®ІНФУЛГАН

paracetamolum

САМЫЙ НАЗНАЧАЕМЫЙ АНАЛЬГЕТИК В ЕВРОПЕ[1]

- **Сильный анальгетик в готовой форме для в/в инфузий[2]**
- **Абсолютно безопасен, даже когда назначение НПВС противопоказано или требует осторожности[2]**
- **Не влияет на агрегацию тромбоцитов и время свертываемости крови[3]**
- **Имеет наименьшее число лекарственных взаимодействий[2]**
- **Является базисным компонентом мультимодальной анальгезии[2,4]**

1. PharmaSavvy market research 2009.
2. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010.
3. Sinatra R.s et al, Efficacy and safety of single and repeated administration of 1 gram Intravenous Acetaminophen Injection for pain management after Major Orthopedic Surgery.Anaesthesiology 2005: 102:822-31.
4. Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice (ESRA)

ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua

Украина, 03680, г. Киев,
ул. Н. Амосова, 10
тел./факс: +38 (044) 275-92-42
e-mail: mtk@uf.ua

Лидер рынка инфузионных препаратов Украины

Информация для специалистов МЗ Украины. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией. РС МЗ Украины № UA/11955/01/01 от 03.01.2012

Мультимодальный подход к лечению боли: преимущества и современные возможности

17-18 марта в г. Харькове состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты фармакотерапии заболеваний нервной системы». Значительное внимание на этом мероприятии было уделено вопросу терапии болевых синдромов как одной из наиболее актуальных проблем неврологии и медицинской практики в целом. О мультимодальном подходе к лечению боли, в том числе у лиц, пострадавших в результате боевых действий в условиях АТО, рассказал доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Михаил Николаевич Матяш.

М.Н. Матяш

– Хорошо известно, что адекватная аналгезия позволяет существенно улучшить качество жизни пациента, обеспечивает более раннюю активизацию и ускорение функциональной реабилитации, снижает частоту осложнений (сердечно-сосудистых, тромбоэмболических, инфекционных и др.), способствует сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре.

Благодаря выраженному аналгетическому эффекту системное введение препаратов опиоидного ряда длительное время оставалось основным компонентом медикаментозных схем купирования болевого синдрома средней и выраженной интенсивности. Однако на сегодняшний день данные препараты уже не считаются золотым стандартом лечения острой боли, поскольку их самостоятельное использование связано с высоким риском развития побочных эффектов при достаточно умеренной эффективности. Так, по оценкам специалистов, аналгетическая активность опиоидов в качестве монотерапии при стандартном введении не превышает 25-30%. При этом основная проблема заключается в том, что эффективная аналгетическая доза зачастую близка к той, которая вызывает угнетение дыхания. Кроме того, применение опиоидов ассоциируется с риском длительной и чрезмерной седации или психомоторного возбуждения, гипотензии, тошноты и рвоты, кожного зуда, задержки мочи, запора, развития зависимости к препарату, аллергических реакций, реактивации герпетической инфекции, развития острой толерантности к опиоидам и др. При назначении опиоидов следует учитывать, что частота клинически значимых побочных эффектов имеет дозозависимый характер, при этом у взрослых пациентов возраст в большей степени, чем масса тела, определяет требуемую дозу препарата. Также важно помнить, что нарастание уровня седации является более ранним признаком угнетения дыхания опиоидами, чем снижение частоты дыхания.

Существенным недостатком препаратов данной группы является и необходимость их строгого учета. Цепочка назначений наркотического аналгетика выглядит следующим образом: врач назначает пациенту наркотический аналгетик и делает соответствующую запись в листе назначения → медсестра согласно листу назначений должна получить препарат у ответственного за его хранение → заполняется журнал учета наркотических аналгетиков (ФИО пациента, возраст, диагноз, дата и др.) → заполняется лист учета наркотических аналгетиков в истории болезни → медсестра получает препарат → в условиях манипуляционного кабинета вскрывает ампулу и шприц → производит забор препарата и выполняет инъекцию → возвращает пустую ампулу ответственному за хранение наркотических аналгетиков. На практике эта процедура занимает не менее 40-50 мин, которые для пациента с болевым синдромом не могут пройти незамеченными.

