

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Боль — неизменный спутник большинства заболеваний, самая распространенная проблема и частая причина обращений за медицинской помощью (по данным ВОЗ, от 11 до 40%). Именно болевой синдром является основным виновником снижения качества жизни больных при ряде заболеваний и может доминировать в их клинической картине — быть основным, а иногда и единственным симптомом болезни¹

Боль сигнализирует о неполадках в организме, подсказывает, что произошел сбой в работе систем. Но когда она становится сильной, резкой или, наоборот, приобретает хронический характер, то угнетает больного, нередко приводит к депрессии, инвалидизации, социальной дезадаптации⁴.

Состояние боли является решающим основанием для поиска адекватного купирующего средства или назначения эффективного лечения при обращении к врачу.

Ретроспективно рассматривая эволюцию средств для симптоматического лечения как острых, так и хронических болевых синдромов различной этиологии, мы видим, что бесспорными лидерами в течение длительного периода являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ненаркотические анальгетики (НА) ввиду своей доступности и высокой эффективности. Их фармакодинамический потенциал нередко подкрепляется различными субстанциями. Например, применяются несколько активных ингредиентов из одной группы, в состав препаратов вводятся кофеин, кодеин или другие вещества.

КОДЕИН: ЛЕЧИМ ИЛИ...

До недавнего времени можно было без рецепта врача в аптеке приобрести ряд комплексных препаратов, содержащих кодеин. На сегодняшний день ситуация изменилась. Так, согласно приказу МОЗ Украины от 07.09 2012

№ 708, лекарственные препараты с любым количеством кодеина в составе подлежат исключительно рецептурному отпуску из аптек. Аналогичная ситуация наблюдается и в ряде других стран (например, в России).

А с чего все началось? «Время жизни» кодеина насчитывает более 180 лет, с того момента как он впервые в чистом виде был получен французским химиком Пьером Жаном Робике в 1832 г.

Кодеин — один из достаточно часто применяемых перорально агонистов опиоидных рецепторов. При приеме внутрь, согласно L.E. Mather, G.K. Gourlay (1984), его биодоступность составляет 50%¹¹. Кодеин биотрансформируется в печени путем N- и O-деметилирования в норкодеин и морфин, которые, в свою очередь, конъюгируют с глюкуроновой кислотой. Период его полувыведения — 2–4 часа. Согласно Findlay, J.W.A. и соавт. (1977), приблизительно 70% дозы кодеина выделяется в неизменном виде или связанной с глюкуроновой кислотой (кодеин-6-глюкуронид) и примерно по 10% — в виде морфина или норкодеина и их метаболитов.



Игорь Зупанец

По характеру действия кодеин близок морфину, но его болеутоляющие свойства выражены меньше и реализуются именно в ходе превращения кодеина в морфин, которое осуществляется изоферментом CYP2D6 системы цитохрома P450. Около 10% населения европеоидной расы имеет дефицит этого изофермента, поэтому биотрансформация кодеина в морфин нарушается. Клиническим проявлением такого дефицита является отсутствие болеутоляющего эффекта после приема кодеина.

Стандартная разовая доза кодеина составляет 30–60 мг. Несмотря на то, что минимальной обезболивающей дозой считается 25–30 мг кодеина, его содержание во многих известных комбинированных

анальгетиках не превышает 9–10 мг в одной таблетке, а в пересчете на чистое вещество — еще ниже.

Кодеин способен уменьшить возбудимость кашлевого центра, поэтому в прошлом веке применялся для успокоения кашля и сейчас присутствует в ряде препаратов. Он также используется как анальгетик в терапии острого и хронического болевого синдрома в комбинации с другими веществами³.

ВНИМАНИЕ, ОПАСНОСТЬ!

Важным аспектом, ограничивающим применение кодеина, является его профиль безопасности. Так, прием препарата в высоких дозах может вызывать эйфорию, что стимулирует пристрастие к нему. Заметим, что многие пациенты не обращают внимания на состав применяемых лекарственных средств. Вместе с тем регулярный прием кодеинсодержащих препаратов вызывает снижение обезболивающего эффекта (из-за привыкания и развития толерантности), а это, в свою очередь, стимулирует увеличение частоты приема и дозы, что ведет к формированию опиоидной зависимости.

Кроме этого, кодеин тормозит работу желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), провоцирует рвоту, запоры, сухость во рту и приводит к спазмам в желудке, мочеточниках и желчевыводящих путях. Также наблюдаются угнетение дыхательного центра, значительное снижение массы тела, нечеткость зрительного восприятия, галлюцинации, мнимое ощущение отличного самочувствия и чувство дискомфорта. При краткосрочном применении возможна также неадекватность поведения, что требует дополнительной осторожности при управлении автотранспортом и занятиях, связанных с концентрацией внимания и точностью.

