

УДК 669.296

Ковальова О.В.¹, Вірко В.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-219м

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ БОЛЮ

Принципи роботи міждисциплінарної команди для надання допомоги пацієнтам з хронічним болем мають велике значення. Тільки при комплексному підході роботи можна отримати адекватний результат.

Найчастішою причиною дорсалгії є дистрофічні ураження хребта: остеохондроз з ушкодженням міжхребцевих дисків і прилеглих до них поверхонь тіл хребців; спондиліоз, артрози міжхребцевих або фасеточних суглобів; спондиліт, м'язовий біль та інші.

Міжхребцеві диски змінені у більшості людей у віці старше 50 років.

Більшість сучасних професій не пов'язані з рухом і фізичними навантаженнями. Люди змушені проводити робочий день сидючи або стоячи. І в одному, і в іншому випадку тиск на міжхребетні диски підвищується в кілька сот разів - і так 8 годин поспіль. Саме тому більшість має порушення постави і, як наслідок, біль в спині, яка супроводжує такі захворювання, як радикуліт, а також зміщення міжхребцевих дисків з гризовим утиском, невралгії.

Біль у спині - одне з найбільш давніх захворювань людини, що з'явилося тоді, коли людина почала ходити. Біль у спині, або дорсалгія - клінічний синдром, зумовлений безліччю причин. Больовий синдром спини - важлива ланка неврологічної патології та одна з найбільш частих скарг у загальномедичній практиці. Епідеміологія больових синдромів- одними з найчастіших є біль у спині та м'язовий біль - 56%.

Біль у спині зустрічається приблизно у 40-80% популяції.

У віці від 20 до 64 років він турбує 24% чоловіків і 32 % жінок.

Дорсалгія входить до трійки лідерів серед основних причин тимчасової втрати працездатності.

Збитки, пов'язані із захворюваннями кістково-м'язової системи, за останні роки і складають 1-2,5% валового національного доходу таких розвинених країн світу, як США, Канада, Великобританія, Франція, Австралія.

Проблема має не тільки медичний, але й вагомий соціально-економічний аспект, оскільки найчастіше виникає у людей працездатного віку, що зумовлює, в свою чергу, значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням, а також з погіршенням якості життя даного контингенту хворих.

Проблема надання допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом не втратила своєї актуальності протягом багатьох років і є предметом пильної уваги лікарів усіх спеціальностей. Встановлено, що близько 70% всіх відомих захворювань супроводжується болем. Кожен п'ята працездатна людина страждає від болю. Поширеність хронічного болю (ХБ) в популяції коливається від 2 до 40-49%. За даними ВООЗ, больові синдроми складають одну з провідних причин (від 11,3 до 40%) звернень до лікаря. На думку вітчизняних і закордонних авторів, від 61,8 до 75% пацієнтів, які страждають ХБ, до лікарів не звертаються. Проблема назріла і потребує сучасних методів вирішення. Суть її - потреба суспільства у створенні високоспеціалізованої служби по боротьбі з болем. Питання досі не вирішене в достатньому обсязі. Система надання лікування болю, що зараз існує далеко від досконалості і потребує активних заходів щодо створення більш-менш прийнятною структури. В Європі тільки 2% пацієнтів з хронічним болем спостерігаються фахівцями в клініці болю. При цьому 68% відчувають больові відчуття більше 12 годин на добу, а 95% на тлі проведеної терапії протягом року страждають від помірної або сильної болі.

Лікування хронічного болю в рамках міждисциплінарного підходу, дозволяє інтегрувати можливості різних медичних дисциплін і методів лікування для вирішення проблеми.

Подібна стратегія дозволяє створити адекватний алгоритм, що дозволяє комплексно та достовірно оцінювати генез та розвиток болю і відповідно створювати обґрунтовану програму з лікування, з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта.

Такий підхід дозволяє забезпечити узгоджену безперервну професійну допомогу на кожному етапі лікування болю. Дозволяє оптимізувати обсяг консультативної допомоги та таким чином мінімізувати витрати на лікування.

Поняття міждисциплінарної допомоги передбачає скоординовану роботу фахівців різних медичних спеціальностей, які об'єднують свої можливості для вирішення загальної проблеми - проблеми хронічного болю.

