



ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С. В. Гапанович, председатель общественного объединения медицинских работников «Белорусское общество изучения боли», врач — анестезиолог-реаниматолог УЗ «Могилевская больница № 1» (модератор):

— Уважаемые коллеги, дискуссия посвящена организационным вопросам медицины боли и противоболевого сервиса в Республике Беларусь. В нашей стране по сравнению с другими странами данное направление пока развивается не очень активно. В первую очередь затронем основные вопросы организации подобного направления.

Ориентируясь на мировой опыт существования противоболевой помощи, нужно ответить на некоторые важные вопросы. Каким образом будет проводиться подготовка врачей-алгологов (специалистов по лечению боли) в нашей стране, на каких стандартах, принципах она должна базироваться? Какие шаги необходимо сделать в первую очередь, чтобы начать формировать структуру противоболевой помощи.

В дискуссии принимают участие представители науки, которые обозначат в своих выступлениях, чем научные работники и специалисты-практики могут помочь друг другу в развитии этой темы.

По итогу беседы хотелось бы сформировать «черновой» вариант стратегии развития медицины боли и противоболевого сервиса в Республике Беларусь и определиться с реализацией конкретных шагов.

Уверен, что в этом нам поможет опыт коллег из Российской Федерации, других стран ближнего и дальнего зарубежья, который может стать примером для собственного развития.

Начать я предлагаю гостю из Российской Федерации Михаилу Львовичу Кукушкину. Поделись, пожалуйста, своим видением структуры противоболевой помощи в России. Какие у вас существуют проблемы и перспективы развития направления? Как лучше выстроить подобную систему в нашей стране?

М. Л. Кукушкин, зав. лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии, руководитель РОИБ, доктор медицинских наук, профессор:

— Основная трудность, которая возникает при организации противоболевой службы на первом этапе, — это ваше личное согласие с тем, что нужно сделать. В Российской Федерации существует отдельное направление, которое называется паллиативной медициной. Несмотря на то что специальности врача паллиативной помощи у нас как таковой нет (но есть специализированные кабинеты, система и финансирование), это все еще считается отдель-

ным направлением. Также сформировалось направление реабилитации — службы, которая пытается создать похожую на западную систему, связанную с оказанием реабилитационной помощи, начиная с операционного стола. При этом всегда остается вопрос: «А чем в данном случае реабилитационная служба отличается от лечебной службы?» Врач-реабилитолог оценивает реабилитационный потенциал человека и, соответственно, вмешивается в лечебный процесс на каждом этапе, который ведут ревматологи, неврологи, кардиологи, анестезиологи и т. д. К этому перечню можно добавить и врачей-физиотерапевтов. В Российской Федерации есть попытки создать организацию, которая специализируется на хронических неонкологических болевых синдромах. Акцентирую ваше внимание на том, что это не паллиативная помощь, не реабилитационные программы, а совершенно самостоятельное направление, которое будет использовать элементы любой клинической дисциплины для того, чтобы поставить больного с хронической неонкологической болью на ноги. В связи с этим возникают проблемы. Первая проблема — это финансирование. В 2019 г. обсуждался этот проект в рамках Национальной медицинской палаты, потом в рамках комиссии при Государственной Думе. Со стороны государства этот вопрос остался в подвешенном состоянии из-за ковида, СВО и других причин. Поэтому в настоящее время такой вид службы существует в виде частной практики. Важно, чтобы было понимание того, что врач противоболевого кабинета занимается нетрадиционными методами лечения боли. Это специалист, который имеет первоначальную подготовку, он может осуществлять маршрутизацию больных с хроническими болевыми синдромами. Иными словами, специалисту первичного звена нужно учиться видеть свою проблему.

В Санкт-Петербурге на Съезде терапевтов Северо-Западного округа обсуждалась проблема хронической боли в спине. Врачи откровенно говорят, что 12 минут, которые выделяются на осмотр пациента, недостаточно для проведения дифференцировки. Поэтому нужно подумать, как сильно будет отличаться конечный диагноз пациента в зависимости от того, в какую инстанцию он обратится за помощью. Если первичным звеном будет кабинет поликлиники, где работает терапевт, получивший специализацию по медицине боли, и он сможет определить проблему неспецифической боли в спине, то у него получится ее эффективно копировать и лечить. С экономической точки зрения такой путь более выгодный, чем подготовка врачей-алгологов, как, например, в Израиле. Переквалифицировать в алголога можно таких

врачей, как анестезиолог и невролог. Невролог для этого необходимо пройти обучение по интервенционным методам лечения. После этого он станет специалистом-универсалом и сможет использовать эти методики. Если мы говорим про анестезиологов, то эти специалисты у нас в стране не ставят диагнозы, они устраниют боль. Поэтому необходимо заниматься обучением врачей разных специальностей. Если государство поймет, что есть необходимость в формировании данной службы, выделит бюджет на содержание противоболевого кабинета для онкологических пациентов, то прием пациентов в них будет осуществлять любой доктор, осведомленный в диагностике. Второй этап — это стационарное отделение, потому что тех же больных с компрессионными радикулопатиями иногда требуется госпитализировать. Естественно, госпитализация будет осуществляться в неврологическое отделение, однако более эффективно создать специализированную клинику. Третий этап — это специализированные центры, где уже работают специальные бригады, врачи разных специальностей на консультативной или постоянной основе в зависимости от бюджета и нагрузки. Именно они обеспечивают всю ту программу, которая относится к реабилитационным мероприятиям. Как мы помним, весь 2023 г. был посвящен методам интеграционной терапии больных с болевыми синдромами, то есть комплексной терапии, которая включает в себя всю возможную методологию. Все, что связано с нефармакологическими методами. Сюда же можно добавить психиатров и психологов. Эта тройственная структура отчасти скопирована с бельгийского варианта, и, на мой взгляд, в нынешних условиях это самый эффективный путь формирования противоболевой службы.

С. В. Гапанович:

— Спасибо большое, Михаил Львович. Какие базовые знания специалистам по лечению боли необходимы, и сколько должно занимать такое обучение?

