

Основні аспекти ведення пацієнтів із хронічним болем

Хронічний біль (ХБ), який також називають тривалим або стійким, – це біль, що може зберігатися впродовж більш ніж трьох місяців. ХБ буває вторинним, тобто спричиненим основним захворюванням, як-то артроз, ревматоїдний артрит, виразковий коліт, ендометріоз тощо, та первинним. Первинний ХБ не має чіткої патологічної основи, а біль (чи його вплив) може бути непропорційним наявній травмі чи захворюванню. Біль будь-якого типу може призводити до дистресу та обмеження дієздатності, але ці особливості особливо виразні при первинному ХБ. Національний інститут охорони здоров'я та досконалості надання медичної допомоги Великої Британії (NICE) сумісно з Королівським коледжем лікарів (RCP) цього річ розробили рекомендації, що включають особливості визначення типів ХБ та лікування первинного ХБ в осіб віком від 16 років. Документ ґрунтується на ретельному вивченні сучасних доказів і покликаний допомогти клініцистам при виборі оптимальної терапії з урахуванням індивідуальних потреб, уподобань та особливостей пацієнтів. Пропонуємо до вашої уваги ключові положення даних рекомендацій.

У поточних рекомендаціях використовується визначення первинного ХБ, що відповідає наведеному в Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). У МКХ-11 підтипи первинного ХБ включають фіброміалгію, комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС), первинний хронічний головний та орофасціальний біль, первинний хронічний вісцеральний і первинний хронічний скелетно-м'язовий біль. На відчуття болю чинять вплив соціальні (як-то погіршення соціального/економічного положення, ізоляція, відсутність доступу до різних послуг), емоційні (зокрема тривога, дистрес, попередні травми), очікування й переконання, психічне здоров'я (депресія, посттравматичний стресовий розлад тощо) та біологічні фактори. При оцінюванні первинного та вторинного ХБ слід враховувати ці потенційні чинники, що можуть змінити клінічну картину.

Визначення типу хронічного болю

Як було вказано вище, ХБ буває первинним та вторинним, до того ж обидва типи можуть співіснувати. Механізми, що лежать в основі первинного ХБ, вивчені лише частково, а визначення є досить новими. Рішення щодо пошуку причини болю (травма чи хвороба) слід приймати спільно при обговоренні з пацієнтом.

Ведення хворого має включати комплексну персоналізовану оцінку причин та наслідків болю, його вплив на якість життя та узгодження можливих стратегій лікування, включно із самоконтролем. Орієнтована на пацієнта оцінка й терапія передбачають його сприйняття як особистості, надання можливості брати активну участь у лікуванні, що включає налагодження й підтримання комунікації, інформування, спільне прийняття рішень тощо.

При визначенні причини болю спершу слід розглянути діагноз первинного ХБ, якщо немає чіткої основної (вторинної) причини, або ж біль чи його вплив не пропорційні будь-якій наявній травмі чи захворюванню, особливо коли ХБ викликає значний дистрес та обмеження дієздатності. При прийнятті клінічного рішення щодо діагнозу потрібно враховувати відомості, надані пацієнтом, та його міркування. Слід пам'ятати, що початковий діагноз первинного ХБ може з часом змінитися. Тож необхідно повторно оцінити стан пацієнта та встановити діагноз, якщо клінічна картина стане іншою.

Важливість індивідуального підходу при виборі оптимального лікування

Важливо визначити, як ХБ впливає на життя хворого, його родини чи осіб, які здійснюють догляд, та близьких, а також як аспекти їхнього життя можуть впливати на біль. Вони можуть включати:

- спосіб життя та щоденні заходи, зокрема проблеми на роботі та порушення сну;
- фізичне та психологічне благополуччя;
- стресові життєві події, як-то попередні або поточні фізичні чи емоційні травми;

- зловживання психоактивними речовинами нині чи в минулому;
- соціальну взаємодію та стосунки;
- труднощі із працевлаштуванням, житлом, доходами та інші соціальні проблеми.

Доцільно уважно проаналізувати соціально-економічне положення, етнічне походження та релігійні вподобання осіб із ХБ та поміркувати, як зазначене може вплинути на їхні симптоми, розуміння свого стану та вибір лікування. Також важливо вивчити навички хворих, якими вони володіють, аби впоратися з болем, та що їм допомагає у разі виникнення болю, який важко контролювати. Розуміння пацієнтом свого стану, а також його родини чи доглядальників та близьких може включати усвідомлення причин болю, очікування стосовно того, що може статися в майбутньому через наявність ХБ, та результатів лікування.

