

Мультипрофесійний менеджмент осіб із неспецифічним поперековим болем

Поперековий біль уражає 80% населення світу щонайменше один раз упродовж життя, а 2% звертаються по допомогу до лікаря щодо даної проблеми щорічно. На цю недугу страждає до 25% працездатних чоловіків щороку, а 85-90% популяції віком до 50 років мають дегенеративно-дистрофічні зміни хребта. Майстер-клас «Мультипрофесійний підхід до ведення пацієнтів із неспецифічним поперековим болем» під час XI науково-практичної конференції «Нейросимпозіум», що пройшла 10-12 вересня в Одесі, провів к. мед. н., доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ) Володимир Анатолійович Голик.

«Порочні кола» поперекового болю

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), серед звернень по первинну медичну допомогу по всьому світу зафіксовано 34,3% із приводу вертеброгенної патології, 47,4% — у країнах Європи, з них 57,1% візитів до фахівців-неврологів у Центральній та Східній Європі. Близько 50-60% асимптомних осіб мають дегенеративно-дистрофічні ураження хребта, а 20% — протрузії та кири міжхребцевих дисків. Поперековий біль пов'язаний не тільки з індивідуальними фізичними, а також із психосоціальними та виробничими факторами (Caronna, 2018). Прямі медичні витрати на поперековий біль становлять 11 млрд доларів США на рік, а пов'язані з обмеженнями життєдіяльності та інвалідністю — 43 млрд доларів США на рік (Budway, 2018).

Лектор зазначив, що біль у спині провокує виникнення не одного, а навіть двох «порочних кіл». Одне з них — фізичне (страх болю зумовлює запобігання рухам, ослаблення м'язів внаслідок бездіяльності, біль зі зменшенням активності, подальше запобігання рухам тощо); інше — психологічне (через побоювання болю та запобігання рухам знижується настрій, виникає дистрес, наростає тривога, з'являється відчуття гніву та розвивається депресія). Вочевидь, зазначені кола взаємно обтяжують одне одного.

Відомо, що при болю у спині «червоними прапорцями», які допомагають оцінити стан пацієнта, є:

- наявність супутньої патології;
- спінальні інфекції;
- епідуральний абсцес;
- аневризма аорти;
- корінцева патологія.

Відповідно до статистики, нативну історію неспецифічного поперекового болю (те, що буде, якщо не займатися лікуванням) можна представити наступним чином: протягом двох тижнів одужують 70% пацієнтів, шести — 90%. При цьому в 5% хворих спостерігається формування хронічного болю, і 50% матеріальних витрат на терапію поперекового болю пов'язано саме з даною групою пацієнтів (Deyo, Rainville, 1992; Pengel et al., 2003).

До факторів ризику розвитку поперекового болю відносять (van Tulder et al., 2002):

- індивідуальні: вік, фізична нетренованість, слабкість м'язів спини та живота, куріння;
- психосоціальні: стрес, тривожність, негативний настрій, «больова» поведінка, зниження когнітивних функцій;
- професійні: ручне перенесення вантажів, нагинання, скручування, загальна вібрація, монотонні рухи тощо.

Своєю чергою, факторами ризику хронізації поперекового болю є ті самі групи, але дещо з іншим «наповненням». Зокрема, індивідуальні фактори представлені ожирінням, лікуванням, низьким освітнім рівнем, високим ступенем болю і функціональних розладів. Щодо психосоціальних чинників, до стресу та депресії додається соматизація; до хронізувальних професійних факторів належать незадоволення роботою, недоступність легкої праці після повернення до професійної діяльності, необхідність піднімання вантажів протягом робочого дня.

Отже, теоретично існує можливість впливу на зазначені фактори, але постає питання: «Як саме?».

Реабілітація як стратегія охорони здоров'я

Як зазначив пан Володимир, у XXI ст. відбулося переосмислення стратегій охорони здоров'я. Відомо, що метою превентивної стратегії є запобігання хворобі, лікування — контроль захворюваності, а промоційної, реабілітаційної та підтримувальної тактик — оптимальне функціонування. Саме останні є стратегіями, які виділяє Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) (Наказ МОЗ України від 23.05.2018 р. № 981).