Украина занимает одно из первых мест по уровню потребления наркотиков среди стран Европы. Количество наркозависимых лиц возрастает в геометрической прогрессии, и в нее вовлекаются все более молодые люди. Дети и подростки начинают употреблять кодеинсодержащие препараты с целью испытать удовольствие, т.е. прием таких средств является первичным опытом с последующим переходом на более «тяжелые» наркотики. Так, по некоторым данным, пятая часть больных опиоидной наркоманией, поступающих на лечение в специализированные центры, с целью одурманивания используют кодеинсодержащие препараты в периоды вынужденных перерывов в употреблении инъекционных наркотиков (так называемый заместительный наркотизм).

Таким образом, принимая во внимание все вышеизложенное, назначение данных препаратов должно объективно аргументироваться, а введение контроля законодательными системами государства за отпуском из аптек по рецептам является целесообразным и обоснованным. В сложившейся ситуации альтернативными вариантами лечения болевого синдрома вновь становятся хорошо всем известные НПВП.

Что же предпочесть из имеющегося безрецептурного арсенала НПВП?

НПВП — РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛИ

Особое место в данной группе занимает ибупрофен, синтезированный в лабораториях компании Boots (Ноттингем, Великобритания) в 1962 г. Оригинальный ибупрофен под разными названиями нашел широкое применение в клинической практике более чем в 70 странах мира. В 1990 г. на европейский рынок оригинальный ибупрофен вышел под названием Нурофен[®].

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке Украины оригинальный ибупрофен представлен следующими препаратами: Нурофен[®] (200 мг), Нурофен[®] Экспресс (натриевая соль, 200 мг), Нурофен[®] Форте (400 мг), Нурофен[®] Ультрапак (жидкая форма, 200 мг), Нурофен[®] для детей (суспензия для перорального применения, с 3-месячного возраста, с апельсиновым и клубничным вкусом; суппозитории ректальные) компании Reckitt Benckiser³.

В первую очередь, препарат применяется как высокоэффективное и безопасное средство при боли различного происхождения (головная боль, мигрень, зубная боль, периодическая боль, боль в спине, мышечная и суставная боль); обладает выраженным противовоспалительным действием; для снижения повышенной температуры — облегчает симптомы простуды.

ЧЕМ ОН ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СВОИХ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ «СОБРАТЬЕВ»?

По результатам исследования (PAIN study — Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen New tolerability study), проводившегося во Франции, были выделены следующие две основные закономерности: при применении анальгетических доз ибупрофен переносится пациентами так же хорошо, как парацетамол, и значительно лучше аспирин; частота развития побочных реакций со стороны ЖКТ гораздо ниже при применении ибупрофена, чем при назначении ацетилсалициловой кислоты.

Таким образом, полученные данные подтверждают общепринятое мнение о том, что ибупрофен в анальгетических дозах может служить препаратом выбора для купирования боли слабой или умеренной интенсивности¹². Форма

Нурофен[®] Форте, содержащая двойную дозу ибупрофена (400 мг), рассматривается как препарат выбора при боли выраженной интенсивности и мигрени на основании данных доказательной медицины.

Перед выходом суспензии Нурофен[®] для детей на международный рынок проводилось изучение побочных эффектов препарата¹⁰, в ходе которого было обследовано 84 тысячи детей. Результаты свидетельствуют о высоком профиле безопасности, что позволяет широко использовать его в педиатрической практике в качестве жаропонижающего и обезболивающего средства.

По данным Британской национальной информационной службы по отравлениям, передозировка ибупрофена крайне редко приводит к развитию серьезных побочных реакций¹⁴.

Высокая безопасность ибупрофена в качестве безрецептурного средства была продемонстрирована и при анализе сведений, содержащихся в базе данных Американского колледжа гастроэнтерологии¹³. Оказалось, что частота желудочно-кишечных кровотечений достоверно не отличалась при приеме ибупрофена в дозе менее 600 мг, 601–1200 мг и свыше 1200 мг.

Согласно данным метаанализа, частота побочных эффектов препарата при применении в дозах до 1200 мг/сутки (безрецептурная дозировка) не отличается от таковой при применении плацебо⁸.

Таким образом, представленные данные позволяют утверждать, что для лечения болевого синдрома ибупрофен обоснованно считается относительно безопасным НПВП с доказанным болеутоляющим действием. При его применении отмечается быстрое достижение максимальной концентрации препарата в крови (30 минут) и достаточное удержание активных концентраций для реализации эффективного симптоматического обезболивания в течение шести часов.

И.А. Зупанец, д-р мед. наук, профессор
И.А. Отришко, канд. фарм. наук, доцент

Список литературы находится в редакции.

