

Острый и хронический болевой синдром: В поисках оптимального решения

Острая и хроническая боль является одной из важнейших медико-социальных проблем современности, так как существенно снижает качество жизни больных, нередко становится причиной утраты трудоспособности и в результате оборачивается для общества огромными экономическими потерями. О том, как выбрать оптимальные с точки зрения соотношения эффективности и безопасности обезболивающие средства для купирования острой и хронической боли, рассказала главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.



По данным ВОЗ, около 90% всех заболеваний ассоциируются с болью, а болевой синдром, в свою очередь, является причиной 11-40% обращений за первичной медицинской помощью. К сожалению, около 40% пациентов с жалобами на боль не удовлетворены предоставленным лечением, что подталкивает клиницистов к поиску более эффективных и безопасных решений.

В зависимости от длительности болевого синдрома боль может быть острой и хронической. Подходы к ведению таких пациентов имеют некоторые различия.

Острая боль является защитной реакцией организма, сигнализирующей о наличии повреждения или другой проблемы, но в то же время она причиняет выраженный дискомфорт пациенту, снижает его двигательную активность и трудоспособность, а также способствует хронизации болевого синдрома. Поэтому очень важно обеспечить адекватную анальгезию в случае острой боли. Для купирования острой боли существует большое количество лекарственных средств. Используемые с этой целью препараты должны обладать быстрым и мощным анальгетическим действием и приемлемым профилем безопасности. Этим требованиям в полной мере соответствует современная молекула нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) — этодолак.

Выраженный анальгетический эффект при использовании этодолака развивается уже через 30 мин после приема препарата, то есть в 4 раза быстрее по сравнению с диклофенаком и в 2 раза по сравнению с напроксеном и пироксикамом (W.P. Baumert, 2001). При этом эффективность анальгезии этодолаком практически вдвое выше, чем у диклофенака.

За 25 лет применения в клинической практике (одобрен FDA с 1991 г.) этодолак продемонстрировал не только высокую эффективность, но и безопасность. Являясь умеренно селективным ингибитором циклооксигеназы (ЦОГ) 2 типа, этодолак вызывает меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта по сравнению с неселективными НПВС и более безопасен в отношении сердечно-сосудистой системы по сравнению с высокоселективными ингибиторами ЦОГ-2 (коксибами).

Доказательная база эффективности и безопасности этодолака при лечении остеоартроза (ОА) и ревматоидного артрита (РА) была суммирована в систематическом обзоре Y.-F. Chen и соавт. (2008), который был посвящен оценке эффективности, безопасности и фармакоэкономических аспектов применения селективных ингибиторов ЦОГ-2 в лечении суставного болевого синдрома.

В метаанализ включили 29 исследований с применением этодолака (n=5775), в ходе которого его сравнивали с плацебо и другими НПВС (напроксен — в 10 исследованиях, пироксикам — в 7, диклофенак — в 4, индометацин — в 2, теноксикам — в 2, ибупрофен, набуметон и нимесулид — по одному исследованию). В 19 исследованиях количество участников превышало 200. Продолжительность 28 из 29 исследований составила <3 мес. В 24 исследованиях приняли участие пациенты с ОА, в 5 — с РА. Средний возраст участников составил от 48 до 71 года. Согласно результатам метаанализа этодолак в дозе 600-1000 мг/сут показал сопоставимую с неселективными НПВС (напроксеном, пироксикамом, диклофенаком, индометацином, теноксикамом, ибупрофеном, набуметеном) и нимесулидом эффективность при лучшей гастроинтестинальной переносимости. Применение этодолака ассоциировалось с достоверным снижением частоты проявляющихся клинически неблагоприятных событий со стороны верхних отделов пищевого канала (перфорация, язва или кровотечение) по сравнению с неселективными НПВС (относительный риск (ОР) 0,32; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,15-0,71).

Известно, что большинство НПВС оказывают отрицательное

воздействие на гиалиновый хрящ, подавляя синтез протеогликана. В то же время последние исследования показали, что этодолак не влияет на синтез ДНК, протеогликанов, коллагена типа II, коллагеназы в хондроцитах человека, что позволяет говорить о хондронейтральности препарата и возможности его применения у больных с деструкцией хрящевых элементов, например при ОА.

Таким образом, этодолак можно считать оптимальным выбором для купирования болевого синдрома у пациентов с различной коморбидностью. А по данным M. Schattenkirchner и соавт., этодолак хорошо переносится пожилыми пациентами (старше 65 лет), у которых частота нежелательных явлений не отличается от таковой у молодых лиц.

