Настанови щодо оцінювання хронічного болю та ведення пацієнтів із первинним хронічним болем

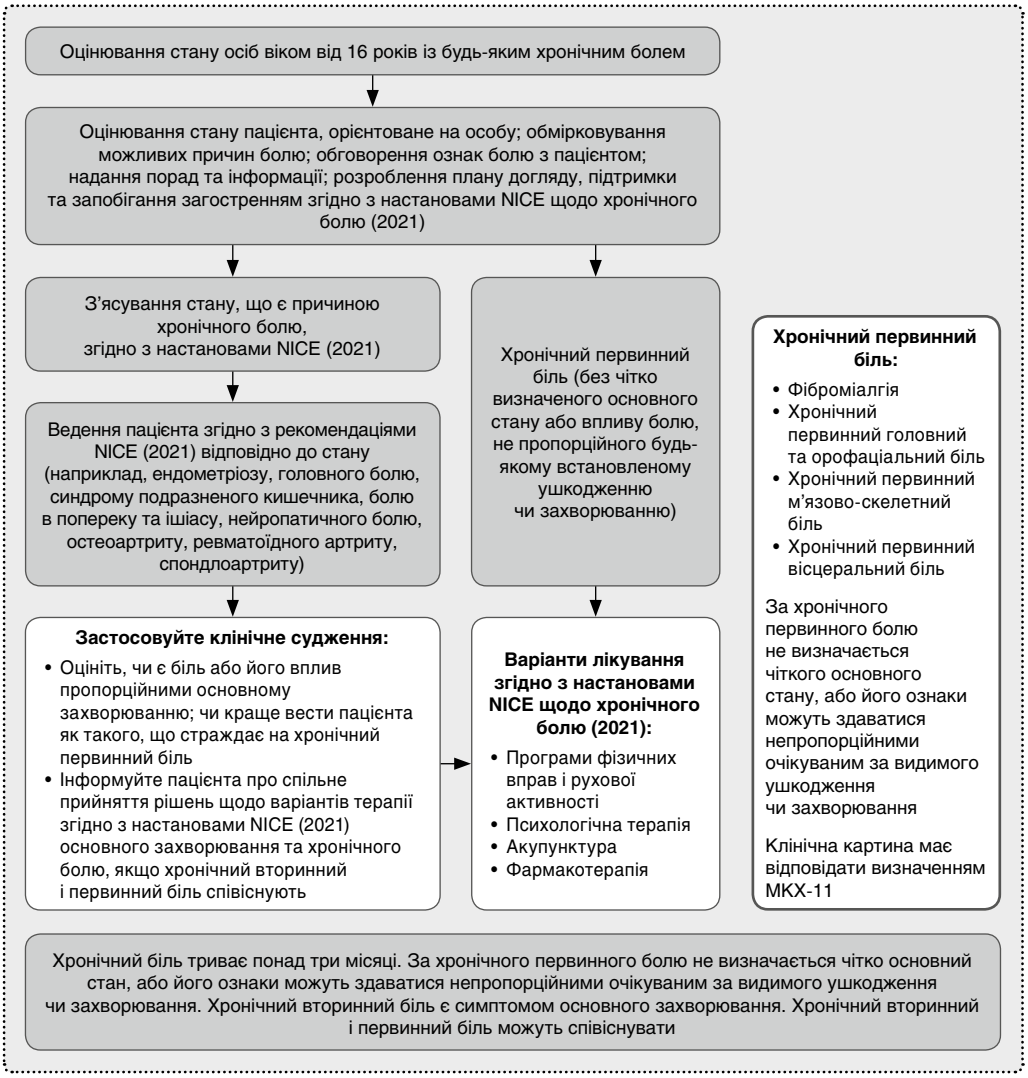
Хронічний біль може бути вторинним (спричиненим першопричинним станом, як-от артроз, ревматоїдний артрит, виразковий коліт, ендометріоз). Якщо хронічний біль виникає без очевидної причини або його прояви перевищують очікувані за наявного ушкодження чи захворювання, його вважають первинним. Хронічний біль знижує працездатність та якість життя. До вашої уваги представлено огляд розділу терапії пацієнтів з хронічним болем, настанов Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості Великої Британії (NICE, 2021) щодо оцінювання хронічного болю та зокрема ведення пацієнтів віком від 16 років із первинним хронічним болем.

