



Роль провизора в вопросах эффективности и безопасности при оказании помощи пациенту с болевым синдромом

По данным мировой статистики, 60-90% обращений к врачу обусловлено страданием – ощущением боли (в частности, в суставах, мышцах, костях и т. д.). В целом «ревматические» боли встречаются более чем у 30% населения мира, в связи с чем ежедневно около 30 млн человек потребляют обезболивающие препараты, причем с учетом постарения популяции это число постоянно увеличивается.

Сегодня на фармацевтическом рынке представлено более сотни нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), и этот рынок постоянно пополняется. Ежегодно в мире НПВП приобретаются на сумму более 6 млрд долларов.

Своевременное адекватное купирование острого болевого синдрома и лечение/контроль хронической боли являются важными вопросами в практической деятельности врачей разных специальностей. Однако только 100 млн пациентов получают препараты для лечения болевого синдрома по рецепту, в то время как остальные используют безрецептурные лекарственные формы [1].

В настоящее время решение проблемы боли актуально и для клинической фармации, так как одна из наиболее частых причин обращения пациента в аптеку без предварительной врачебной консультации – именно боль (головная, мышечная, суставная, боль в горле, боль при травмах и т. д.). Грамотные рекомендации провизора помогут пациенту получить адекватную помощь при соблюдении принципа эффективности и безопасности.

Что же такое боль? Боль – особое субъективное ощущение, близкое к ощущению страдания, которое возникает в центральной нервной системе (ЦНС), чаще всего при воспалении, спазме гладких мышц внутренних органов, а также при повреждении тканей вследствие операций, травмы, воздействия химических, физических факторов, сдавливания опухолью и т. д. (рис. 1) [2].



Рис. 1. Патогенетические основы медикаментозной терапии боли

В зависимости от длительности боли выделяют такие ее виды: транзиторную, острую и хроническую [3]. Транзиторная боль возникает при незначительном повреждении тканей и не требует лечения (например, вследствие инъекций). Возникновение острой боли чаще связано с инфекцией, воспалением, травмой (рис. 2); имеет кратковременный характер и является сигналом об опасности. В то же время хроническая боль, которая сохраняется дольше периода заживления тканей (более 3-6 мес), уже утрачивает свою защитную роль. Такой вид боли имеет другие механизмы развития, симптоматику, причины (связанные с вегетативными, эмоциональными и психическими нарушениями; рис. 2). Часто хронический болевой синдром усиливается с возрастом пациента и может быть вызван депрессией, эмоциональными факторами, стрессом. В качестве примеров можно привести мигрень, кластерную головную боль, психогенную боль, посттравматическую боль, глаукому.



Рис. 2. Виды боли

Классификация по локализации болевого синдрома предусматривает подразделение боли на такие виды:

- головная (первичная, вторичная);
- нейропатическая;
- боль в суставах;
- мышечная;
- боль при травмах;
- боль в горле;
- абдоминальная;
- кардиальная.

Столь же разнообразны и области применения болеутоляющих средств:

- неврология;
- ревматология;
- кардиология, кардиохирургия;
- анестезиология;
- хирургия, ортопедия, травматология;
- акушерство и гинекология;
- онкология и др.

Кроме того, выделяют местную, отраженную (иррадирующую) и генерализованную боль.

Таким образом, боль является глобальной проблемой и может возникать при различных заболеваниях. С учетом этого подходы к лечению того или иного вида боли могут иметь существенные различия, определить которые может только врач [4, 5]. Однако болевой синдром часто становится причиной обращения больного к фармацевту/провизору, и важно понимать возможности провизора в оказании квалифицированной помощи.

Основные группы препаратов, применяемых при фармакотерапии болевого синдрома, представлены на рис. 3.



Рис. 3. Основные группы болеутоляющих средств

Согласно рекомендациям ВОЗ в клинической практике для контроля боли следует использовать пошаговый (ступенчатый) метод. Умеренную боль обычно удается купировать с помощью ненаркотических анальгетиков и НПВП. На начальном этапе для контроля умеренной боли рекомендуются применять комбинацию НПВП и слабых опиоидов (парацетамол + кодеин).

При обращении пациента в аптеку провизор в первую очередь должен определить, возможен ли отпуск безрецептурного обезболивающего лекарственного средства (ЛС) или необходимо обращение больного к врачу для уточнения диагноза и выписывания рецепта.

Наиболее часто провизор рекомендует пациенту для купирования боли НПВП и ненаркотические анальгетики (т.н. малые анальгетики). Эта группа лекарственных препаратов, различных по химической структуре, обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием и не вызывает наркотическую зависимость.



В.И. Мамчур

Е.Ю. Коваленко

Препараты группы НПВП оказывают несколько терапевтических эффектов: устраняют воспаление, уменьшают боль и снижают температуру тела (рис. 4). Присущие им свойства обусловлены способностью блокировать индуцибельную циклооксигеназу 2 типа (ЦОГ-2) в тканях [6].

Рассмотрим подробнее основные механизмы действия НПВП.

Противовоспалительный эффект реализуется путем угнетения образования простагландинов – медиаторов боли, воспаления и лихорадки – из арахидоновой кислоты благодаря снижению активности фермента ЦОГ-2 (образуется в тканях только при воспалении и практически отсутствует в здоровых тканях). В дальнейшем происходит подавление синтеза и высвобождения медиаторов воспаления (серотонина, гистамина) из тучных клеток, угнетения активности гиалуронидазы – фермента, расщепляющего гиалуроновую кислоту (основное вещество соединительной ткани), что способствует ограничению процесса экссудации. Также замедляется синтез коллагена фибробластами грануляционной ткани, что обуславливает подавление пролиферативной фазы воспаления. НПВП в большей степени ограничивают развитие экссудативной и пролиферативной фазы воспаления и недостаточно влияют на альтерацию.



Рис. 4. Основные эффекты НПВП

Анальгетический эффект наблюдается в среднем через 0,5-2 ч после приема НПВП. Препараты данного класса влияют как на периферические структуры, так и на таламические центры (центральный механизм действия). Торможение последних приводит к ослаблению проведения импульсов к коре головного мозга, а также препятствует повышению концентрации простагландинов в спинномозговой жидкости, что замедляет развитие вторичной гипералгезии.

Важно, что препараты данной группы не влияют на опийную систему мозга, не вызывают психическую и физическую зависимость.

Жаропонижающее действие. Снижение температуры тела наблюдается только при ее повышении (лихорадке) в среднем через 0,5-2 ч после приема НПВП.

