

Место мелоксикама в лечении нейропатической боли



Т.С. Мищенко

В связи с высокой распространенностью хронических болевых синдромов среди населения лечение указанных состояний является одним из приоритетных направлений современной медицины, поэтому появление в арсенале врачей эффективных препаратов для купирования боли не остается незамеченным. Об основных принципах ведения пациентов с хронической болью и месте мелоксикама в лечении этой категории больных нашему корреспонденту рассказала руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.

? С какими видами боли Вы сталкиваетесь в клинической практике?

— Боль является наиболее частой жалобой у пациентов, которые обращаются за медицинской помощью, при этом у большинства из них боль носит хронический характер. Классификация хронической боли включает три основные широкие диагностические категории: боль, связанная с заболеванием или повреждением тканей (ноцицептивная боль, например, при остеоартрите); боль, обусловленная заболеванием или повреждением соматосенсорной системы (нейропатическая боль), а также сочетание ноцицептивной и нейропатической боли (смешанная боль). Одним из наиболее распространенных видов боли, которая часто встречается в неврологической практике, является нейропатическая. По данным проведенных эпидемиологических исследований, около 6-8% населения планеты страдает нейропатической болью, которая составляет до 20% всех случаев хронической боли. Сегодня эта сложнейшая и не до конца изученная проблема является предметом пристального внимания как неврологов, так и врачей других специальностей.

? Каковы особенности нейропатической боли?

— В 1994 г. Международной ассоциацией по изучению боли предложено определение, согласно которому под нейропатической болью подразумевается боль, возникшая вследствие первичного повреждения или дисфункции нервной системы. На Международном конгрессе по нейропатической боли (2007) данное состояние определялось как боль, возникающая вследствие болезни или повреждения соматосенсорной системы.

Болевой нейропатический синдром может возникать при поражении черепных нервов, спинномозговых корешков, ганглия заднего корешка, плечевого и поясничного сплетения, ствола нерва, нервных окончаний. Наиболее частыми причинами возникновения нейропатической боли являются моно- и полинейропатии (диабетическая, алкогольная, травматическая), инфекционные заболевания (постгерпетическая невралгия, поражение периферической нервной системы при СПИДе), рефлекторная симпатическая дистрофия, рассеянный склероз, сирингомиелия, первичные или метастатические опухоли, нейросифилис, дефицит витамина В₁₂, а также геморрагический инсульт. Ряд нозологических форм характеризуется относительно высокой частотой развития нейропатической боли. В частности, при травмах спинного мозга таковая возникает в 50-65% случаев, при сирингомиелии — в 35%, рассеянном склерозе — в 14-28%, диабетической полинейропатии — в 11-24% случаев, а при эпилепсии и мозговом инсульте — в 8% случаев. Факторами риска развития нейропатической боли являются пожилой возраст, принадлежность к женскому полу, наличие эмоциональных нарушений и низкий социально-экономический уровень жизни.

Диагностика нейропатической боли включает клинический осмотр с выявлением характера боли, признаков поражения нервной системы, нейрофизиологические исследования (электромиографию, количественное сенсорное тестирование и др.), исследование крови (содержание глюкозы, витаминов, иммуноглобулинов, М-белка, определение титра антител к структурам периферических нервов), исследование цереброспинальной жидкости, биопсию икроножного нерва. При подозрении на наследственный характер заболевания проводится ДНК-диагностика.

? Каковы основные принципы ведения пациентов с хронической болью?

— В терапии нейропатической боли лучше всего использовать комплексный подход. Признанной в лечении

нейропатической боли на сегодняшний день является фармакотерапия. В соответствии с рекомендациями Европейской федерации неврологических обществ в фармакотерапии нейропатического болевого синдрома применяются трициклические антидепрессанты (амитриптилин — препарат первой линии), а также антиконвульсанты, опиоидные анальгетики, обезболивающие препараты местного действия и др.

Для лечения ноцицептивной и смешанной хронической боли широко применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Механизм действия НПВП заключается в ингибировании фермента циклооксигеназы (ЦОГ), под влиянием которой образуются простагландины, участвующие в процессах возникновения боли, воспаления и повышения температуры тела. Болеутоляющий эффект отчасти связан с противовоспалительным действием, поскольку уменьшение воспаления ослабляет отек и, следовательно, механическое сдавление ноцицепторов. НПВП имеют сравнительно широкий спектр побочных эффектов, таких как язвенное поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), кровотечения, нарушение функций почек, усугубление сердечной недостаточности и артериальная гипертензия. Риск желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) вследствие приема НПВП в общей популяции составляет 1%, у людей старше 60 лет — 3-4%, у лиц с ЖКК в анамнезе — 9%. Сопутствующее назначение мизопростола, антагонистов H₂-рецепторов, ингибиторов протонной помпы и антиагентов только частично снижает риск возникновения ЖКК; данный подход может использоваться для профилактики осложнений. Кроме того, отдельные препараты группы НПВП характеризуются меньшим риском побочных эффектов.

