для формулирования рекомендации (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

D.4.8. Комбинированный трансдермальный диффузионный пластырь для местного применения (*Oleum thymi*, *Oleum limonis*, *Oleum nigra*, *Oleum rosmarini*, *Oleum chamomilla* и *Oleum lauri expressum*)

Рекомендация: нет рекомендаций. Данных о пользе и вреде местного комбинированного трансдермального диффузионного пластыря (*Oleum thymi*, *Oleum limonis*, *Oleum nigra*, *Oleum rosmarini*, *Oleum chamomilla* и *Oleum lauri expressum*) в лечении ХПБ у взрослых недостаточно для формулирования рекомендации (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).



Класс вмешательства Е: Многокомпонентные вмешательства

Е.1. Регулирование массы тела

Рекомендации:

1. Медикаментозное снижение массы тела не должно использоваться как часть рутинного лечения взрослых, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация против использования, очень низкая степень достоверности).
2. Немедикаментозное снижение массы тела: нет рекомендаций. Баланс между пользой и вредом немедикаментозного снижения массы тела при лечении ХПБ у взрослых, включая пожилых людей, настолько неоднозначен, что рекомендация не может быть дана (нет рекомендаций, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Замечания: лечение ожирения и непреднамеренной потери массы тела из-за недостаточного питания у пожилых людей важно для их здоровья, но не входит в сферу применения данного руководства.

Избыточная масса тела / ожирение является одним из метаболических факторов риска развития неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Лечение избыточной массы тела / ожирения и управление связанными с ним состояниями, поведенческими или социальными факторами риска, могут быть важны для улучшения здоровья вне рамок лечения ХПБ. С точки зрения общественного здравоохранения поддержание здоровой массы тела важно для здоровья населения.

Контроль массы тела важен для здоровья, физических и умственных способностей пожилых людей с ХПБ, особенно для тех пожилых людей, которые испытывают непреднамеренную потерю массы тела из-за недостаточного питания. ВОЗ в руководстве ICOPe предоставляет рекомендации о том, как комплексно выявлять недостаточное питание и бороться с ним [10].

При снижении массы тела у пожилых людей требуется осторожность из-за потенциального развития побочных эффектов.

Е.2. Многокомпонентная биопсихосоциальная помощь

Рекомендация: многокомпонентная биопсихосоциальная помощь, оказываемая мультидисциплинарной командой, может предлагаться как часть ухода за взрослыми, включая пожилых людей, с ХПБ (условная рекомендация в пользу использования, доказательства с низкой степенью достоверности).

Замечания: многокомпонентная биопсихосоциальная помощь должна охватывать по крайней мере две области биопсихосоциальной модели хронической боли (биологическую, психологическую, социальную) и основываться на личностно ориентированной оценке индивидуальных потребностей с биопсихосоциальной точки зрения.

Фактические данные, рассмотренные для данного руководства, свидетельствуют о том, что многокомпонентная биопсихосоциальная помощь, оказываемая многопрофильной командой, состоящей по крайней мере из двух разных практикующих врачей, полезна, но не исключает потенциальных преимуществ многокомпонентной биопсихосоциальной помощи, оказываемой одним медицинским работником, обладающим необходимыми знаниями и навыками.

■ ЛЕЧЕНИЕ ХПБ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

В Республике Беларусь лечение хронической боли, в том числе ХПБ, регламентируется клиническим протоколом «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» (далее – протокол) [14].

Согласно протоколу основными лекарственными средствами для фармакотерапии слабой боли являются парацетамол и НПВП. Основными лекарственными препаратами для фармакотерапии умеренной боли являются слабый опиоидный анальгетик трамадол и сильные опиоидные анальгетики в низких дозах: тапентадол, оксикодон + налоксон, морфин, гидроморфон, фентанил. Для фармакотерапии сильной боли используют сильные опиоидные анальгетики. Также в протоколе обозначено место адъювантных лекарственных средств – облегчение боли, которую не удалось устранить с помощью монотерапии анальгетиками, и (или) уменьшение нежелательных реакций ее лечения (например, уменьшить дозу опиоидных анальгетиков).

