

Тюменский областной онкологический диспансер

Хроническая боль в онкологии: современные методы фармакотерапии

д.м.н., профессор П.Б. Зотов



Презентации по онкологии



Частота боли при раке

25-45% - на ранних стадиях

Есть
боль



80-95% - при распространенном процессе

Есть
боль



Нет
боли



10-30% больных продолжают испытывать боль, несмотря на проводимую терапию¹

¹Cancer Pain. From Molecules to Suffering. Paice J.A., Bell R.F., Kalso E.A., Soyannwo O.A.
- IASP Press. Seattle, 2010.,- 354p.



Причины низкой эффективности лечения

1. Недостаток знаний о патофизиологии боли. !
2. Недостаток знаний о методах контроля боли. !
3. Сложность оформления рекомендуемых опиатов.
4. Отказ больного от приема анальгетиков или несоблюдение им рекомендованного режима.
5. Отсутствие должного ассортимента анальгетиков.
6. Ценовая характеристика анальгетика.



Чем характеризуется хронический болевой синдром?

Патологическая алгическая система

(Крыжановский Г.Н., 1997)

↓
дизрегуляция

1. Вегетативные нарушения.
2. Дизрегуляция эндокринной системы.
3. Психоэмоциональные расстройства.
4. Нарушение циркадных ритмов.

↓

«Болевое поведение», изменение личности



«Болевое поведение»

1. **«Ограничительное поведение»** - избегание ситуаций, способствующих возобновлению или усилению болей.



Ограничение физической активности, приема пищи, сокращение длительности сна

2. Желание получить максимальный и быстрый болеутоляющий эффект.



1. Неадекватный выбор анальгетика.
2. Некорректный выбор формы введения.
3. Несоблюдение режима приема.
4. Неоправданная смена препаратов и схем.
5. Полипрогмазия.

Усиление боли

«Болевое поведение»

3. Нарушение настроения:

повышение тревожности,
депрессия.



Агрессивность в отношении окружающих и себя (суицидальное поведение).

4. Сомнения в отношении

правильности проводимого лечения, компетентности врача, лечебного учреждения.



Отказ или игнорирование рекомендуемой врачом лечебной тактики.

Усиление боли



Что должен знать врач для выбора схемы лечения?

1. **Интенсивность боли** (слабая, средняя, сильная, очень сильная / нестерпимая).
2. **Длительность** (острая, длительная, хроническая).
3. **Ведущий механизм боли** (боль: ноцицептивная, нейропатическая, психогенная).
4. **Эффективность и объем предыдущей терапии.**



Субъективные шкалы

Шкала Вербальных Оценок (ШВО) – 5-бальная:

0 – нет боли

1 – слабая боль

2 – средней (умеренной) интенсивности

3 – сильная (выраженная)

