

Орбиты болевого синдрома и его менеджмент в Украине

По материалам Второго Восточно-Европейского конгресса по боли, г. Одесса, 1-3 июня 2016 года

Нет на свете большего наслаждения, чем почувствовать, что боль отступила.

Айзек Азимов

В начале лета этого года в г. Одессе прошел уникальный международный междисциплинарный форум, вся программа которого была посвящена одной проблеме – боли. Она столь многогранна и глобальна, что в каждом докладе и лекции участники Второго Восточно-Европейского конгресса по боли смогли услышать много новой и полезной информации по патогенезу, диагностике и лечению различных болевых синдромов. Значительный интерес у врачей вызвал спутниковый симпозиум «Орбиты болевого синдрома и его менеджмент в Украине», который состоялся при поддержке компании Dr. Reddy's и под модераторством ведущего специалиста по проблеме боли из Израиля доктора Дэниела Оведа. Предлагаем читателям ознакомиться с основными положениями докладов, прозвучавших в рамках данного симпозиума.



Секретарь Украинской ассоциации по изучению боли, сотрудник Украинского института боли Владимир Игоревич Романенко (Киев, Украина) начал свое выступление с напоминания об амбивалентном отношении человека

к боли. С одной стороны, прекрасно известно, что боль – это один из базовых защитных механизмов, обеспечивающих выживание и адаптацию живых организмов к изменяющимся условиям внешней среды. Боль не только информирует о тканевом повреждении, но и вызывает рефлекторные и поведенческие реакции, позволяющие свести повреждающее воздействие к минимуму. С другой стороны, боль представляет собой фактор, способный существенно нарушать жизнь человека, иногда превращая ее в сплошное мучение. Именно поэтому на протяжении практически всей своей истории человечество ищет эффективные методы борьбы с ней.

В последние годы к этим двум аспектам боли добавился еще один – социальный. Важно понимать, что влияние боли не ограничивается только человеком, который страдает от нее. Боль нарушает социальное функционирование человека, является частой причиной временной и постоянной утраты трудоспособности, требует значительных финансовых затрат.

Стоит обратить внимание и на масштаб проблемы:

- на протяжении жизни практически 100% людей испытывают хотя бы один эпизод боли, требующий приема анальгетика;
- боль является причиной более 2/3 обращений за неотложной помощью;
- более 50% госпитализированных пациентов жалуются на боль;
- примерно пятая часть взрослого населения страдает хроническими болевыми синдромами;
- в 2013 году затраты, связанные с болью, в США достигли 650 млрд долларов.

Поэтому боль должна восприниматься как проблема общества, а не отдельного человека.

И наконец, было показано, что не только боль определяет эмоциональное состояние и поведенческие реакции человека, но и что психологические и социальные факторы могут влиять на выраженность и устойчивость боли. Таким образом, на смену биомедицинской модели боли пришла биопсихосоциальная, и назрела необходимость пересмотра определения боли. Еще в 1994 году эксперты Международной ассоциации по изучению боли согласовали следующее значение термина «боль»: неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующими или возможными повреждениями ткани или описываемое в терминах такого повреждения. А в 2016 г. предложено уже несколько иное определение боли: неприятное ощущение, связанное с реальным или потенциальным повреждением ткани с чувственным, эмоциональным, когнитивным и социальным компонентом.

Возвращаясь к вопросу борьбы с болью, докладчик отметил, что далеко не всегда это

оказывается простой задачей, поскольку приходится балансировать между терапевтическими (купирование боли, улучшение функции) и побочными эффектами. В настоящее время очень важным считается вовлечение пациента в принятие решений, чтобы он мог сам взвесить все «за» и «против» и выбрать оптимальный для него вариант. Также стоит согласовать с больным реалистичные цели терапии до ее начала, что позволит избежать в будущем неудовлетворенности терапией.

