



## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ № 2

### Использование наркотических препаратов у уязвимых групп пациентов

Во всем мире разработаны рекомендации по лечению боли и назначению анальгетиков для разных возрастных групп в зависимости от специфических особенностей заболевания, однако, конкретные рекомендации в отношении уязвимых групп пациентов все еще отсутствуют [1,2]. Для обезболивания состояний у пожилых пациентов применяются те же анальгетики, что и для более молодых возрастных групп. Тем не менее, необходимо учитывать фармакокинетические и фармакодинамические изменения, происходящие в организме в ходе развития болезни, а также у лиц пожилого возраста. В немногочисленных работах подчеркивается актуальность недостаточно эффективной оценки степени изменения в механизмах трансформации лекарственных средств у ослабленных пожилых людей по сравнению со здоровыми добровольцами той же возрастной категории.

- Фармакологическое лечение боли у пожилых пациентов [3,4] представляется сложной задачей из-за сопутствующих заболеваний, которые порой требуют одновременного приема сразу нескольких лекарственных препаратов (сообщается, что пожилые пациенты принимают от 5 до 10 препаратов в день), которые, в свою очередь, потенциально взаимодействуют между собой. При этом, известно, что каждому пятому пациенту назначается неподходящее лечение.
- Еще больше лечение боли затрудняется при снижении и нарушении когнитивных функций, что также может повлиять на процессы фармакокинетики и фармакодинамики анальгетиков в данной популяции, тем самым, еще больше увеличивая ее гетерогенность. Известно, что у пациентов с деменцией проблема лечения боли приобретает высокую актуальность, поскольку порой они испытывают трудности при выражении болевых ощущений, а назначение анальгетиков может усугубить текущие когнитивные нарушения. В то же время, проявление болевых переживаний может быть неправильно расценено в качестве поведенческих (нейропсихических) симптомов деменции.
- К наиболее значимым фармакокинетическим изменениям у ослабленных и пожилых пациентов относят снижение почечной функции. Известно, что на фоне происходящих с возрастом морфологических изменений в почках часто происходит снижение их функции, что



© Авторские права принадлежат Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**IASP призвана объединить усилия ученых, практикующих врачей, специалистов здравоохранения и исполнительных органов власти для развития и поддержки направления изучения боли, а благодаря переводу на другие языки также способствует распространению накопленных знаний по всему миру.**



© Авторские права принадлежат Европейской федерации боли (EFIC). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP).**

способствует формированию более длительного периода полураспада препаратов, метаболизируемых почками.

- Среди побочных эффектов обезболивающих препаратов, особенно принимаемых длительно, наиболее часто встречается развитие нейропсихологических симптомов. Так, широко известно о развитии нежелательных явлений (НЯ), возникающих на фоне приема опиоидных анальгетиков или других препаратов (антидепрессантов, антиконвульсантов). Кроме того, одновременный прием нескольких лекарственных препаратов, воздействующих на центральную нервную систему, способствует еще большему риску развития НЯ, что было доказано на примере частоты развития обморочных состояний.
- В условиях полипрагмазии лекарственная терапия должна быть оптимизирована в соответствии с иерархическими принципами с целью минимизации лекарственных взаимодействий и НЯ, которые и без того часто встречаются у лиц пожилого возраста.
- Более того, фармакологическое лечение необходимо дополнять немедикаментозными методами, что позволит достичь более высокого терапевтического эффекта, а также снизить лекарственную нагрузку.
- Чем больше препаратов назначается пациенту, тем выше экспоненциальный характер риска развития побочных эффектов и роста токсического действия лекарственных препаратов.
- Риск побочных эффектов и токсичности лекарств носит экспоненциальную зависимость при назначении большего количества препаратов. Врачам клиницистам необходимо следить за тем, чтобы все назначения были обоснованы, а лекарства хорошо переносились пациентами, и в случае необходимости, отменялись.
- При назначении анальгетика пожилому пациенту следует регулярно проводить мониторинг обоснованности назначения препарата и наступления НЯ. В тех случаях, когда риски перевешивают преимущества, прием анальгетика следует прекратить.
- При выборе обезболивающего препарата всегда следует отдавать предпочтение лекарствам с наименьшей токсичностью. Так, например, ацетаминофен (парацетамол), можно назначать длительно при постоянной боли.
- Неселективные противовоспалительные препараты (НПВП) следует использовать с осторожностью, в наименьшей доступной дозе, в течение как можно более короткого периода, при наличии воспалительных заболеваний, поскольку прием НПВП связан с частым возникновением побочных эффектов.
- Использование нескольких анальгетиков в более низкой дозе часто обеспечивает лучшую анальгезию с меньшим риском развития НЯ. Например, назначением антидепрессанта с анальгетическими свойствами (например, дулоксетин, милнаципран) можно эффективно лечить как болевые синдромы, так и тревожные и депрессивные симптомы.
- Противосудорожные препараты с наилучшим соотношением эффективность/риск, например, габапентиноиды (прегабалин, габапентин), следует использовать в качестве терапии первой линии при нейропатической боли.
- Антихолинергические препараты, в частности, трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин), следует избегать из-за их частого наступления НЯ (спутанность сознания, аритмии, обморочные состояния).