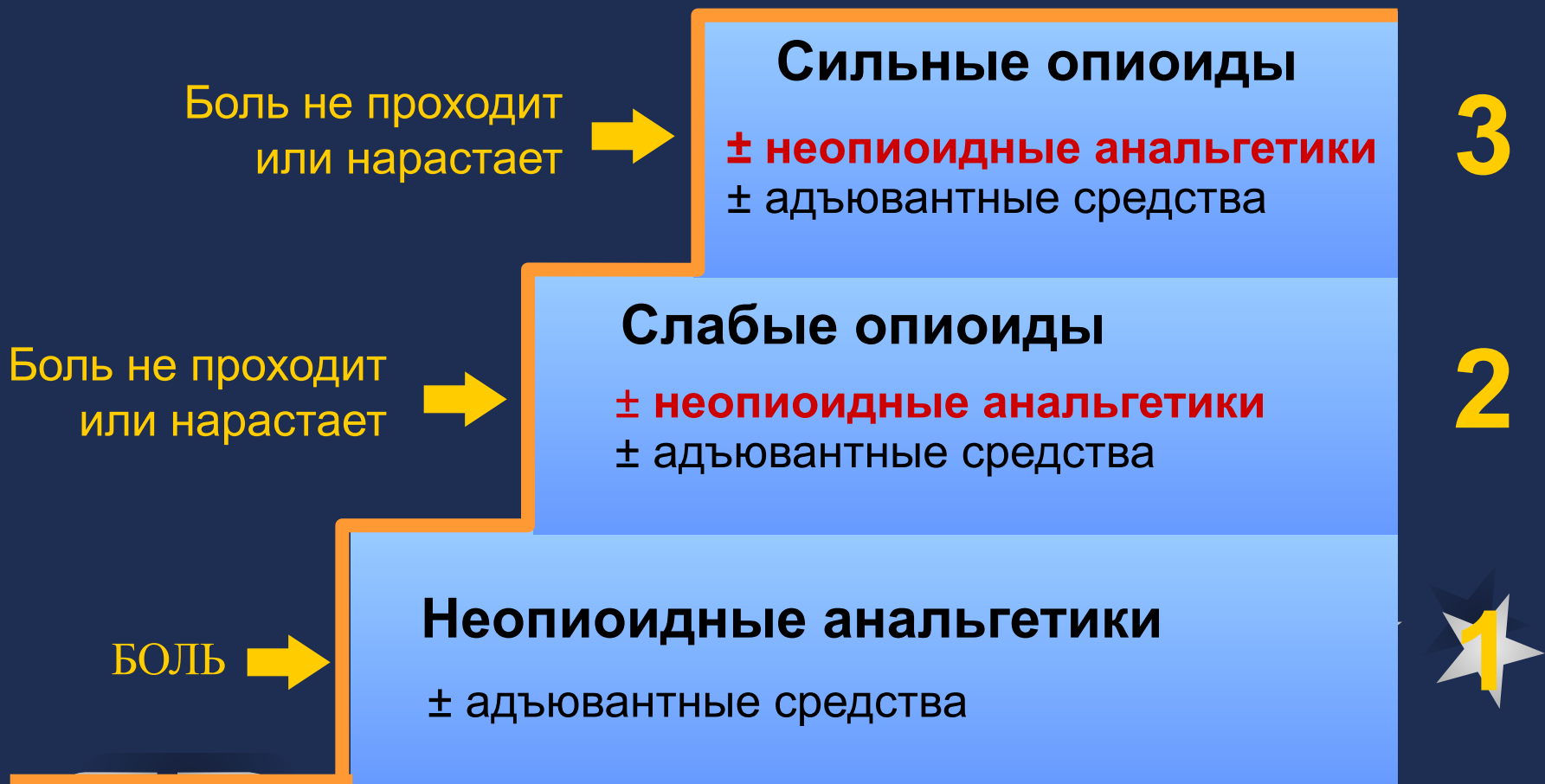
4 – самая сильная (нестерпимая) боль

ВАЖНО: предъявить пациенту рекомендованные критерии



Трехступенчатая схема лечения боли

(ВОЗ, 1986)