Купировать боль можно как с помощью фармакотерапии, так и немедикаментозных методов, а чаще всего – их комбинации. Для фармакологического лечения боли предложен целый перечень препаратов: НПВП, ненаркотические анальгетики, опиаты, антидепрессанты, антиконвульсанты, миорелаксанты, антагонисты NMDA-рецепторов, местные анестетики. Выбор препарата определяется характером боли (острая или хроническая) и ее преобладающим компонентом – ноцицептивным, нейропатическим или дисфункциональным.

Для купирования острой боли могут применяться НПВП, парацетамол, опиоиды, а также миорелаксанты, если в основе болевого синдрома лежит мышечный спазм. И поскольку лечение острой боли обычно не превышает нескольких дней или 1-2 недель, на первый план выходят такие критерии выбора препарата, как скорость наступления и сила анальгетического эффекта.

Традиционно наиболее сильными по анальгетическому потенциалу считаются наркотические препараты, однако их широкое применение ограничено как частыми побочными эффектами, так и организационными трудностями. Докладчик отметил, что ситуация в нашей стране с регулированием использования опиатов такова, что широкое их применение реально возможно в основном только в условиях стационара. Среди проблем докладчик отметил неполноценное законодательство, которое делает выписку наркотических анальгетиков чрезмерно сложной, и отсутствие протоколов лечения боли, в которых было бы отведено четкое место для использования опиатов. Кроме того, у украинских пациентов практически нет доступа к альтернативным и более удобным лекарственным формам наркотических анальгетиков – пероральным, сублингвальным, трансдермальным. С другой стороны, всегда следует помнить о высоком риске нежелательных явлений, ассоциированных с применением опиатов, и стремиться минимизировать их применение, используя мультимодальный подход.

Поскольку острая боль чаще всего носит ноцицептивный характер и обусловлена местным воспалением вследствие травматического повреждения тканей, инфекции, ишемии и других факторов, ее лечение должно быть направлено в первую очередь на воспалительный каскад. С этой целью применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые успешно купируют воспаление и вызванную им боль. Кроме того, некоторые НПВП могут влиять на центральный механизм боли, усиливая анальгезию и предотвращая хронизацию боли.

НПВП – большой и разнообразный класс препаратов с разной анальгетической активностью и существенными отличиями в профилях безопасности. Как уже было отмечено, для купирования острой боли очень важными критериями являются скорость наступления и сила обезболивающего эффекта. Наиболее мощным среди НПВП анальгетиком на сегодня признан кеторолак (Кеторол®). В ряде исследований было показано, что кеторолак не уступает по эффективности морфину, превосходя его по профилю безопасности. Что же касается скорости наступления обезболивающего эффекта, то, к примеру, в исследовании А.Л. Верткина и соавт. (2006) уменьшение выраженности посттравматической боли, оцениваемой по визуально-аналоговой шкале, через 20 минут после приема было значительно более выраженным в группе кеторолака по сравнению с препаратами сравнения – диклофенаком, метамизолом и лорноксикамом (рис.).

Наряду с быстрым и выраженным обезболивающим эффектом Кеторол® столь же безопасен, как и другие НПВП. Так, в масштабном европейском исследовании по изучению безопасности НПВП после хирургического вмешательства, включившем более 11 тыс. пациентов, частота любых осложнений, включая желудочно-кишечные кровотечения и кровотечения в месте операции, была сопоставима с кетопрофеном и диклофенаком (J.B. Forrest et al., 2002).

Таким образом, кеторолак (Кеторол®) – самый мощный ненаркотический анальгетик, который в условиях ограниченной доступности опиатов в Украине позволяет эффективно решать проблему острой боли.

При применении Кеторола® по инструкции риск развития побочных эффектов минимален.



О проблеме нейропатической боли и современных путях ее решения участники конгресса смогли узнать из доклада доктора медицинских наук, профессора кафедры неврологии Харьковского национального медицинского университета Елены Леонидовны Товажнյанской.

