МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Новые возможности в лечении хронической боли у онкологических пациентов

Д.м.н., профессор Новиков Георгий Андреевич

г. Махачкала, 12 мая, 2023 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

В 2012 году во всем мире было 14,1 млн новых случаев заболевания раком и 8,2 млн смертей (по оценкам GLOBOCAN)[1]

В 2020 году заболеваемость превысит 15 млн[2]

В 2030 г. в мире будет насчитываться 75 000 000 онкологических больных и смертность от рака составит 13-17 000 000[3]

1 Torre LA, Bray F, Siegel RL et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65: 87-108.
2 Frankish H. 15 million new cancer cases per year by 2020, says WHO.Lancet 2003; 361: 1278.
3 WHO, 2008

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

В МИРЕ НАСЧИТЫВАЕТСЯ ОКОЛО 25 000 000 ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ИЗ НИХ 14-100% ИСПЫТЫВАЮТ ОСТРУЮ ИЛИ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ (NIH.2002)

20— 75% при установлении онкологического диагноза

(Bookbinder et al., 1996; Gomez-Batiste et al., 2002; Higgenson, Heam & Addington-Hall, 2003; Portenoy et al., 1994; Twycross, 2003; Vuorinen. 1993);

17— 57% при проведении специального лечения

(Bookbinder et al., 1996; Caraceni & Portenoy. 1999; Lame. Colleau. Brasseu& Cleeland. 1995; Stevens. Dibble. & Miaskowski. 1995; Twycross. 2003);

23—100% при генерализации опухолевого процесса

(Coyle. Adelhardt. Foley & Portenoy. 1990; Gomez-Batiste et al., 2002; Gosney. 2003; Higgenson et al., 2003; Mercadante. Armata& Salvaggio. 1994; Regan & Peng. 2000; Zeppetella & Ribeiro. 2002).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ СТРАДАЮТ:

59% при проведении радикального лечения

33% после проведения лечения

64% при генерализации опухоли

Не менее 30% пациентов испытывают умеренную и сильную боль, требующую назначения опиоидных анальгетиков

Van den Beuken et al. Ann Oncol 2007
Ripamonti et al. ESMO Guidelines, Ann Oncol 2012

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Согласно опубликованным данным

75% онкологических пациентов

с прогрессирующим заболеванием

страдали от умеренной или сильной боли*

**Van den Beuken-van Everdingen M H J, Hochstenbach L J, Joosten J E J. 2016. "Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis." Journal of Pain and Symptom Management 51 (6): 1070-90.).*

ВРАЧИ ЛЕЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

должны знать:

- показания и противопоказания к оказанию паллиативной медицинской помощи
- структуру системы паллиативной медицинской помощи
- маршрутизацию пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи

должны владеть современной методологией:

- терапии хронической боли
- контроля симптомов
- улучшения качества жизни
- психологической поддержки

Профессиональная компетенция по комплексной оценке и определению тактики лечения хронической боли

Медицинский работник должен:

- знать этиологию, патогенез и принципы лечения хронической боли
- понимать особенности различных видов хронических болевых синдромов
- уметь назначить соответствующее эффективное противоболевое лечение

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫЕ ВИДЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ:

- головная,
- в спине,
- онкологического генеза,
- суставная,
- нейрогенная,
- психогенная.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

- снижает физическую и социальную активность
- вызывает психо-эмоциональные расстройства
- приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции
- усугубляет вторичную иммунологическую недостаточность
- нарушает нормальную деятельность органов и систем

ЭТИОЛОГИЯ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

- рост и развитие опухоли
- последствия прогрессирования опухолевого процесса
- последствия специального лечения
- сопутствующие заболевания
- астенизация

ВОЗ, 1996

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БОЛИ ПРИ РАКЕ

- Боль в связи с разрушением тканей
- Боль в результате обструкции органов
- Боль в результате сдавления нерва
- Боль, вызванная метастазами в кости

КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ В ОНКОЛОГИИ

I клиническая группа - лица с предраковыми заболеваниями, фактически здоровые.

II клиническая группа - лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению.

III клиническая группа - лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии.

IV клиническая группа - лица с доказанными злокачественными опухолями, которые по тем или иным причинам не подлежат специальному противоопухолевому лечению, но подлежат паллиативному лечению.

! Клиническая группа никоим образом не соответствует стадии заболевания.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ МЗ РФ № 056-00149-18-00
ФГБОУВО МГМСУ им. А.И. ЕВДОКИМОВА на 2018 – 2020 годы

«РАЗРАБОТКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕИЗЛЕЧИМЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ»*

- Проведение эпидемиологического исследования и оценка потребности в ПМП неизлечимым больным (2018 г)
- Создание организационно-методологических моделей оказания ПМП для субъектов РФ (2019 г)
- Оценка критериев оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам (2020 г.)

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО В РОССИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ* n_1= 2 821 (пациенты); n_2= 2 821 (врачи)

Наличие у пациентов отдаленных метастазов :

- при постановке диагноза – 34,44% ($CI_{95\%}$: 32,69%-36,14%)
- на момент опроса – 51,51% ($CI_{95\%}$: 49,30%-52,93%).

Пациенты II клинической группы – 46,06% ($CI_{95\%}$: 44,26%-47,85%)
Пациенты IV клинической группы – 50,17% ($CI_{95\%}$: 48,37%-51,97%)

ПОТРЕБНОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПМП ОТ ЧИСЛА ПАЦИЕНТОВ II И IV КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП

Минимальная потребность - 28,71% (**341 886**) Максимальная потребность - 61,72% (**734 978**)

*Следовательно, в РФ в ПМП могут нуждаться от **0,29%** до **0,61%** населения страны*

Более 20% онкологических пациентов нуждались в инструментальных методах паллиативной медицинской помощи

* результаты исследования опубликованы в журнале «Паллиативная медицина и реабилитация», 2018;1-4 и 2019;1-4.