Доминирующий принцип

**Максимальное соответствие анальгетика
типу боли (тропность к ведущему
патогенетическому механизму боли).**

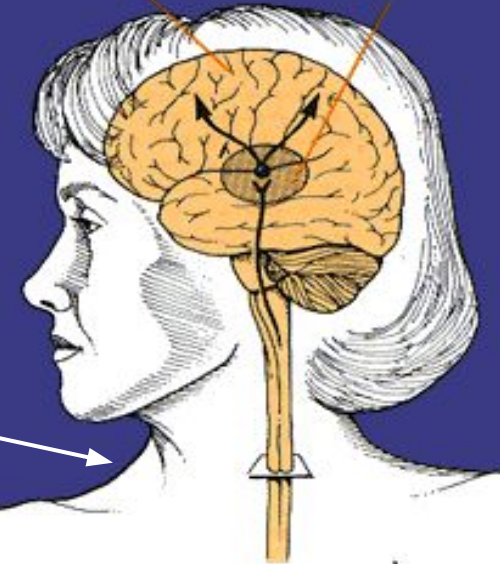


Типы болей

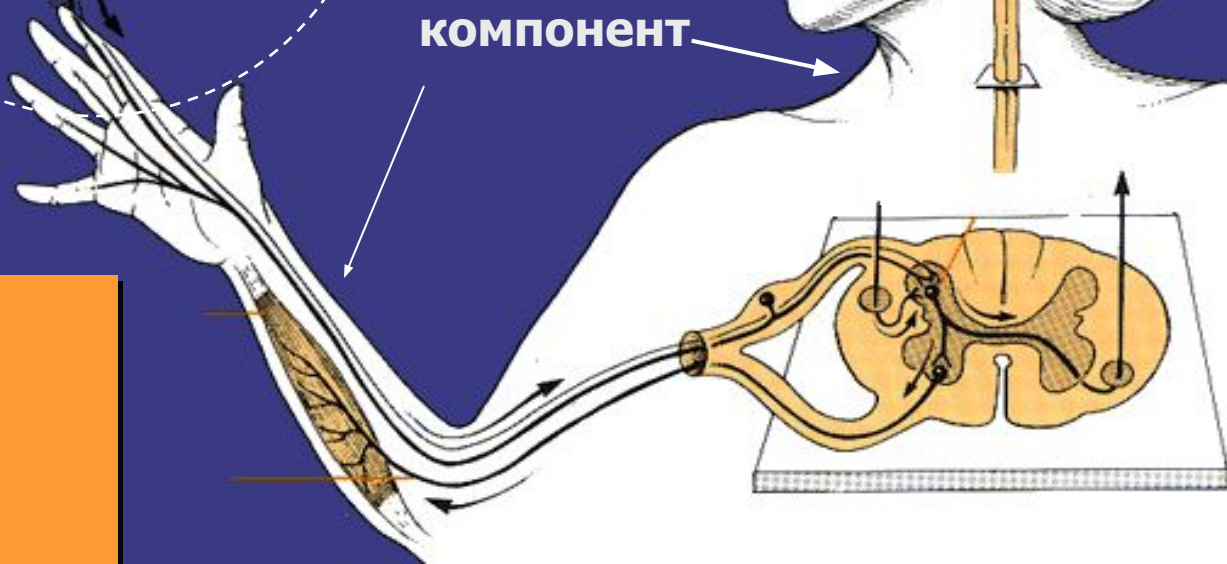
Периферический
компонент
(ноцицепторы)



Психологический
компонент



Нейрогенный
компонент



Тип боли:

1. Соматогенная боль.
2. Неврогенная боль.
3. Психогенная боль.

Периферические анальгетики

- базовая ступень при болях разной интенсивности

Анальгин (метамизол)

действие направлено на блокаду медиаторов воспаления (простагландины, кинины и др.



В общей практике ещё актуальны комбинированные препараты анальгина: **Темпалгин, Пенталгин, Баралгин**

Современные – имеют более длительный (8-12 часов) и сильный болеутоляющий эффект:

1. Ксефокам (лорноксикам) – **таблетки**, инъекции
2. Флексен (кетопрофен) – **свечи, гель**, капсулы, ампулы
3. Перфалган (парацетамол) – р-р для в/в инфузий

При сильных болях: назначение неинвазивных пролонгированных форм

МСТ-континус – таблетки 10, 30, 60 и 100 мг

Действующее вещество: морфин

Длительность действия: **12 часов**

Опыт применения в ТООД – с 1997 г.