При оцінюванні ХБ в осіб віком від 16 до 25 років необхідно враховувати будь-які вікові відмінності у проявах симптомів, вплив болю на стосунки у родині та їх динаміку, освіту, соціальний і емоційний розвиток. Лікар має показати пацієнтові своє розуміння того, що ХБ може бути нестерпним та негативно впливати на якість життя.

На всіх етапах ведення хворих слід надавати відповідні рекомендації та інформацію, що стосуються їхніх індивідуальних потреб, щоб допомогти їм приймати рішення щодо контролю свого стану, включно із самоконтролем. Доцільно обговорити з пацієнтом із ХБ, його сім'єю чи особою, що здійснює догляд (за потреби), ймовірність того, що симптоми з часом змінюватимуться і матимуть місце загострення. Також варто озвучити можливість того, що причину болю (або загострення) не вдасться встановити, та він буде зменшуватися чи посилюватися, і може знадобитися тривале лікування. Однак лікар має наголосити, що поліпшення якості життя пацієнта можливе, навіть якщо біль залишатиметься незмінним.

План догляду, підтримки й терапії слід розробляти разом із хворим на ХБ. При цьому лікар має обговорити пріоритети, можливості та цілі, користь від терапевтичного процесу; те, як пацієнт бачить своє лікування та збалансованість застосовуваних методів за різних станів. Важливою є будь-яка підтримка для молодих осіб (віком від 16 до 25 років) при продовженні навчання, якщо це доречно. Потрібно від самого початку роз'яснити можливі переваги, ризики та спірні моменти щодо терапевтичних варіантів на всіх етапах догляду. Клініцист має узгодити план підтримки та лікування із хворим на ХБ, його сім'єю чи доглядальниками (за потреби).

Клінічна оцінка стану пацієнта є важливою у разі співіснування первинного та вторинного ХБ для спільного прийняття рішень щодо варіантів терапії. Необхідно провести повторне обстеження хворого при зміні симптомів (на кшталт загострень ХБ). Слід мати на увазі, що причину загострень може бути не встановлено.

Якщо у пацієнта спостерігається погіршення стану, варто:

- переглянути план догляду, підтримки та лікування;
- розглянути можливість оцінки й терапії нових симптомів;
- обговорити, що могло спричинити загострення.

Лікування первинного хронічного болю Фармакологічна терапія

Наявні докази свідчать, що антидепресанти, такі як амітриптилін, циталопрам, дулоксетин, флуоксетин, пароксетин і сертралін, ефективні для поліпшення якості життя та сну, зменшення проявів болю і психологічного дистресу порівняно із плацебо. При прийнятті спільного рішення про доцільність антидепресивної терапії за первинного ХБ хворому необхідно пояснити, що ці препарати можуть забезпечувати переваги навіть за відсутності діагнозу депресії. Слід зазначити, що існували певні обмеження якості та кількості даних щодо антидепресантів, а також більшість із них стосувалися жінок з фіброміалгією. Однак при інших типах первинного ХБ різниці у відповіді на лікування не спостерігалося, тож було прийняте рішення застосовувати цю рекомендацію узагальнено.

У контексті впливу на ХБ антидепресанти розглядалися за класами, але дані були доступні лише для певних препаратів у межах класу. Не було виявлено доказів щодо порівняння класів антидепресантів між собою, але автори не виявили відмінностей у перевагах між ними. Клінічне рішення щодо того, який антидепресант призначити, має ґрунтуватися на детальному обговоренні з пацієнтом з урахуванням ризиків та переваг.

Таким чином, доцільно розглянути лікування антидепресантами, як-то амітриптилін, циталопрам, дулоксетин, флуоксетин, пароксетин або сертралін, для осіб віком від 18 років, що страждають на первинний ХБ, після повного обговорення користі та шкоди від терапії. Рішення про призначення фармакологічного лікування пацієнтам віком від 16 до 17 років має приймати відповідний спеціаліст у кожному конкретному випадку. Ефективність антидепресантів слід переглядати через 4–6 тижнів. Призначаючи антидепресанти, слід враховувати ризик абстинентного синдрому та не продовжувати їх приймання за браку ефективності.