Кроме того, на пути широкого клинического использования опиатов стоит немало административных препятствий. Сегодня оборот наркотических аналгетиков регулируется 5 законами Украины, 11 постановлениями Кабинета министров, не менее 15 приказами МЗ Украины, а также локальными инструкциями. Контроль оборота опиоидов осуществляет МЗ Украины, МВД, СБУ, Комитет по контролю за наркотиками, Фармкомитет, Комиссия по контролю качества лекарственных средств. Лечебным учреждением должна быть получена соответствующая лицензия на закупку и хранение наркотических аналгетиков (специально оборудованное помещение).

Наконец, со стороны пациента может присутствовать страх приема опиоидов, связанный с возможностью развития наркотической зависимости.

Поэтому на сегодняшний день клиницисты отдают предпочтение другим схемам аналгезии, сокращающим использование опиатов. Сегодня золотым стандартом обезболивания при боли средней и выраженной интенсивности признана мультимодальная аналгезия, которая подразумевает назначение сразу нескольких препаратов, оказывающих влияние на большинство звеньев формирования болевого ощущения: на уровне ноцицепторов, проведение импульса, болевые центры в ЦНС, антиноцицептивную систему.

Так, на уровне ноцицепторов эффективно действуют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), реализующие аналгетический эффект за счет подавления воспалительной реакции. Выполнение проводниковых блокад местными анестетиками дает возможность прервать проведение болевого импульса на уровне первого нейрона. На уровне задних рогов спинного мозга эффективны опиаты, кетамин, НПВП, трициклические антидепрессанты. На уровне опиатной антиноцицептивной системы наиболее эффективно работают опиаты, трициклические антидепрессанты, закись азота. Разнонаправленным и многоуровневым механизмом центрального действия обладает парацетамол.

Целью мультимодального подхода является оптимизация аналгезии за счет усиления обезболивающего эффекта и сокращения риска нежелательных явлений по сравнению с монотерапией в более высоких дозах, что было подтверждено в многочисленных исследованиях и метаанализах.

Как правило, применяют парацетамол в комбинации с НПВП. Если этого недостаточно, рекомендуется применить регионарную аналгезию. И только при очень выраженной боли и/или неэффективности ненаркотических схем следует назначать опиоиды.

Из всех неопиоидных аналгетиков наиболее безопасным и в то же время эффективным считается парацетамол. В последнее время появляется все больше доказательств центрального антиноцицептивного эффекта парацетамола, которые могут реализовываться за счет следующих механизмов:

– подавление активности ЦОГ-2 в центральной нервной системе (профилактика развития вторичной гипералгезии);

– подавление активности ЦОГ-3, которая, по-видимому, обладает селективной чувствительностью к парацетамолу;

– усиление активности нисходящих тормозных серотонинергических путей.

Парацетамол препятствует продукции простагландина на уровне клеточной транскрипции, то есть независимо от уровня активности ЦОГ, и поэтому эффективен в комбинации с НПВП.

Аналгетическая эффективность парацетамола лишь незначительно уступает стандартным дозам морфина или НПВП.

На сегодняшний день при лечении острой боли, например при травматических повреждениях, в раннем послеоперационном периоде и т.д., врачи отдают предпочтение внутривенным лекарственным формам парацетамола. Они превосходят пероральные и ректальные формы по безопасности, поскольку характеризуются более предсказуемой плазменной концентрацией в раннем посттравматическом или послеоперационном периоде, а также по скорости начала аналгетического действия. Так, при использовании внутривенного парацетамола его концентрация в плазме и цереброспинальной жидкости начинает повышаться уже с первых минут после введения препарата, достигая максимальных значений через 2-3 часа. В случае применения пероральных или ректальных форм парацетамола его содержание в плазме и цереброспинальной жидкости начинает определяться только через 30 мин. При этом пиковая концентрация достигается значительно медленнее – в среднем через 4 часа (рис.). Приведенные показатели фармакокинетики внутривенного, перорального и ректального парацетамола отражают скорость наступления и выраженности аналгетического эффекта.