В рамках міждисциплінарного підходу формується командний підхід. Фахівці займаються лікуванням пацієнта з болем системно і комплексно в

тісному співробітництві, а не послідовно, як це було раніше. Міждисциплінарний підхід допомоги пацієнтам з хронічним болем, виходить за рамки фахівців тільки охорони здоров'я і дозволяє задіяти в процесі лікування психологів, фахівців з професійної адаптації, соціальних працівників, фахівців з психофізіологічної адаптації. В програму входять методи немедикаментозної корекції (вплив на рефлекси, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, апаратне лікування з можливостями зворотного біологічного зв'язку і т. д.). Потенційні можливості різних методів, повинні бути максимально використані в рамках програми лікування пацієнтів з хронічним болем в умовах міждисциплінарної взаємодії.

Об'єкт дослідження 38 осіб із міофасціальним больовим синдромом поперекової локалізації. Головна група 18 осіб. У якості контрольної групи, спостерігалися 10 пацієнтів які отримували лікування традиційними методами. Групи були однаковими по віку, статі, лабораторним та клініко-інструментальним показникам. Середній вік хворих дорівнював $52 \pm 3,2$ років.

В основній групі застосовано комплексне лікування на тлі міждисциплінарної взаємодії, яка включає масаж, дихальну гімнастику; рефлексотерапію, суглобову гімнастику з поступовою виробленням певного стереотипу рухів. При лікуванні було задіяно психологів, фахівців з професійної адаптації, соціальних працівників, фахівців з психофізіологічної адаптації. В програму включені апаратні методи лікування з можливостями зворотного біологічного зв'язку.

Ефективність лікування оцінювалася за термінами усунення або зменшення больового синдрому, по тривалості збереження позитивного ефекту.

Критерієм ефективності лікування больового синдрому служила нумерологічна шкала ВАШ. Біль оцінювали до лікування в процесі, та по закінченню по системі 10 балів. Динаміку рухової функції хребта, та його функціональних порушень досліджували на підставі проб Шобера, Савіна, Седіна.

При аналізі стану пацієнтів отримані наступні результати – термін усунення білю в основній групі істотно зменшувалася в порівнянні з контрольною групою. При аналізі віддалених результатів у контрольній групі біль у поперековій ділянці на тлі лікування істотно зменшувалася, але практично не турбувала лише у 20% досліджених. В основній групі практично біль по завершенню лікування не турбувала у 83,3% пацієнтів. Рецидив болю в контрольній групі відбувався в середньому через 3 місяці, в основний через 6 місяців. Треба зазначити, що емоційний стан пацієнтів, суттєво відрізнявся від контрольної групи. В них поліпшувалася формула сну

При комплексному лікуванні болю, методи акупунктури, мануальної терапії і лікувального масажу дозволили отримати більш виражені позитивні

ефекти, в порівнянні з контрольною групою з пацієнтами ідентичними по генезу і характеру болю, порівнянних за статтю та віком. В результаті спостереження, отримані результати щодо застосування акупунктури, яка показала себе ефективним і економічно обґрунтованим методом лікування болю в спині, в порівнянні з контрольною групою.

Міждисциплінарний підхід при лікуванні пацієнтів з хронічним болем демонструють не тільки ефективне усунення больового синдрому, відновлення фізичної активності пацієнтів, а й можливість більш швидкого відновлення працездатності. Міждисциплінарний підхід щодо лікування пацієнтів з хронічним болем дозволяє істотно скоротити, а в деяких випадках дозволить відмовитися від застосування анальгетиків; повернутися до активної трудової діяльності 67% пацієнтам. При стандартному лікуванні, подібний ефект отриманий у 24%. Міждисциплінарний підхід, дозволяє мінімізувати потребу в стаціонарному лікуванні і відмовитися від хірургічного втручання.

Таким чином, міждисциплінарний підхід дозволяє максимально використовувати командний ресурс для лікування хронічного болю. Ефективно поєднання фізичних, фармакологічних і когнітивно-поведінкових стратегій. При реалізації цих програм в умовах міждисциплінарної клініки болю, ефективність лікування суттєво збільшується.

Потенційні можливості різних методів, повинні бути максимально використані в рамках програми лікування пацієнтів з хронічним болем в умовах міждисциплінарної взаємодії.

Негативний вплив гіподинамії, професіональних навантажень можливо мінімізувати при використанні сучасних комплексів реабілітації.