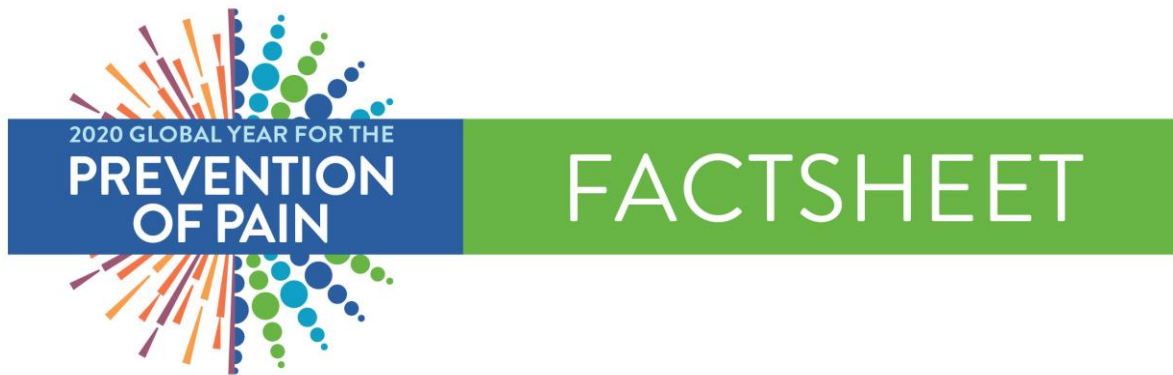




Вторичная и третичная профилактика хронической боли

Введение

Предотвращение боли и её хронических форм уменьшает бремя страданий для людей и общества. Вторичная профилактика направлена на выявление заболевания на ранних стадиях и ограничение его прогрессирования [1, 2], третичная профилактика направлена на уменьшение или избежание осложнений или ограничения последствий заболевания, которые уже есть [1]. Вторичная профилактика боли направлена на предотвращение развития хронической боли после начального возникновения острой боли, а третичная – на уменьшение постоянной утраты трудоспособности, потери социальных контактов и активности, как только боль приобрела хронический характер. Несмотря на то, что исследования по вторичной профилактике боли выросли в последние годы, основное внимание сосредоточено на лечении хронической боли.

Глобальный Год Предотвращения боли – это шанс повысить осведомленность о стратегии и вмешательствах на первичном и вторичном этапах развития болезни, помогая пациентам с болью в поддержке ежедневной физической и социальной активности для уменьшения развития хронической боли.

Вторичная профилактика боли: предотвращение хронизации

Вторичная профилактика боли была впервые описана Фордисом в 1970-х годах [4], который различал боль и болевое поведение (избегание боли). Для уменьшения болевого поведения был применен режим профилактики, что привело к выработке перспективных стратегий и мер [2, 4], включая обучение и медикаментозное лечение. Вторичная профилактика требует понимания факторов, влияющих на хронификацию, утвержденных инструментов для выявления пациентов с риском и утвержденных клинических стратегий, касающихся этих факторов риска с помощью конкретных вмешательств [5]. Несколько обзоров сообщают о факторах риска, влияющих на различные формы боли; красный (биологический) и желтый (психосоциальный) флаги для мышечно-скелетной боли – это самая распространенная конструкция, за которой следуют синие (профессиональный), черный (компенсаторный) и белый (социокультурный) [6] флаги, о которых еще не существует доказательств их влияния при вторичной профилактике боли. Конкретные факторы риска помогли бы разработать профилактические стратегии, которые обеспечат будущую базу специализированных вмешательств [5, 7]. Такие факторы риска были обнаружены в катастрофизирующих / дезадаптивных убеждениях и депрессивном настроении, влияющем на развитие хронической боли в колене [8] или боли в пояснице [9] как желтые флаги или повреждение сустава как красный флаг боли в колене [8]. Имеются сообщения о нескольких факторах риска развития хронической боли после хирургического вмешательства [10-12], что подтверждает возраст, пол, вид хирургического вмешательства, генетические факторы, предшествующие боли или историю хронической боли иного происхождения и различные

психосоциальные факторы. Скрининг-инструменты доступны для боли в спине с предыдущими доказательствами их прогностической ценности [13]. Также приводятся предварительные доказательства того, что разделение на подгруппы пациентов по риску хронификации и специально подобранному лечению является эффективным в коротких и средних сроках [14]. Обучение и упражнения по предотвращению хронической боли в спине имеют лучшие доказательства в данный момент [5, 7], прежде всего в коротких и средних сроках.