Не рекомендовано застосовувати будь-який із зазначених нижче лікарських засобів для терапії первинного ХБ у пацієнтів віком від 16 років:

- протиепілептичні препарати, зокрема габапентин, за винятком випадків, коли їх призначено у межах клінічного випробування для лікування КРБС;
- антипсихотики;
- бензодіазепіни;
- ін'єкції кортикостероїдів у тригерні точки;
- кетамін;
- місцеві анестетики (топічні або внутрішньовенні), за винятком випадків, коли їх призначено у межах клінічного випробування для лікування КРБС;
- ін'єкції комбінації місцевих анестетиків / кортикостероїдів у тригерні точки;
- нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП);
- опіоїди;
- парацетамол.

Наявні докази свідчать про відсутність користі габапентинів при первинному ХБ, а даних щодо довгострокової безпеки при їх застосуванні не виявлено. Однак прегабалін і габапентин віднесені до контрольованих речовин класу С згідно із прийнятим у Великій Британії Законом «Про зловживання лікарськими засобами» (1971) та внесені до переліку препаратів відповідно до Положень про зловживання лікарськими засобами (2001) відповідно до рішення Агентства Великої Британії з контролю обороту ліків та медичних товарів (MHRA) через повідомлення про шкоду та ризик неправильного використання й залежності від препаратів.

Перш ніж призначати препарати, клініцист має уважно вивчити анамнез пацієнтів на предмет зловживання ліками та спостерігати за ними щодо можливого розвитку ознак зловживання та залежності (MHRA, 2019).

Окрім того, не було виявлено жодних доказів застосування будь-яких інших протиепілептичних засобів для лікування первинного ХБ. Оскільки протиепілептичні засоби асоційовані з клінічно відомою шкодою, особливо габапентиноїди (ризик зловживання та залежності), призначати протиепілептичну терапію пацієнтам із первинним ХБ не рекомендовано.

Обмежені дані свідчать про відсутність користі призначення бензодіазепінів та НПЗП за первинного ХБ. До того ж наявні докази, що психологічне та фізичне функціонування на тлі лікування бензодіазепінами є гіршим, ніж при застосуванні плацебо. Незважаючи на те, що про тривале використання цих ліків не повідомлялося, було відзначено розвиток залежності від них серед хворих. Короткочасне приймання НПЗП не впливало на якість життя, біль чи психологічний дистрес пацієнтів. Але невелика кількість даних свідчить про зниження фізичної функції на тлі НПЗП порівняно із плацебо. З огляду на ризик шкоди при використанні НПЗП (шлунково-кишкові кровотечі) та відсутність доказів коротко- чи довгострокової ефективності, було прийняте рішення не рекомендувати таку терапію при первинному ХБ.

Не було виявлено жодних доказів ефективності опіоїдів при первинному ХБ; окрім того, доступні дані щодо підвищеного ризику розвитку залежності від препаратів. Показано, що навіть короткочасне використання опіоїдів може бути шкідливим для пацієнтів із хронічним захворюванням.

Якщо хворий на первинний ХБ вже приймає будь-який із зазначених препаратів, доцільно переглянути призначення у контексті спільного прийняття рішень. Тобто слід пояснити брак доказів їх переваг при первинному ХБ та узгодити план безпечного продовження лікування, якщо пацієнт наголошує на користі препарату в безпечній дозі та за незначної шкоди. У разі якщо хворі повідомляють про незначний ефект чи значну шкоду при лікуванні, необхідно надати інформацію про ризики у разі його продовження, а також заохочувати їх, за можливості, зменшити дозування чи припинити терапію, й надавати їм належну підтримку.

Невелика кількість даних щодо короткочасного застосування топічних анестетиків свідчить про відсутність користі або гірші клінічні наслідки в осіб із первинним ХБ у порівнянні з плацебо. Даних щодо внутрішньовенного введення місцевих анестетиків не виявлено. Тому використання цих лікарських засобів при первинному ХБ не рекомендоване. Однак було зазначено, що місцеві анестетики можуть бути корисними для пацієнтів із КРБС, когорти яких недостатньо представлена в рандомізованих контрольованих дослідженнях.

Не було виявлено жодних даних щодо лікування парацетамололом, кетаміном, антипсихотиками, кортикостероїдами або комбінаціями анестетиків/кортикостероїдів (щодо останніх двох враховувалися дані лише для ін'єкцій у тригерні точки). Тож, ґрутуючись на власному досвіді та інструкціях із медичного застосування препаратів, автори рекомендацій прийняли рішення, що ці ліки можуть мати несприятливі наслідки для хворих. Таким чином, не рекомендовано починати лікування первинного ХБ будь-яким із цих методів.