Среди адъювантных лекарственных препаратов предлагается использовать миорелаксанты центрального действия, бензодиазепины, глюкокортикоиды, противосудорожные препараты, антидепрессанты.

Немедикаментозным методом лечения боли в протоколе уделяется значительно меньшее внимание.

Согласно протоколу для пациентов с относительно благоприятным прогнозом для жизни крайне важно включать в план терапии боли немедикаментозные методы, расширять физическую активность, использовать возможности психотерапии и методик расслабления. Указывается, что сочетание физической активности, психотерапевтического и медикаментозного лечения называется мультимодальной терапией.

Анализ обсуждаемых в статье документов выявил ряд несоответствий в действующем протоколе, если им руководствоваться при лечении ХПБ в соответствии с руководством ВОЗ. В первую очередь хочется обратить внимание на принцип 4 руководства «Комплексный и скоординированный уход», который в дальнейшем транслируется в каждой рекомендации. Экспертами неоднократно подчеркивается важность назначения целого набора одобренных вмешательств в их индивидуальной комбинации для каждого пациента. Подбор терапии осуществляется на основании биопсихосоциальной оценки пациента. Фармакотерапия не позволяет полностью решить вопрос лечения ХПБ. Значительное внимание следует уделять образованию пациента, физическому и психотерапевтическому воздействию, что требует привлечения специалистов, обладающих специальными знаниями, умениями и навыками.

Фармакологические методы лечения боли, описанные в протоколе, трудно имплементировать в лечение ХПБ в соответствии с руководством. Из всех перечисленных в протоколе лекарственных средств для лечения ХПБ рекомендуется использовать только НПВП. Трехступенчатая модель также трудноприменима, с учетом того, что опиоидные анальгетики не рекомендованы при ХПБ. В протоколе не рассматриваются препараты растительного происхождения, в то время как в руководстве рекомендуется местное применение кайенского перца.



Таким образом, при сопоставлении действующего протокола и нового международного руководства становится очевидной необходимость разработки специального национального протокола для лечения ХПБ, который будет учитывать специфику заболевания и применяемые методы лечения.

Как уже было сказано, единственной группой лекарственных средств, рекомендуемой для лечения ХПБ в условиях первичной медико-санитарной помощи, являются НПВП.

Согласно протоколу выбор НПВП осуществляется эмпирически. Стратегия выбора конкретного лекарственного препарата для длительного применения включает оценку эффективности и безопасности лечения с учетом выраженности обезболивающего действия, избирательности относительно ЦОГ-1 и ЦОГ-2, наличия или отсутствия факторов риска со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек, предпочтения пациента (для лиц, уже принимающих лекарственные препараты в течение длительного времени) [14].

С этих позиций одним из наиболее эффективных и безопасных НПВП является ацеклофенак, представляющий собой производное фенилуксусной кислоты. Механизм действия ацеклофенака заключается в преимущественном ингибировании ЦОГ-2, а также дополнительно в подавлении синтеза воспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-1, фактор некроза опухоли и простагландин E2 [15]. Клиническое действие лекарственного средства проявляется выраженным противовоспалительным и обезболивающим эффектами [16].

Ацеклофенак широко назначается при болях в опорно-двигательном аппарате, связанных с ревматической, дегенеративной и травматической патологией [16]. Многочисленные рандомизированные исследования продемонстрировали эффективность ацеклофенака в снижении боли и улучшении функциональной способности суставов у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в том числе при остеоартрите, ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилите [17].

У пациентов с БНЧС ацеклофенак также продемонстрировал свою эффективность. Рандомизированное двойное слепое многоцентровое исследование с участием пациентов с острой БНЧС (неосложненной острой пояснично-крестцовой болью), страдающих дегенеративными заболеваниями позвоночника, показало, что ацеклофенак в дозе 100 мг два раза в день ($n=100$) превосходил диклофенак в дозе 75 мг два раза в день ($n=105$) с точки зрения обезболивающей эффективности (среднее изменение показателя боли по визуальной аналоговой шкале 61,6 против 57,3 мм; исходный уровень ≈ 79 мм); однако разница в показателях между группами не была клинически значимой [18]. По данным российских исследователей, при лечении ацеклофенаком остеоартрита и БНЧС полное обезболивание наблюдалось у 59,9% пациентов. Нежелательные явления при применении ацеклофенака развились у 2,3% пациентов, других НПВП – от 2,4 до 14,1% [19].

