НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ: фармакологическое ведение пациентов в неспециализированных условиях

Ведение пациентов с нейропатической болью представляет собой очень серьезную проблему по причине гетерогенности этиологии, симптомов и механизмов, которыми она обусловлена. Несмотря на доступность достаточного количества фармакологических средств, в частности в неспециализированных учреждениях, вопросы зачастую касаются характера и точной локализации повреждения или болезненного состояния, вызвавшего нейропатическую боль.
Вашему вниманию предложен краткий обзор рекомендаций, разработанных рабочей группой Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE, 2013), в которых описан алгоритм оказания помощи данной категории лиц.

Международная ассоциация по изучению боли (IASP, 2011) определяет нейропатическую боль как вид, который возникает не вследствие реакции на физическое повреждение, а обусловленный поражением или заболеванием соматосенсорной нервной системы, в частности центральную нейропатическую боль — центральной соматосенсорной системы, а периферическую — периферической соматосенсорной системы.

К распространенным состояниям, симптомом которых является нейропатическая боль, относят: болевую диабетическую нейропатию, постгерпетическую невралгию, невралгию тройничного нерва, радикулярную боль, послеоперационную хроническую боль и нейропатическую боль при онкологических заболеваниях (например, нейропатию, обусловленную химиотерапией; нейропатию, вторичную к опухолевым антигенам, или вызванную непосредственным повреждением/компрессией нервных структур). Примеры состояний, которые могут вызвать центральную нейропатическую боль, включают инсульт, повреждения спинного мозга и рассеянный склероз.

Нейропатическая боль может быть перемежающейся или постоянной, спонтанной или спровоцированной. Во многих случаях 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 ее), гипералгезии (усиленная реакция на стимулы, вызывающие боль), болезненной анестезии (боль, ощущаемая в участке или регионе отсутствия чувствительности) и усиления или утраты чувствительности (IASP, 2011).

В указанном руководстве используются следующие определения:

1. 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.
2. Специализированные службы лечения боли — службы, предоставляющие всестороннюю диагностическую оценку и мультимодальное ведение всех типов боли, включая нейропатическую.
3. Другие специализированные службы — это специальные службы, которые обеспечивают лечение состояний, вызывающих нейропатическую боль. К ним принадлежат неврологические, диабетологические и онкологические службы.

Согласно 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 нейропатической боли с пациентом следует принимать во внимание его беспокойство, ожидания, а также обсудить с ним следующие моменты:

- тяжесть боли и ее влияние на образ жизни, повседневную деятельность (нарушения сна) и активность;

- причины, вызвавшие боль и вероятность ухудшения состояния;
- основания для выбора определенного медикаментозного лечения;
- пользу и возможные побочные эффекты фармакотерапии с учетом любых соматических и психологических проблем, а также других применяемых интервенций;
- 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 вмешательство (может быть рекомендовано 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 нейропатической боли или при регулярном клиническом пересмотре терапии, если боль:

- является тяжелой;
- значительно ограничивает образ жизни, повседневную деятельность (включая расстройства сна) и активность;
- ухудшает состояние, которое ее спровоцировало.

Кроме того, целесообразно продолжать лечение пациентов, нейропатическая боль у которых эффективно контролируется, принимая при этом во внимание необходимость регулярного клинического пересмотра терапии. В случае введения 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 осуществленных интервенций, оценивая титрацию дозы, переносимость, побочные эффекты и приемлемость.

Регулярно следует проводить клинический пересмотр терапии, а также оценку и мониторинг ее эффективности. Иначе говоря, каждый пересмотр должен включать оценку:

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

При отмене или замене терапии надлежит учитывать необходимость постепенного снижения дозы фармакологических средств и любые симптомы отмены.

