

# Победить боль: новое оружие в арсенале врача

**Боль является самой частой жалобой, с которой сталкиваются врачи различных специальностей в своей повседневной практике. По данным ВОЗ, в развитых странах мира распространенность боли носит пандемический характер. Основную часть пациентов, страдающих хронической болью, составляют больные артритами и остеоартритами, поэтому данная проблема наиболее актуальна для терапевтов, ревматологов и ортопедов.**

Неудивительно, что основное внимание клиницистов этого профиля на различных конференциях, симпозиумах и съездах чаще всего обращено к вопросам купирования боли различного генеза и локализации.

Так, 17 июня в г. Риме под эгидой фармацевтической компании Merck Sharp & Dohme Idea, Inc. (MSD) прошло заседание рабочей группы экспертов в данной области.



Участник совета экспертов — заместитель директора ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор **Сергей Иванович Герасименко** — рассказал о составе совета и основных вопросах, которые поднимались на заседании:

— Совет экспертов состоялся 17 июня 2010 г. в рамках EULAR 2010 и был посвящен вопросам боли. На нем присутствовала большая делегация ведущих специалистов из Украины, среди которых директор Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко, доктор медицинских наук, профессор **Николай Алексеевич Корж**; директор Донецкого научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, доктор медицинских наук, профессор **Владимир Гарриевич Климовицкий**; заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Александр Евгеньевич Лоскутов**; заместитель директора Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко, доктор медицинских наук, профессор **Владимир Александрович Радченко**; ведущий научный сотрудник Института травматологии и ортопедии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор **Михаил Васильевич Полулях**.

На экспертном совете поднимались вопросы патогенеза боли, а также возможностей ее купирования с наименьшим вредом для организма больных. В процессе дискуссии обсуждались показания к применению наркотического обезболивания и ненаркотических анальгетиков.

Среди рассмотренных современных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), применяемых с целью болеутоления, хотелось бы выделить препарат Аркоксиа (эторикоксиб), представленный фармацевтической компанией MSD. Это лекарственное средство, хорошо изученное более чем в 67 международных исследованиях, в которых приняли участие 45 тыс. пациентов, недавно стало доступно и в Украине.

Препарат очень удобен в применении. Благодаря фармакокинетическому профилю (быстрое нарастание концентрации в крови в течение 1 ч; 7% от концентрации в крови попадает в центральную нервную систему; 100% биодоступность; период полувыведения 22 ч) обезболивающий эффект Аркоксиа наступает уже через 24 мин и продолжается 24 ч.

Согласно индексу WOMAC, минимальная доза Аркоксиа 60 мг по силе обезболивания сравнима с максимальной дозой диклофенака 150 мг. В первые 4 ч эторикоксиб на 70% эффективнее диклофенака в устранении боли. Кроме того, у ортопедических больных для купирования послеоперационной боли (hallux valgus) Аркоксиа в дозе 120 мг оказалась эффективнее, чем 200 мг трамадола.

В целом препарат Аркоксиа показан прежде всего при различных неспецифических воспалительных заболеваниях суставов, таких как ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), при обострении остеоартроза. Препарат продемонстрировал высокую эффективность при подагрических болях, которые не купировались ни одним другим анальгетиком. Диапазон его использования также включает послеоперационный период после небольших оперативных вмешательств как альтернативу наркотическому обезболиванию.



С докладом «Проблема управления болью в клинической практике: некоторые аспекты, подлежащие изменению» выступил директор ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и комбустиологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор **Николай Алексеевич Корж**.

— Современная медицина рассматривает боль скорее как болезнь, а не симптом, имеющий ключевое влияние на качество жизни пациента. Боль является многофункциональной составляющей как физических, так и психологических заболеваний.

По данным Varassi и соавт. (2010), хроническую боль испытывают от 20 до 30% жителей США и стран Европы (более 75 млн человек). При этом 60% людей в возрасте старше 60 лет страдают вследствие боли больше 1 года, а каждый 5-й пациент — более 20 лет; 40% из них не удовлетворены предоставленным лечением. Наиболее частой причиной хронической боли выступают артриты и остеоартриты, а наиболее частой ее локализацией — нижняя часть спины. Более 40% пациентов считают, что боль препятствует их нормальной жизнедеятельности, каждый 6-й больной считает боль невыносимой; 2/3 пациентов с хронической болью приветствуют назначение новых лекарственных препаратов.

Для купирования боли в европейских государствах более чем в половине случаев назначаются НПВП; также используются слабые опиоиды и парацетамол (у 23 и 18% пациентов соответственно). При этом 70% пациентов меняют первоначальное лечение из-за недостаточного эффекта терапии. Лишь 10% врачей используют шкалы для измерения интенсивности боли. Чаще всего дискуссия по проблеме боли инициируется пациентом.

