



Фармакологическое ведение пациентов с нейропатической болью в неспециализированных условиях

Ведение пациентов с нейропатической болью (НБ) представляет очень серьезную проблему по причине гетерогенности этиологии, симптомов и механизмов, которыми они обусловлены. Несмотря на доступность достаточного количества фармакологических средств, в частности в неспециализированных учреждениях оказания помощи, проблемы зачастую касаются характера и точной локализации повреждения или болезненного состояния, вызвавшего НБ. С целью оптимизации своевременной диагностики и предоставления помощи пациентам с НБ вне условий специализированных служб рабочей группой Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE, 2013) были разработаны рекомендации, в которых описан алгоритм оказания помощи данной категории пациентов.

Международная ассоциация по изучению боли (IASP, 2011) определяет НБ как боль, обусловленную поражением или заболеванием соматосенсорной нервной системы, центральную НБ – центральной соматосенсорной системы, а периферическую НБ – периферической соматосенсорной системы.

Среди распространенных состояний, симптомом которых является НБ, – болевая диабетическая нейропатия, постгерпетическая невралгия, невралгия тройничного нерва, радикулярная боль, послеоперационная хроническая НБ и НБ при раке (например, нейропатия, обусловленная химиотерапией, нейропатия, вторичная к опухолевым антигенам, или вызванная непосредственным повреждением/компрессией нервных структур). Примеры состояний, которые могут вызвать центральную НБ, включают инсульт, повреждения спинного мозга и рассеянный склероз. НБ может быть перемежающейся или постоянной, спонтанной или спровоцированной. Обычно боль описывается как стреляющая, пронзительная, похожая на удар электрическим током, жгучая, колющая, тупая, вызывающая онемение, покалывающая, зудящая. Больные также указывают на симптомы аллодинии (боль, вызываемая раздражителями, которые зачастую не провоцируют боль), гипералгезии (усиленная реакция на стимулы, вызывающие боль), болезненная анестезия (боль,

ощущаемая в участке или регионе отсутствия чувствительности) и усиления или утраты чувствительности (IASP, 2011).

В данном руководстве используются следующие определения:

Неспециализированные условия – службы первичной и вторичной помощи, не предоставляющие специализированные услуги по лечению боли, среди которых условия общей практики, общей коммунальной помощи и стационарной помощи.

Специализированные службы лечения боли – службы, предоставляющие всестороннюю диагностическую оценку и мультимодальное ведение всех типов боли, включая НБ.

Другие специализированные службы – это специальные службы, которые предоставляют лечение состояний, вызывающих НБ. К ним относят неврологические, диабетологические и онкологические службы.

Согласно определению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ (2001), активность определяется как вовлечение пациента в жизненные ситуации. Она включает следующие сферы: приобретение и применение знаний, общие задачи и требования, подвижность, уход за собой, ведение домашнего хозяйства, межличностные взаимодействия и отношения, главные сферы общественной, социальной и культурной жизни.

Ключевые принципы оказания помощи

При согласовании плана лечения с пациентом следует принимать во внимание его беспокойство, ожидания и обсудить с ним:

- тяжесть боли и ее влияние на образ жизни, повседневную деятельность (включая нарушения сна) и активность;
- причину, вызвавшую боль и вероятность ухудшения состояния;
- причину выбора определенного медикаментозного лечения;
- пользу и возможные побочные эффекты фармакотерапии с учетом любых соматических и психологических проблем, а также другого применяемого лечения;
- важность титрации дозы, предоставляя пациенту индивидуализированную информацию и советы;
- стратегии преодоления боли и возможные побочные эффекты лечения;
- нефармакологические виды терапии, например соматические и психологические (могут быть предложены службами реабилитации), хирургическое лечение (может быть предложено специализированными службами).

На любой стадии заболевания необходимо рассматривать направление пациента в специализированную службу лечения боли и/или другую специализированную службу, в том числе при начальных проявлениях НБ или при регулярном клиническом пересмотре терапии, если:

- боль является тяжелой;
- боль значительно ограничивает образ жизни, повседневную деятельность (включая расстройства сна) и активность;
- ухудшилось состояние, вызвавшее боль.