Настанови містять рекомендації щодо оцінювання всіх типів хронічного болю (первинного, вторинного та обох) і розроблення плану догляду й підтримки пацієнтів; ведення осіб віком від 16 років із хронічним первинним болем. Їх можна застосовувати разом із рекомендаціями NICE щодо інших типів хронічного болю, зокрема головного, в попереку та сідничній ділянці; при ревматоїдному артриті, остеоартриті, спондилоартриті, ендометріозі; нейропатичному та при синдромі подразненого кишківника. Клінічні настанови створено на допомогу медичним працівникам, постачальникам послуг у сфері охорони здоров'я, особам із хронічним первинним / вторинним болем, членам їхніх сімей та опікунам. Зокрема, на рисунку представлено алгоритм, згідно з яким слід використовувати рекомендації NICE (2021) для оцінювання стану пацієнта з хронічним первинним / вторинним болем і ведення осіб із первинним болем.

Автори настанов також зазначають, що хронічний первинний і вторинний біль можуть співіснувати.

Рекомендації щодо оцінювання стану пацієнтів із хронічним болем:

- Оцініть стан пацієнтів із хронічним болем, застосовуючи особистісно-орієнтований підхід для визначення чинників, які його зумовлюють, та впливу болю на життя
- Забезпечте повну довіру між лікарем і пацієнтом із хронічним болем
- Розгляньте можливість діагностування хронічного первинного болю, якщо складно пов'язати біль із будь-якою наявною травмою чи захворюванням
- Приймайте рішення щодо визначення причини болю та відповідності його інтенсивності виявленій травмі / хворобі на підставі клінічного судження та обговорення з пацієнтом
- Пам'ятайте, що хронічний первинний і вторинний біль можуть співіснувати
- Розпитайте пацієнта про вплив хронічного болю на спосіб життя, працездатність та сон; фізичний та психічний добробут; про стреси, фізичні / емоційні травми, зловживання забороненими речовинами зараз чи у минулому, місце особи в соціумі, можливі труднощі з працевлаштуванням, житлом, доходами тощо
- Врахуйте можливий вплив соціально-економічного становища, етнічного походження, культури та релігії пацієнта на ознаки болю та вибір лікування
- Визначте, як біль діє на життя пацієнта й наскільки він здатен його контролювати
- Врахуйте вікові відмінності у проявах болю в осіб віком 16–25 років
- Надайте індивідуальні поради та інформацію на всіх етапах лікування, щоб допомогти пацієнту приймати рішення щодо контролю свого стану
- Обговоріть із пацієнтом і його близькими ймовірність коливань ознак болю та складності встановлення його причини, можливість потреби в постійному лікуванні



Примітка. МКХ-11 — Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду.

Рисунок. Алгоритм оцінювання стану пацієнта з хронічним первинним/вторинним болем і ведення осіб із первинним болем

Адаптовано згідно з Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. *NICE guideline*. Published: 7 April 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng193

Немедикаментозне лікування хронічного первинного болю

Програма вправ і фізичні навантаження за хронічного первинного болю

Дані досліджень підтвердили, що фізичні вправи зменшували біль (23 дослідження) та поліпшували якість життя (22 дослідження) порівняно зі звичайним доглядом в осіб із хронічним первинним болем.

Переваги спостерігали як у коротко-, так і в довгостроковому періоді. Як відомо, більшість доказових даних стосувалася групових фізичних вправ у жінок із фіброміалгією або з хронічним болем у шиї, які здійснювали під контролем фахівців. Наразі даних щодо порівняння різних видів фізичних вправ між собою бракує.

Як зауважують автори, не виявлено негативних наслідків фізичного навантаження, хоча більшість пацієнтів припиняли виконувати комплекс вправ. Експерти дійшли висновку, що пацієнти частіше продовжують займатися спортом, якщо запропонована програма відповідає їхньому способу життя та фізичним характеристикам, враховує їхні індивідуальні потреби та можливості. Вони погодилися, що в разі вибору такої програми слід брати до уваги думку самого пацієнта.