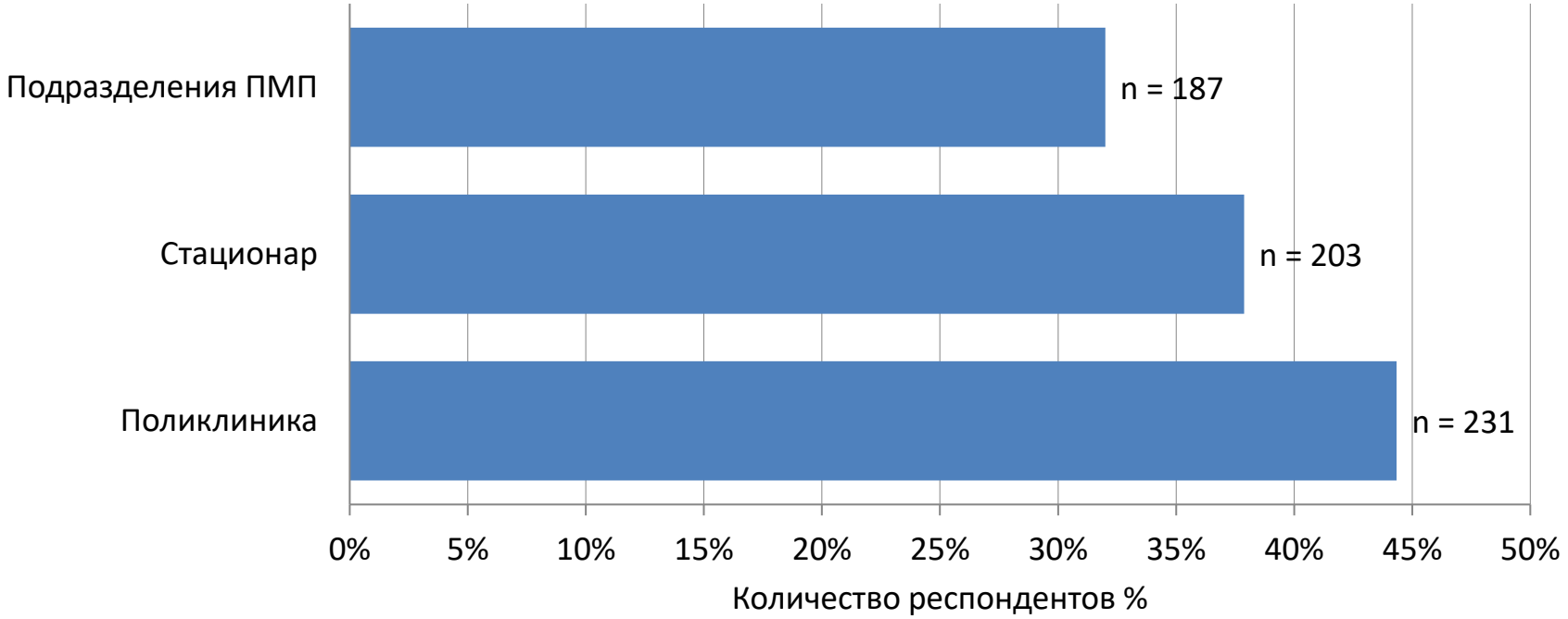
Новиков Г.А., Введенская Е.С., Зеленова О.В., Вайсман М.А., Рудой С.В., Палехов А.В., Подкопаев Д.В., Абрамов С.И., Бессонов А.П., Булгакова И.Е. , Золотых Т.М., Иванов А.В., Мироненко М.Н., Шаймарданов И.В., Шайтанова Н.Ю. 2018г.



Межрегиональное исследование по оценке критериев эффективности оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам.

Распределение респондентов по месту работы (n=492)*

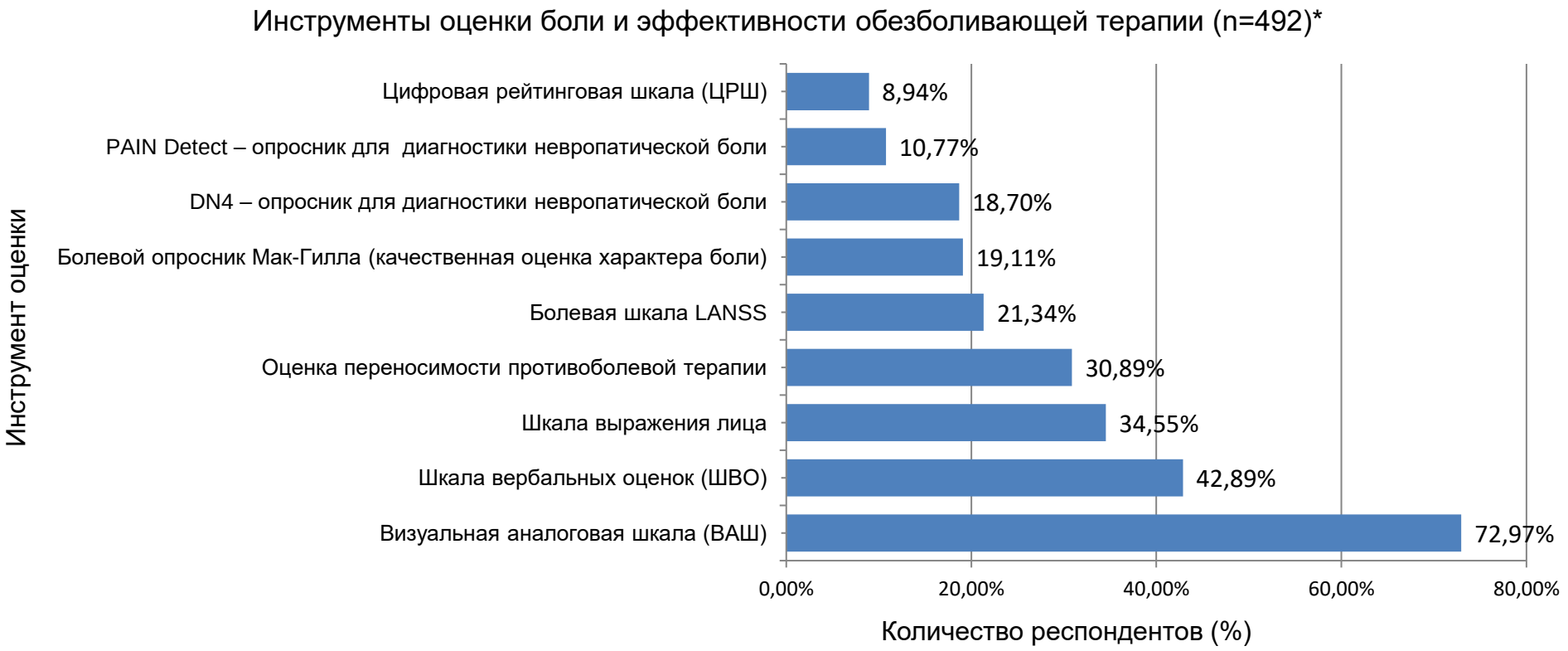
* -129 респондентов (26,21%) указали как основное место работы, так и по совместительству в подразделениях ПМП



ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В КОНТРОЛЕ СИМПТОМОВ:

- Боль (всех типов)
- Респираторные проблемы (одышка, кашель)
- Желудочно-кишечные проблемы (запор, тошнота, рвота, сухость во рту, воспаление слизистой оболочки полости рта, диарея)
- Бредовое состояние
- Раны, язвы, кожная сыпь и повреждения кожи
- Нарушение сна
- Утомляемость
- Потеря аппетита
- Анемия
- Сонливость или вялость
- Потливость

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



ОЦЕНКА ВРАЧАМИ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ

Общая доля пациентов с ХБ:

- различной интенсивности – 70,99% ($CI_{95\%}$: 69,32%; 72,62%)

Доля пациентов с ХБ:

- средней и сильной интенсивности – 33,95% ($CI_{95\%}$ (32,29%-35,73%)

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ОЦЕНКУ БОЛИ:

- локализация и характер повреждения
- природа повреждающего фактора
- психологическое состояние
- индивидуальный жизненный опыт пациента

Выраженность боли может не соответствовать объективной тяжести повреждения, поскольку определяющим в интерпретации болевого ощущения является психоэмоциональное состояние индивидуума!

ПРОРЫВНАЯ БОЛЬ

По результатам исследований экспертов Delphi (2016)* определено, что прорывная боль - временное обострение боли, возникающее у пациентов со стабильной и адекватно контролируемой фоновой болью, которую необязательно лечили опиоидами

** Lohre ET, Klepstad P, Bennett Ml et al. From "breakthrough" to "episodic" cancer pain? A European association for palliative care research network expert Delphi survey toward a common terminology and classification of transient cancer pain exacerbations. J Pain Symptom Manage 2016; 51: 1013-1019.*

23—90% онкологических больных эпизодически испытывают т.н. «прорывы» и/или транзиторные обострения боли, накладывающиеся на основную боль, терпимую или адекватно контролируемую

(Caraceni, Zecca, Martini, & DeConno, 1999; Fine & Busch, 1998; Gomez-Batiste etaf., 2002; Portenoy, Payne, & Jacohsen, 1999; Zeppetella & Ribeiro, 2002).

Эпидемиологическое исследование применения анальгетиков у пациентов страдающих хронической болью. Исследование проводится при участии экспертов Российской Ассоциации паллиативной медицины.

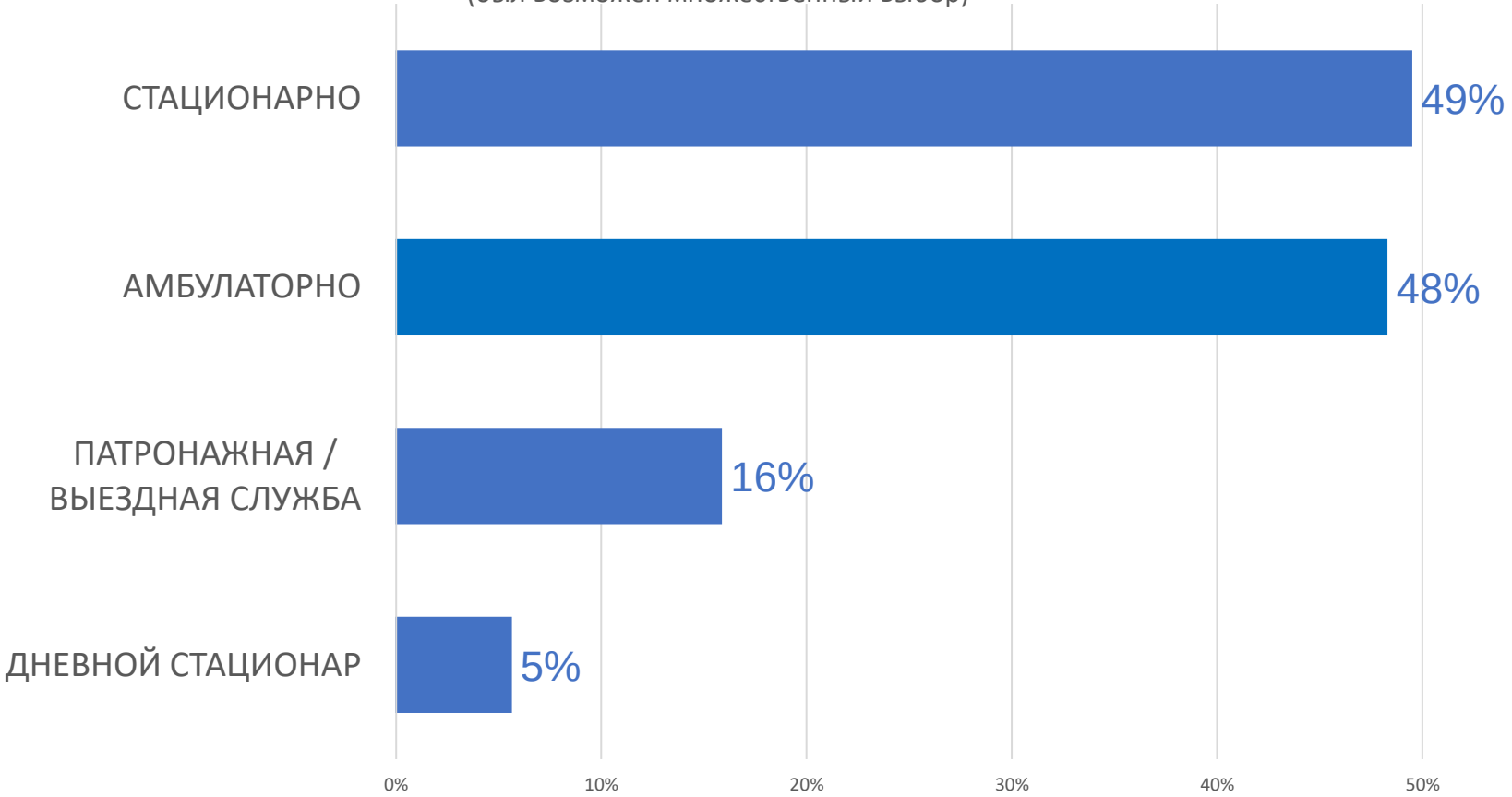
Уважаемый коллега!