В начале своего выступления докладчик напомнила о том, что с точки зрения патофизиологии болевые синдромы принято разделять на ноцицептивные, нейропатические и смешанные. Ноцицептивная боль возникает при раздражении ноцицепторов и сохранении целостности нервной системы. Чаще всего она бывает острой, но может быть и хронической, например, при патологии суставов. В свою очередь, в основе нейропатической боли лежит повреждение или дисфункция нервной системы. Она, как правило, носит хронический характер, но может быть и острой (острые невриты и невралгии). Нейропатическая боль не играет никакой защитной роли и только причиняет страдание пациенту, в связи с чем рассматривается не как симптом, а как самостоятельная болезнь.

Что касается патогенеза нейропатической боли, то она может быть результатом как непосредственного повреждения нервной системы, так и хронизации ноцицептивной боли. Среди основных механизмов хронизации боли докладчик выделила периферическую сенситизацию (чрезмерное повышение чувствительности ноцицепторов к воздействию повреждающих стимулов), центральную сенситизацию (повышенная возбудимость нейронов задних рогов спинного мозга и таламуса) и нарушение нисходящего контроля (снижение активности антиноцицептивных систем – серотонинергической, норадренергической, опиоидной). Предрасполагают к хронизации боли такие факторы, как генетическая предрасположенность, психологические особенности личности, наличие тревожного или депрессивного расстройства, нарушения сна и др. В частности, психоэмоциональные нарушения и нарушение сна оказывают выраженное негативное влияние на функционирование антиноцицептивных систем. Очень важным фактором риска хронизации боли является неэффективное лечение острой боли.

Терапия нейропатической боли отличается от купирования ноцицептивной боли и проводится с помощью антиконвульсантов (прегабалин, габапентин, карбамазепин), антидепрессантов (дулоксетин, amitриптилин) и местных средств (капсаицин, лидокаин). Что касается профилактики хронизации боли, то своевременное и адекватное купирование острой боли с помощью НПВП позволяют предупредить или устранить периферическую сенситизацию и снизить риск формирования хронического болевого синдрома.

Однако профессор Е.Л. Товажнյанская признала, что часто лечение и профилактика нейропатической боли оказываются достаточно непростыми задачами, что определяет необходимость применения адъювантных средств. Так, по мнению докладчика, повысить эффективность лечения острых и хронических нейропатических болевых синдромов, а также снизить риск хронизации ноцицептивной боли позволяет применение комплексов витаминов группы В. Заслуженно получившие название нейротропных эти витамины воздействуют сразу на несколько механизмов патогенеза нейропатической боли: улучшают метаболические процессы и энергетический обмен в нейронах и нервных волокнах, тормозят ноцицептивную активность в нейронах задних рогов и таламуса, усиливают активность

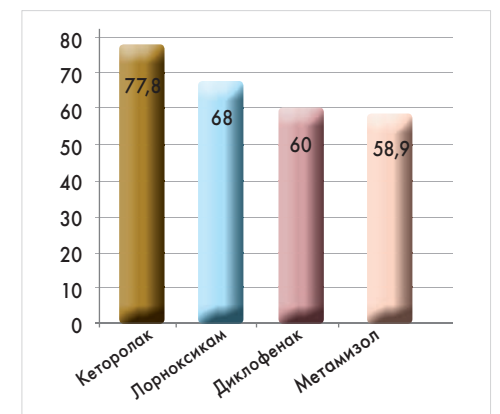


Рис. Уменьшение выраженности посттравматической боли, оцениваемой по визуально-аналоговой шкале, через 20 минут после приема препаратов (А.Л. Верткин и соавт., 2006)

Продолжение на стр. 24.

СВІТОВИЙ ЛІДЕР серед комплексів вітамінів групи В*



Оригінальний
препарат
з 1962 року**

Dr.Reddy's

MERCK



Витяг з інструкції для медичного застосування препарату Нейробіон® в формі розчину для ін'єкцій

Склад:
1 ампула (3 мл) містить тіаміну гідрохлориду (вітамін В1) 100 мг, піридоксину гідрохлориду (вітамін В6) 100 мг, ціанокобаламіну (вітамін В12) 1 мг.
Фармакотерапевтична група. Препарати вітамінів В1 в комбінації з вітаміном В6 та/або вітаміном В12. Код АТС А 11Д В.