Как уже отмечалось, не менее важным аспектом при выборе НПВП является его безопасность. Применение ацеклофенака характеризуется хорошей переносимостью и приемлемым профилем безопасности [16]. В двух систематических обзорах наблюдательных исследований установлено, что риск желудочно-кишечных осложнений при применении ацеклофенака сопоставим с риском при приеме целекоксиба и ниже, чем при применении традиционных НПВП [20, 21]. При этом следует принимать во внимание то, что риск желудочно-кишечного кровотечения

или изъязвления может усиливаться при одновременном применении НПВП с другими лекарственными средствами (антиагреганты, антикоагулянты, ГКС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) [18].

Известно, что использование НПВП может сопровождаться развитием нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы, почек и кожи [22]. Применение ацеклофенака не связано с нежелательными явлениями со стороны сердечно-сосудистой системы в противоположность цефекоксибу, рофекоксибу и ибупрофену [23]. Учитывая более высокий риск побочных реакций при приеме НПВП у пожилых людей, особенно желудочно-кишечных кровотечений, рекомендовано назначение минимальной эффективной дозы в течение как можно более короткого периода времени [18]. Также необходим регулярный мониторинг на предмет желудочно-кишечных кровотечений и почечной недостаточности на фоне терапии НПВП у пожилых людей [16].

Таким образом, ацеклофенак является НПВП с хорошим профилем эффективности и переносимости у пациентов с болями в опорно-двигательном аппарате. Он не менее эффективен, чем другие НПВП, и имеет более благоприятный профиль безопасности со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Исходя из этого, ацеклофенак может быть одним из лекарственных средств выбора для лечения ХПБ. В Республике Беларусь оригинальный ацеклофенак представлен под торговым названием Аэртал («Гедеон Рихтер»). Аэртал выпускается в двух формах: таблетки и саше. Для фармакотерапии хронических болевых синдромов чаще используют Аэртал таблетки, а для купирования острых болевых синдромов, а также обострения хронических болей наилучшим выбором является Аэртал в лекарственной форме саше, представляющий собой порошок, который перед применением необходимо растворить в 1/3 стакана воды. Дозировка саше аналогична таблеткам – 100 мг, режим дозирования – 2 раза в день.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новое руководство ВОЗ является большим шагом вперед для повышения эффективности лечения ХПБ. Рекомендации, изложенные в руководстве, были сформулированы с точки зрения глобального общественного здравоохранения и предоставления услуг, что позволяет унифицировать и стандартизировать оказание медицинской помощи пациентам с ХПБ. Внедрение и расширение масштабов рекомендаций в разных странах может потребовать их адаптации к местной клинической практике в рамках существующих контекстов и потребностей систем здравоохранения. При адаптации необходимо будет учитывать применимость рекомендаций к местным работникам здравоохранения, доступные модели предоставления услуг и нормативно-правовую базу.

Авторы подчеркивают, что адаптация рекомендаций должна проходить в рамках обсуждения с многочисленными группами заинтересованных сторон, включая политиков, местных работников здравоохранения, профессиональные сообщества, организации гражданского общества и людей с ХПБ и их семьи. Однако его руководящие принципы применимы во всех условиях и контекстах и должны учитываться при уходе за всеми взрослыми, включая пожилых людей, с ХПБ.

Рекомендуемые мероприятия, изложенные в руководстве, предназначены для внедрения странами в качестве набора научно обоснованных вариантов вмешательства у взрослых с ХПБ. В большинстве случаев рекомендуется прекратить рутинное



использование тех вмешательств, для которых была сформулирована рекомендация «условно против». Среди тех вмешательств, в отношении которых была сформулирована рекомендация «условно в пользу», работникам здравоохранения рекомендуется выбирать и упорядочивать вмешательства в соответствии с потребностями и предпочтениями человека с ХПБ, основываясь на его биопсихосоциальной оценке. Учитывая многофакторную и сложную этиологию ХПБ, единичного изолированного вмешательства может быть недостаточно для получения значимой пользы. Поэтому обоснована необходимость предоставления странам полного набора эффективных вариантов вмешательств, из которых работники здравоохранения могут последовательно выбирать и адаптировать необходимые в соответствии с уникальными потребностями и обстоятельствами отдельных лиц, основываясь на их биопсихосоциальной оценке.