Кроме того, целесообразно продолжать лечение пациентов, НБ у которых эффективно контролируется, принимая во внимание необходимость регулярного клинического пересмотра терапии. При введении нового лечения следует учитывать любое пересечение с предыдущим и не допускать ухудшения контроля над болью. После начала или изменения терапии необходимо как можно раньше проводить клинический пересмотр лечения, оценивая титрацию дозы, переносимость, побочные эффекты и приемлемость.

Следует регулярно проводить клинический пересмотр терапии, оценку и мониторинг ее эффективности. Каждый пересмотр должен включать оценку:

- контроля над болью;
- влияния на образ жизни, повседневную деятельность (включая расстройства сна) и активность;
- соматического и психологического благополучия;
- побочных эффектов;
- необходимости продолжения лечения.

При отмене или замене терапии следует учитывать необходимость постепенного снижения дозы и любые симптомы отмены.

Лечение

В качестве начальной терапии при НБ (за исключением невралгии тройничного нерва) рекомендуется назначить амитриптилин, дулоксетин, габапентин или

прегабалин на выбор. Необходимость использования трамадола целесообразно рассматривать только в качестве острой «спасательной» терапии. Применение капсаицинового крема рекомендуется рассматривать у пациентов с локализованной НБ, которые избегают или не переносят пероральное лечение.

В неспециализированных условиях не следует применять следующие виды лечения НБ, если они не рекомендованы специалистом: экстракт марихуаны, капсаициновый пластырь, лакосамид, ламотриджин, леветирацетам, морфин, окскарбазепин, топирамат, трамадол (относится к долговременному использованию), венлафаксин.

Существуют следующие состояния НБ:

- центральная НБ/центральная боль;
- сложные региональные болевые синдромы;
- компрессионные нейропатии/синдромы нервной компрессии;
- лицевая невралгия;
- нейропатия при ВИЧ;
- смешанная НБ;
- рассеянный склероз;
- нейрогенная боль;
- НБ при раке/боль при раке;
- НБ;
- болевая диабетическая нейропатия/диабетическая нейропатия;
- повреждение периферического нерва;
- заболевания периферической нервной системы/нейропатии;
- фантомные боли в конечности;
- полинейропатии;
- послеампутационная боль;
- постгерпетическая невралгия;
- постинсультная боль;
- послеоперационная боль;
- радикулопатия/радикулярная боль;
- заболевания спинного мозга;
- травма спинного мозга;
- невралгия тройничного нерва.

При НБ обычно назначается комбинированная терапия. Этот вариант рекомендуется при последовательном подходе, если препараты начального лечения недостаточно купировали боль. Комбинированная терапия также может ассоциироваться с лучшей переносимостью, поскольку используются меньшие дозы отдельных препаратов при их сочетании друг с другом. Однако было проведено недостаточно испытаний, посвященных сравнению клинической и экономической эффективности и переносимости комбинаций различных лекарственных средств. Таким образом, необходимы дальнейшие сравнительные исследования монотерапии и комбинированного лечения следующими фармакологическими средствами: амитриптилин, кломипрамин, дозулепин (дотиепин), доксепин, имипрамин, лофепрамин, нортриптилин, тримипрамин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралин, дулоксетин, мirtазепин, ребоксетин, тразодон, венлафаксин, карбамазепин, габапентин, лакосамид, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепин, фенитоин, прегабалин, вальпроат,

топирамат, бупренорфин, ко-кодамол, ко-дидрамол, дигидрокодеин, фентанил, морфин, оксикодон, оксикодон с налоксоном, тапентадол, трамадол, экстракт марихуаны, флекаинид, агонисты 5-HT₁-рецепторов, а также капсаицин и лидокаин топически.

Дизайн необходимых исследований предполагает проведение параллельных тройных слепых рандомизированных испытаний продолжительностью, как минимум, 12 недель и включающих большую выборку пациентов. Всем участникам следует пройти период «вымывания» после оценки и до рандомизации. Исходные оценки боли в группах должны быть одинаковыми и четко задокументированы. Кроме того, не разрешается одновременный прием медикаментов или же он должен быть жестко ограничен и поддерживаться в стабильных дозах на протяжении исследования. Необходимо четко описать исходные различия при одновременном приеме препаратов в группах наблюдения, в том числе подробно указать количество больных, принимающих медикаменты.