Показання.
Лікування невритів і невралгій, таких як:
- невралгія трійчастого нерва;
- мікроберна невралгія;
- ішіас;
- поперековий синдром (люмбаго);
- плексит (шийного та плечового сплетень);
- корінцеві неврити внаслідок дегенеративних захворювань хребта;
- прозопплегія (ураження лицьового нерва).

Спосіб застосування та дози:
у тяжких (гострих) випадках: по 1 ампулі на добу до зняття гострих симптомів. Після послаблення симптомів або у випадках помірної тяжкості: по 1 ампулі 1-3 рази на тиждень.

Фармакологічні властивості:
фармакодинаміка. Препарат містить комбінацію нейротропних активних речовин комплексу вітамінів В, що мають особливе значення як коензими в проміжному метаболізмі, що перебігає в центральній і периферичній нервовій системі.
Терапевтичне застосування цих вітамінів при різних захворюваннях нервової системи спрямовано на те, щоб, з одного боку, компенсувати одночасно існуючу недостатність і, з іншого боку, аби стимулювати природні

механізми відновлення. Вітаміни В1, В6 і В12 володіють дуже низькою токсичністю і не мають потенційного ризику для людини.
Протипоказання:
гіперчутливість до компонентів препарату.
Вітамін В1 протипоказано застосовувати при алергічних захворюваннях.
Вітамін В6 протипоказано застосовувати при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки у стадії загострення (оскільки можливе підвищення кислотності шлункового соку).
Вітамін В12 протипоказано застосовувати при еритремії, еритроцитозі, тромбоцитозі.
Побічні реакції:
довготривале застосування (понад 6-12 місяців) у дозах більше ніж 50 мг вітаміну В6 щоденно може призвести до периферичної сенсорної нейропатії, нервового збудження, нездування, запаморочення, головного болю.
Шлунково-кишкові розлади, у тому числі нудота, блювання, діарея, біль у животі, підвищення кислотності шлункового соку. Дуже рідко: реакції гіперчутливості, підвищена пітливість, тахікардія, анафілактичний шок, анафілаксія, шкірні реакції, у тому числі свербіж, кропив'янка.

Категорія відпуску: за рецептом.
Упаковка: по 3 мл в ампулі.
По 3 ампули у картонній коробці.
Нейробіон® (розчин для ін'єкцій):
PC № UA/5409/02/01.
Затверджено наказом МОЗУ №596 від 16.09.2011 р. Зміни внесені наказом МОЗУ №468 від 27.07.2015

Витяг з інструкції для медичного застосування препарату Нейробіон® в формі таблеток

Склад:
Одна таблетка містить тіаміну дисульфату (вітамін В1) 100 мг, піридоксину гідрохлориду (вітамін В6) 200 мг, ціанокобаламіну (вітамін В12) 240 мкг.
Фармакотерапевтична група. Препарати вітамінів В1 в комбінації з вітаміном В6 та/або вітаміном В12. Код АТС А 11Д В.

Показання.
Лікування невритів і невралгій, таких як:
- невралгія трійчастого нерва;
- мікроберна невралгія;
- ішіас;
- поперековий синдром (люмбаго);
- плексит (шийного та плечового сплетень);
- корінцеві неврити внаслідок дегенеративних захворювань хребта;
- прозопплегія (ураження лицьового нерва).

Спосіб застосування та дози:
рекомендована доза становить 1 таблетку на добу. В індивідуальних випадках дозу підвищують і застосовують по 1 таблетці 3 рази на добу.
Тривалість курсу лікування визначає лікар індивідуально у кожному випадку. Після максимального періоду лікування (4 тижні) приймається рішення щодо коригування та зниження доз препарату.