Вы согласились стать участником **анонимного** эпидемиологического исследования по применению лекарственных препаратов для обезболивания пациентов страдающих болевым синдромом.

Исследование проводится при участии экспертов Российской Ассоциации паллиативной медицины.

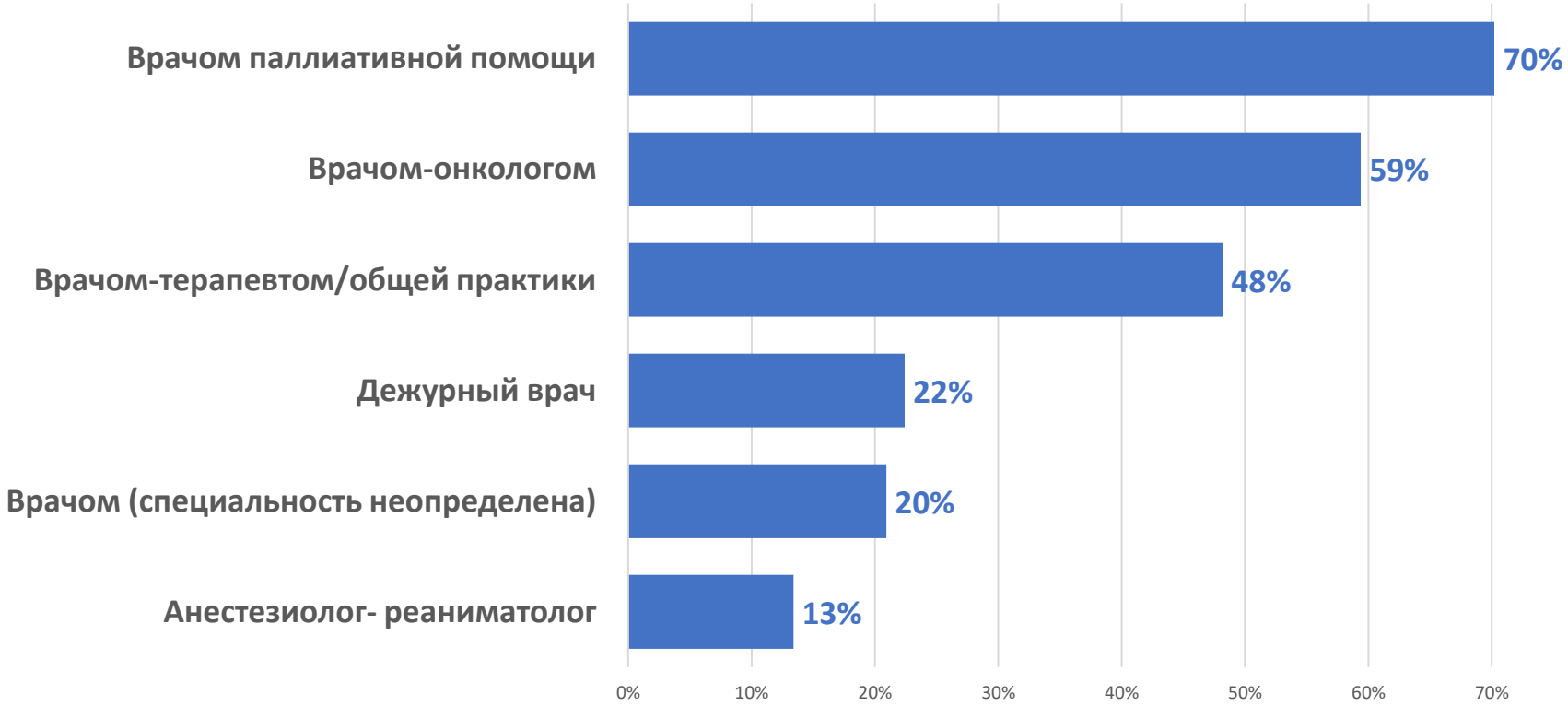
УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ (N=411)

(был возможен множественный выбор)