М. Л. Кукушкин:

— Процесс обучения в настоящее время — это отчасти задача врача-специалиста. Если он хочет владеть теми или иными методиками, соответственно, он будет учить. Но есть еще такая вещь, как профессиональные стандарты, которые определены Министерством труда и получили экспертную оценку. Врач-невролог не может заниматься традиционными методиками терапии больных и болевыми синдромами, не может проводить локальную и перидуральную терапию. Соответственно, если такой доктор проходит курс повышения квалификации по интервенционным методам терапии, то это никак не легитимирует деятельность врача перед юридическими органами. Если произойдет какой-либо конфликт, то специалиста накажут. Поэтому анестезиологи организуют курсы, на которые могут прийти все. Однако реальной такой возможностью обладают только сами анестезиологи и нейрохирурги. Среди других специалистов, которые могут использовать локальную инъекционную терапию, — травматологи и ревматологи. Вследствие этого организуется огромное количество вебинаров, очных школ с разными тематиками, куда приглашают врачей, интересующихся данной проблемой.

Очевидно, что процесс обучения врача-алголога в рамках вузовских программ абсолютно не реален. Каждая кафедра обучает по своим утвержденным программам. Я веду к тому, что создать ординатуру алгологии невозможно, потому что нет специальности, а создавать эту специальность в современных



реалиях сложно и дорого. Жизнь требует практической помощи, в принципе, поэтому мы и занимаемся обучением врачей разных специальностей. Ведь врач должен знать, что, например, при диагнозе неспецифической боли в спине эта боль может иметь высокий риск хронизации, что в большей степени обусловлено сенситивностью пациента. Процент таких больных составляет более 40 %, их бессмысленно лечить стандартными методами. Вам нужно продумать все эти вопросы и возможные подводные камни заранее.

В 2009 г. в Москве была организована большая конференция по необходимости формирования службы, куда пришли представители Думы, Минздрава, журналисты. Представители Минздрава подтвердили важность и актуальность проблемы, однако отметили отсутствие возможности финансирования такого проекта. Поэтому вопрос всегда начинается с желания государственного аппарата идти навстречу. Российская Федерация готова оказать свою поддержку, обо всем рассказать и все показать, но ничего не сдвинется с мертвой точки, пока Министерство не выделит на это средства. Вам нужно заранее продумать всю методологию и организацию тех процессов, о которых говорилось. Добавлю, что в области науки все также определяется финансированием.

Т. Д. Тябут, профессор кафедры кардиологии и ревматологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор (moderatоr):

— У нас есть опыт проведения циклов повышения квалификации для врачей различных специальностей по хронической неонкологической боли в Институте повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения БГМУ. С 2013 г. проводим циклы, на которых знакомим врачей с проблемой боли как таковой, медицинским и социальным значением боли, классификациями, подходами к диагностике и лечению различных типов боли. Есть много недочетов, которые связаны с пробелами в дипломном образовании. Поэтому я согласна с вами, что в настоящее время нет необходимости создавать специальные центры. Но ввести какие-то новые варианты обучения или общие программы, которые будут знакомить с этой проблемой на этапе дипломной подготовки, нужно.

М. Л. Кукушкин:

— Полностью с вами согласен, только есть маленький нюанс, который опять же заключается в финансировании. У нас есть Российская медицинская академия последипломного образования, которая финансируется в зависимости от наличия специальностей. Как только появляются вопросы междисциплинарного характера, то они решаются из внебюджетных средств. Поэтому мы постараемся реализовать все то, что задумали, и записать несколько десятков лекций по проблеме для специализированного цикла в рамках РМАПО. Насколько он будет удач-

ным, пока говорить сложно, но будем пробовать работать таким образом.

О. В. Мычко, врач-онколог, начальник отдела планирования РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Беларусь по паллиативной медицинской помощи (взрослому населению):

— Михаил Львович, у меня есть к вам вопрос: как вы считаете, достаточно ли только фармакотерапии в лечении боли? Удовлетворяет ли вас тот набор лекарственных препаратов для фармакотерапии болевых синдромов, который в настоящее время имеется в России? Я говорю о психотропных, наркотических лекарственных препаратах и неопиоидных анальгетиках. Как вы справляетесь с этой ситуацией, и есть ли у вас какие-то возможности расширения линейки применения анальгетических препаратов при лечении умеренной и сильной боли?

М. Л. Кукушкин:

— Что касается формальной стороны вопроса, то у нас большой ассортимент лекарственных препаратов любого направления. Однако есть свои тонкости. Первое — это приказ Минздрава от 2012 г., в котором говорится, что врачи должны осуществлять эффективную медицинскую помощь начиная с 2022 г. Эффективная медицинская помощь строится на основе двух документов: клинических рекомендаций и тех показаний, которые прописаны в инструкциях к препаратам. Нами были написаны клинические рекомендации по лечению неспецифической боли в спине и компрессионной радикулопатии. Был сформирован клинический протокол. Но то или иное средство, прописанное в рекомендациях, может не войти в этот стандарт терапии, потому что оно не имеет соответствующих показаний.

Большую проблему испытывают и анестезиологи, потому что клинические рекомендации, подготовленные по периодическому обезболиванию, налагаются на формальные нюансы. Все, что делают анестезиологи, даже, например, эффективное купирование компрессионной радикулопатии, «законно», пока не будет жалоб в соответствующие органы. С точки зрения фармакологии, в том числе опиоидной, рынок насыщен. Вся проблема заключается в том, что далеко не всегда они нужны. Нам также требуются нефармакологические подходы, изучению которых посвящен 2023 г. С точки зрения возможностей, тоже всего хватает. Например, наши международные рекомендации по лечению пациентов с неспецифической болью на первый план ставят рекомендацию информирования больного о его режиме, о безопасности в данной проблеме. Дальше указывается целый комплекс фармакологических и нефармакологических методов лечения. С одной стороны, эта проблема кажется формальной, когда нет показаний, с другой стороны, у врачей не всегда хватает знаний для того, чтобы провести дифференцировку и назначить правильно лечение. Если в вашей стране все так же, значит, и проблемы у вас сохранятся такие же.

O. B. Мычко:

— Обучаете ли вы организаторов здравоохранения? Можете поделиться своим личным опытом работы с организаторами здравоохранения среднего звена?