Международные эксперты по проблеме боли из 14 стран мира в ходе рабочего совещания «Изменить боль» (г. Брюссель, Бельгия, июнь 2009 г.) предложили следующее:

- обучение врачей и пациентов принципам управления болью;
- проведение оценки боли;
- применение адекватного фармакологического лечения при выраженной хронической боли;
- выявление характера боли с целью правильного подбора лечения;
- подбор адекватной дозы фармакологического средства;
- предпочтительность назначения пероральных и трансдермальных средств (согласно рекомендациям ВОЗ).



Ведущий научный сотрудник отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, профессор кафедры терапии и ревматологии Национальной медицинской академии последипломного образования

им. П.Л. Шупика, главный специалист МЗ Украины по специальности «Ревматология», доктор медицинских наук **Олег Петрович Борткевич** остановился на вопросах эффективности и безопасности НПВП, а также применения относительно нового высокоселективного блокатора циклооксигеназы (ЦОГ)-2 из группы коксибов — эторикоксиба (препарат Аркоксиа).

— Согласно современным рекомендациям по назначению НПВП (ACR, EULAR, АРУ, 2003-2009) необходимо уделять особое внимание риску развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также всегда рассматривать возможность назначения альтернативных анальгетиков (парацетамола, кодеина, трамадола). При значительном риске осложнений со стороны ЖКТ следует назначать селективные ингибиторы ЦОГ-2 или же препараты для профилактики этих осложнений. В каждом конкретном случае необходимо подобрать препарат с оптимальной эффективностью и длительностью действия. Так, препараты с длительным действием наиболее показаны при остром воспалении и боли, однако для продолжительного применения больше подходят лекарственные средства короткого действия, которые позволяют точнее определить необходимую дозу.

Эторикоксиб хорошо абсорбируется, быстро достигает максимальной концентрации в крови и имеет практически 100% биодоступность. Период полувыведения эторикоксиба составляет 22 ч, что позволяет принимать препарат 1 раз в день.

Аркоксиа — НПВП с большой доказательной базой, его эффективность и безопасность были показаны в 67 рандомизированных клинических испытаниях (РКИ), включивших около 45 тыс. пациентов.

Так, эторикоксиб для лечения остеоартроза был использован в 8 РКИ с участием более 4400 пациентов. Эффективность применения различных доз данного препарата сравнивалась с таковой терапии целекоксибом 200 мг 1 р/сут (2 РКИ III фазы с одинаковым дизайном, n=1207), ибупрофеном 800 мг 3 р/сут (2 РКИ III фазы с одинаковым дизайном, n=1076), naproxеном 500 мг 2 р/сут (2 РКИ III фазы, n=997), диклофенаком 50 мг 3 р/сут (2 РКИ IV фазы, n=516). Результаты этих исследований позволяют утверждать, что эффективность эторикоксиба 60 мг 1 р/сут сравнима с таковой высоких доз диклофенака (50 мг 3 р/сут) и naproxена (500 мг 2 р/сут).

Применение эторикоксиба и naproxена при анкилозирующем спондилите показало, что Аркоксиа 90 и 120 мг эффективнее naproxена 1000 мг (p<0,05) и плацебо (p<0,001). При этом не было получено достоверных различий в эффективности применения 90 и 120 мг эторикоксиба, поэтому максимальная рекомендуемая доза данного препарата при анкилозирующем спондилите составляет 90 мг 1 р/сут.

При остром подагрическом артрите эторикоксиб обеспечивал быстрое и выраженное уменьшение боли и имел сходную эффективность с индометацином 50 мг 3 р/сут.

В масштабных РКИ, включивших пациентов с ревматоидным артритом, эторикоксиб в дозе 90 мг 1 р/сут продемонстрировал большую эффективность, чем naproxен 1000 мг (500 мг 2 р/сут) и плацебо.

Болеутоляющая эффективность эторикоксиба также была показана при ортопедических, хирургических и стоматологических вмешательствах. Кроме того, эторикоксиб 120 мг 1 р/сут продемонстрировал эффект в купировании боли при дисменорее, сравнимый с таковым naproxена в дозе 550 мг.

В исследовании MEDAL проводилось сравнение безопасности эторикоксиба и диклофенака в отношении развития тромбозов и желудочно-кишечных осложнений. Испытание включало около 34 тыс. больных ревматоидным артритом и остеоартрозом с различным исходным риском, получавших лечение до 3,5 лет (в среднем 18 мес). В результате частота тромбозов оказалась сопоставимой в группах эторикоксиба и диклофенака, однако уровень желудочно-кишечных осложнений при приеме коксиба был ниже.

Подготовил **Дмитрий Демьяненко**