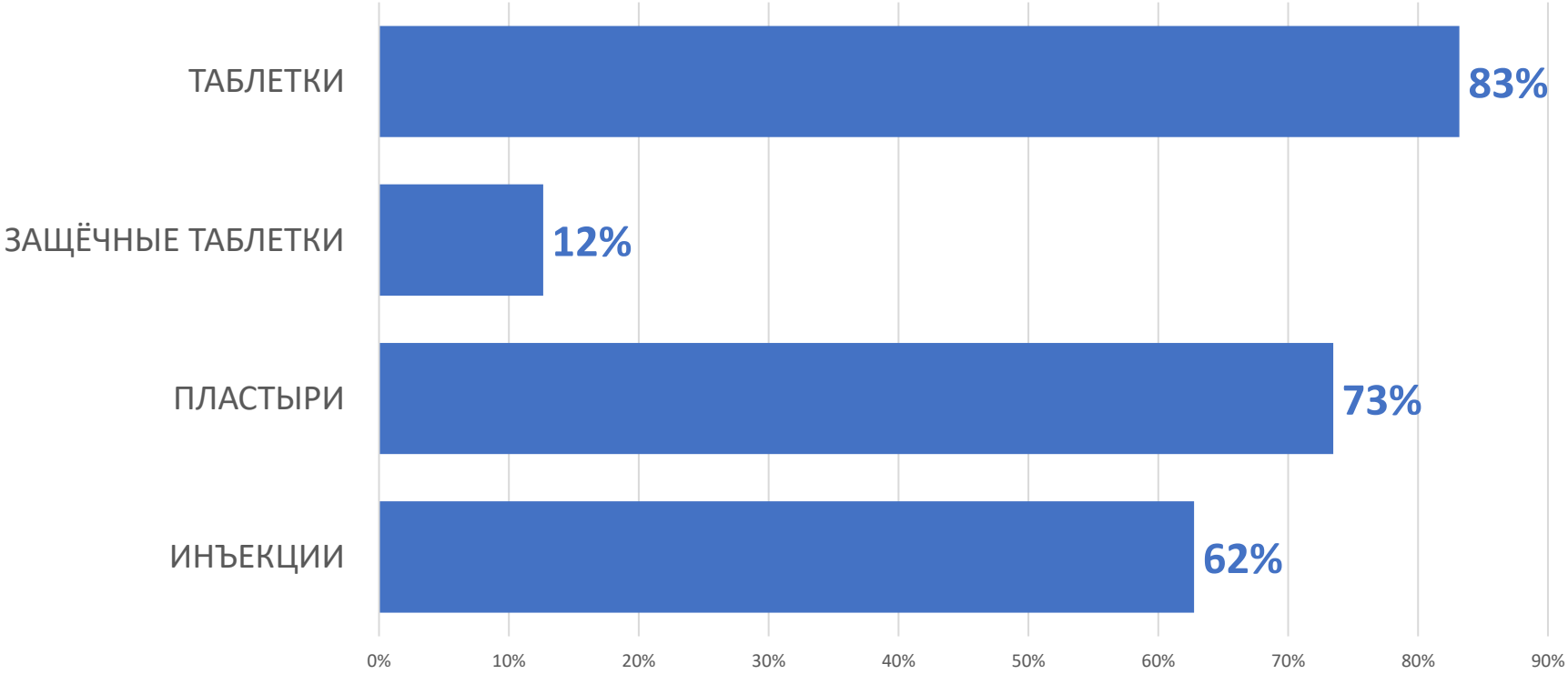
Назначение обезболивающей терапии пациентам онкологического профиля (n=411)

(был возможен множественный выбор)

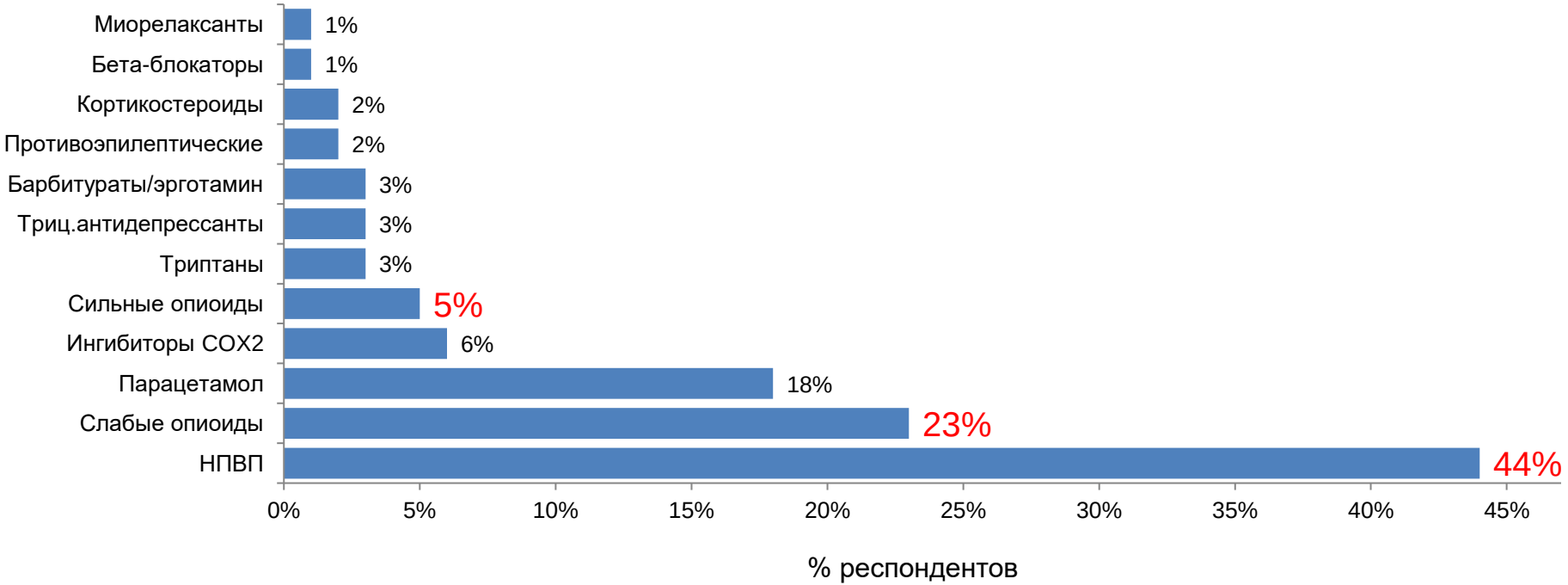


ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА АНАЛЬГЕТИКОВ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВРАЧАМИ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (N=411)

(был возможен множественный выбор)