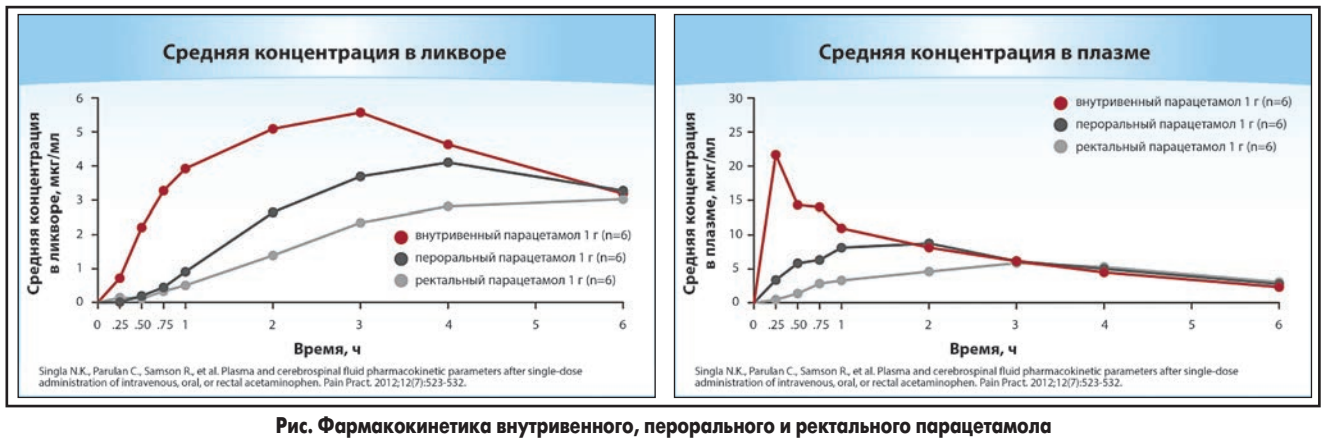

Рис. Фармакокинетика внутривенного, перорального и ректального парацетамола

На украинском фармацевтическом рынке внутривенный парацетамол представлен отечественным препаратом Инфулган, который характеризуется оптимальным соотношением «цена-качество».

Часто в схемы обезболивания у пациентов с травматическими повреждениями включают регионарную аналгезию. Огромную роль в расширении применения методов региональной анестезии сыграло появление современных местных анестетиков, а также одноразовых средств их доставки.

В зависимости от клинической ситуации могут быть выбраны те или иные методы нейроаксиальной анестезии. Нейроаксиальная анестезия – общее название группы методов обезболивания, воздействующих непосредственно на спинной мозг и его корешки. Другие названия этой группы: «методы центральной блокады», «спинальные методы обезболивания» или «центральная сегментарная блокада».

Спинальная анестезия – блокада всех видов чувствительности, которая достигается введением местного анестетика в цереброспинальную жидкость, заполняющую субарахноидальное пространство (синонимы: спинномозговая, субарахноидальная, интратекальная анестезия). Во всем мире повсеместное распространение получил термин «спинальная анестезия» и «спинномозговая анестезия».

Эпидуральная анестезия – блокада всех видов чувствительности, соматической и вегетативной (проприоцептивной, болевой, температурной и др.), которая достигается введением местного анестетика в эпидуральное пространство (синонимы: перидуральная, экстрадуральная анестезия). Другими компонентами блокады являются сегментарная миорелаксация и десимпатизация.

Важным моментом ведения пациентов, перенесших ампутацию конечности, в том числе вследствие боевых повреждений, является профилактика и адекватная терапия фантомных болей. Для предотвращения фантомных болей еще на этапе проведения оперативного вмешательства рекомендуется в ствол пересекаемого нерва вводить новокаин. В последующем такие пациенты должны получать коферменты, антиоксиданты, нуклеотиды. С целью лечения фантомных болей рекомендуется использовать малые нейролептики в комбинации с противотревожными препаратами. В крайнем случае допускается применение нейролептаналгезии (фенталин+дроперидол).

У большинства пациентов (до 80%), получивших серьезные травматические повреждения, в последующем развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), требующее соответствующей коррекции. В комплексном лечении ПТСР следует применять психотерапию, рефлексотерапию и медикаментозные средства.

Из существующих методик психотерапии (телесно-ориентированная терапия, психологический дебрифинг, эмоционально-когнитивная терапия, транзактный анализ, метод биологической обратной связи, арт-терапия) наиболее высокой эффективностью при ПТСР обладают телесно-ориентированная терапия и метод биологической обратной связи.

Рефлексотерапия традиционно включает иглоукалывание и прижигание, однако в последние годы активно применяются и другие методики. Исследования, проведенные на базе кафедры неврологии и рефлексотерапии НМАПО им. П.Л. Шупика, показали, что более эффективной является лазеротерапия в сочетании с магнитотерапией.

Медикаментозное лечение ПТСР включает прием противотревожных препаратов в сочетании с атипичными нейролептиками или антидепрессантами.

Подготовил ***Вячеслав Килимчук***