***Рекомендації щодо комплексу вправ та фізичного навантаження за хронічного первинного болю*:**

- Запропонуйте пацієнтам віком від 16 років із хронічним первинним болем комплекс вправ, зважаючи на їхні вподобання та можливості
- Заохочуйте осіб із хронічним первинним болем бути фізично активними

Психологічна терапія хронічного первинного болю

Терапія прийняття та відповідальності

Переважно доказові дані свідчили про те, що застосування терапії прийняття та відповідальності сприяє поліпшенню якості життя, сну, зменшенню болю та психологічних переживань. Експерти рекомендують розглядати терапію прийняття та відповідальності як психотерапію хронічного первинного болю. Доказів на підтвердження переваг терапії прийняття та відповідальності над когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) або КПТ над терапією прийняття та відповідальності недостатньо.

Когнітивно-поведінкова терапія за хронічного первинного болю

Більшість наявних доказів підтверджують, що застосування КПТ поліпшує якість життя осіб із хронічним первинним болем. Вагомих доказових даних шкоди КПТ немає. За даними двох дослідження щодо економічної оцінки, КПТ є економічно вигідним. Оскільки докази не є якісними, експерти радять розглядати можливість застосування КПТ в осіб із хронічним первинним болем, але не дають чітких рекомендацій щодо її використання.

Біофідбек за хронічного первинного болю

Наявні доказові дані щодо ефективності біофідбеку (біологічного зворотного зв'язку) є дещо суперечливими. Тож експерти дійшли висновку, що не варто рекомендувати біофідбек як варіант лікування пацієнтів із хронічним первинним болем.

Релаксаційна терапія, майндфулнес та психотерапія

Кількість доказових даних для надання рекомендацій щодо застосування релаксаційної терапії, майндфулнес (основаної на усвідомленості терапії) або психотерапії визнано недостатньою. Ефективність цих методів щодо первинного болю, на думку експертів, потребує подальших досліджень.

Рекомендації щодо психологічної терапії за хронічного первинного болю:

- Розгляньте можливість застосування терапії прийняття та відповідальності або КПТ для пацієнтів віком від 16 років
- Не застосовуйте біофідбек у пацієнтів віком від 16 років для лікування хронічного первинного болю

Голковколювання за хронічного первинного болю

Значна кількість досліджень (загалом 27) продемонстрували, що голковколювання (акупунктура) зменшує біль і поліпшує якість життя на короткий строк порівняно зі звичайним доглядом або імітованою акупунктурою. Доказів для визначення довгострокових ефектів бракує. Відповідно до результатів двох досліджень, проведених для економічного оцінювання (одне з них у Великій

Британії), акупунктура забезпечує оптимальний баланс переваг і витрат для осіб із хронічним болем у шиї. Розроблена оригінальна економічна модель уможливила порівняння ефективності акупунктури. Експерти дійшли висновку, що значна доказова база свідчить на користь того, що застосування акупунктури є клінічно ефективним за короткотривалого застосування (3 місяці). Однак доказових даних щодо користі її довготривалого використання наразі недостатньо. Не було знайдено доказів, на підставі яких можливо надати рекомендації щодо повторних курсів застосування акупунктури. Тому експерти вважають, що потрібні подальші дослідження.

Рекомендація щодо застосування голковколювання

Розгляньте застосування єдиного курсу голковколювання в межах традиційної китайської або західної акупунктурної системи для пацієнтів віком від 16 років для лікування хронічного первинного болю, але лише за умов, якщо курс:

- здійснюється в умовах медичного закладу
- виконує медичний працівник із відповідною підготовкою
- його тривалість не перевищує п'яти годин

Електрична стимуляція за хронічного первинного болю

Обмежені наявні дані досліджень свідчать про певну користь електричної стимуляції при хронічному первинного болю, але обсяги вибірок були невеликими, і користь застосування курсом довше трьох місяців — незрозумілою.