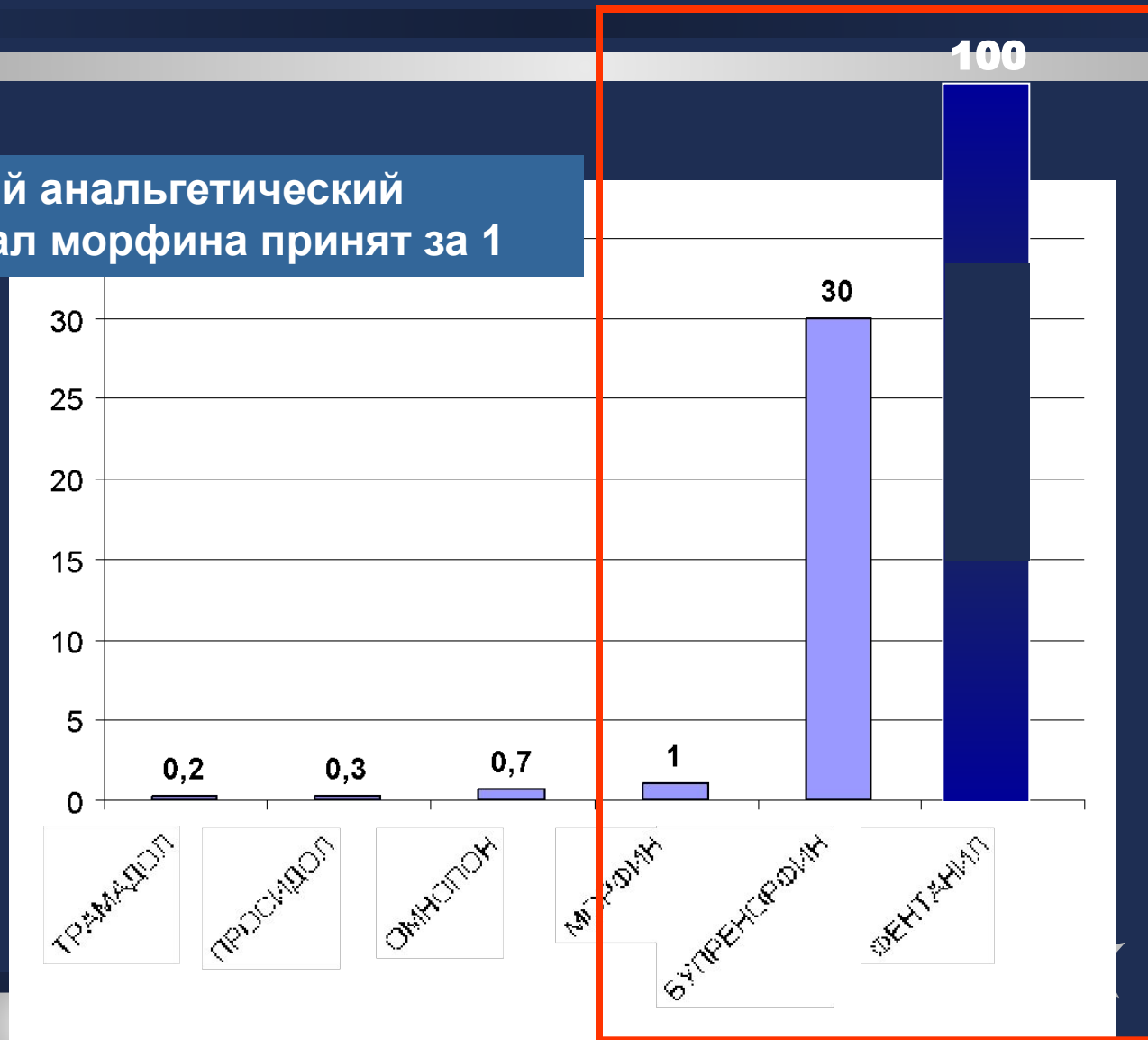
Недостатки:

- нельзя использовать при дисфагии
- снижение эффективности при синдроме мальабсорбции



Сравнение опиоидных анальгетиков по анальгетическому потенциалу

Условный анальгетический потенциал морфина принят за 1



Фендивия: трансдермальная терапевтическая система (ТТС)