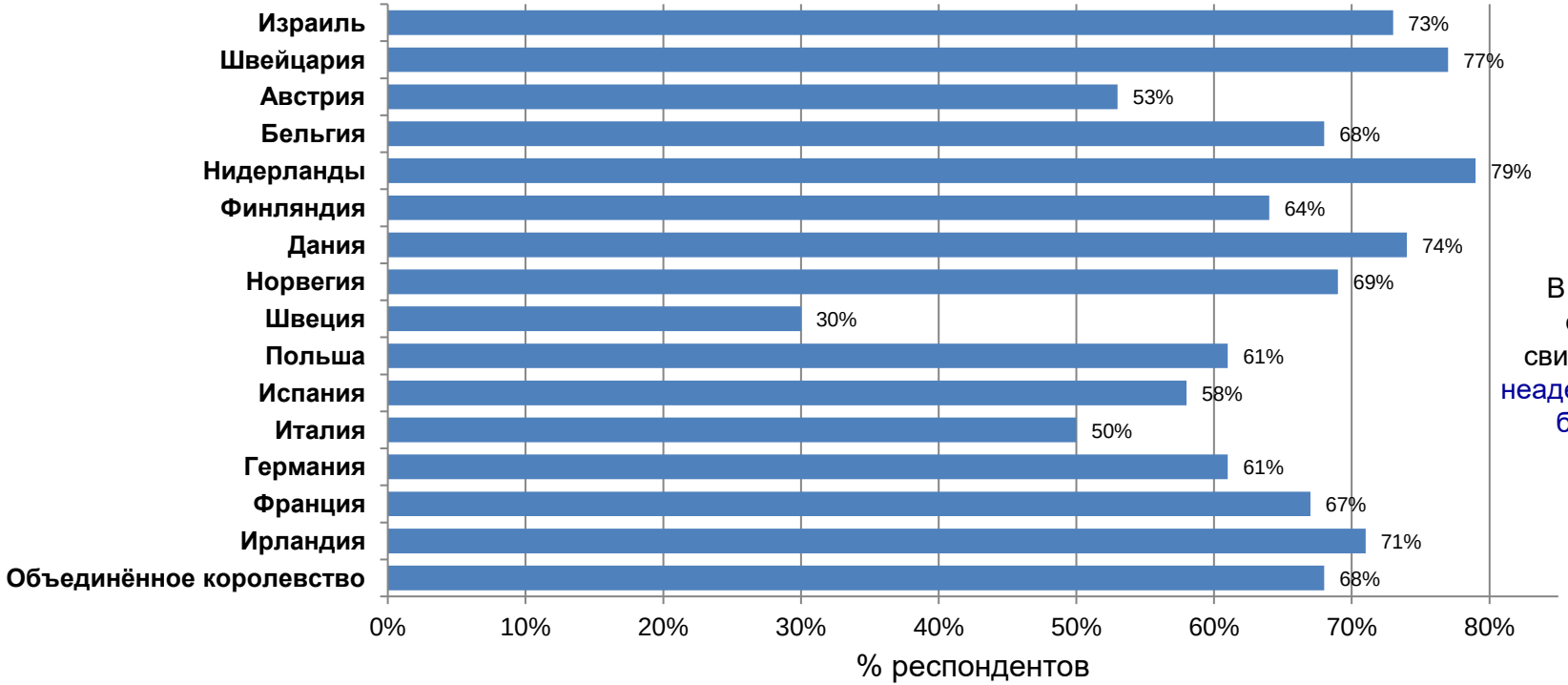


Лекарственные средства, принимаемые пациентами по рекомендации врача для лечения хронической боли*



*Harald Breivik et al. *European Journal of Pain 10 (2006) 287-333*

Хроническая боль: адекватность лечения



В среднем 64% опрошенных свидетельствуют о неадекватной терапии боли (n=2450)

* Harald Breivik et al. *European Journal of Pain 10 (2006) 287-333*

НЕКУПИРУЕМАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ - ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ИЗМЕНЕНИЙ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Как следствие - возможность
суицидального поведения пациентов
и агрессии по отношению к медицинскому персоналу и родственникам

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

НЕСМОТРЯ НА ВОЗРОСШЕЕ ВНИМАНИЕ К ОЦЕНКЕ И КОНТРОЛЮ,
БОЛЬ ОСТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

! Доказано, что боль у онкологических больных не всегда диагностируется и, как следствие, не лечится должным образом

(Cleeland et al., 1994; Bemabei et al., 1998; Anderson et al., 2002).

В предстоящее десятилетие необходимо преодолеть препятствия на пути к её эффективному лечению, развить и внедрить такие способы вмешательства, которые позволять достичь оптимального уровня контроля боли*

** MariekeH J van den Beuken-van Everdingen, Laura M J Hochstenbach, Bert EAJ Joosten, Vivianne C G Tjan-Heijnen and Daisy J A Janssen. Journal of pain and symptom management 51(6) - April 2016*
Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis.
International Conference on Pain Research & Management. October 03-04, 2016 Vancouver, Canada

ИННОВАЦИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ СОХРАНЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА*

- **Создание новых препаратов с улучшенным профилем безопасности**
- **Создание лекарственных форм, препятствующих нецелевому применению**
- **Создание комбинированных препаратов, содержащих опиоид-агонист с высоким анальгетическим потенциалом и опиоид-антагонист, блокирующий периферические опиатные рецепторы ЖКТ**
- **Создание новых технологий, препятствующих злоупотреблению или нецелевому применению опиоидов**

(DETERx™, Small Molecule Delivery , BIO-MD™ Prodrug Technology)

* - Mercadante S., Porzio G., Gebbia V. New opioids. J Clin Oncol. 2014 Jun 1;32(16):1671-6; Пчелинцев М В. Комбинированные препараты содержащие опиаты и антагонисты опиатных рецепторов в повышении безопасности терапии интенсивной боли Врач 2012 11:38-42; Smith H.S. Combination Opioid Analgesics. Pain Physician 2008; 11:201-214; Raffa RB, Pergolizzi JV Jr. Opioid formulations designed to resist/deter abuse. Drugs 2010;70(13):1657–1675; Webster L. Update on abuse-resistant and abuse-deterrent approaches to opioid formulations. Pain Med 2009;10(S2):S124–S133

* Ahmedzai et al. Eur J Cancer. 1995; 31A Suppl 6():S2-7.