Лазерна терапія та транскраніальна магнітна стимуляція

За свідченням пацієнтів, лазеротерапія та транскраніальна магнітна стимуляція демонстрували відмінні результати при лікуванні первинного хронічного болю. Методи лазерної терапії, які порівнювали в дослідженнях, відрізнялися щодо застосовуваної довжини хвилі, потужності та часу дії лазера на кожну ділянку тіла. Як відомо, транскраніальну магнітну стимуляцію розглядали у семи дослідженнях; перевагами їх було те, що спостерігали зменшення болю у пацієнтів. Утім, зважаючи на якість наявних доказів, обмежену кількість даних щодо довгострокового впливу та брак належних результатів щодо економічної ефективності цих методів, експерти вирішили поки що не надавати практичних рекомендацій щодо лазерної терапії чи транскраніальної магнітної стимуляції.

Транскутанна електрична стимуляція нервів, ультразвукова та інтерферентна терапія

Не виявлено різниці за порівняння транскутанної електричної стимуляції нервів, ультразвукової та інтерферентної терапії та звичайного догляду впродовж трьох місяців. Експерти вважають, що ці методи не варто використовувати для лікування хронічного первинного болю.

Перкутанна електрична стимуляція нервів і транскраніальна стимуляція постійним струмом

Обмежені дані щодо застосування перкутанної електричної стимуляції нервів і транскраніальної стимуляції постійним струмом, які широко не використовують в сучасній практиці, свідчать про суперечливі результати стосовно їх переваги. На думку експертів, їх недостатньо для надання відповідної рекомендації.

Рекомендація щодо методів електричної стимуляції

Не застосовуйте пацієнтам віком від 16 років із первинним хронічним болем:

- транскраніальну магнітну стимуляцію
- ультразвукову терапію
- інтерферентну терапію

Мануальна терапія за хронічного первинного болю

Як відомо, нині накопичено невелику кількість доказових даних для кожного з видів мануальної терапії. Через стурбованість їх якістю та варіюванням типу терапії експерти не змогли зробити певних висновків щодо типу мануальної терапії та надати відповідні рекомендації. Хоча було зазначено, що мануальна терапія має користь, а доказів її шкоди не виявлено.

Фармакологічне лікування хронічного первинного болю

Антидепресанти

За наявними доказовими даними, застосування антидепресантів для лікування хронічного первинного болю (амітриптилін, циталопрам, дулоксетин, флуоксетин, пароксетин і сертралін) порівняно з плацебо сприяє поліпшенню якості життя і сну та зниженню больового синдрому. Є певні обмеження щодо якості та кількості цих доказів. Більшість даних стосувалася жінок із фіброміалгією. Однак включені результати щодо інших типів хронічного первинного болю теж відповідали цим висновкам.

Експерти вважають, що нині бракує належних доказових даних, які демонструють різну реакцію на лікування за інших видів хронічного первинного болю. Тож немає підстав, чому згадана рекомендація не може стосуватися всіх видів хронічного первинного болю.

Використання антидепресантів розглядали за класами, але докази були доступні лише щодо певних препаратів у кожному класі. На думку експертів, це має бути відображено в рекомендації.

До того ж не виявлено даних, які дали змогу порівнювати класи антидепресантів між собою. Комітет дійшов згоди: попри певні невідповідності щодо переваг окремих класів антидепресантів, не можливо вважати, що один клас є більше / менше ефективний за інший.

Проте найбільше доказових даних щодо ефективності за хронічного болю накопичено для дулоксетину. Однак через брак прямого порівняння класів антидепресантів експерти не в змозі віддати перевагу дулоксетину щодо інших препаратів. Рішення про те, який саме антидепресант варто призначати, як зазначають автори, має ґрунтуватися на підставі оцінювання переваг і ризику при спілкуванні з пацієнтом із хронічним первинним болем.

Дозування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну має відповідати такому, яке призначають для лікування депресії.

Щодо амітриптиліну експерти погодилися, що доцільно починати приймати його у мінімально можливому дозуванні та титрувати до максимального — 100 мг/добу. Ефективність застосування антидепресантів слід переглядати через 4–6 тижнів.

У разі призначення антидепресантів необхідно брати до уваги ризик синдрому відміни і не варто продовжувати їх приймання, якщо вони не були ефективними.

Лікарські засоби на основі канабісу

Наразі не виявлено доказових даних ефективності препаратів на основі канабісу для лікування хронічного первинного болю, а деякі відомості (обмежені результати невеликого дослідження) свідчать про те, що вони можуть чинити несприятливий вплив.