В отличие от острой боли, которая имеет защитное значение, хронический болевой синдром (длительность более 12 нед) является патологическим состоянием, заболеванием центральной нервной системы, приводящим к эмоционально-психическим нарушениям, социальной дезадаптации, утрате трудоспособности и снижению качества жизни пациента. По данным крупного эпидемиологического исследования, включившего более 46 тыс. пациентов из 16 европейских стран, хронической болью страдает от 20 до 30% населения (Varassi et al., 2010). Хроническая боль истощает эмоциональные ресурсы человека, приводит к депрессии и социальной дезадаптации, нарушает сон, изменяет качество жизни больного, является одной из причин временной и стойкой утраты трудоспособности, приводит к употреблению большого количества медикаментов. Выделяют следующие факторы риска развития хронического болевого синдрома: пол, возраст, культуральные особенности, уровень когнитивных функций, наличие тревожности, генетика, предшествующее лечение.

Хроническая боль в зависимости от основного патофизиологического механизма развития может быть ноцицептивной, нейропатической, дисфункциональной и смешанной. Это необходимо учитывать при назначении лечения. В лечении хронической ноцицептивной боли хороший терапевтический эффект можно получить при назначении анальгетиков и НПВС, в частности этодолака, который позволяет быстро и эффективно купировать обострение хронического болевого синдрома и тем самым предупредить хронизацию болевого синдрома. Для лечения нейропатической боли используют антиконвульсанты и антидепрессанты. Дисфункциональная боль купируется приемом антидепрессантов и других препаратов.

Выводы

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что боль является мультидисциплинарной проблемой. В настоящее время существует низкая информированность населения о проблеме болевых синдромов, отсутствие доступности специалистов и, как следствие, плохая обращаемость к врачу и недостаточная выявляемость причин болевых синдромов. Трудности оказания в полном объеме качественной специализированной помощи больным с болевыми синдромами связаны с недостаточными знаниями врачей о современных принципах диагностики и лечения боли. В случаях адекватной диагностики причины боли пациенты не всегда получают оптимальную терапию из-за недостаточного использования специфического лечения различных видов боли. Даже изначально правильно подобранное лечение болевого синдрома со временем нуждается в модификации, соответственно, неправильное ведение пациента на этом этапе также может стать причиной недостаточной эффективности лечения. Игнорирование роли психических и других коморбидных нарушений, а также злоупотребление обезболивающими препаратами часто приводят к хронизации болевого синдрома.

Одним из решений проблемы болевого синдрома является назначение современных лекарственных средств с хорошей научно-доказательной базой эффективности и безопасности. Оптимальным выбором для лечения острой боли и хронического болевого синдрома с преобладанием ноцицептивного компонента может быть этодолак. **Этодолак зарекомендовал себя как высокоэффективное и безопасное средство для купирования боли при ОА, РА, спортивных травмах и послеоперационной боли. Его применение характеризуется быстрым началом действия — через 30 мин и более низкой частотой неблагоприятных событий, в первую очередь — гастроинтестинальных по сравнению с неселективными НПВС и сердечно-сосудистых событий в отличие от коксибов, при сопоставимой эффективности. В связи с этим этодолак можно рекомендовать для широкого применения у пациентов с болевым синдромом. На сегодняшний день единственным этодолаком, зарегистрированным в Украине, является препарат Этол Форт производства компании Нобель Илч.**

Подготовил Вячеслав Килимчук

ДАЙДЖЕСТ НЕВРОЛОГІЯ

Эффективен ли витамин D при рассеянном склерозе?

Американские исследователи предполагают, что высокие дозы витамина D безопасны и эффективны при рассеянном склерозе. В частности, витамин D регулирует активность иммунной системы.

Ученые из Университета Джона Хопкинса высказали мнение, что высокие дозы витамина D могут длительно принимать витамин D в дозе около 10 000 МЕ/сут для более эффективного контроля заболевания. «Мы продемонстрировали, что витамин D в дозе 10 400 МЕ/сут уменьшает количество иммунных клеток, задействованных в развитии рассеянного склероза. Но пока я не призываю к изменению терапевтической тактики, поскольку соответствующих клинических данных недостаточно», — отметил профессор неврологии Питер Калабреззи (Peter Calabresi), ведущий автор исследования. Исполнительный директор Национального общества рассеянного склероза США Брюс Бебо (Bruce Bebo) также рекомендует не делать поспешных выводов из результатов последнего исследования.