Відповідно до МКФ, стан здоров'я (хвороба, розлад, травма, вік) відбивається на структурі та функціях організму, спричиняючи порушення, що своєю чергою зумовлює обмеження активності (виконання особою завдання або дії) та участі (тобто залучення індивіда до життєвої ситуації). На активність також впливають так звані контекстуальні фактори, які являють собою вичерпну довідкову інформацію щодо життя людини. Вони включають два компоненти: фактори навколишнього середовища та особистісні чинники, які можуть мати вплив на людину з певним станом здоров'я та станом, пов'язаним зі здоров'ям.

Врешті-решт складається ситуація, коли лікар самостійно не може забезпечити розв'язання всіх нагальних задач, метою яких є безпосередня участь пацієнта. Це, зокрема, зумовлює необхідність залучення команди спеціалістів з реабілітації.

Отже, реабілітація — «третя стратегія» охорони здоров'я, провідна роль у реалізації якої належить мультипрофесійній команді, тобто такій, що складається з різних фахівців у галузі реабілітації (ВООЗ, 2001).

Мультипрофесійна команда та міждисциплінарний підхід

Доповідач зауважив, що «Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі», презентація третього видання якої відбулася у Києві в березні 2018 р. під час Генеральної асамблеї секції та Ради з фізичної реабілітаційної медицини Європейської спілки медичних фахівців (PRM Section & Board of UEMS) і Європейського товариства фізичної та реабілітаційної медицини (ESPRM), визначає фізичну, реабілітаційну медицину як первинну медичну спеціальність, що існує у всіх європейських країнах. Головною метою реабілітації є поліпшення функціонування осіб із обмеженням життєдіяльності.

Водночас МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації, увівши посаду «лікаря фізичної і медичної реабілітації» та окресливши завдання, обов'язки і кваліфікаційні вимоги до нього та інших фахівців із реабілітації (ерготерапевта, фізичного терапевта тощо), що дозволить сформувати мультидисциплінарні реабілітаційні команди та продовжити впровадження у країні доказової реабілітації (Наказ МОЗ України від 13.12.2018 р. № 2331 «Про внесення змін у Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників»).

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини складає індивідуальну програму для кожної особи з обмеженням життєдіяльності з метою проведення проблемно-орієнтованої, пацієнт-центричної реабілітації згідно з реабілітаційним періодом із залученням відповідних фахівців. Окрім того, він організовує командну взаємодію фахівців, що беруть участь у терапевтичному процесі.

Загалом мультипрофесійна команда з реабілітації складається з лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, терапевта мови й мовлення, соціального працівника та реабілітаційної медсестри. Діяльність команди має бути спрямована передусім не на саме захворювання чи травму пацієнта, а на роботу з усунення обмеження функціональності внаслідок патології чи травми. Інакше кажучи, тоді як неврологи займаються терапією хвороб нервової, кардіологи — серцево-судинної системи, геронтологи лікують осіб похилого віку, а педіатри — дітей, лікар фізичної та реабілітаційної медицини опікується усіма категоріями пацієнтів, але його діяльність спрямована саме на функціональне відновлення порушених функцій організму, активності, участі, контекстуальних факторів.

Отже, на думку лектора, лікар фізичної та реабілітаційної медицини відрізняється від представників інших спеціальностей саме метою своєї діяльності, що полягає у забезпеченні функціонування особи за одночасного підтримання тісних зв'язків із фахівцями, що займаються лікуванням органів та систем організму. Тому доцільною є мультидисциплінарна співпраця експертів із фізичної та реабілітаційної медицини та тих, хто представляє інші сфери медицини (травматологів, неврологів тощо).

Медичні втручання у реабілітаційній практиці

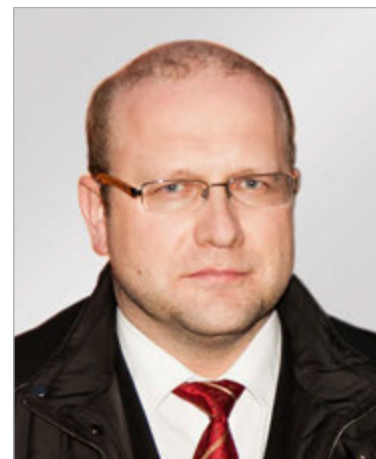
Щодо сфери клінічної компетентності, фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини на практиці мають досить обмежені можливості проведення медикаментозної терапії. Водночас до їхньої компетенції належить усе, що стосується болю, запалення та регуляції м'язового тону.