M. L. Кукушкин:

— В свое время Национальную медицинскую палату России формировали как экспертную систему для чиновников Минздрава. Она создавалась для того, чтобы сообщество врачей, приняв некоторое решение, могло повлиять на приказы Министерства. Не могу сказать, насколько хорошо все работает, потому что далеко не все директивы, постановления, решения съездов Нацмедпалатой реализуются. Если говорить о чиновниках среднего звена, то там все зависит от самого человека. Если главврач больницы понимает проблему, то в рамках своего бюджета и оптимизации он может сформировать абсолютно нелегитимный некоммерческий кабинет, в котором будут работать врачи по ОМС, куда могут приходить больные, и им окажут медицинскую помощь. Но это все личная инициатива, остальное находится в определенных рамках.

C. B. Гапанович:

— Вернемся к ситуации в Беларуси. Первое, что хотелось бы обсудить, — это важность проблемы боли. По статистике ВОЗ, в 2023 г. 23 % населения, что составило почти 1 млрд жителей планеты, страдало мигренью. Мы говорим об этом в контексте биopsихосоциальной модели боли. Это комплексная проблема, которую нельзя решить инъекцией и таблеткой. Нужно понимать, что боль оказывает влияние на психологические и социальные функции конкретного человека, поэтому отыскать простое и быстрое решение для ее устранения не получится. Необходимо построить грамотный мультидисциплинарный сервис, который поможет курировать это направление правильно. Правительство и Министерство здравоохранения обязаны организовать доступ пациентов к адекватной противоболевой помощи. Непринятие же подобных мер противоречит этике и нарушает права человека, приходится и далее испытывать страдания из-за подобного воздействия.

В настоящее время Республика Беларусь является частью Всемирной ассоциации по изучению боли, членом Европейской федерации боли (EFIC). Мы также продолжаем принимать участие в инициативах Европейской федерации по изучению данной проблемы. Однако статистика за 2016 г. о распространенности проблемы хронической боли в Европе не имеет вообще никаких данных о нашей стране. Соответствен-



но, справедливо считать, что у нас нет в принципе национального плана по запуску противоболевого сервиса даже на ближайшую перспективу?! Давайте поговорим над его положениями вместе.

В Республике Беларусь 2024 г. объявлен Годом качества. Так почему бы нам не сделать акцент на том, что качество жизни людей (в том числе жизни без боли) для нас, медиков, в приоритете. Нужно проводить исследования по обнаружению боли и ее влиянию на общество в сфере занятости. Разработана версия Международной классификации болезней МКБ-11, которая однозначно указывает на многокомпонентную биопсихосоциальную модель боли. В структуре, которая размещена в бета-версии на сайте ВОЗ, указывается, какое влияние оказывает боль на повседневную жизнь человека, его профессиональную деятельность и т. д. Поэтому Европейская федерация рассматривает внедрение МКБ-11 как один из важных инструментов в эффективном противоболевом сервисе (существует отдельная рубрика в новом классификаторе: MG30 — для диагноза хронической боли).

Считаю, что одним из итогов нашей дискуссии должен стать выход на уровень государственных регулирующих структур, парламента для того, чтобы обозначить наличие проблемы и запустить, возможно, проект государственной программы по развитию противоболевой помощи в республике.

T. D. Тябут:

— В нашей стране, по неофициальной статистике, ориентированной на распространенность заболевания в мире, должно быть примерно 900 тыс. человек, страдающих остеоартритом. Это заболевание, проявляющееся болью. Вот уже когорта, имеющая хронические болевые синдромы различной степени выраженности. Если смотреть по медицинской статистике по обращаемости за прошлый год, то это 230 тыс. человек. Мы несколько лет пытались создать центр лечения боли на базе центра остеопороза, привлекали различных специалистов. Комитет по здравоохранению, к сожалению, поддержки нам оказать не может.

Около 10 лет мы проводим циклы по боли для врачей разных специальностей. И могу сказать, что подготовка в этой области у специалистов практически нулевая. Необходимо определиться, для каких специальностей, на каком курсе нужно вводить учебные программы по боли. Согласна с тем, что необходимо работать с организаторами здравоохранения, поскольку наше ступенчатое обезболивание упирается в выписку лекарственных препаратов на амбулаторном этапе. Может быть, имеет смысл ввести мультидисциплинарные лекции. Уже несколько раз упоминали проблему боли в спине, которая сразу делится на вертеброгенный и невертеброгенный варианты. Но среди вариантов невертеброгенной боли может присутствовать и онкологическая боль. И определить это без мультидисциплинарного подхода очень сложно. Если выносить эти проблемы на государственный уровень, то они сразу же повлекут за собой финансовые траты. Поэтому как преподаватель и практикующий врач могу сказать, что начинать нужно с додипломного обучения проблемам боли.

Дмитрий Викторович, расскажите, пожалуйста, какие сложности в изучении проблемы боли есть в настоящее время? Существуют ли совместные научные российско-белорусские проекты?

Д. В. Тапальский, директор ГНУ «Институт физиологии НАН Беларусь», доктор медицинских наук, профессор:

— Институт физиологии традиционно занимается фундаментальными исследованиями. Мы работаем на доклиническом этапе, проводим испытания в клеточных системах и на лабораторных животных различных фармацевтических субстанций и того, что в перспективе может ими стать. Также мы разрабатываем новые перспективные подходы для купирования болевых синдромов. В настоящее время начинаем изучать и развивать интервенционные методы купирования боли, в том числе при помощи различных физических факторов. Уделяется внимание и высокотехнологичным методам локальной доставки препаратов.

Не так давно анонсировали открытие Центра изучения боли, где как раз будет работать междисциплинарная команда, ориентированная не только на фундаментальные, но и на прикладные исследования. Наша организация может стать центром доклинических исследований различных технологий, запросы сюда должны поступать от РНПЦ и организаций здравоохранения, чтобы различные фундаментальные наработки достаточно быстро получились ввести в клиническую практику. При анонсировании создания центра руководителям и специалистам различных РНПЦ удалось получить хорошую обратную связь. Считаю необходимым наполнить центр реальными делами и проектами прикладной направленности. Я обращаюсь ко всем присутствующим: если у вас есть идеи и предложения, то наш центр готов их реализовать как минимум в виде доклинических исследований. У нас есть много возможностей для этого: лаборатория нейрофизиологии, лаборатория и специалисты для выполнения исследований на кле-

точных линиях, виварий с лабораторными животными, операционная, подготовленные специалисты, которые умеют работать с этими животными.