ИННОВАЦИИ

ВИДЫ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Рецептор	Подтип	Расположение	Функция

мю (μ)
MOP
	μ1, μ2, μ3	• головной мозг
		  • кора (слои III и IV)
		  • таламус
		  • стриосомы
		  • околоводопроводное серое вещество
		• спинной мозг
		  • студенистое вещество
		• периферические чувствительные нейроны
		• желудочно-кишечный тракт
			μ1:
			• анальгезия; физическая зависимость
			μ2:
			• эйфория; физическая зависимость
			• угнетение дыхания
			• миоз
			• ослабление перистальтики ЖКТ
			μ3:
			• неизвестна

дельта (δ) DOP	δ1, δ2	• головной мозг (ядро моста, миндалевидное тело, зрительный бугор, глубокие слои коры) • периферические чувствительные нейроны	• анальгезия • антидепрессантные эффекты • физическая зависимость

каппа (κ)
KOP
	κ1, κ2, κ3	• головной мозг
		  • Гипоталамус
		  • околоводопроводное серое вещество
		  • ограда
		• спинной мозг
		  • студенистое вещество
		• периферические чувствительные нейроны
			• Анальгезия
			• Седация
			• Миоз
			• угнетение выработки АДГ
			• Дисфория

ПЕПТИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ : ВОЗМОЖНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА

Пептиды - уникальный класс фармацевтических соединений, являясь внутренними сигнальными молекулами для многих физиологических функций, **открывают возможность для терапевтического вмешательства, которое «имитирует» естественные регуляторные механизмы.**

Особый интерес представляет собой группа пептидов являющихся производными **дерморфина H-Tyr-D-Ala-Phe-Gly-Tyr-Pro-Ser-NH2**

Пилотные эксперименты выявили выраженную анальгетическую активность тетрапептида **H-Tyr-D-Arg-Phe-Gly-NH2** обладающего близким к природному аминокислотному составу, достаточной стабильностью соединения и высокой селективной аффинностью к μ1 рецепторам (**препарат Тафалгин**).

Обезболивающие пептиды могут стать новой страницей в обезболивании.

- Yaksh TL, Woller SA, Ramachandran R, Sorkin LS. The search for novel analgesics: targets and mechanisms. F1000Prime Rep. 2015 May 26;7:56. doi: 10.12703/P7-56. PMID: 26097729; PMCID: PMC444 Lau JL, Dunn MK. Therapeutic peptides: Historical perspectives, current development trends, and future directions. Bioorg Med Chem. 2018 Jun 1;26(10):2700-2707. doi: 10.1016/j.bmc.2017.06.052. Epub 2017 Jul 1. PMID: 28720325.
- Bagheri-Ziari S, Shahbazzadeh D, Sardari S, Sabatier JM, Pooshang Bagheri K. Discovery of a New Analgesic Peptide, Leptucin, from the Iranian Scorpion, *Hemiscorpius lepturus*. Molecules. 2021 Apr 28;26(9):2580. doi: 10.3390/molecules26092580. PMID: 33925223; PMCID: PMC8124257 7049.

ТАФАЛГИН – ИННОВАЦИОННЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК

ЛП-№(001039)-(РГ-RU) от 19.07.2022



19.07.2022 г. Минздрав РФ зарегистрировал новый обезболивающий препарат с действующим веществом тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амид

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Болевой синдром средней и сильной интенсивности, в том числе при злокачественных новообразованиях.

Показан к применению у взрослых старше 18 лет.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- Гиперчувствительность к Тафалгину или к любому из перечисленных вспомогательных веществ, (натрия хлорид, маннитол, глицин, натрия ацетата тригидрат, уксусная кислота ледяная, вода для инъекций).
- Острая интоксикация препаратами центрального действия: анальгетики, психотропные и снотворные препараты.
- Алкогольная интоксикация.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА И ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Фармакотерапевтическая группа:

Прочие анальгетики и антипиретики. Код АТХ: N02BG.
Действующее вещество: тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амида.
1мл препарата содержит 4мг действующего вещества.

Фармакодинамические свойства

Активация μ1-рецепторов вызывает выраженную аналгезию.
Активация μ2-рецепторов приводит к угнетению дыхания, нарушениям сердечно-сосудистой системы типа брадикардии и к подавлению моторики кишечника.

Тафалгин является высокоспецифичным агонистом μ1-опиоидных рецепторов (взаимодействие с δ-рецепторами на 3 порядка ниже, чем с μ-опиоидными рецепторами, с остальными рецепторами взаимодействие не определяется).

Высокая специфичность Тафалгина к μ1-рецепторам обеспечивает отсутствие побочных эффектов, характерных для большинства наркотических опиоидных обезболивающих препаратов.

ТАФАЛГИН - ИННОВАЦИОННЫЙ АНАЛЬГЕТИК НА РЫНКЕ РОССИИ

ЛП-№(001039)-(РГ-RU) от 19.07.2022

МНН: Тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амида
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:
Раствор для подкожного введения, 4 мг/мл
Фармакотерапевтическая группа:
прочие анальгетики и антипиретики
Код АТХ: N02BG

Особые меры предосторожности при хранении: хранить и перевозить в холодильнике (2-8 °С) в оригинальной пачке. Не замораживать.
Срок годности: 2 года

высокоспецифичный агонист μ1-опиоидных рецепторов

Практически не взаимодействует с остальными опиоидными рецепторами: взаимодействие с δ-рецепторами на 3 порядка ниже, чем с μ-опиоидными рецепторами, с остальными рецепторами взаимодействие не определяется

Взаимодействует как с периферическими, так и центральными рецепторами, однако преимущественно действует на спинальном уровне.

активирует антиноцицептивную систему (через торможение кальциевых каналов)

и, таким образом, нарушает межнейронную передачу болевых импульсов на различных уровнях ЦНС,

а также изменяет интенсивность восприятия боли, воздействуя на высшие отделы головного мозга.

УНИКАЛЬНЫЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАФАЛГИНА

ЛП-№(001039)-(РГ-RU) от 19.07.2022

МНН: Тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амида
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:
Раствор для подкожного введения, 4 мг/мл
Фармакотерапевтическая группа:
прочие анальгетики и антипиретики
Код АТХ: N02BG

Особые меры предосторожности при хранении: хранить и перевозить в холодильнике (2-8 °С) в оригинальной пачке. Не замораживать.
Срок годности: 2 года

Быстрая абсорбция и быстрое достижение C_{max} в плазме крови при подкожном введении (менее 30 мин), что обеспечивает скорое развитие клинического эффекта

Интенсивное распределение не только в кровяном русле, но и в периферических тканях

Фармакологически активна исходная молекула действующего вещества

Биотрансформация – до эндогенных аминокислот, без участия системы цитохрома Р450

Быстрое выведение из организма

$T_{1/2}$ после однократного введения препарата в дозе 4,0 мг: 2,428 ± 0,355 ч;

$T_{1/2}$ после многократного п/к введения препарата: 3,029 ч, 3,012 ч и 4,54 ч для междозовых интервалов 8 ч, 12 ч и 24 ч, соответственно

Отсутствие кумуляции в организме

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ

Наиболее часто встречающиеся нежелательные реакции*	Степень выраженности нежелательных реакций*.
Астения Сонливость Сомнолентность Сухость во рту Головокружение Гипестезия	Все нежелательные явления, как правило, имели **легкую или среднюю** степень выраженности.