Фендивия – пластырь

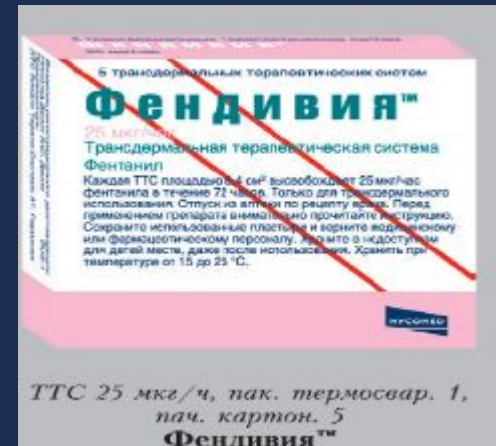
Доза: 12,5; 25; 50; 75 и 100 мкг/ч

Действующее вещество: **фентанил**

Длительность действия: **72 часа**

Преимущества:

- не вовлекается ЖКТ
- длительность действия
- исключение прорывных болей



ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ФЕНТАНИЛА

Фендивия обеспечивает стабильное и неинвазивное обезболивание на весь период лечения, благодаря трансдермальной терапевтической системе (ТТС)



Площадь ТТС:

10, 20, 30 и 40 см

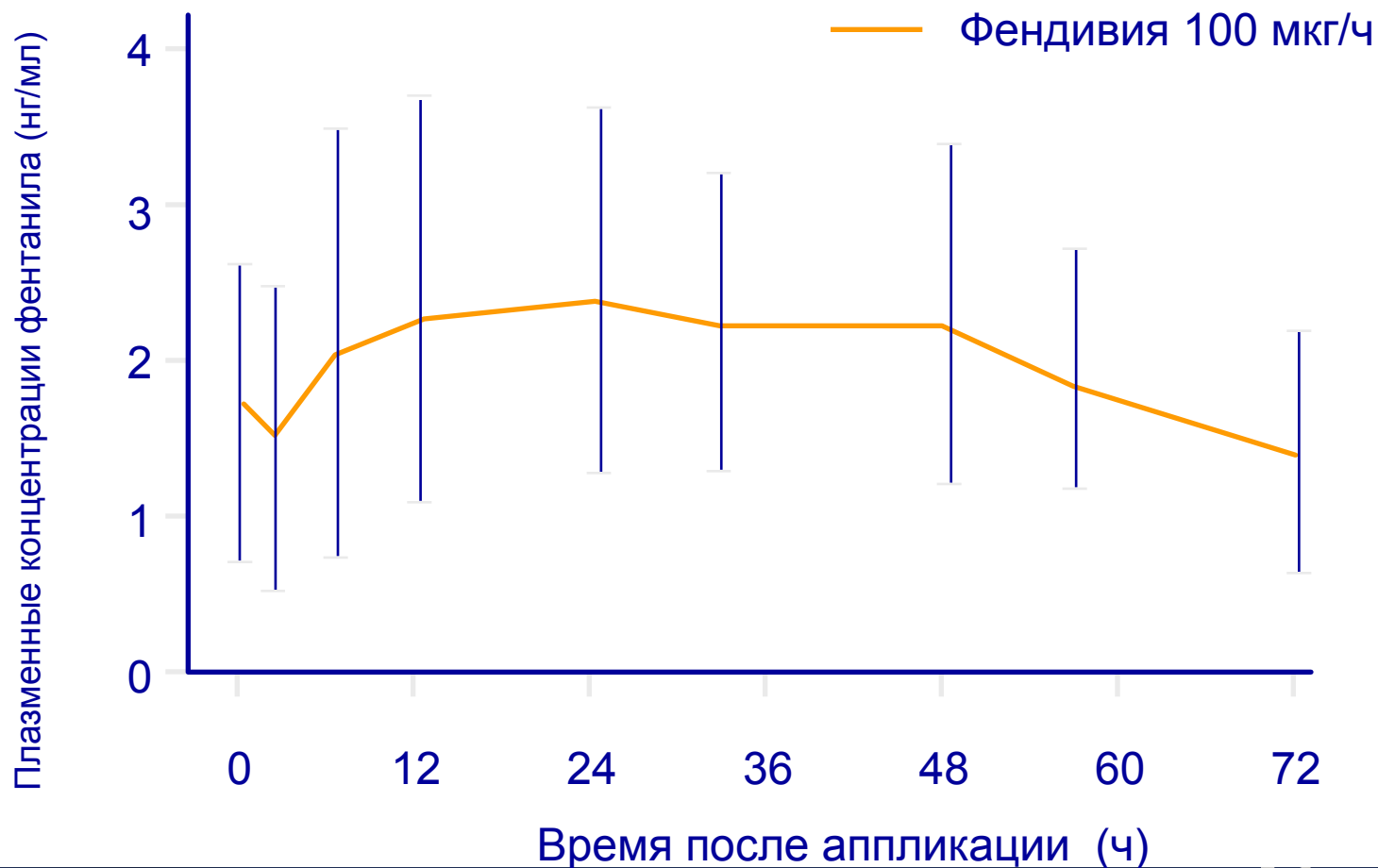
Высвобождение фентанила в час:

25, 50, 75 и 100 мкг

Образование депо фентанила в течение первых 17-24 часов
Достижение максимального обезболивающего эффекта через 24 часа

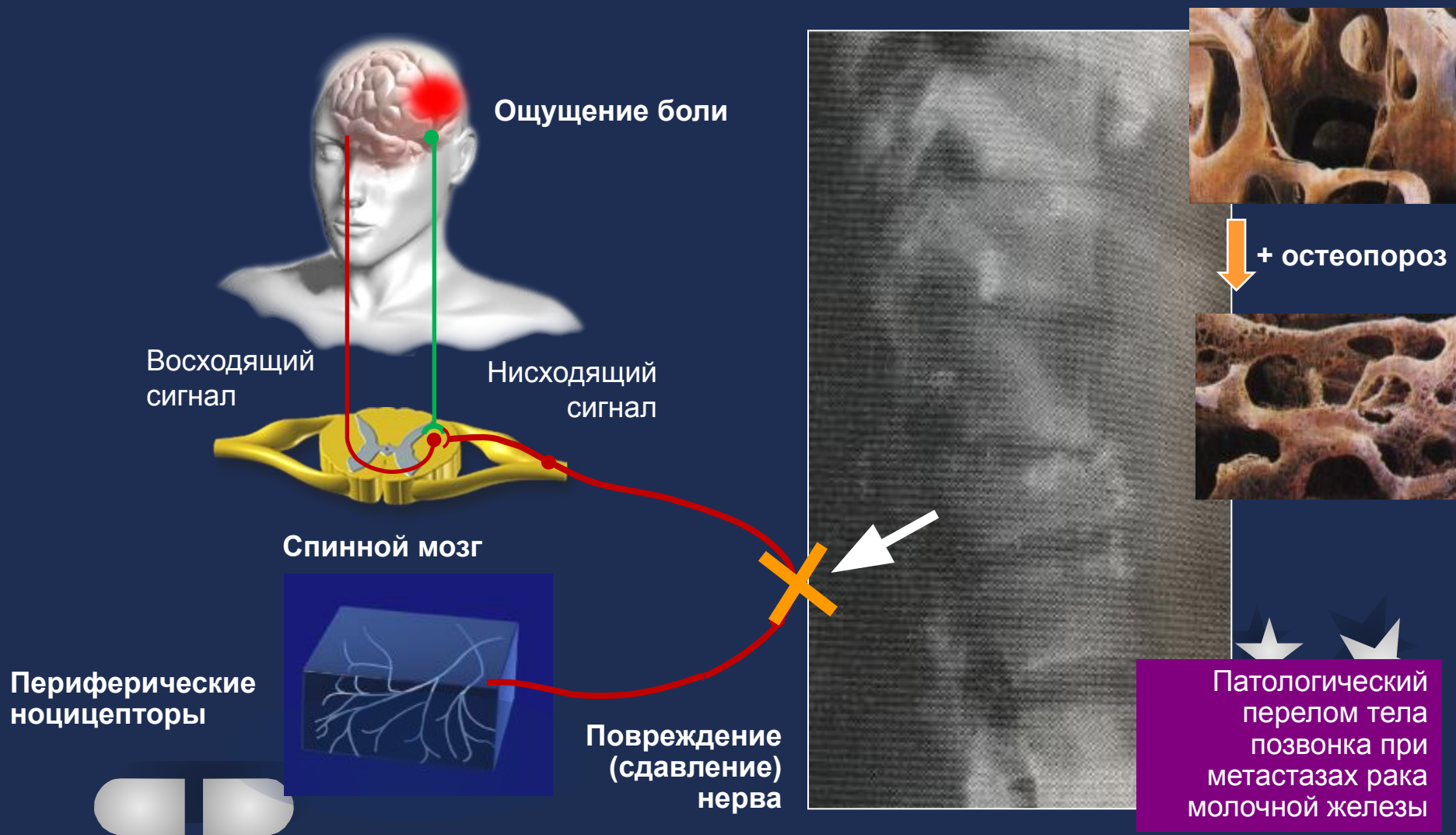


ОДНОКРАТНАЯ АППЛИКАЦИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ



Нейропатическая боль

встречается у 30-60% больных распространенным раком



Клиника нейрогенной боли

Симптомы, описываемые пациентом:

- длительная, жгучая боль
- стреляющая, пронзающая боль
- боль, подобная электрическому разряду
- парестезии

Симптомы, определяемые врачом:

- гиперальгезия
- аллодиния
- дизестезия
- гиперпатия

