

НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ



Каден Петр Андреевич

Врач анестезиолог-реаниматолог

Отделение анестезиологии и реанимации ГБУЗ ВО КОД

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ

-боль, которая сохраняется после обильного курса лечения или связана с хроническим патологическим заболеванием, вызывающим непрерывную боль или боль, повторяющуюся с интервалами в течение месяцев или лет (Bonica, 1990)

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), к хронической относят боль, которая сохраняется более 3 месяцев без устранения вызвавшей ее причины.

Хроническая боль, связанная с раком, представляет собой критическую клиническую проблему на протяжении всего заболевания от момента постановки диагноза, затрагивая около 40–70% пациентов с онкологическим диагнозом. Около 40% пациентов, прошедших лечение, страдают от хронического болевого синдрома, среди пациентов с поздними стадиями эта цифра достигает 66%. Хроническая боль серьезно ухудшает качество жизни пациентов, снижает приверженность лечению и выживаемость, а так же отражается на качестве жизни окружающих больного людей.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ

- **Ноцицептивная соматическая боль** возникает в результате повреждения ткани или воздействия на него болезненного агента, в том числе опухоли с последующей активизацией болевых рецепторов (ноцицепторов) в костях, коже, подкожной клетчатке, в мышцах и мягких тканях. Эта боль хорошо локализована, может быть проходящей или постоянной, имеет различные описательные характеристики: тупая или острая, давящая, пульсирующая, дергающая, сверлящая, грывающая, распирающая.
- **Ноцицептивная висцеральная боль** возникает при повреждении симпатически иннервируемых органов (при поражении поджелудочной железы, стенок желудка и кишечника, растяжении капсулы печени). Эта боль плохо локализована, имеет разлитой характер (тупая с приступами обострения, сжимающая, схваткообразная, тянущая, изнуряющая).
- **Нейропатическая боль** является результатом повреждения нервной системы на периферическом или центральном уровне, или патологического процесса в соматосенсорной системе. Зачастую она сопровождает тяжелые ноцицептивные болевые синдромы, но иногда встречается, как самостоятельный вид боли, например, после хирургического лечения, или при проведении химиотерапии, а также в результате сдавления нерва опухолью.

МКБ-11

В Международной классификации болезней 11-ого пересмотра хроническая боль выделяется в самостоятельную нозологию и имеет отдельную рубрификацию, а так же отдельно выделяется боль, связанная с онкологическими заболеваниями (MG30.1 Chronic cancer related pain), что подчеркивает актуальность данной проблемы.

Level 1 diagnosis	Level 2 diagnosis: aetiology	Level 3 diagnosis: presumed mechanism
Chronic cancer-related pain	Chronic cancer pain	Chronic visceral cancer pain
		Chronic bone cancer pain
		Chronic neuropathic cancer pain
		Other
	Chronic post-cancer treatment pain	Chronic post-cancer medicine pain
		Chronic post-radiotherapy pain
		Chronic post-cancer surgery pain
		Other chronic post-cancer treatment pain

«Лестница лечения боли» ВОЗ



НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ

- Интервенционные методы
 - Нейромодулирующие техники
 - Нейродеструктивные техники
- Фармакотерапия

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

- НВГ, парацетамол
- Опиоиды
- Адъювантные препараты

НВП

Согласно рекомендациям ВОЗ (2018), в качестве стартовой терапии болевого синдрома онкологического генеза следует использовать НПВП, парацетамол и опиоиды, как в виде монотерапии, так и в комбинации, в зависимости от клинической оценки и интенсивности боли, с целью достижения быстрого, эффективного и безопасного контроля боли. При этом сила стартового анальгетика должна соответствовать интенсивности боли у пациента. Таким образом, слабые анальгетики (парацетамол, НПВП) не должны назначаться в виде единственной терапии пациенту, страдающему от боли умеренной или сильной интенсивности. При сильных болях терапию можно начинать с назначения парацетамола/НПВП в комбинации с опиоидом.

Прием НПВП возможен в течение длительного времени при условии оценки риска развития нежелательных явлений, их профилактики и мониторинга. Недопустимо превышение максимальной суточной дозы препаратов, указанной в инструкции по применению.

ОПЕРАДЪЕАНАЛЪЕТИКИ

- Индивидуальный выбор препарата и подбор доз путем титрования
- Прием препарата «по часам», а не по требованию
- Приоритетное применение неинвазивных форм препаратов

ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ В РФ ПРЕПАРАТЫ

Неинвазивные формы	Инъекционные формы
Бупренорфин + Налоксон	Бупренорфин
Морфин	Морфин
Оксикодон + Налоксон	Кодеин + Морфин + Нбскапин + Папаверин + Тебаин
Пропионилфенилэтоксиэтилпиридин	Налбуфин
Тапентадол	Буторфанол
Трамадол	Трамадол
Парацетамол + Трамадол	Тафалгин
Тримеперидин	Тримеперидин
Фентанил	Фентанил

ТАПЕНТАДРОЛ

Тапентадрол имеет двойной механизм действия — опиоидный и норадренергический. В определенной степени фармакологически напоминает трамадрол, однако, в отличие от последнего, имеет более высокий анальгетический потенциал (слабее перорального морфина примерно в 2,5 раза), является активным лекарством, не влияет на обратный захват серотонина, метаболизируется, преимущественно до неактивных метаболитов путем глюкуронизации (низкий риск кумуляции при умеренных нарушениях функции почек). Дополнительный норадренергический механизм действия тапентадола позволяет в определенной мере воздействовать на нейропатический компонент боли.