*На основании трех проведенных клинических исследований препарата Тафалгин. Частота выявления нежелательных реакций: очень часто (≥ 1/10), часто (от ≥ 1/100 до < 1/10), нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100).

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ И СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ТАФАЛГИНА

Режим дозирования

Дозу препарата Тафалгин следует подбирать индивидуально.

Режим дозирования зависит от интенсивности боли и переносимости препарата.

Рекомендуемая начальная разовая доза - 4 мг.

Оптимальный режим дозирования по 4 мг 2–3 раза в сутки.

Возможный диапазон разовых доз - от 2 мг до 7 мг.

Увеличение разовой дозы возможно с шагом не более 2 мг.

Продолжительность терапии препаратом устанавливается лечащим врачом.

Способ применения

Подкожно (п/к). Препарат нельзя вводить внутримышечно и внутривенно!

ТАФАЛГИН – ИННОВАЦИОННЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК

ЛП-№(001039)-(РГ-RU) от 19.07.2022

БЛАГОДАРЯ ПЕПТИДНОЙ ПРИРОДЕ АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА ПРЕПАРАТ:

- Не накапливается в организме
- Не нарушает естественного процесса десенсибилизации и восстановления рецепторов после активации
- Обладает высокой удельной активностью вещества
- Оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы
- Демонстрирует отсутствие эйфорического действия, физического и психологического привыкания
- Демонстрирует отсутствие развития толерантности к антиноцицептивному действию при многократном введении
- Обладает низким наркогенным потенциалом при многократном введении

ТАФАЛГИН – ИННОВАЦИОННЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК

ХИМИОТЕРАПИЯ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ

Ориентировочная стоимость химиотерапевтического лечения в круглосуточном стационаре пациентов с злокачественными новообразованиями:
легкого (С34. 0-9);
молочной железы (С50. 0-9)
предстательной железы (С61)

Ориентировочная стоимость одного курса химиотерапии

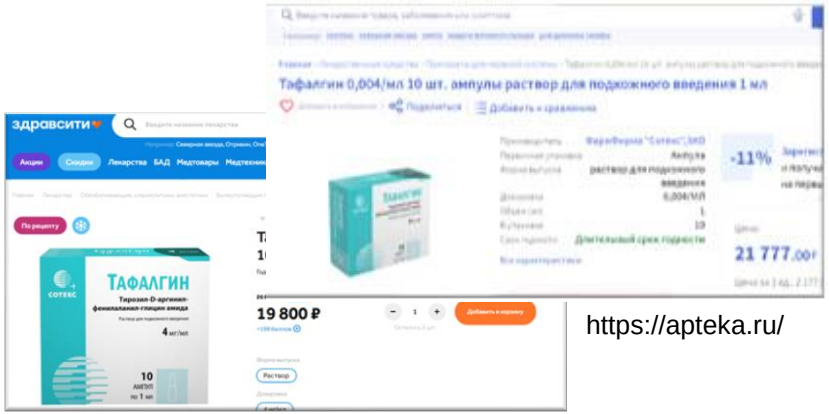
от 10 963,36 ₽ до 1 019 880,73 ₽

Ориентировочная годовая стоимость курса химиотерапии

от 65 780,14 ₽ до 6 119 284,37 ₽

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

ТАФАЛГИН В АПТЕЧНОМ СЕГМЕНТЕ



https://apteka.ru/

https://zdravcity.ru/

При необходимости продолжить обезболивание в амбулаторных условиях, необходимо оформить назначение Тафалгина в Протоколе врачей консилиума (онкологического)*

Назначение врача, по рецепту 107-1/у

ТАФАЛГИН – ИННОВАЦИОННЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК

ЛП-№(001039)-(РГ-RU) от 19.07.2022

МНН: Тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амида
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:
Раствор для подкожного введения, 4 мг/мл
Фармакотерапевтическая группа:
прочие анальгетики и антипиретики
Код АТХ: N02BG

Особые меры предосторожности при хранении: хранить и перевозить в холодильнике (2-8 °С) в оригинальной пачке. Не замораживать.
Срок годности: 2 года

Тафалгин – это эффективное и безопасное, не имеющее зарубежных аналогов, лекарственное средство для терапии боли различной интенсивности у онкологических и неонкологических пациентов.

Важные постулаты ВОЗ*
(Opioids and Palliative Care on the WHO EML(c), Geneva, 8 April 2013)

- Доступность морфина и двух альтернативных опиоидов – необходимое требование для адекватной терапии боли у детей и взрослых пациентов

- Паллиативная помощь – для широкого круга заболеваний, а не только при раке!

***Willem Scholten.** 19th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 2013

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

- *Совершенствование системы паллиативной медицинской помощи* в системе здравоохранения
- *Совершенствование законодательной базы* по повышению доступности наркотических анальгетиков
- *Контроль соответствия федеральной нормативной базе документов*, регламентирующих оборот наркотических анальгетиков в субъектах РФ
- *Повышение квалификации медицинских работников* по вопросам паллиативной медицины и современной методологии лечения хронической боли

- *Внедрение в клиническую практику современных методологий лечения хронической боли различного генеза*

- *Применение в клинической практике современных лекарственных форм опиоидных анальгетиков* с улучшенным профилем безопасности и препятствующих злоупотреблению и нецелевому использованию

Профессиональный медицинский работник, оказывающий паллиативную медицинскую помощь, должен обладать теоретическими знаниями и практическими навыками эффективного лечения хронической боли, уметь выбрать метод лечения, соответствующий конкретной клинической ситуации и индивидуальным особенностям пациента


Дорогу осилит идущий…
СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!