Применяемые средства

(при нейрогенной боли)

1. Антиконвульсанты
 2. Миорелаксанты
 3. Антидепрессанты
 4. Нейролептики
 5. Антиаритмики
 6. Местные анестетики
 7. Немедикаментозные средства (чрескожная электронейростимуляция, физиотерапия, релаксация, методы биологической обратной связи и др.).
- 
- 
- 

Адъювантная терапия
(Трехступенчатая схема
контроля боли, ВОЗ, 1986,
1992, 1996)

Препарат выбора при нейропатической боли: Лирика (прегабалин)

Патогенетические (таргетные) средства терапии

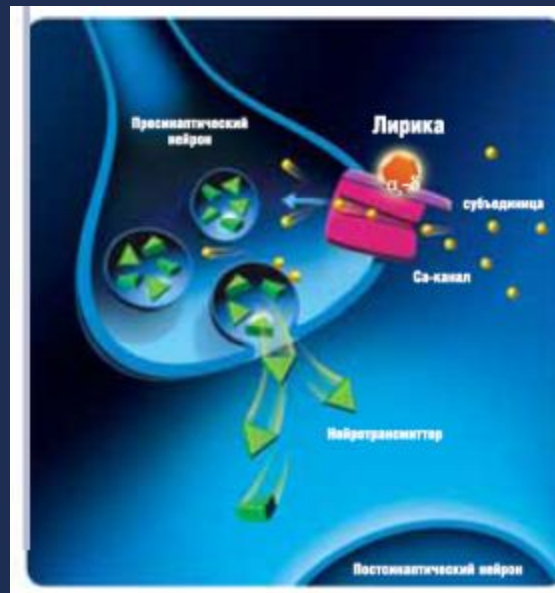
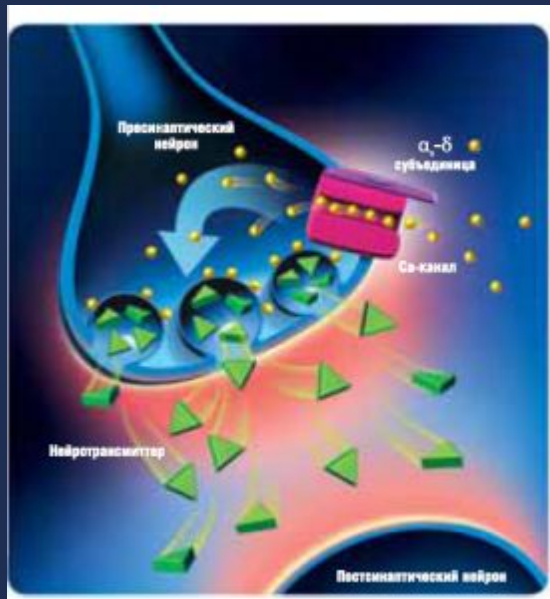
нейропатического болевого синдрома