Лечение

Фармакотерапия нейропатической боли является основным методом лечения. В качестве начальной терапии (за исключением невралгии тройничного нерва) рекомендуется назначать амитриптилин, дулоксетин, габапентин или прегабалин на выбор. Необходимость использования трамадола целесообразно рассматривать только в качестве острой «спасательной» терапии. Применение крема, содержащего капсаицин, желательно рассматривать у пациентов с локализованной нейропатической болью, которые избегают или не переносят пероральное лечение.

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

Специалисты выделяют следующие состояния нейропатической боли:

- центральная нейропатическая боль/центральная боль;
- сложные региональные болевые синдромы;
- компрессионные нейропатии/синдромы нервной компрессии;
- лицевая невралгия;
- нейропатия при ВИЧ;
- смешанная нейропатическая боль;
- рассеянный склероз;
- нейрогенная боль;
- нейропатическая боль при онкологических заболеваниях;
- нейропатическая боль;
- 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 нейропатической боли обычно назначается комбинированная терапия. Этот вариант рекомендуется в случае последовательного подхода, если препараты начального лечения недостаточно купировали болевой синдром. Комбинированная терапия также может ассоциироваться с лучшей переносимостью, поскольку используются меньшие дозы отдельных фармакологических средств при их сочетании друг с другом.

Однако было проведено недостаточно испытаний, посвященных сравнению клинической и экономической эффективности и переносимости комбинаций различных лекарственных препаратов.

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, миртазапин, 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-НТ1-рецепторов, а также капсаицин и лидокаин топически.

Дизайн необходимых исследований предполагает проведение параллельных тройных слепых рандомизированных испытаний продолжительностью, как минимум, 12 недель, 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 лекарственные средства.

Использование «спасательных» болеутоляющих препаратов не разрешено. Если же такие медикаменты были задействованы, то данные случаи должны четко документироваться.

Оценку результатов следует проводить посредством: сообщений пациента об общем улучшении (по 7-балльной шкале); информирования 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 редукции 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). Очень важно учитывать отмену фармакологических средств по причине побочных эффектов.

Взаимосвязь между симптомами, причинами и лечением нейропатической боли

Лечение пациентов с данной патологией остается достаточно сложной задачей вследствие непредсказуемости терапевтического эффекта. В настоящее время существует мало доказательств того, что определенные симптомы, наблюдающиеся в условиях лечебных учреждений, или состояния нейропатической боли, вызванные различной этиологией, по-разному отвечают на разнообразные виды лечения. Имеющиеся 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 нейропатической боли при использовании одних и тех же фармакологических средств в качестве основного лечения. Испытания должны носить проспективный когортный характер.

Факторы, влияющие на активность и качество жизни

Нейропатическая боль является причиной страданий и разной степени утраты трудоспособности значительной части населения, а также существенной медико-социальной проблемой. Существуют доказательства, указывающие на то, что у пациентов с нейропатической болью 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 крайне важны у пациентов с нейропатической болью, и что они могут влиять на повседневную деятельность и активность.

Исследуемые интервенции включают элементы дополнительного ухода и поддержки у взрослых пациентов с нейропатической болью для улучшения их повседневной активности. Специалисты сводятся к мысли, что следует проводить дальнейшие испытания с использованием структурированных/полуструктурированных вопросников.

Побочные эффекты фармакологического лечения

Фармакологические средства, применяемые при нейропатической боли, могут вызывать различные побочные эффекты. К сожалению, существует мало доказательств того, как прием этих медикаментов отражается на качестве жизни пациентов. Необходимы последующие исследования с дизайном случай–контроль, в которых изучались бы все виды медикаментозной терапии лиц с нейропатической болью самостоятельно или в комбинации. В данном случае исследование должно включать пациентов, которым назначены различные виды фармакологического лечения. 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 нейропатической боли, ассоциируются с высоким риском злоупотребления. Однако для более детального изучения этого факта необходимы долговременные катамнестические 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.

Подготовила ***Ирина Сидоренко***

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

NEOG-PIM-112017-044