Відповідно до «Білої книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі», медичні втручання у реабілітаційній практиці — це медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення або поліпшення структур та/або функцій організму, наприклад, знеболювальна та протизапальна терапія, системна регуляція м'язового тону, поліпшення здоров'я кісток, лікування депресії тощо. Також це можуть бути практичні процедури, наприклад ін'єкції (анестетиків, кортикостероїдів, внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти, епідуральні або ін'єкції у тригерні точки, введення ботулотоксину), нейротерапія, регенеративна ін'єкційна терапія (наприклад, пролотерапія з декстрозою, застосування збагаченої тромбоцитами плазми), блокади нервів та інші методи введення лікарських засобів (іонофорез, використання інтратекальних помп для введення баклофену тощо).

Відповідно до МКФ, біль є однією з функцій організму та визначається як неприємне відчуття, що вказує на потенційне або фактичне пошкодження будь-якої структури тіла. Своєю чергою, лікування гострого неспецифічного болю у спині рекомендовано здійснювати за допомогою нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), міорелаксантів, комбінацій міорелаксантів із НПЗП або анальгетиками (*рівень доказовості А*) (Airaksinen et al., 2006).

Важливі аспекти застосування НПЗП

Володимир Анатолійович нагадав присутнім, що показаннями для застосування НПЗП у реабілітаційній практиці є гострий біль (у спині, травми). При цьому важливе значення має як сам факт



В.А. Голик

блокування болю, так і швидкість знеболювальної дії, гарантія стійкості ефекту (відсутність рецидиву / повторного больового епізоду), а також питання безпеки.

У лікуванні неспецифічного болю в спині добре зарекомендували себе препарати ібупрофену — похідної речовини пропіонової кислоти, що чинить анальгетичну, протизапальну та жарознижувальну дію. Вважається, що його терапевтичний ефект є результатом пригнічення ферменту циклооксигенази, що веде до помітного зменшення інтенсивності синтезу простагландинів. Ці властивості забезпечують полегшення симптомів болю та запалення.

Доведено хорошу ефективність високих доз ібупрофену при лямбоішіалгії (1600-2400 мг/добу протягом 14 діб). Він відчутно знижує помірно виразний, тяжкий та дуже тяжкий біль при пересуванні, а також сприяє усуненню обмеження рухової активності, починаючи із третьої доби початку терапії. При цьому в 95% пацієнтів відзначається хороша або дуже хороша переносимість препарату (Baum et al., 1997).

Як відомо, ризик виникнення ускладнень з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), пов'язаних із застосуванням НПЗП, є серйозною проблемою для охорони здоров'я. Але для окремих НПЗП він різний. Так, відносний ризик (ВР) розвитку ШКТ-ускладнень при використанні ібупрофену нижчий, ніж для цілої низки представників класу НПЗП. Зокрема, на підставі результатів метааналізу 28 популяційних досліджень можна стверджувати, що ВР виникнення ШКТ-кровотечі для ібупрофену є меншим за такий для напроксену, кетопрофену, мелоксикаму та диклофенаку.

Також доповідач зазначив, що за даними метааналізу 25 популяційних досліджень ВР розвитку інфаркту міокарда в осіб, які приймають різні НПЗП, нижчий у разі лікування ібупрофеном, ніж еторикоксибом, індометацином, диклофенаком та мелоксикамом. Загалом об'єднаний ВР при використанні ібупрофену є найменшим порівняно з диклофенаком, мелоксикамом, німесулідом, кетопрофеном, напроксеном, індометацином, піроксикамом та кеторолаком (Castellsague et al., 2012).

Сучасним препаратом ібупрофену є **Бруфен** (AbbVie S.r.l., Італія) у формі шипучих гранул, по 600 мг у саше № 30. Перевагами застосування лікарського засобу є:

- форма для швидкого ефекту: препарат у шипучих гранулах діє швидше, ніж у таблетках (інтенсивність гострого болю починає зменшуватися вже через 15 хвилин після приймання);
- широкий спектр показань для застосування (біль у спині, травми); рекомендована доза становить 1200-1800 мг/добу, розділена на декілька прийомів.
- сприятливий профіль безпеки.