- Прегабалин (Лирика)
- Габапентин
- Окскарбазепин
- Карбамазепин
- Amitриптилин
- Ламотриджин
- Местные анестетики (лидокаин пластырь)



Действие Лирики (прегабалина)

Прегабалин препятствует избыточному выделению возбуждающих медиаторов¹



Прегабалин регулирует работу чрезмерно возбудимых нейронов:

- Мишень - $\alpha 2$ - δ субъединица потенциалзависимых кальциевых каналов²
- Сокращает избыточное выделение возбуждающих медиаторов²
- Данный механизм действия объясняет его анальгетическую, противосудорожную и анксиолитическую активность

1. Kavoussi R. Eur Neuropsychopharmacol. 2006;16 Suppl 2:S128-133.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Невропатическая боль. 2007. – С. 10-12.



Режим дозирования

Лирика



2 x 300 мг

При необходимости через неделю: 600 мг/день^{*1}



2 x 150 мг

При необходимости после 3-7 дней: 300 мг/день^{*1}



2 x 75 мг

Эффективная начальная доза: 150 мг/день^{*1}

* Доза 150-600 мг/день, разделенная на 2 или 3 приёма



Эффективность Лирики у онкологических больных

по данным МНИОИ им. П.А. Герцена (2012)

Показатель	Прегабалин (n=112)
Эффективность на 21 сут.	94%
Средняя эффективная доза	170 мг/сут
Длительность титрации	3-7сут
Снижение дозы опиоидов:	
трамадол	На 12%
морфин	На 45%
фентанил	На 22%



Принципы фармакотерапии хронической боли

1. «Неинвазивно»
2. «По часам», т.е. не «по требованию» (при возникновении боли), а «по часам» (с опережением начала боли)
3. «По восходящей» – назначение низких доз более сильного анальгетика после высоких доз более слабого анальгетика
4. «Индивидуально» – выбор оптимального для данного пациента анальгетика (или нескольких анальгетиков)
5. «С вниманием к деталям» – мониторинг эффективности, профилактика и коррекция побочных эффектов

Фармакотерапия ХБС (анальгетики + адъюванты) обеспечивает адекватное
обезболивание у **85-90%** больных

Тактика комплексного контроля боли

Боль не проходит
или нарастает



Сильные опиоиды

± неопиоидные анальгетики
± адьювантные средства



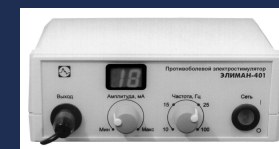
Эпидуральная
стимуляция

Боль не
проходит
или нарастает



Слабые опиоиды

± неопиоидные анальгетики
± адьювантные средства



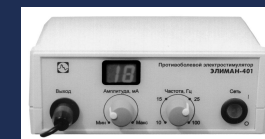
Чрескожная
стимуляция

БОЛЬ



Неопиоидные анальгетики

± адьювантные средства



Чрескожная /
транскраниальная
электростимуляция

Психотехнологии



Спасибо за внимание!