При рассеянном склерозе иммунная система больных повреждает миелиновые оболочки собственных нервных клеток в головном и спинном мозге, что сопровождается возникновением мышечной слабости, онемения, нарушений зрения, равновесия и координации движений. Заболевание периодически регрессирует, характеризуется частыми обострениями и ассоциируется со значительными ограничениями в жизни больных. Точные причины его развития на сегодня неизвестны. К возможным факторам риска относят генетическую предрасположенность, воздействие внешних агентов, в частности вирусом герпеса VI типа, Эпштейна-Барр, кори. Ученые допускают, что определенную роль в возникновении рассеянного склероза играет неадекватное употребление витамина D (есть данные о наличии связи между уровнем витамина D в крови и индивидуальным риском заболевания). Прием витамина D сопровождался уменьшением выраженности проявлений рассеянного склероза в экспериментах на мышах, однако убедительных доказательств до сих пор не получено.

Результаты исследования, проведенного под руководством профессора П. Калабреззи, свидетельствуют о том, что для контроля заболевания нужно принимать высокие дозы витамина D (профилактических доз для этого явно недостаточно). Пациентов с рассеянным склерозом (n=40) разделили на две группы. На протяжении 6 мес 1-я группа получала 10 400 МЕ (в 17 раз превышает рекомендуемую дозу для здоровых взрослых) витамина D ежедневно, 2-я группа — 800 МЕ/сут (выше рекомендуемой нормы на 1/3). По завершении 6-месячного курса были выявлены изменения со стороны иммунной системы у пациентов 1-й группы: доля иммунных клеток, вырабатывавших интерлейкин-17, существенно снизилась.

Также исследование продемонстрировало, что прием витамина D в высоких дозах на протяжении полугода относительно безопасен. Тем не менее ученые предупреждают, что такое лечение может быть сопряжено с повышением уровня кальция в крови и развитием мочекаменной болезни, стать причиной снижения аппетита, появления слабости и запоров.

В настоящее время в нескольких странах мира продолжается набор в клинические исследования, в которых будет изучаться эффективность витамина D в дозах от 5 до 10 000 МЕ/сут у больных рассеянным склерозом. Возможно, результаты этих испытаний позволят включить витамин D в схемы терапии заболевания. В настоящее время авторы работы призывают не принимать витамин D в высоких дозах без назначения врача.

Calabresi P.A. et al. *Neurology*. 2016; 86: 1-9.
По материалам: <http://medbe.ru/>

Резистентность к аспирину и тяжесть инсульта

Австралийские ученые доказали, что аспиринорезистентность прямо коррелирует с увеличением тяжести ишемического инсульта.

В настоящее время распространенность аспиринорезистентности, по данным разных исследователей, варьирует от 5 до 45%, при этом механизмы ее развития окончательно не изучены. Так, резистентность к аспирину может быть обусловлена особенностями его биодоступности, низкой приверженностью больных к лечению, неадекватной дозой препарата, недостаточной абсорбцией в кишечнике, взаимодействием с нестероидными противовоспалительными препаратами. Обсуждается связь аспиринорезистентности с функциональным состоянием тромбоцитов, однонуклеотидными полиморфизмами, взаимодействием тромбоцитов с другими клетками крови, а также с наличием у пациентов факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, физическая нагрузка, стресс и др.).

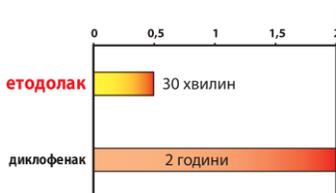
Было проведено проспективное исследование, в котором приняли участие 100 пациентов с острым ишемическим инсультом. Все больные получали лечение аспирином, при этом у трети из них была выявлена резистентность к проводимой терапии. Ученые изучили взаимосвязь между резистентностью к аспирину и тяжестью перенесенного инсульта, которую определяли по результатам компьютерной томографии и оценивали по шкале NIHSS.

Резистентность определялась в так называемых единицах реакции на аспирин (Aspirin reaction unit — ARU). При повышении этого показателя на одну единицу у пациента увеличился риск по шкале NIHSS и признаки на компьютерной томограмме были более выражены. Автор работы заключает, что для разработки альтернативы антитромбоцитарной терапии у больных с аспиринорезистентностью необходимо провести крупномасштабные исследования.

По материалам: <http://neurology.com.ua>

ЕТОЛ ФОРТ

Этодолак **не болює в 4 рази швидше**
диклофенака



Baumert W.P. Postgraduate Med. Vol 97 Etodolac, Mosby's GenRx, 11th ed., 2001