Согласно обзору Jason WBoland (2023) Тапентадрол является эффективным анальгетиком и может рассматриваться как альтернатива другим опиоидам, особенно когда существует проблема токсичности опиоидов.

ТАФАЛТИН

Тафалтин – отечественный инновационный тетрапептидный обезболивающий препарат для подкожного введения. В ходе клинических исследований I и II фаз был доказан высокий уровень его эффективности, сопоставимый с действием морфина, а также благоприятный профиль безопасности.

Тафалтин характеризуется быстрой абсорбцией при подкожном введении (менее 30 мин), что обеспечивает скорое развитие клинического эффекта, а также не кумулируется в организме. Использование этого препарата у онкологических пациентов позволяло сохранить достаточное обезболивание, достигнутое ранее на фоне внутримышечного применения морфина, в 100 % случаев. Динамика среднесуточного балла интенсивности боли и потребность в дополнительных анальгетиках не различались между группами. На фоне применения тафалтина не требовалось увеличения дозы препарата или частоты введения. При сравнении средних индивидуальных дневных доз морфина и тафалтина эквивалентный потенциал исследуемого препарата составил 1:3. Профиль безопасности тафалтина благоприятен: выявленные в ходе описанных исследований нежелательные явления были выражены слабо или умеренно и не являлись жизнеугрожающими. На фоне использования тафалтина отмечены снижение числа опиоидиндуцированных побочных эффектов у пациентов, изначально получавших парентерально морфин, и тенденция к улучшению качества сна.

ПРИНЦИП ТЕРАПИИ ПРОРЫВНОЙ БОЛИ

- Прорывная боль — это транзиторное усиление боли, возникающее на фоне относительно стабильной и адекватно контролируемой опиоидом основной боли. Скорость развития эпизода прорывной боли колеблется от 30 секунд до 10 минут. Средняя продолжительность эпизода — около 30 минут.
- Препарат выбора — опиоид с быстрым наступлением и короткой продолжительностью действия
- Пероральный морфин
- Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин заочно или сублингвально
- Трансмукозальные формы фентанила с немедленным высвобождением вещества (интраназальный спрей, сублингвальные таблетки, «леденцы» и т. д.). Они отличаются наибольшей скоростью развития эффекта среди всех неинвазивных форм опиоидов. В РФ зарегистрирован спрей назальный дозированный фентанила в 3 дозировках: 50 мкг, 100 мкг и 200 мкг/доза. Однако до настоящего времени препарат недоступен для применения на практике.

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ

- Антиконвульсанты
- Антидепрессанты
- Анксиолитики
- ГКС
- Местные анестетики
- Антиконвульсанты, антидепрессанты и местные анестетики незаменимы в терапии нейропатического компонента хронической боли

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ

Изначально в исследованиях было показано, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, такие как дулоксетин и венлафаксин, применяемые для лечения депрессии и обладающие лучшим по сравнению с трициклическими антидепрессантами профилем побочных эффектов, также оказывают благоприятный эффект на купирование боли различной нейропатической этиологии, тогда как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, такие как сертралин, флувоксамин, флуоксетин и циталопрам, таким качеством не обладают. Габапентин, прегабалин и другие антиконвульсанты со схожим механизмом действия на кальциевые потенциалзависимые ионные каналы также являются весьма эффективными в лечении различных нейропатических болевых синдромов, обладая при этом менее выраженными побочными эффектами в сравнении с трициклическими антидепрессантами и антиконвульсантами предыдущего поколения.

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ

Однако по сравнению с габапентином прегабалин, обладая линейной фармакокинетикой и значительно более высокой биодоступностью (90 %), оказывает быстрый положительный дозозависимый эффект. В проведенных исследованиях достоверное снижение боли более 60 % от исходного уровня было достигнуто в течение 1–3 дней лечения и сохранялось на протяжении всего курса лечения. Быстрота редукции боли напрямую коррелирует с улучшением сна и настроения у этих больных, удобный режим дозирования прегабалина повышает также комплаентность при лечении этих пациентов и способствует более быстрому улучшению качества жизни. Дозировка прегабалина от 300 до 600 мг/сут является наиболее эффективной по сравнению с плацебо, значительно уменьшая боль и нарушения сна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический болевой синдром у онкологических больных является серьезной медико-социальной проблемой. Решение данной проблемы требует персонализированного подхода к подбору терапии у конкретного пациента.

Кроме того для улучшения качества помощи пациентам с хронической болью требуется повышение доступности препаратов, получение удобных к применению лекарственных форм.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