Внедрение рекомендаций в реальную клиническую практику требует пересмотра алгоритмов оказания помощи пациентам с ХПБ и разработки национального руководства, посвященного лечению данного состояния. Важной задачей является использование многокомпонентного подхода к лечению, широкого применения физических и психологических вмешательств наряду с рекомендованными медикаментозными методами лечения.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Volkava M., Kundzer A. Postcovid Syndrome: Clinical Manifestations, Therapeutic Possibilities. *Recipe*. 2023;26(2):158–168. doi: 10.34883/Pl.2023.26.2.002 (in Russian)
3. Nicholas M., Vlaeyen J.W.S., Rief W. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160:28–37. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390.
4. The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:15–8. doi: 10.1111/jgs.13866.
5. Hutting N., Caneiro J.P., Ong'wen O.M. et al. Person-centered care for musculoskeletal pain: Putting principles into practice. *Musculoskelet Sci Pract*. 2022;62:102663. doi: 10.1016/j.msksp.2022.102663.
6. World Health Organization. *Global report on ageing*. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/340208>.
7. Belton J., Birkinshaw H., Pincus T. Patient-centered consultations for persons with musculoskeletal conditions. *Chiropr Man Therap*. 2022;30:53. doi: 10.1186/s12998-022-00466-w.
8. World Health Organization. *Quick guide to avoid ageing in communication*. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication>.
9. World Health Organization. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO; 2020. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/336656>.
10. World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: WHO; 2019. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/326843>.
11. World Health Organization. *Standard precautions for the prevention and control of infections: aide-memoire*. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/356855>.
12. World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). *A manual for public procurement of assistive products, accessories, spare parts and related services*. Geneva: WHO and UNICEF; 2020. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/341892>.
13. World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Geneva: WHO; 2016. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/250239>.
14. Clinical protocol "Pharmacotherapy of the main pathological symptoms (syndromes) when providing palliative care to patients (adults) in inpatient, outpatient and home settings". Approved by Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus on September 7, 2022 No. 96. (in Russian)
15. Alvarez-Soria M.A., Herrero-Beaumont G., Moreno-Rubio J. et al. Long-term NSAID treatment directly decreases COX-2 and mPGES-1 production in the articular cartilage of patients with osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16:1484–93. doi: 10.1016/j.joca.2008.04.022.
16. Almirall S.A. *Airtal (aceclofenac) 100 mg film-coated tablets: summary of product characteristics*; 2014. Available at: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/59024/FT_59024.html. (accessed November 6, 2021).
17. Kundzer A. The use of aceclofenac for analgesic and anti-inflammatory purposes in musculoskeletal diseases. *Recipe*. 2022;25(3):269–275. Available at: <https://doi.org/10.34883/Pl.2022.25.3.003>. (in Russian)
18. Iolascon G., Giménez S., Mogyórosi D. A Review of Aceclofenac: Analgesic and Anti-Inflammatory Effects on Musculoskeletal Disorders. *J Pain Res*. 2021;14:3651–3663. doi: 10.2147/JPR.S326101.
19. Karateev A., Pogozheva E., Filatova E. et al. Factors affecting the results of analgesic therapy. Results of the Russian multicentre study of NOTE (NSAID: Open-label Trial of Efficacy). *Ter Arkh*. 2018;90(6):65–73. doi: 10.26442/terarkh201890665-73.
20. Castellsaue J., Riera-Guardia N., Calingaert B. et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf*. 2012;35:1127–46. doi: 10.1007/BF03261999.
21. Massó González E.L., Patrignani P., Tacconelli S., García Rodríguez L.A. Variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum*. 2010;62:1592–601. doi: 10.1002/art.27412.
22. Moore N., Pollack C., Butkera P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Ther Clin Risk Manag*. 2015;11:1061–1075. doi: 10.2147/TCRM.S79135.
23. Trelle S., Reichenbach S., Wandel S. et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:c7086. doi: 10.1136/bmj.c7086.