Фармакологічні властивості:
фармакодинаміка. Препарат містить комбінацію нейротропних активних речовин комплексу вітамінів В, що мають особливе значення як коензими в проміжному метаболізмі, що перебігає в центральній і периферичній нервовій системі.
Терапевтичне застосування цих вітамінів при різних захворюваннях нервової системи спрямовано на те, щоб, з одного боку, компенсувати одночасно існуючу

недостатність і, з іншого боку, аби стимулювати природні механізми відновлення.
Вітаміни В1, В6 і В12 володіють дуже низькою токсичністю і не мають потенційного ризику для людини.
Протипоказання:
гіперчутливість до компонентів препарату.
Вітамін В1 протипоказано застосовувати при алергічних захворюваннях.
Вітамін В6 протипоказано застосовувати при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки у стадії загострення (оскільки можливе підвищення кислотності шлункового соку).
Вітамін В12 протипоказано застосовувати при еритремії, еритроцитозі, тромбоцитозі.
Побічні реакції:
довготривале застосування (понад 6-12 місяців) у дозах більше ніж 50 мг вітаміну В6 щоденно може призвести до периферичної сенсорної нейропатії, нервового збудження, нездування, запаморочення, головного болю.
Шлунково-кишкові розлади, у тому числі нудота, блювання, діарея, біль у животі, підвищення кислотності шлункового соку. Дуже рідко: реакції гіперчутливості, підвищена пітливість, тахікардія, анафілактичний шок, анафілаксія, шкірні реакції, у тому числі свербіж, кропив'янка.

Категорія відпуску: за рецептом.
Упаковка: по 10 таблеток у блистері.
По 2 блистери у картонній коробці.
Нейробіон® (таблетки):
PC № UA/5409/01/01.
Затверджено наказом МОЗУ №596 від 16.09.2011 р. Зміни внесені наказом МОЗУ №468 від 27.07.2015

*За обсягами продажу в упаковках та євро, за даними компанії IMS Health, MIDAS Global Database за період з 09.2013 до 09.2014 р.
**Доступно за веб-адресою, 10.2015: <http://www.merck-consumer-health.com/en/brands/Neurobion/Neurobion.html>

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Реддіс Лабораторіс», Столичне шосе, 103, офіс 11-А, м. Київ, Україна, 03131, тел. +38 044 492 31 73. Інформація про лікарські засоби, призначена для медичних та фармацевтичних працівників. Перед призначенням ознайомтеся з повним текстом інструкцій з медичного застосування.

Орбиты болевого синдрома и его менеджмент в Украине

Продолжение. Начало на стр. 22.

серотонинергической и норадренергической антиноцицептивных систем.

Способность витаминов группы В потенцировать эффект других обезболивающих препаратов в лечении острой и хронической боли показана в ряде экспериментальных и клинических исследований.

Так, в экспериментальной работе С.М. Kopruszinski и соавт. (2015) комплекс витаминов группы В показал способность уменьшать тепловую гипералгезию, ассоциированную с тригеминальной нейропатической болью, и синергетический эффект с карбамазепином, который самостоятельно не оказывал выраженного влияния на гипералгезию.

J.J. Beltran-Montoya и соавт. оценили эффективность добавления комплекса витаминов группы В к кеторолаку для купирования послеоперационной боли. Результаты этого рандомизированного контролируемого исследования с участием 100 пациентов показали сопоставимую анальгетическую эффективность кеторолака 30 мг и кеторолака 15 мг в сочетании с витаминами В.

В крупном исследовании DOLOR (M.A. Mibielli et al., 2009) с участием 372 пациентов с люмбаго применение диклофенака в комбинации с витаминами группы В показало существенно лучшие результаты в снижении выраженности боли, а также улучшении подвижности и функциональности пациентов. Уже через 3 дня лечения оно оказалось успешным у 46,5% пациентов в группе комбинированной терапии по сравнению с 29% в группе монотерапии диклофенаком.

В работе G. Xu и соавт. (2014) тиамин в монотерапии обеспечивал купирование постгерпетического зуда, а кобаламин — боли, в то время как их комбинация эффективно устраняла оба симптома. Таким образом, это исследование подтверждает целесообразность применения витаминов В в комплексе, поскольку каждый из них обладает уникальными нейротропными, анальгетическими и противовоспалительными свойствами.