Напротив, ятрогенные факторы (факторы, лежащие в системе здравоохранения), кажется, способствуют хронизации боли, особенно если фокусироваться исключительно на соматических факторах, игнорируя многопричинный генез боли, переоценивая влияние соматических или радиологических находок на самочувствие пациента и чрезмерное использование диагностических процедур и пассивно ориентированных вмешательств в долгосрочной перспективе (например, массаж) [15]. Через эти находки ответственность медицинских работников за лечение боли не может быть недооцененной и должна включаться в научно-исследовательскую деятельность.

Нужны усилия для создания моделей [3], таких как модель избегания и выносливости [16] или получения индивидуальных методов лечения и создания доказательной базы исследователями боли. Включение спонтанного выздоровления от начальной боли, салютогенетические модели и предпочтения пациента в отношении конкретных вмешательств [17] следует учитывать в будущем.

Третичная профилактика боли: уменьшение нетрудоспособности, потеря работы, негативная эмоциональность и социальная изоляция у пациентов с хронической болью

Третичная профилактика направлена на уменьшение вторичных последствий для тех, кто страдает от хронической боли. Такие модели, как модель избегания страха [18, 19] или модель избегания и выносливости [16 20-23], принимают во внимание функциональные, психологические и социальные нарушения, влияющие на качество жизни пациентов с хронической болью. Биопсихосоциальная модель боли [24-26] привела к разработке биопсихосоциального (синонимичных мультидисциплинарного, междисциплинарного, многокомпонентного) подхода к лечению. Соответствующее определение было разработано специальной группой IASP в 2017 году и опубликовано на домашней странице IASP (<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>).

Майер и Гетчел [27] ввели подход к биопсихосоциальному лечению в 1980-х годах. Его основная цель – восстановление физического, психологического и социального функционирования, привлекая основной коллектив мультидисциплинарных медицинских работников (врачей, физиотерапевтов, эрготерапевтов, психологов и медсестер), которые работают в интегрированной команде [27].

Междисциплинарное лечение было признано соответствующим вариантом ответа на комплексные страдания пациентов с хронической болью во всем мире [28], но доказательства дискутируются [29]. Неоднородность профессий, вмешательств, содержания лечения, дозировки и длительности лечения, инструментов оценки результатов в клинических испытаниях значительно препятствует сравнительному исследованию эффективности и правильному метаанализу [30].

Концептуальные рамки и схемы лечения, согласованная оценка результатов (с учетом комплексных многомерных результатов [31]), тщательно спланированные и проведенные систематические исследования необходимы для того, чтобы отличить полезное лечение от бесполезного и, наконец, определить лучшее лечение для конкретных групп пациентов по их характеристикам [32].