Немедикаментозна терапія

Згідно з доступними даними, за належної фізичної активності на додаток до лікування має місце виразніше зменшення болю та поліпшення якості життя пацієнтів із первинним ХБ порівняно з лише стандартною терапією. Переваги спостерігаються як у коротко-, так і довгостроковій перспективі та є стабільними при використанні різних типів фізичних вправ.

Тож слід рекомендувати особам віком від 16 років контрольовану програму фізичних вправ для купірування первинного ХБ з огляду на їхні індивідуальні особливості. Лікар має заохочувати хворих залишатися фізично активними з метою забезпечення тривалих переваг для здоров'я.

У контексті психологічної допомоги особам із первинним ХБ доцільно розглянути можливість застосування терапії прийняття та відповідальності (ТПВ) або когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Було показано, що ТПВ поліпшує якість життя та сну, а також зменшує прояви болю та психологічний дистрес. Доказів на підтвердження переваг ТПВ перед КПТ (або навпаки) бракує. Крім того, наявні дані щодо поліпшення якості життя осіб із ХБ, але не інших аспектів на тлі КПТ. Тож було прийняте рішення про доцільність розгляду цього методу терапії при ХБ без надання сильної рекомендації. Доступні докази про певну користь релаксаційної терапії, майндфулнес-орієнтованої КПТ чи психотерапії (психодинамічної) для хворих на ХБ, але для надання сильної рекомендації їх бракує.

На додачу, з урахуванням індивідуальних характеристик пацієнтів віком від 16 років дієюю щодо купірування болю і поліпшення якості життя у короткостроковій перспективі може виявитися акупунктура (один курс).

Не слід рекомендувати електрофізичні методи лікування за первинного ХБ, як-то черезшкірна електрична стимуляція нервів, ультразвукове дослідження та інтерференційна терапія, через брак доказів користі. Продemonстровано певні переваги лазерної терапії і транскраніальної магнітної стимуляції щодо зменшення первинного ХБ, за повідомленнями пацієнтів. Лазерна терапія також асоціювалася з поліпшенням якості життя хворих. Однак, беручи до уваги низьку якість доказів та обмежені довгострокові дані, практичних рекомендацій щодо зазначених методів надано не було.

Важливі моменти та можливі перешкоди на шляху до успішної терапії хронічного болю

Для успішної терапії ХБ доказів на підтримку психологічних, біологічних чи соціальних факторів бракує. Було визнано важливість комплексного підходу при оцінці та лікуванні болю, орієнтованого на пацієнта. Приймаючи рішення щодо терапії, клініцист має враховувати, як біль впливає на життя хворого, і навпаки, вплив на нього соціально-економічних, культурних, етнічних та релігійних чинників. В основі плану підтримки й лікування повинен бути вплив болю на щоденну діяльність, а також уподобання, можливості та цілі людини. При цьому слід прийняти той факт, що передбачити зміни стану пацієнта у майбутньому неможливо. Тобто важливо визнати, що біль може змінюватися з часом, і ймовірно загострення стану.

Належна комунікація між лікарем та хворим має принципове значення, особливо якщо застосовувані методи лікування є неефективними або погано переносяться. Необхідно враховувати можливий неоднорідний, складний та нестерпний характер болю. Відповідно, потрібно провести всебічне обстеження пацієнта для визначення наслідків болю та їх сприйняття хворим й оточенням. Розуміння того, що важливо для людини, є першим кроком у розробці плану догляду та підтримки. Щоб зробити план лікування оптимальним, важливо вивчити пріоритети, можливості та цілі осіб із ХБ. Окрім того, у разі невизначеності прогнозу лікар має правдиво повідомити про це пацієнту із ХБ. Забезпечувати відповідні рекомендації та інформацію для поліпшення самоконтролю стану хворого слід на всіх етапах надання допомоги.

Підготувала **Олена Коробка**

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

Стимулотон® Європейський сертралін



Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах: 50 мг і 100 мг

Зручний режим дозування — один раз на добу¹

Володар Премії за Інновацію 2004 року

Кращий вибір з СИЗС при кардіоваскулярній патології²

Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну³

Показання

- Великі депресивні епізоди
- Запобігання рецидиву великих депресивних епізодів
- Панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії
- Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років
- Соціальний тривожний розлад
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

1. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 2. Hillel W. Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2–8. 3. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).

Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг блістер, №30; табл. в/о 100 мг блістер, №28. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. **Побічні реакції.** Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. **Категорія відпуску.** Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. № UA/3195/01/01–02. **Виробник.** ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

Контакти
представника виробника в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