Т. Д. Тябут:

— В Москве в НИИ нормальной физиологии АМН им. П. К. Анохина проводилось много экспериментальных работ по вопросам, связанным с проблемами боли. Есть ли такая возможность использовать опыт российских коллег? Это может стать темой научных дискуссий. Давайте поговорим о прикладных аспектах.

Александр Михайлович, поделитесь своими взглядами и опытом работы с пациентами с болью.

А. М. Дзядзько, заслуженный врач Республики Беларусь, заведующий отделом анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», доктор медицинских наук, профессор:

— Если углубляться в тему боли, то могу сказать, что гетерогенность болевых синдромов у нас в стране мало обсуждается. Есть большой пласт паллиативных пациентов, пациентов с острой хронической послеоперационной болью. Подмечу, что острая и хроническая боль — это два кардинально разных вида боли, которые нельзя смешивать. По части острой боли многое достигнуто: внедрены новые методики по ее изучению и лечению, получаем эффективные препараты, которые поставляются в том числе и из Российской Федерации. Ранее обсуждалась проблема правильности применения кетамина и лидокаина у пациентов в связи с формальными несоответствиями требованиям Инструкции по применению лекарственных средств. Мы активно применяем эти препараты офф-лейбл, используя возможности назначения *ex consilio*. Более того, концепция мультимодальности анестезиологической защиты привела к тому, что проблема послеоперационной боли в настоящее время носит менее острый характер. Поскольку в дискуссии больше акцентируется внимание на хронических болевых синдромах, то стоит также уделить внимание и социальному фактору проблемы. На мой взгляд, все дискуссии, которые здесь проводятся, предназначены, если использовать медицинский термин, для своего рода сенсибилизации медицинской общественности. Мы многое сделали, но даже самые очевидные вещи все еще приходится разъяснять нашим коллегам через многократное повторение.

В НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии организовано экспериментальное отделение. С этим нам, как ни странно, помог ковид. Помимо всех своих негативных влияний, он стал стимулом для развития многих интересных медицинских направлений. У нас лечились пациенты после тяжелых ковидных инфекций, которых не могли по разным причинам лечить в других учреждениях. В связи с этим государство выделило нам помочь: дали место, ставки для врачей, находились специалисты-энтузиасты. В последующем стали поступать пациенты, для лечения которых одного специалиста мало. Мы привлекли психиатра, и оказалось, что многие болевые синдромы

не нужно лечить различными блокадами, таблетками и т. д., достаточно было поговорить с пациентом. В зависимости от каждого индивидуального случая приглашаются к взаимодействию нейрохирурги, неврологи и др. Такая модель оказалась очень эффективной для реализации на практике. Наше отставание от западных и восточных коллег имеет свои положительные стороны — мы можем проанализировать их ошибки и быстрее двигаться дальше.

Сейчас эта система — одна из лучших в Европе. Можно ознакомиться с теми мероприятиями, которые там реализовывались, и использовать их опыт. Но все равно необходима резолюция о финансовой поддержке. Выделенные средства должны пойти сперва на образовательные мероприятия. Помимо этого, необходимо использовать возможности по прикладному обучению, потому что обучение онлайн не дает необходимого результата.

Т. Д. Тябут:

Павел Андреевич, поделитесь, пожалуйста, своим опытом. Какие подходы к лечению боли, используемые в вашем отделении, можно применить в нашей общей работе?

П. А. Бондаревич, зав. отделением интенсивного ухода, реаниматорной поддержки и лечения боли ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Центра лечения боли:

— У меня сложилось впечатление, что в нашей стране в целом существуют центры лечения боли и квалифицированные специалисты. При необходимости можно направлять пациентов друг к другу и совместно решать проблемы с запущенной ситуацией хронической боли или со сложной клинической картиной у пациента.

Однако у нас есть серьезные проблемы с амбулаторным звеном на начальном этапе и с узкими специалистами, которые могут упускать моменты, приводящие к хронизации боли. Поэтому мне кажется целесообразным начать с обучения на уровне университетов. Ведь не всегда те, кто проходят курсы последипломного образования, действительно заинтересованы в области лечения боли и паллиативной помощи. Если же мы сможем заинтересовать будущих

врачей еще на уровне учебы заниматься изучением этого направления, то у нас точно будет результат.

Несомненно, важны также и специализированные центры. Существует необходимость в специалистах, обучающих непрофильных врачей правильному лечению острой и хронической боли, что может значительно снизить нагрузку на профильные центры. В конечном итоге это может привести к сокращению очередей и обеспечению качественного лечения большого числа пациентов. Без этого создание даже десятков профессиональных центров лечения боли, несмотря на все преимущества, может привести к перегрузке специалистов и некачественному лечению пациентов.

С. В. Гапанович:

— То есть вы поддерживаете идею трехуровневой помощи, начиная от клиницистов, которые находятся «на передовой»? Считаете, они должны курировать основную массу пациентов?

П. А. Бондаревич:

— Да, у нас возникла идея запустить pilotный проект в одном из районов Минска. Основная цель заключалась в обучении врачей общей практики, неврологов и ревматологов, работающих в местных поликлиниках, основным принципам помощи пациентам с болевым синдромом, включая назначение опиоидных препаратов без страха.

Также было предложено включить в этот проект стационарное лечение в условиях нашего медицинского учреждения, так как возможны непредвиденные осложнения. В связи с этим должны проводиться повторное обследование и оценка необходимости инвазивного лечения для пациента. Возможно, это было бы полезно для снижения нагрузки на наших специалистов.

Согласно официальной статистике, наше отделение ежегодно принимает 355 пациентов, из которых 20 % страдают от боли. Каждый специалист проводит примерно 500 консультаций. Хотя в отделении нет официального понятия амбулаторных консультаций, мы ведем статистику сами: откуда пришел пациент, направил ли его комитет и т. д.