Источники

- [1] Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *Occupational Health Southern Africa* 2009; 15 (2): 56-60.
- [2] Linton SJ. Chronic pain: the case for prevention. *Behaviour research and therapy* 1987; 25 (4): 313-317.
- [3] Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Fillingim RB, Gilron I, Markman JD, Oaklander AL, Polydefkis MJ, Raja SN, Robinson JP, Woolf CJ, Ziegler D, Ashburn MA, Burke LB, Cowan P, George SZ, Goli V, Graff OX, Iyengar S, Jay GW, Katz J, Kehlet H, Kitt RA, Kopecky EA, Malamut R, McDermott MP, Palmer P, Rappaport BA, Rauschkolb C, Steigerwal I, Tobias J, Walco GA. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2015; 156 (7): 1184-1197.
- [4] Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* 1986; 9 (2): 127-140.
- [5] Meyer C, Denis CM, Berquin AD. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: A systematic review of clinical trials. *Ann Phys Rehabil Med* 2018; 61 (5): 323-338.
- [6] Winkelmann C and Schreiber T. Using 'White Flags' to categorize socio-cultural aspects in chronic pain. *European Journal of Public Health* 2019; 29 (Supplement_4): ckz186-196.
- [7] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S. Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res* 2018; 66: 39-59.
- [8] Sarmanova A, Fernandes GS, Richardson H, Valdes AM, Walsh DA, Zhang W, Doherty M. Contribution of central and peripheral risk factors to prevalence, incidence and progression of knee pain: a community-based cohort study. *Osteoarthritis Cartilage* 2018; 26 (11): 1461-1473.
- [9] Melloh M, Elfering, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, Theis JC. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med (Lond)* 2011; 61 (2): 127-31.
- [10] Johannsen M, Frederiksen Y, Jensen AB, Zacharie R. Psychosocial predictors of posttreatment pain after nonmetastatic breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Pain Res* 2018; 11: 23-36.
- [11] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ, Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet* 2006; 367 (9522): 1618-1625.
- [12] Reinbold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci* 2017, 2 (2): 61-68.
- [13] Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010, 14 (1): 83-89.
- [14] Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59 (5): 632-641.
- [15] Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain* 2012; 16 (1): 3-17.
- [16] Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain manage* 2014, 4 (5): 363-374.
- [17] Aboagye E, Hagber J, Axén I, Kwak L, Lohela-Karlsson, M, Skillgate E, Dahlgren G, Jensen I. Individual preferences for physical exercise as secondary prevention for non-specific low back pain: A discrete choice experiment. *PLoS One* 2017, 12 (12): e0187709.
- [18] Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain* 2012; 28 (6): 475-483.
- [19] Vlaeyen JW and Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain 12 years on. *Pain* 2012; 153 (6): 1144-1147.
- [20] Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Böhme I, Willburger R, Rusche H. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012; 153 (1): 211-217.
- [21] Hasenbring MI and Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 2010, 26 (9): 747-753.
- [22] Plaas H, Sudhaus S, Willburger R, Hasenbring MI. Physical activity and low back pain: the role of subgroups based on the avoidance-endurance model. *Disabil Rehabil* 2014, 36 (9): 749-755.



- [23] Sudhaus S, Held S, Schoofs D, Bültmann J, Dück, I, Wolf OT, Hasenbring MI. Associations between fear-avoidance and endurance responses to pain and salivary cortisol in the context of experimental pain induction. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52: 195-199.
- [24] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286): 129-136.
- [25] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981; 6 (2): 101-124.
- [26] Williams ACC and Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* 2016; 157 (11): 2420-2423.
- [27] Mayer TG and Gatchel RJ. *Functional restoration in spinal disorders: The Sports Medicine Approach*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1988.
- [28] Schatman M. Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates* 2012; 20 (7): 1-5.
- [29] Dragioti E, Evangelou E, Larsson B, Gerdle B. Effectiveness of multidisciplinary programmes for clinical pain conditions: An umbrella review. *J Rehabil Med* 2018; 50 (9): 779-791.
- [30] Kaiser U, Treede RD, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need for further clarification? *Pain* 2017; 158 (10): 1853-1859.
- [31] Deckert S, Kaiser U, Kopkow C, Trautmann F, Sabatowski R, Schmitt J. A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain. *Eur J Pain* 2016; 20 (1): 51-63.
- [32] Turk DC. Chronic pain and whiplash associated disorders: rehabilitation and secondary prevention. *Pain Res Manag* 2003; 8 (1): 40-3.

Авторы

Dr. Ulrike Kaiser
Lead. Clinical psychologist
Comprehensive Pain Center
University Hospital Carl Gustav Carus Dresden
Dresden, Germany

Рецензенты

Brona M. Fullen, PhD Associate Professor UCD School of Public Health Physiotherapy and Sports Science Dublin, Ireland

Professor Esther Pogatzki-Zahn, MD, PhD Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine University Hospital Muenster, Germany