Імплементация європейського досвіду

Наостанок лектор представив досвід клініки Вільнюського університету (Литва), яка впроваджує програму для пацієнтів із болем у нижній частині спини, асоційованим із радикулопатією. Зазначена програма — одна з перших, сертифікованих Секцією фізичної та реабілітаційної медицини Європейської спілки медичних фахівців. Завдання проєкту, розрахованого на 14 діб, спрямоване на зниження болю, поліпшення функціонування та активності пацієнта, забезпечення можливості безпосередньої участі (тобто залучення до життєвих ситуацій). При цьому, якщо фінальною точкою нашої взаємодії з пацієнтом є виписка зі стаціонара або закриття лікарняного листа, то кінцева мета реабілітації у клініці Вільнюського університету — зниження тривалості перебування на лікарняному, а також запобігання поверненню болю та хронізації патологічного процесу.

У штатному розкладі, згідно із зазначеною програмою, є двоє лікарів, чотири фізіотерапевти, ерготерапевт, психолог, соціальний працівник, медсестри та масажист. Як вважає Володимир Анатолійович, такий формат ми можемо імплементувати і в нашій країні для лікування неспецифічного поперекового болю. Загалом досвід литовських колег є дуже цінним для вітчизняних спеціалістів, оскільки Литва стартувала понад 20 років тому саме з тих позицій, з яких наразі починає Україна. Тож запозичення такого досвіду дозволить запобігти багатьом помилкам у формуванні регуляторної бази та напрацюванні нормативної документації.

Підготувала **Олександра Демецька**

БРУФЕН®

600 мг Ібупрофен
в шипучих гранулах

Швидше, ніж таблетки, зменшує інтенсивність гострого болю**1-2



КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕПАРАТ БРУФЕН® (BRUFEN®)

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13154/02/01, безстрокове.

Склад: діюча речовина: ібупрофен; 1 саше містить ібупрофену 600 мг;

Лікарська форма. Гранули шипучі.

Показання. Ревматоїдний артрит, анкілозуючий спонділіт, остеоартрит та інші неревматоїдні (серонегативні) артропатії. Несуглобові ревматичні та періартикулярні ураження, такі як плечолопатковий періартрит (капсуліт), бурсит, тендиніт, тендосиновіт та біль у нижній частині спини; пошкодження м'яких тканин, наприклад розтягнення та напруга зв'язок. Для полегшення болю помірного та середнього ступеня, такого як біль при дисменореї, зубний та післяопераційний біль, а також для симптоматичного полегшення головного болю, у тому числі мігрені.

Протипоказання. Відома гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. Ібупрофен не слід застосовувати пацієнтам з астмою, кропив'яркою або алергічними реакціями, що виникали після застосування ацетилсаліцилової кислоти/аспірину або інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) в анамнезі. Тяжка серцева недостатність (IV функціональний клас за критеріями Нью-Йоркської Асоціації серця (NYHA)). Тяжка печінкова недостатність. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну < 30 мл/хв). Стани, що супроводжуються підвищеним ризиком кровотеч або активна кровотеча. Шлунково-кишкова кровотеча або перфорація внаслідок попереднього застосування НПЗЗ в анамнезі. Гострий або перенесений раніше виразковий коліт, хвороба Крона, рецидивуюча виразка шлунка або шлунково-кишкова кровотеча (2 або більше епізодів підтвердженого утворення виразки або кровотечі). Третій триместр вагітності.

Спосіб застосування та дози. Побічні ефекти можна знизити, якщо застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого періоду часу, необхідного для контролю симптомів.

Дорослі: Рекомендована доза препарату Бруфен® становить 1200-1800 мг на добу, її застосовують за 2-3 прийоми. Деяким пацієнтам може бути достатньо 600-1200 мг на добу. Загалом, максимальна добова доза не повинна перевищувати 2400 мг, які застосовують у кілька прийомів.