Иногда специалисты из других отделений обращаются к нам за помощью из-за проблем с пациентами в стационаре. В этом году мы запустили проект по паллиативным консультациям для пациентов с гемофилией.

А. М. Дзядько:

— Я добавлю, что с точки зрения глобальных вопросов, которые мы обсуждали, возникает проблема, связанная с выделенными 12 минутами на одного пациента. Она, несомненно, несет угрозу всем этим планам.

Т. Д. Тябут:

— Мы настроены на то, чтобы увеличить время первичного приема. Врачу общей практики, терапевту нужно 30 минут на осмотр, на повторный прием — 20 минут. Тогда он сможет решить проблемы пациента. Для этого необходимо разобраться с системой



достаточного количества помощников врача и медсестер. Но, к сожалению, пока реальность такова, что в настоящее время один врач общей практики на два участка и два помощника врача, которые принимают по 80 человек. В таких условиях они только и могут выписать больничный лист, потому что думать о том, что и как лечить, просто нет времени. Если бы такие pilotные проекты могли заработать хотя бы в нескольких районах Минска, то было бы очень хорошо.

Но давайте вернемся к обучению. Мы разговаривали о постдипломном образовании, а что насчет додипломного? Наталья Николаевна, расскажите, пожалуйста, есть ли успехи в обучении молодого поколения?

Н. Н. Усова, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами реабилитации, психиатрии, ФПКиП УО «Гомельский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент:

— Это действительно проблема, решение которой я ищу уже несколько лет, с тех пор как стала заниматься вопросами боли. К нам на занятия по неврологии на IV курсе приходят студенты, которые, казалось бы, изучили физиологию, патофизиологию, но они все еще не имеют достаточного представления о том, что такое боль. Думаю, такая проблема есть в разных медицинских университетах. Для ее решения необходим пересмотр программ по ряду дисциплин с включением вопросов об оказании противоболевой помощи. Мне кажется, хорошей идеей будет внесение вопросов боли в аттестационные программы, поскольку основная задача врача — это облегчение боли. Поэтому, на мой взгляд, додипломная система образования должна представлять комплексную реализацию обучения проблематике боли во всех университетских дисциплинах. Также необходимо обратить внимание на последипломное образование. На кафедре мы реализовали мультидисциплинарный цикл «Боль в спине». Каждый раз мы приглашаем к участию бригаду специалистов: неврологов, фтизиоортопедов, травматологов, онкологов. Таким образом получается мультидисциплинарная команда. Сделаю акцент на том, что здесь уже сами доктора должны быть заинтересованы, к сожалению, мы вряд ли передадим им свою мотивацию. С 2018 г. сотрудники нашего университета проводят в Гомельской области по районам и межрайонным центрам семинары о проблемах боли для врачей.

О. В. Мычко:

— А кто подготовит преподавателей, которые будут обучать врачей на додипломном и последипломном уровне?

Н. Н. Усова:

— Придется самим готовить. Это достаточно большой вопрос.

Т. Д. Тябут:

— Нужно повышать мотивацию к самообразованию, постоянной работе с нормативными документами, а здесь очень важны роль организаторов здравоохранения, в первую очередь начмедов, и, конечно,

личное стремление к знаниям, что в условиях перегруженности врача весьма проблематично.

С. В. Гапанович:

— Для работы в мультидисциплинарной клинике лечения боли необходимо обучаться от 12 до 18 месяцев, согласно статистике многих цивилизованных стран. EFIC четко обозначила набор базовых знаний специалиста по боли в своде рекомендаций European Core Curriculum in Pain Medicine. Такие же программы есть для медсестер, физиотерапевтов и даже для студентов вузов. Зачем нам придумывать что-то новое, если мы можем адаптировать для изучения то, что уже есть в мире. Также есть доступная всем образовательная платформа, которая называется «Академия боли EFIC», где можно получить доступ к огромному количеству записей трансляций съездов, лекций ведущих экспертов со всего мира.

Как анестезиолог могу добавить, что нужно развивать интервенционное лечение боли, оно абсолютно имеет право на жизнь в комплексном сопровождении пациента. В мире уже сформировалась прослойка врачей, занимающихся интервенционными (минимально инвазивными) техниками при хронической боли. Правовая база данного направления у нас до сих пор не урегулирована. В этом, опять-таки, призываю пользоваться международным опытом, где большинство процедур признано эффективными и безопасными при надлежащем исполнении, имеет высокий уровень научной доказательности.

Т. Д. Тябут:

— Это верно, но есть маленький нюанс. Всегда ли такое обучение будет эффективным? Например, сейчас ревматологов обязали провести мастер-классы по внутрисуставному введению лекарственных препаратов. Пришедшие на них врачи посмотрели на преподавателя, подержали в руках датчик ультразвукового аппарата, шприц. Но по возвращении на рабочие места, оказывается, аппарата УЗИ нет, манипуляционная не соответствует требованиям. Прошло немного времени, и получается, что опять необходима помощь, а нужный навык отточить до конца не удалось. Считаю, что необходимо в рамках крупных центров организовать постоянно действующие школы, где будет проводиться обучение, постоянный мониторинг знаний и практических навыков.

С. В. Гапанович:

— У нас уже есть подобный опыт обучения на рабочем месте. В этом году в Могилеве проводили цикл обучений по диагностике и лечению острой и хронической боли. В течение пяти дней коллеги из Могилева и области присутствовали на интервью с пациентом, вместе обсуждали диагностические критерии, тактику ведения, показания и противопоказания к интервенционным процедурам. На одного пациента уходило в среднем около 60 минут. Доктора присутствовали в операционной во время выполнения инвазивных вмешательств.

Хорошей практикой стало проведение обучающих семинаров. В Могилевской области в 2023 г. проведена серия обучающих семинаров по имплементации

клинического протокола фармакотерапии основных патологических синдромов. Посетили пять регионов, куда приглашали организаторов здравоохранения, врачей-клиницистов. В формате дискуссии с аудиторией обсуждались вопросы рациональной фармакотерапии, назначения опиоидных анальгетиков, адьювантов. Уточнялись практические вопросы по заполнению документации, ошибки при выписке, аспекты безопасного применения с позиций пациента и врача. Такая форма обучения (тет-а-тет) очень продуктивна, ее можно рекомендовать к применению в других регионах страны.