В начале 1980-х гг. Всемирная организация здравоохранения сформулировала основные требования к современному лекарственному средству: эффективность, безопасность, доступность и приемлемость для пациента. Согласно принципам доказательной медицины соотношение польза/риск является главным критерием при проведении рациональной индивидуальной фармакотерапии.

Из всей группы селективных ингибиторов ЦОГ-2 можно выделить два относительно безопасных препарата по влиянию на ЖКТ и сердечно-сосудистую систему — мелоксикам и нимесулид. Данные лекарственные средства в исследованиях показали большую безопасность относительно сердечно-сосудистых осложнений, чем коксибы, и большую гастроинтестинальную безопасность, чем неселективные ингибиторы ЦОГ.

? Как Вы оцениваете место мелоксикама в лечении хронической боли?

— Мелоксикам (Мовалис) является представителем группы оксикамов и селективных ингибиторов ЦОГ-2 и отвечает всем требованиям, предъявляемым к препарату для лечения хронической боли в отношении безопасности, эффективности и продолжительности действия. Препарат имеет длительный период полувыведения (20 ч), связывается с белками плазмы на 99%; при внутримышечном введении обезболивающий эффект наступает через 30 мин, при пероральном — через 1 ч. Мовалис обладает хорошей способностью проникать через гистогематические барьеры: его обнаруживают в суставной жидкости в концентрации, равной 50% концентрации препарата в плазме. Препарат обладает кумулятивным свойством, при этом максимальная его концентрация наступает на 3-5-й день приема. Для более быстрого получения лечебного эффекта целесообразно проводить так называемую ступенчатую терапию, которая заключается во внутримышечном введении 15 мг мелоксикама в первые 3 дня с последующим переводом больного на пероральный прием.

Мелоксикам (Мовалис) показан для применения как однократно (для купирования острой боли), так и для лечения хронических заболеваний с болевым и воспалительным синдромами.

Стоимость лечения мелоксикамом выше, чем стандартными НПВП, но кратность приема и вероятность побочных реакций ниже. Доказательная база мелоксикама основана на многочисленных рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях, в которых его эффективность и переносимость сравнивались с таковыми плацебо и других НПВП (ЦОГ-2-селективных и неселективных). Данный препарат доказал свою эффективность и хорошую переносимость при целом ряде патологий.

? Можно ли принимать этот препарат пациентам пожилого возраста с сопутствующей патологией, в частности с сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом в анамнезе?

— С учетом безопасности и хорошей переносимости Мовалис может назначаться пациентам пожилого возраста. Метаанализ большого числа исследований показал, что мелоксикам по сравнению с традиционными НПВП снижает вероятность прекращения терапии из-за развития желудочно-кишечных осложнений на 41%, риск серьезных побочных реакций (перфорации, изъязвления, кровотечения) — на 48%, диспепсии — на 27%.

Таким образом, мелоксикам не только обладает выраженным противовоспалительным и анальгетическим действием, но и характеризуется хорошей переносимостью и высокой безопасностью. Спектр нежелательных явлений при применении этого препарата уже, чем при терапии неселективными НПВП и специфическими ингибиторами ЦОГ-2. Эти свойства Мовалиса наряду с высокой клинической эффективностью способствуют широкому внедрению препарата в комплексную терапию не только хронической боли, но и ряда других патологических состояний.



В завершение беседы профессор Т.С. Мищенко отметила, что лечение нейропатической боли — длительный процесс, который требует регулярного контроля состояния здоровья пациента и выполнения врачебных назначений. Необходимо предупредить больного и его родственников о том, что уменьшение боли будет происходить постепенно, информировать о причинах заболевания, реальных прогнозах лечения, планируемых терапевтических мероприятиях, необходимости соблюдения режима приема препаратов, ведь даже самые эффективные лекарственные средства действительны только при условии приверженности пациентов к лечению.

Подготовила Катерина Котенко