Использование «спасательных» болеутоляющих средств не разрешено. Если же такие средства используются, данные должны четко документироваться.

Оценку результатов следует проводить посредством: сообщений пациента об общем улучшении (по 7-балльной шкале); сообщений больного об улучшении повседневной физической активности и эмоционального функционирования, включая сон (по 9-балльной шкале); средней разности оценок боли по сравнению с исходным показателем (по 11-балльной шкале); определения редукцию боли, как минимум, на 30 и 50% (по 11-балльной шкале), а также качества жизни, относящегося к здоровью (например, по шкале EQ-5D, WHOQoL-BREF и лондонской шкале инвалидности). Следует учитывать отмену фармакологических средств по причине побочных эффектов.

Взаимосвязь между симптомами, причинами НБ и лечением

Существует мало доказательств того, что определенные симптомы, наблюдающиеся в условиях лечебных учреждений, или состояния НБ, вызванные различной этиологией, по-разному отвечают на различные виды лечения. Имеющиеся в настоящее время доказательства обычно сосредоточены на отдельных состояниях или препаратах. Следует проводить дальнейшие исследования, а именно сравнивать терапевтический ответ у участников различных групп с разными типами состояний НБ при использовании одних и тех же фармакологических средств в качестве основного лечения. Испытания должны быть проспективными когортными.

Карбамазепин в терапии невралгии тройничного нерва

Карбамазепин считается стандартом в лечении невралгии тройничного нерва с 60-х гг. XX ст. и его целесообразно предложить в качестве инициальной терапии невралгии тройничного нерва. В случае если начальное лечение карбамазепином неэффективно, плохо

переносится или противопоказано, следует рассмотреть обращение к специалисту за экспертным советом, раннее направление в специализированную службу лечения боли или другую специализированную службу. Несмотря на недостаточное количество доказательств испытаний, клиницисты воспринимают карбамазепин как эффективное средство.

Факторы, влияющие на активность и качество жизни

Есть доказательства, указывающие на то, что у пациентов с НБ хуже соматическое и психическое здоровье, чем у лиц с другими формами боли, даже с поправкой на ее интенсивность. Различия между интенсивностью боли и качеством жизни подразумевают, что нераспознанные факторы важны у пациентов с НБ и что они могут влиять на повседневные деятельность и активность. Исследуемые интервенции включают элементы дополнительного ухода и поддержки у взрослых пациентов с НБ для улучшения их повседневной активности. Следует проводить дальнейшие испытания с использованием структурированных/полуструктурированных опросников.

Побочные эффекты медикаментов

Фармакологические средства, применяемые при НБ, вызывают различные побочные эффекты. К сожалению, существует мало доказательств того, как прием этих медикаментов отражается на качестве жизни пациентов. Необходимы дальнейшие исследования дизайна случай/контроль, в которых изучались бы все виды медикаментозной терапии НБ самостоятельно или в комбинации. Исследование должно включать пациентов, которым назначены различные виды фармакологического лечения при НБ. Особенно ценным является анализ одного или определенных нежелательных явлений, а также больных, которые испытывают любые серьезные побочные эффекты, приводящие к отмене изучаемого препарата.

Вероятность развития зависимости

Существует ряд указаний, что некоторые медикаментозные средства, используемые при НБ, ассоциируются с высоким риском злоупотребления. Однако для более детального изучения этого факта необходимы дальнейшие долговременные катарестические рандомизированные контролируемые (продолжительностью, как минимум, 6 месяцев) или обсервационные исследования. Намерение наблюдать развитие зависимости и злоупотребления должно быть отмечено в протоколе испытания и отслеживаться на протяжении всего периода изучения. Кроме того, оценивают развитие лекарственной зависимости (включая симптомы отмены) и злоупотребление препаратом.

Подготовил Станислав Костюченко

Оригинальный текст документа читайте на сайте www.guidance.nice.org.uk