Т. Д. Тябут:

— Это хорошая практика обмена опытом, но нужно понимать, сколько времени понадобится для того, чтобы провести обучение во всех регионах. Может быть, имеет смысл подготовить такие группы в областных центрах, а они будут продолжать работу в районах?

Вернемся к научной стороне вопроса. Светлана Георгиевна, расскажите, над чем работает ваша лаборатория, что вы можете предложить практикующим специалистам?

С. Г. Пашкевич, зав. лабораторией нейрофизиологии ГНУ «Институт физиологии НАН Беларусь», кандидат медицинских наук, доцент:

— Одно из направлений нашей лаборатории — нейрофизиология боли. Соответственно, ноцицептивная и антеноцицептивная системы являются основным предметом таких исследований. Например, как вернуть баланс ноцицепции и антеноцицепции при развитии различных патологических процессов. Мы можем моделировать заболевания человека в тестовых организмах, включая участки органов и тканей, или *in vitro*. В настоящее время можем предложить не только стандартные доклинические методы, но и новые решения, которые до нас еще не были разработаны, ведь государственная программа научных исследований «Конвергенция-25» прежде всего предполагает мультидисциплинарный подход. Это работа в сотрудничестве с физиками, врачами, тесное взаимодействие с кафедрами университетов, где происходит непосредственное профессиональное обучение. Например, один из аспектов — это изучение бруксизма. Заболевание сопровождается болями в области лица, височно-нижнечелюстных суставов и их хроническим воспалением, разрушением, а также повышенным стиранием зубов. Поиск фундаментальных закономерностей развития воспалительных процессов позволил актуализировать роль системы тройничного нерва в формировании локальных и систем-

ных ноцицептивных рефлексов (невралгия тройничного нерва, лицевые боли, мигренеподобные состояния, бруксизм). Так, при экспериментальном моделировании воспаления в височно-нижнечелюстном суставе наблюдали гибель нейронов в ядрах тройничного нерва, мозжечке и гиппокампе крыс. Установлено также ухудшение когнитивных функций. Если применить способ лечения на основе малоинвазивной адресной доставки стволовых клеток, то можно отметить восстановление связей между нейронами в структурах головного мозга и, соответственно, снижение негативных эффектов на периферии, что послужило дополнительным обоснованием своевременного назначения противовоспалительного лечения. Такие механизмы мы исследуем в настоящее время совместно с учеными БГМУ. Кроме того, изучаются новые материалы, которые обладают электропроводностью, для создания микроэлектродных матриц,nano- и микроэлектродов, для целенаправленного воздействия на патологические очаги боли и для прекращения реверберации нервных импульсов, обусловленных циркуляцией возбуждения по замкнутому кругу. К материалам, способным это сделать, относится обладающий хорошей биосовместимостью пироуглерод или модифицированный графен.

С 2025 г. будет представлена новая концепция целевой государственной научно-технической программы, государственной программы Союзного государства для поиска, обоснования и внедрения способов купирования болевых синдромов. Индуктором всего может выступить ежегодная конференция, которая могла бы получить статус международной и собирать различных специалистов. Помимо этого, можно было бы осветить некоторые моменты по гармонизации наших и российских стандартов как в разработке и испытании изделий медицинского назначения или лекарств, так и в их продвижении для обеспечения доступности качественных медицинских услуг.

A. M. Дзядько:

— Светлана Георгиевна, а если говорить о прикладных вещах. Например, в нашей республике нет лидокаина, некоторых других препаратов. Есть ли возможность разработать препараты-аналоги?



C. В. Пашкевич:

— Вы правы, в республике есть «Академфарм», УП «ХОП ИБОХ НАН Беларусь», множество профильных институтов в отделении химии и наук о Земле, биологическом и медицинском отделениях НАН Беларусь. И если в этой новой программе будут стоять задачи создать новые целевые обезболивающие препараты или решить иные вопросы импортозамещения, то да, такие возможности в НАН Беларусь есть.

T. Д. Тябут:

— В нашей дискуссии принимает участие врач-эксперт, занимающийся вопросами организации медицинской статистики в стране. Олег Игоревич, пожалуйста, поделитесь результатами, которые уже есть в настоящее время.

О. И. Свизунов, врач-эксперт отдела методологического сопровождения медицинской аккредитации РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения:

— Я как анестезиолог понимаю важность интервенции в концепции биopsихосоциального подхода. Поэтому мне бы хотелось поднять вопрос про регулирование этой интервенции в руках анестезиолога-реаниматолога и невролога.

На кафедре неврологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения БГМУ уже не первый раз проходят курсы по локальной инъекционной терапии, и сейчас большое внимание стали уделять именно блокадам по анатомическим ориентирам. Насколько известно, в ближайшем будущем также планируется проводить обучение в условиях ультразвуковой навигации. Но возникают вопросы безопасности выполнения данных манипуляций. В каких условиях это будет проводиться? Возможна ли реализация терапии согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 50 при развитии системной токсичности местных анестетиков, при развитии анафилаксии? Насколько это будет безопасно? Мне представилась возможность провести диссертационное исследование на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения БГМУ. Была проработана тема «Совершенствование системы организации медицинской помощи пациентам с хроническими неонкологическими синдромами в Республике Беларусь». В основу работы легло анкетирование с применением веб-приложения. Анкета состоит из двух частей. Изначально анкетируемому задается вопрос «Бесспокоит ли вас боль?». Далее, в зависимости от ответа, открывается новое окно с вопросом. Если человек в первом вопросе отвечает «Нет», то его данные сохраняются и система относит его к статистике как человека, не страдающего хронической болью. Если пациент отвечает «Да», то появляется следующее окно, где нужно ответить на различные вопросы, связанные с болью. В данной анкете также есть блок вопросов для врачей, с его помощью можно контролировать уровень их знаний. Это социологический опрос, главной аудиторией которого являются врачи и граждане старше

18 лет. Отмечу, что для врачей и для граждан анкетирование проводится отдельно. Анкета анонимная, поэтому законы Республики Беларусь не нарушаются. Исследование будет включено в программу кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Разработкой приложения, куда будут внесены все эти вопросы, занимаюсь я, оно на 70—80 % уже готово. Пока не обсуждалось, кто будет являться его правообладателем.