Опіоїди

Як зазначають автори, нині не встановлено доказової бази ефективності опіоїдів за хронічного первинного болю. Обмежені дані нерандомізованих досліджень щодо тривалого використання (понад 6 місяців) опіоїдів у разі хронічного болю свідчать про підвищений ризик виникнення залежності.

Тож на підставі цього досвіду експерти дійшли висновку, що навіть короткочасне вживання опіоїдів може бути шкідливим. Зважаючи на докази довгострокової шкоди та брак даних ефективності опіоїдів, експерти не рекомендують розпочинати лікування вказаними засобами осіб із хронічним первинним болем.

Бензодіазепіни та нестероїдні протизапальні препарати

Обмежена кількість наявних даних свідчить про брак користі бензодіазепінів і нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Хоча бракує доказової бази щодо тривалого застосування бензодіазепінів, експерти наголошують на небезпеці звикання до них і радять не розпочинати лікування бензодіазепінами за хронічного первинного болю. За доказовими даними, короткочасне застосування НПЗП не має впливу на якість життя. Враховуючи ризик ускладнень у разі застосування НПЗП (шлунково-кишкові кровотечі) та брак доказів коротко- або довгострокової ефективності, експерти не рекомендують призначати НПЗП пацієнтам із хронічним первинним болем.

Протиепілептичні засоби

Відповідно до наявних доказових даних не виявлено користі габапентиноїдів за хронічного первинного болю. Також не встановлено доказів щодо безпеки довготривалого використання габапентиноїдів для лікування хронічного болю. Оскільки застосування протиепілептичних засобів асоціюються з їхнім негативним впливом (наприклад, приймання габапентиноїдів із ризиком зловживання та розвитку залежності), експерти дійшли висновку, що вони не можуть рекомендувати розпочинати лікування протиепілептичними засобами пацієнтів із хронічним первинним болем.

Місцеві анестетики

Доказової бази щодо користі використання місцевих анестетиків нині бракує, тому експерти не рекомендують застосовувати ці засоби за хронічного первинного болю.

Парацетамол, кетамін, кортикостероїди, комбінації анестетиків / кортикостероїдів та антипсихотичні засоби

Нині не виявлено доказових даних ефективності парацетамолу, кетаміну, антипсихотиків, кортикостероїдів або комбінацій анестетиків / кортикостероїдів (для останніх брали до уваги лише дані ін'єкцій у тригерні точки). Експерти дійшли згоди, що вказані препарати можуть завдавати шкоди, тож не радять розпочинати лікування хронічного первинного болю цими засобами.

Рекомендації:

- Розгляньте застосування антидепресантів — амітриптиліну, циталопраму, дулоксетину, флуоксетину, пароксетину або сертраліну — для лікування хронічного первинного болю в осіб віком від 18 років після обговорення користі та шкоди приймання вказаних препаратів
- Зверніться за консультацією до фахівця, якщо розглядається фармакологічне лікування антидепресантами для осіб віком 16–17 років
- Поясніть пацієнтові, що застосування антидепресантів не пов'язане з депресією, оскільки ці ліки можуть допомагати в поліпшенні якості життя, зменшенні болю, покращенні сну та зниженні психологічного стресу
- Не застосовуйте для лікування хронічного первинного болю в пацієнтів віком від 16 років: протиепілептичні препарати, антипсихотичні засоби, бензодіазепіни; кортикостероїди; кетамін, місцеві анестетики, ін'єкції місцевих анестетиків / комбінованих кортикостероїдів у тригерні точки, НПЗП, опіоїди, парацетамол
- Поінформуйте пацієнта із хронічним первинним болем, якщо він приймає будь-які препарати, зазначені в попередній рекомендації, про брак доказових даних щодо їх ефективності в лікуванні хронічного первинного болю та ризики внаслідок продовження застосування цих засобів
- Обговоріть із пацієнтом проблеми, пов'язані з абстиненцією, приймаючи спільні рішення щодо припинення застосування антидепресантів, опіоїдів, габапентиноїдів або бензодіазепінів

Підготувала ***Наталія Купко***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.nice.org.uk