Пацієнти літнього віку: Існує підвищений ризик виникнення серйозних наслідків побічних реакцій при застосуванні препарату пацієнтам літнього віку. Якщо необхідно застосовувати НПЗЗ, слід призначати найнижчу ефективну дозу протягом найкоротшого періоду часу. Потрібно регулярно проводити моніторинг на наявність у пацієнта шлунково-кишкової кровотечі при терапії НПЗЗ. Індивідуально необхідно підбирати дозу у випадку порушень функції печінки або нирок. Спосіб застосування: Для перорального застосування. Для досягнення швидшої дії препарату, його можна застосовувати натще. Пацієнтам, які страждають на захворювання ШКТ, препарат слід приймати під час їди.

Перед застосуванням вміст одного саше слід розчинити у склянці води. Бажано приймати під час або після їди.

Може з'явитись тимчасове відчуття печіння в роті або горлі при застосуванні препарату Бруфен®, переконайтесь, що препарат розчинений в достатній кількості води.

Побічні реакції. Часті: головний біль, запаморочення; висип; нездужання/стомлюваність; диспепсія, діарея, нудота, блювання, абдомінальний біль, метеоризм, запор, мелена, гематемезис, шлунково-кишкова кровотеча. Повний перелік побічних реакцій див. у інструкції для медичного застосування препарату БРУФЕН® (BRUFEN®) від 30.08.2019.

Застосування у період вагітності або годування груддю. Протягом першого та другого триместрів вагітності ібупрофен слід приймати тільки за умови явної необхідності. При застосуванні ібупрофену жінками, які планують вагітність, або під час першого чи другого триместру вагітності доза повинна бути якомога нижчою, а тривалість лікування якомога коротшою. Ібупрофен протипоказаний протягом третього триместру вагітності. Не рекомендується приймати ібупрофен під час пологів і родорозрішення. Ібупрофен не рекомендується застосовувати жінкам у період годування груддю.

Діти. Бруфен® у даній лікарській формі протипоказаний для застосування дітям.

Особливості застосування. Пацієнтам з рідкісною спадковою непереносимістю фруктози, порушенням всмоктування глюкози-галактози або недостатністю сахарази-ізомальтази не слід застосовувати цей препарат. Кожне саше препарату містить натрій. Це слід враховувати пацієнтам, яким потрібно обмежувати вживання натрію. Слід уникати застосування ібупрофену разом із іншими НПЗЗ, включаючи селективні інгібітори циклооксигенази-2, через підвищений ризик виникнення виразки або кровотечі. Ібупрофен слід з обережністю призначати пацієнтам із серцевою недостатністю в анамнезі або артеріальною гіпертензією, оскільки повідомлялося про набряк внаслідок застосування ібупрофену. Клінічні дослідження свідчать про те, що призначення ібупрофену, особливо у високій дозі (2400 мг на добу), може супроводжуватись невеликим збільшенням ризику артеріальних тромботичних подій (наприклад інфаркт міокарда або інсульт).

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Прийом ібупрофену може впливати на швидкість реакції пацієнтів. Це слід мати на увазі, займаючись діяльністю, що потребує підвищеної концентрації уваги, наприклад при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. Це стосується значною мірою комбінації з алкоголем.

Категорія відпуску. За рецептом.

Повна інформація представлена в інструкції для медичного застосування препарату БРУФЕН® (BRUFEN®) від 30.08.2019.

За додатковою інформацією звертайтеся до ТОВ «Абботт Україна»: 01010, м. Київ, вул. Московська, 32/2, 7 поверх, БЦ «Сенатор». Тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81.

Для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, медичних установ.

*За даними IMS 2015 р. для всього бренду Бруфен® (за об'ємом), дані без урахування США.

Зменшення болю наполовину через 15 хвилин після прийому ібупрофену у формі шипучих гранул 600 мг у 10 із 36 пацієнтів із гострим зубним болем після оперативного видалення зуба.

*За даними IMS MAT 12 2017 для всього бренду Бруфен (з R) (за об'ємом), дані без урахування США.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Бруфен®.

2. Sharma N.K. et al. A study to compare ibuprofen effervescent granules with ibuprofen tablets in the treatment of acute dental pain // Primary Dental Care. – 1994. – № 1 (1). – Р. 5–8.

Abbott

UKR236958