T. Д. Тябут:

— Если говорить об эпидемиологических исследованиях в медицине, с его помощью имеет смысл воспользоваться рекомендациями ВОЗ, социологическое исследование проводится с использованием других принципов. Наверное, стоит обсудить дизайн исследования со специалистами в этих областях. Также если эту разработку запускать на более высокий уровень, то ее обязательно нужно согласовать с социологами.

A. М. Дзядько:

— Какая основная цель этого исследования? Констатация ситуации или поиск путей решения в сложившейся обстановке?

O. И. Свизунов:

— Все будет зависеть от той информации, которую мы соберем. Она, может, не будет сильно отличаться от данных Европейской федерации, но я считаю, что у нас в любом случае должна быть своя статистика.

T. Д. Тябут:

Наталья Алексеевна, расскажите о качестве, автоматизации, эффективности работы с болью.

Н. А. Наумовская, психиатр, аспирант неврологического отдела ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»:

— В РНПЦ неврологии и нейрохирургии оказывают различную высокотехнологичную помощь пациентам с хронической неонкологической болью. При общении с пациентами, которые прошли большой путь взаимодействия с хронической болью, мы обнаружили следующие проблемы.

Во-первых, уже говорилось о том, что многие пациенты не получают адекватное обезболивание. Необходимо включить в программы додипломного обучения и последипломного образования вопросы исследования частоты возникновения зависимости при употреблении трамадола и других наркотических анальгетиков по медицинским показаниям при хронической боли, методы ее выявления и коррекции. Это можно сделать и в рамках дополнительного образования. Например, в РНПЦ 20 октября 2023 г. проходил семинар «Диагностика и лечение болевых синдромов в неврологии», где рассматривались разные аспекты проблемы.

Еще одним аспектом назначения адекватной противоболевой терапии является защищенность врача от обвинений в назначении препаратов, которые могут вызвать зависимость. Этую проблему могут решить сбор анамнеза по имеющимся признакам зависимости от психоактивных веществ перед назначением наркотического анальгетика и дальнейшее подписание

формы информированного согласия, в которой пациенту будет предоставлена информацию о том, что эти препараты могут вызвать зависимость в определенном проценте случаев. Такое информированное согласие должно быть утверждено Минздравом и основываться на определенной доказательной базе, которая сейчас вполне доступна.

Уже обсуждалось, что многие врачи незнакомы с постановлением Минздрава Республики Беларусь от 7 сентября 2022 г. № 96 «Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому». Оказание помощи при хронической боли является задачей врачей всех специальностей. Было бы хорошо провести ознакомление с этим протоколом специалистов всех уровней с отчетом о проведенном обучении перед Минздравом или управленими по здравоохранению областей и г. Минска.

Может изменить ситуацию к лучшему введение в перечень критериев оценки качества оказания медицинской помощи, эффективности противоболевой терапии в период госпитализации или за период амбулаторного лечения. Для этого всем пациентам, которые предъявляют жалобы на боль, стоит предложить заполнить краткий опросник. В подобное «анкетирование» можно включить вопросы не только о выраженности боли, но и о ее влиянии на некоторые психосоциальные аспекты жизни пациента.

Хотелось бы дополнить по поводу подготовки профильных специалистов. На мой взгляд, было бы полезно ввести в курс первичной переподготовки психотерапевтов блок обучения когнитивно-поведенческой психотерапии боли. Очень важно, чтобы практикующие врачи других специальностей знали базовые принципы когнитивно-поведенческой терапии боли, поскольку в самом начале взаимодействия с пациентом с острой болью можно повлиять на некоторые аспекты перехода острой боли в хроническую. Для этого врачу необходимо объяснить пациенту причину и прогнозы заболевания. Нужно доступно разъяснить суть дальнейших лечебных мероприятий, правила поведения в различные периоды лечения. После чего пациент должен проговорить своими словами, что он понял, потому что очень часто у пациента возникает искаженное представление о заболевании, и это может быть одной из причин хронизации боли.

Хочется обратить внимание на помощь пациентам с хронической фармакорезистентной невропатической болью. Им может помочь своевременная установка противоболевых систем. Следует прописать в протоколе по лечению хронической боли показания для направления пациентов на высокотехнологичные вмешательства. Кроме того, нам нужна помощь с привлечением альтернативных поставщиков противоболевых систем. Возможно, имеет смысл задуматься о научной программе по разработке отечественного оборудования. Это стало бы большим подспорьем.

O. B. Мычко:

— Если говорить о паллиативной медицинской помощи с позиции медицинских проблем, то 90 % работы в паллиативной помощи — это проблема боли. Основной клинический протокол в паллиативной медицине — это фармакотерапия, потому что 90 % болевых синдромов купируются именно фармакотерапией и только 10 % включают в себя инвазивные и иные методы и методики, которыми мы пользуемся.

Но вернемся к вопросу болевых синдромов. Для того чтобы посчитать, в каком объеме помочь нам необходимо, нужно понять, кто эти пациенты и в каком виде помощи они нуждаются. Исходя из объемов и видов помощи, мы должны определиться, какие нужны ресурсы: образование, обеспечение медицинскими сервисами, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и медицинским оборудованием.

Поговорим о дальнейшей стратегии, о том, куда и как нужно двигаться. Первое, что необходимо сделать, это определить правовое поле, в рамках которого мы работаем. У нас есть приказ, регламентирующий оказание паллиативной медицинской помощи, краткосрочные курсы повышения квалификации. Также хочу отметить достаточность рынка анальгетическими лекарственными препаратами, для работы его достаточно. Напомню, что с 2024 г. заявка на определенные препараты будет формироваться не на уровне районов, а на уровне республики. Я говорю сейчас о психотропных и наркотических лекарственных препаратах в неинвазивных лекарственных формах, потому что непонятно, как в маленьком районе могут сделать заказ трансдермальной терапевтической системы, если там понятия не имеют о том, что это такое. Иногда мы сталкивались с такой ситуацией: назначаем по рекомендации пациенту определенный препарат, а в районе, где он проживает, этого препарата нет.