Среди препаратов, содержащих витамины группы В, по мнению профессора Е.Л. Товажнянской, особого внимания заслуживает Нейробион®, который содержит сбалансированный комплекс В₁, В₆ и В₁₂ в адекватных терапевтических дозах.

Препарат применяется в клинической практике в течение нескольких десятилетий и накопил значительную доказательную базу эффективности и безопасности.

Наличие парентеральной и пероральной формы препарата Нейробион® обеспечивает возможность ступенчатой терапии, которая характеризуется оптимальным результатом с точки зрения соотношения эффективности, удобства и стоимости лечения. Как правило, для купирования острой боли используют инъекционную форму препарата, а затем для профилактики рецидивов или же для лечения хронической боли назначают таблетированный Нейробион®. При этом важно отметить, что инъекционная форма этого препарата не содержит лидокаин и бензиловый спирт, что снижает риск аллергических реакций.



профессор Виталий Иосифович Мамчур.

По его мнению, начинать лечение острой боли в нижней части спины целесообразно с инъекционного введения препарата Кеторол® — самого мощного анальгетика среди НПВП. Он позволяет быстро купировать боль и предотвратить ее хронизацию. При правильном применении препарат побочных эффектов, как правило, не вызывает. Так, согласно инструкции инъекционный Кеторол® можно применять в течение 2 дней 3 раза/сут. При необходимости можно продолжить терапию препаратом Кеторол® еще на 5 дней, но уже в таблетированной форме, таким образом, общий курс лечения может составлять до 7 дней.

При потребности в более длительном приеме НПВП актуальнее становится вопрос безопасности терапии. Докладчик напомнил, что в целом для неселективных НПВП характерны гастроинтестинальные побочные эффекты, а для специфических ингибиторов ЦОГ-2 (коксибов) — сердечно-сосудистые осложнения. Оптимальным решением для продолжительной терапии являются так называемые селективные ингибиторы ЦОГ-2, занимающие промежуточное положение между неселективными ингибиторами ЦОГ и коксибами. К этой группе относится нимесулид (Найз®). Поэтому, если за 5-7 дней острую боль в спине не удалось полностью купировать, то пациенту стоит назначить Найз® еще на 1-2 недели.

При наличии противопоказаний к применению системных НПВП эффективным решением может быть использование топических препаратов, которые позволяют доставить

действующее вещество непосредственно к органу (ткани)-мишени, минуя системный кровоток и другие органы и ткани. Также они могут использоваться в дополнение к системным препаратам, усиливая их эффект и позволяя снизить дозу, что может помочь минимизировать риск побочных эффектов.

Одним из наиболее эффективных топических НПВП является Кеторол® гель — единственный кеторолак на украинском рынке для наружного применения.

Помимо самого мощного НПВП Кеторол® гель содержит также диметилсульфоксид (димексид), который одновременно является и проводником для кеторолака, обеспечивая его лучшее проникновение в ткани, и самостоятельным анальгетическим и противовоспалительным средством.

Следует отметить, что большинство других топических НПВП, представленных на украинском рынке, не содержат такого проводника. В результате такой комбинации Кеторол® гель глубоко проникает в ткани и оказывает быстрый, мощный и длительный обезболивающий эффект. Среди дополнительных преимуществ этого препарата следует также отметить, что он не вызывает фотосенсибилизации, приятно пахнет и не оставляет следов на одежде.

Еще одним способом повысить эффективность НПВП в лечении боли в спине является применение адъювантных средств, в частности миорелаксантов и витаминов группы В. Среди В-витаминных комплексов профессор В.И. Мамчур выделил Нейробион® — оригинальный препарат известной немецкой фармацевтической компании Merck, который обладает мощной доказательной базой и является мировым лидером среди витаминных комплексов группы В (по объемам продаж по данным компании IMS Health, MIDAS Global Database).

Подготовила Наталья Мищенко



Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті
www.health-ua.com
повна версія всіх номерів
медичної газети
«Здоров'я України»: загальнотерапевтичні та всі тематичні номери

Архів з 2003 року