

Хронічний больовий синдром: комплексний підхід до діагностики та лікування

На сьогодні питання хронічного больового синдрому (ХБС) стає дедалі актуальнішим. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність ХБС (без урахування онкологічних захворювань) становить не менше ніж 40% дорослого населення, і показник має тенденцію до неухильного зростання. Професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), д. мед. н. Олена Олександрівна Хаустова підняла це питання у доповіді «Проблеми хронічного болю у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями» в межах науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука і практика», яка відбулася у квітні 2019 року в Києві.

ХБС — це неприємне чуттєве та емоційне переживання, що виникає внаслідок наявного або потенційного пошкодження тканини і триває понад 12 тижнів. Концептуальна модель болю є багатофакторною та включає (Loeser, 1982):

- ноцицепцію (подрозрінення периферичних нервових рецепторів);
- сприйняття (безпосереднє відчуття болю);
- страждання (переживання болю);
- больову поведінку.

Тривалий біль призводить до катастрофізації стану та, як наслідок, — до інтенсивнішого відчуття симптомів і замикає хибне коло з формуванням депресії (James et al., 2011). За шкалою катастрофізації болю (PCS), у більшості випадків пацієнти із ХБС переживають стан безнадії, постійні роздуми, депресивні розлади й тривогу. Найчастіше такі хворі не відчувають соціальної підтримки та є некомпаснтними, що призводить до уповільнення процесу видужання та формування залежності від знеболювальних препаратів і антипсихотиків. Родинна підтримка є надзвичайно важливою, адже заперечення та несприйняття близьким оточенням симптомів хворого спричиняє укріплення больових відчуттів та укорінення депресії (Авраменко, 2016).

Тривала депресія протягом життя може призводити до формування фіброміалгій, а пароксизмальні епізоди депресії частіше за все супроводжуються болем у грудях та тазовим болем (Fietta, Manganelli, 2007; Aguglia et al., 2011).

При веденні пацієнта із хронічним болем лікар має застосовувати медикаментозні та немедикаментозні засоби, а також відштовхуватись від наявності тих чи інших компонентів болю та рівня оперантної поведінки. Професор зупинилася на важливих компонентах хронічного болю, як-то перцептивний, емоційний, когнітивний, поведінковий.

З огляду на це опорними точками при виборі терапії ХБС мають бути:

- скринінг психіатричних та наркологічних розладів;
- визначення наявності депресії та когнітивних порушень;
- максимально раннє повернення до комфортного повсякденного життя, трудової діяльності;
- уникнення приймання анальгетиків, седативних препаратів на регулярній основі та з підвищенням доз;
- антидепресивне та прокогнітивне лікування;
- фізіотерапія;
- оцінка впливу сім'ї на «оперантну поведінку», психосоціальні втручання;
- когнітивно-поведінкова терапія;
- суворе виконання рекомендацій лікаря.

Важливою метою лікування ХБС є повернення пацієнтові належної якості життя та уникання надмірного використання анальгетиків і седативних засобів.

Щодо немедикаментозних засобів терапії хронічного болю, слід виділити наступні способи регулювання емоцій:

1. **Включення уваги.** Даний метод направлений на переключення уваги пацієнта після виникнення болю та негативних емоцій.

2. **Когнітивні зміни.** Разом із психотерапевтом пацієнт проводить когнітивну переоцінку свого стану, щоб навчитись жити з болем. Це допомагає уникнути депресії, суїцидальних думок та нав'язливих станів.

3. **Модуляція відповіді.** За допомогою когнітивно-поведінкової терапії пацієнт вчиться зменшувати потенційну напругу, спричинену хронічним болем.

При веденні пацієнтів із ХБС серед медикаментозних методів терапії важливе місце посідають селективні інгібітори зворотного

захоплення серотоніну (СІЗЗС). Лікарські засоби цієї групи не лише стимулюють редукцію болю, але й позитивно впливають на його когнітивну складову. До появи СІЗЗС препаратами вибору були трициклічні антидепресанти (ТЦА), а саме амітриптилін, іміпрамін та нор-триптилін, що використовували як допоміжний компонент у лікуванні невropатичного болю. Вони чинили пряму анальгетичну дію, посилювали вплив опіоїдів та покращували настрої незалежно від знеболювального ефекту.