Что касается онкологической боли, то 90,5 % потребителей паллиативной помощи в республике — это пациенты с онкопатологией. ВОЗ определяет соотношение нуждающихся в паллиативной помощи 60 % / 40 %, где 60 % — это онкобольные, а 40 % — пациенты с неонкологическими заболеваниями. Действительно, основная структура болевых синдромов у этих 40 % — это мышечные и суставные боли. К этому можно добавить и психогенную боль, которая может появиться у пациентов с хроническим прогрессирующими неизлечимым заболеванием. Нам повезло, что в Беларуси есть канцер-регистр онкологических пациентов, благодаря которому мы можем узнать точно, сколько у нас есть онкобольных и какие они. Необходимо отметить, что в структуре этого статистического учета все списки персонифицированы. В этом году в Минздрав внесены предложения по систематизации учета групп наблюдения онкологических пациентов для того, чтобы мы могли четко видеть, сколько групп пациентов нуждается в паллиативной медицинской помощи. Мировая статистика, Европейская ассоциация паллиативной помощи

говорят о том, что в контроле патологических симптомов и прежде всего болевых синдромов нуждается около 55 % пациентов, которые получают активное противоопухолевое лечение, то есть это пациенты, относящиеся ко второй клинической группе. В 2023 г. подлежало наблюдению приблизительно 51,5 тыс. онкобольных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Причем в этой группе пациентов более 70 % нуждается в лечении боли.

Следующий вопрос, который определенно является для меня приоритетным, это обучение. Потому что многие проблемы в лечении и диагностике заболевания начинаются с того, что специалисты не знают, как оценить боль, определить уровень ее интенсивности в баллах. Изначально необходимо начать с пропедевтики: измерить частоту дыхания, пульс, артериальное давление, иными словами, оценить физический статус пациента. В медицинских вузах, к сожалению, обучают лечить болезнь, а не пациента. Поэтому многие врачи нацелены на лечение болезни без учета качества жизни пациента. Остро стоит вопрос обучения преподавателей, которые в последующем будут обучать студентов. Необходимо контролировать уровень наших знаний. Начиная с прошлого года в программы подготовки врачей общей практики, онкологов, интернов, а также в рамках повышения квалификации вопрос лечения боли включен. Но опять же, несмотря на то, что вопрос включен в программу для изучения, нет гарантии, что студент будет использовать это на практике.

Важным вопросом является организация и развитие паллиативной помощи и алгологии, которые должны проходить через программные документы. В настоящее время работает программа «Здоровье населения», поэтому к 2025 г. необходимо предложить Минздраву предварительные наработки того, что мы хотим видеть в этом программном документе. Начинать необходимо с планирования помощи, подготовки специалистов, развития науки, возможности импортозамещения по тем направлениям, которые оговаривались.

Выскажу также свое мнение по поводу создания алгологической службы. Для начала можно создать ее на базе Центра лечения боли Павла Андреевича, например, и сделать из него экспертный центр третьего уровня. Но тогда непонятно, чем займутся другие специалисты на втором уровне в городе Могилеве. Ведь каждый врач все равно будет придерживаться своей специализации. Поэтому перспектива сделать отдельный алгологический центр мне кажется преждевременной.

Упомяну доступность терапии. Сейчас возникают некоторые сложности у врачей из-за того, что они боятся выписывать морфин. Те немногие, кто прошел обучение по лечению болевых синдромов, делают это без страха, но таких специалистов пока немного. Во многих больницах все это делается решением консилиума или путем

согласования с начмедом, у него единственного есть право его выписывать. В настоящее время Витебская область является лидером после Минска по организации данного вида работы. В Могилеве ситуация хуже. К сожалению, не все специалисты знают новые нормативные документы. Последнее изменение в постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 51, регулирующее оборот наркотических и лекарственных препаратов, сократило много бюрократических моментов, минимизировало протоколирование, введение и назначение лекарственных препаратов. Конечно, остаются вопросы, которые требуют нормативной доработки.

С. В. Гапанович:

— Подводя итоги, могу сказать, что проблема есть, она очевидна и ее необходимо решать. Все мы сошлись во мнении, что начинать необходимо с обучения специалистов — как практикующих, так и будущих. Помимо того, что необходимо уметь оценивать боль, нужно еще уметь ее лечить. Согласен с Натальей Алексеевной: нужно «обязать» специалистов оценивать боль, ведь она, по сути, является пятым показателем жизненно важных функций. Также нам нужно развеять миф опиоидофобии, который существует в умах общественности еще с давних времен. Очередная проблема — не совсем ответственное следование уже утвержденным клиническим рекомендациям, несмотря на то, что они являются ценными помощниками в работе каждого врача. Я имею в виду клинический протокол по фармакотерапии у паллиативных пациентов, ведь хроническая боль, по сути, соответствует многим критериям таких состояний. Меня как врача-анестезиолога очень волнует еще и проблема острой послеоперационной боли. Да, наша работа кардинально поменялась после появления морфина для интратекального применения, и это сильно улучшило наши позиции в качестве послеоперационного обезболивания. К сожалению, не успели поговорить о развитии службы острой боли, которая в целом, по-моему, должна функционировать в крупных многопрофильных стационарах, она призвана помогать пациентам с позиции эффективного контроля боли от хирургического стола до выписки. Необходимо больше мероприятий, направленных на приобретение практических навыков, например применение протоколов диагностики и лечения острой и хронической боли при различных состояниях, проведение мастер-классов по инвазивным манипуляциям и т. д. Кроме обозначения проблем необходимо предпринимать конкретные организационные шаги к их решению, и без участия Министерства здравоохранения мы не справимся. Однозначно стоит развивать научные исследования, сотрудничество с Национальной академией наук тому пример. Впереди большой и сложный путь!

Подготовила Е. Кудро
Фото Н. Гелжец