

РАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТЬ?

Боль называют «сторожевым псом», так как эта важная адаптационная реакция организма — своеобразный сигнал тревоги. Однако часто повторяющаяся или хроническая боль приводит к различным изменениям — как телесным, так и психическим

Игорь Зупанец



Боль — наиболее частая причина обращения пациентов к врачу. По данным метаанализа 15 исследований, распространенность хронической боли среди взрослых (не связанной с онкопатологией) составляет 15%. Установлено, что 2/3 населения живут с болью более 5 лет и консультировались по этому поводу более чем у трех специалистов.

Особый случай — это дети. Фармакоэпидемиологические данные свидетельствуют о том, что до 54% детей испытывают хотя бы один эпизод боли в течение 3 месяцев, у 26% она имеет повторяющийся или хронический характер, у 8% интенсивность болевого синдрома очень выражена. Хроническая боль у детей старшего возраста нередко приводит к развитию депрессивных расстройств, негативных межличностных отношений в семье.

Снижение качества жизни при болевом синдроме наиболее значимо и намного опережает таковое при заболеваниях почек, кожи, при нарушениях зрения [5–7].

Лечение болевых синдромов подразумевает воздействие и на этиологические факторы, и на патофизиологические механизмы. Нелекарственная терапия может быть достаточно действенной. Наиболее широко используемые методы — внимательное отношение к пациенту со стороны врача, психологическая поддержка, а также иммобилизация, массаж, акупунктура, релаксация, термолечение, физиотерапия и пр. [6].

Несмотря на эффективность немедикаментозных методов, в большинстве случаев именно медикаментозная терапия является основой достижения адекватного обезболивания.

Проблема правильного, рационального использования лекарственных средств (ЛС) существует во всем мире. По данным ВОЗ, более 50% всех ЛС назначаются нерационально, а более половины пациентов неправильно принимают препараты [10].

Количество зарегистрированных болеутоляющих ЛС, как подлежащих отпуску по рецепту, так и реализуемых без рецепта, огромно (более 350 торговых наименований и свыше 1,5 тыс. различных форм анальгетиков и НПВП).

Фундаментальные принципы фармако-терапии боли (ВОЗ, 1986) включают несколько пунктов:

1. индивидуализированный подход — обезболивающий эффект ЛС может варьировать у одного и того же пациента. В связи с этим дозы, способ

- введения и лекарственная форма должны определяться строго индивидуально;
- своевременность — интервал между введениями ЛС определяется в соответствии со степенью тяжести болевого синдрома и фармакокинетическими особенностями ЛС;
 - адекватность способа введения — предпочтение необходимо отдавать пероральному применению ЛС;
 - ступенчатая терапия боли — выбор ЛС определяется интенсивностью боли. При слабой боли выбирают средства 1-й ступени — неопиоидные анальгетики, НПВП; при умеренной боли — ЛС 2-й ступени — неопиоидный препарат (НПВП) + адъювант; в случае продолжающейся боли — слабый опиоид + неопиоидный препарат (НПВП) + адъювант; при сильной боли — ЛС 3-й ступени — сильный опиоид + неопиоидный препарат (НПВП) + адъювант. В качестве адъювантов ВОЗ (1986) рассматривает антиконвульсанты, анксиолитики, мышечные релаксанты, нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы и т.п. [9, 12].

Таким образом, на первом этапе используются ненаркотические анальгетики или НПВП: ибупрофен, ацетаминофен, ацетилсалициловая кислота, метамизол натрия.

Однако специальным письмом от 08.10.1991 ВОЗ не рекомендовала применение метамизола в качестве безрецептурного жаропонижающего средства!

Вместе с тем многие врачи, провизоры и пациенты продолжают широко применять метамизол натрия, что противоречит современным данным о высоком риске тяжелых осложнений и общемировой тенденции по ограничению его использования.

Сегодня метамизол полностью запрещен в таких странах, как США, Австралия, Италия, Мексика, Ирландия, Дания, Швеция, Норвегия, Египет, Саудовская Аравия, Кувейт. Во многих странах (Израиль, Греция, Португалия и др.) он разрешен к применению лишь в крайних случаях,

когда другие НПВП неэффективны либо их применение связано с риском развития побочных реакций. Использование метамизола в этих странах разрешено только в парентеральных формах, коротким курсом и в условиях стационара (Меморандум ВОЗ, 1995).

Широкое и практически бесконтрольное применение метамизола как безрецептурного анальгетика привело в начале 70-х гг. к случаям смерти, связанным с побочными реакциями.

Кроме того, довольно часто наблюдалось развитие агранулоцитоза и шока. При этом в большинстве случаев агранулоцитоз развивался при непродолжительном (менее 10 дней) приеме препарата! Представленные факты основаны на данных Международного исследования по агранулоцитозу и апластической анемии (*International Agranulocytosis and Aplastic Anemia Study — IAAAS*), проведенного медицинскими центрами 7 стран в 1980–1986 гг. и показавшего высокий относительный риск развития агранулоцитоза при приеме метамизола. Популяционное исследование в Нидерландах в 1987–1990 гг. также подтвердило высокий риск агранулоцитоза при применении метамизолсодержащих ЛС [4, 10, 12].

В Швеции метамизол применяли с 1934 г., а в 1974-м он был выведен из обращения из-за большого числа случаев лекарственного агранулоцитоза (1:3000). В 1995 г. метамизол был вновь зарегистрирован с более узкими показаниями: краткосрочно при острой умеренной или выраженной боли, возникающей при повреждении тканей (после хирургических вмешательств, при колике). Однако вскоре после этого в Швеции вновь стали регистрировать случаи агранулоцитоза. Особую настороженность вызывало то, что последние 6 случаев были связаны с использованием пероральных лекарственных форм (таблеток, капсул). Учитывая сроки возникновения и количество зарегистрированных реакций, возможная частота побочных реакций составила 1:1700, что значительно превысило ожидаемую, после чего продажа метамизола была прекращена (28 апреля 1999 г.).

По данным мультицентрового исследования в 7 европейских странах и Израиле (2,3 млн человек, 1973 г.), было зафиксировано 590 случаев агранулоцитоза, из которых 221 (37,5%) был связан с приемом метамизола, причем у 10% заболевших имел место летальный исход [1].

В Украине некоторые ограничения, связанные с применением данного анальгетика, были введены в 2005 г. Информация о ЛС, в том числе и о проблемах безопасности метамизола натрия, не всегда доступна и недостаточно освещена в СМИ. Многие пациенты зачастую принимают ЛС неправильно. Так, например, при хронической боли принимают метамизол длительно, не обращаясь к врачу, часто не соблюдая рекомендации по дозированию. Кроме того, эти же пациенты, являясь родителями, «по традиции» продолжают применять его и для лечения детей.

Но, к сожалению, до сих пор метамизол и метамизолсодержащие ЛС широко используются как препараты безрецептурного отпуска. Поскольку самолечение в нашей стране традиционно распространено, то роль работника первого стола очень важна — правильная рекомендация может предупредить многие негативные последствия.

Каждый врач, провизор, пациент имеет право выбора, основанного на собственном опыте и знаниях, рекомендациях коллег и т.п., но при этом нужно учитывать опыт других стран и рекомендации ВОЗ. Из огромного многообразия ненаркотических анальгетиков, НПВП в детской практике (до 12 лет) ВОЗ рекомендует только ибупрофен и парацетамол [16], которые являются также препаратами выбора для лечения распространенных форм головной боли.

Список литературы находится в редакции

И.А. Зупанец, д-р мед. наук, профессор,
Н.П. Безуглая, канд. мед. наук, доцент,
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