Чи є місце ТЦА у лікуванні ХБС сьогодні та яку нішу вони займають? Для того щоб визначити доцільність призначення ТЦА, необхідно встановити рівень С-реактивного білка (СРБ). Цей маркер системного запалення виступає індикатором майбутньої відповіді на терапію. Якщо СРБ <1 мг/л, це є предиктором хорошої відповіді на СІЗЗС, натомість при значній його концентрації ТЦА демонструватимуть вищу ефективність. Зручним є те, що показник СРБ — високочутливий біомаркер, доступний на всіх рівнях медико-санітарної допомоги, а його рівень не залежить від приймання їжі та може бути отриманий у будь-який час доби (Uher et al., 2014).

Однак відомо, що застосування лише СІЗЗС не завжди позбавляє пацієнта хронічного болю, а підвищення дози асоційоване з виникненням небажаних ефектів. У такому разі найкращим рішенням стане призначення препарату, що впливатиме на іншу ланку патогенезу та відрізнятиметься за механізмом дії. Таким лікарським засобом може стати тразодон. На відміну від інших антидепресантів, тразодон не асоційований із побічними явищами, як-то пріапізм, збільшення маси тіла, ажитація, безсоння, антихолінергічний ефект, погіршення функції печінки та серця тощо.

Clouse 1987 р. довів ефективність тразодону в лікуванні ХБС. Дана молекула здатна впливати на стресорний та афективний компонент болю. Досягається це за рахунок того, що тразодон є не лише інгібітором зворотного захоплення серотоніну, але й антагоністом 5-HT_{2A} і 5-HT_{2C}-рецепторів, активізація яких зазвичай пов'язана з появою безсоння, тривоги, психомоторного збудження та змін статевої функції. Тразодон застосовують також для лікування фіброміалгії, діабетичної невropатії та мігрені.

На українському фармацевтичному ринку молекула тразодону представлена препаратом **Триттіко (компанія «Ділео Фарма»)**. За своєю структурою Триттіко є антидепресантом комплексної дії, який належить до класу триазолопединів та значно відрізняється за своїм хімічним складом від решти антидепресивних засобів.

На відміну від інших психотропних препаратів, Триттіко позбавлений антихолінергічної активності, тому не виявляє типового для ТЦА впливу на функцію серця та не призводить до гіпотензії. Препарат ефективний при порушеннях сну, адже має здатність збільшувати тривалість глибокого (повільнохвильового) сну, не порушуючи при цьому його архітектури. У пацієнтів психіатричного стаціонара Триттіко виявився ефективнішим за кветіапін щодо збільшення тривалості та поліпшення якості сну (Tanimukai et al., 2013).

Триттіко послаблює психічну залежність від алкоголю у період абстинентного синдрому в осіб, що страждають на алкоголізм. Також він ефективний у лікуванні тривожно-депресивних станів і порушень сну при абстинентному синдромі у хворих, які мають залежність від бензодіазепіну. В цьому випадку препарат призначають у дозі 50–200 мг/добу (Jaffer et al., 2017).

Ще однією нішою застосування тразодону (Триттіко) є лікування деменції. Завдяки цьому

було відмічено, що препарат має здатність впливати на когнітивний компонент болю. Ще 1990 р. Fudge встановив, що тразодон значно поліпшує об'єктивні параметри пам'яті. Застосування Триттіко у пацієнтів із лобно-скроневою деменцією у дозі 150–600 мг/добу сприяє помітному зниженню збудження, проявів депресії, роздратування та порушень харчової поведінки.

При використанні препарату в формі таблеток модифікованого вивільнення терапевтичну дозу слід приймати один раз на добу перед сном. В осіб похилого віку максимальна переносима доза складає 300–400 мг/добу. Молоді пацієнти краще переносять вищі дози — 600 мг/добу.

Таким чином, можна дійти наступних висновків:

1. Майже кожен другий пацієнт, що звернувся по медичну допомогу, страждає на ХБС.
2. При веденні осіб із ХБС слід застосовувати патогенетичний вплив на різні компоненти болю (перцептивний, емоційний, когнітивний, поведінковий) за допомогою як медикаментозних так і немедикаментозних засобів.
3. Доведена 1987 р. ефективність тразодону (Триттіко) в лікуванні ХБС була пізніше неодноразово підтверджена на практиці.
4. Триттіко — мультимодальний антидепресант, що зумовлює широкий спектр його фармакологічної дії.



О.О. Хаустова

5. Показаннями до призначення препарату Триттіко є:

- депресивний розлад (150–600 мг/добу);
 - ХБС — застосовують у складі комплексної терапії (150–300 мг/добу);
 - порушення якості та тривалості сну (50 мг/добу);
 - абстинентний синдром у хворих, що страждають на алкогольну залежність (50–200 мг/добу);
 - емоційні та поведінкові порушення при хворобі Альцгеймера (150–600 мг/добу).
6. Триттіко добре переноситься у терапевтичних дозах та має позитивний вплив на якість життя.

Підготувала Іванна Лемкалович



ТРИТТИКО XR 300 мг

Тразодону гідрохлорид 300мг

мультимодальний модулятор серотонінової системи¹

НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСІЇ²

- Потужний антидепресивний ефект³⁻⁵
- Швидка відповідь на терапію²⁻⁴
- Високий відсоток досягнення ремісії^{5,6}
- Баланс ефективності й безпеки²
- Швидке повернення до повноцінного життя⁶

Стисла характеристика лікарського засобу Триттіко.
Триттіко є похідним триазолопідину. Ефективним для лікування депресивних станів, в тому числі депресій, що поєднуються з тривогою й порушеннями сну, і відрізняється швидким початком дії. Триттіко стабілізує емоційний стан, покращує настрої, послаблює психічну залежність від алкоголю. На відміну від інших психотропних засобів Триттіко не протипоказаний при глаукомі й розладах з боку сечовидільної системи, не має екстрапірамідних ефектів і не потенціює адренергічну передачу. Не має антихолінергічної активності, тому не асоціюється з впливом на функцію серця. Триттіко є антидепресантом із седативними властивостями, що може призводити до сонливості упродовж перших днів прийому препарату. Іноді можуть виникати інші побічні реакції. Для більш детальної інформації ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування.
Виробник лікарського засобу: Азіенде Кіміке Ріуніте Анжеліні Франческо — А.К.Р.А.Ф. — С.п.А., Біа Веккіо Дел Пінкоккіо, 22 — 60100 Анкона (АН), Італія.
Р.П. МОЗ України для Триттіко XR 300мг № 1275 UA/15577/01/02 від 24.11.2016.
Інформація для лікарів (і фармацевтів) для використання в професійній діяльності.

1. Stahl S., University of California, San Diego, Debbi Ann Morrisette Neuroscience Education Institute «Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder-EMITTU». Article in CNS spectrums. — December 2014.
2. Sheehan DV, Cntr HA., Gossen ER et al. Extended release Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Psychiatry (Edgmont). — 2009. — 6. — 20-33.
3. Kasper S., Olivieri L., Di Loreto G., Dionisio P.A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of major patients with major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2005. — V. 21. — P. 1139-1146.
4. Munizza C., Olivieri L., Di Loreto G. et al. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and sertraline in the treatment of major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2006. — V. 22. — P. 1703-1713.
5. Eva Ceskova. Чешский опыт лечения депрессии тразодоном // МНЖ. — 2013. — № 7 (61). — С. 161-162.
6. Fagiolini A. et al. Reducing Trazodone for the treatment of major depressive disorder // CNS Drugs. — 2012. — 26. — 1033-1049.

04119, м. Київ,
вул. Мелникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26,
факс: (044) 538-01-27

ANGELINI