© Авторские права принадлежат Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**IASP призвана объединить усилия ученых, практикующих врачей, специалистов здравоохранения и исполнительных органов власти для развития и поддержки направления изучения боли, а благодаря переводу на другие языки также способствует распространению накопленных знаний по всему миру.**

© Авторские права принадлежат Европейской федерации боли (EFIC). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP).**

- Как и для всех пациентов, страдающих от боли, при наличии сильного болевого синдрома, нарушающего функциональную активность и качество жизни, возможно использование опиоидов. К опиоидам, рекомендуемым для использования у пожилых пациентов, относят оксикодон и гидроморфон, которые при почечной недостаточности (часто встречается у пожилых пациентов) в меньшей степени накапливаются в организме, чем морфин и кодеин.
- При использовании препаратов с двойным механизмом (например, трамадола) следует уделять особое внимание взаимодействию лекарственного средства с сопутствующими препаратами.
- Чтобы избежать развития угнетения дыхания у пациентов, не получавших ранее опиоиды, необходимо назначать опиоиды длительного действия только тем пациентам, которые ранее уже получали аналогичную дозу опиоидов короткого действия.
- Какой бы препарат ни назначался, его применение следует начинать с наименьшей доступной дозы и медленно титровать ее с постоянным мониторингом эффективности обезболивающего средства и наступления НЯ.
- С целью оптимизации лечения и прогнозирования развития потенциальных НЯ, связанных с приемом лекарств (обморочные состояния, необходимость госпитализации), рекомендуется придерживаться принципов индивидуализированного подхода. Однако лечение боли среди уязвимых групп пациентов – с когнитивными расстройствами, трудностями в процессе общения или признаками деменции, представляет собой реальную проблему по ряду причин. Во-первых, оценка боли особенно трудна в этой популяции, а титрование лекарственных препаратов и определение рабочей дозировки занимают длительное время. Во-вторых, привычный ход оказания медицинской помощи может изменяться ввиду поведенческих и психологических симптомов деменции, способных имитировать болевое поведение. Кроме того, назначение психотропных препаратов само по себе способно вызвать развитие побочных реакций, изменяющих поведение пациентов, в числе которых – делирий. Тем не менее, несмотря на определенные проблемы в лечении боли среди уязвимых групп пациентов, следует уделять вопросу недостаточного внимания к оценке болевого синдрома, что, как правило, и является наиболее распространенной ошибкой.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

[1] American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatrics Soc 2009; 57:1331–1346.

[2] Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract 2008; 8:287–313.

[3] Pickering G, Analgesic use in the older person. Curr Opin Support Palliat Care 2012; 6:207–12

[4] Pickering G and Lussier D. Pharmacology of Pain in the elderly”, in “Pharmacology of Pain” editors Lussier, Beaulieu, IASP press, USA 2010 p547-565.



© Авторские права принадлежат Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**IASP призвана объединить усилия ученых, практикующих врачей, специалистов здравоохранения и исполнительных органов власти для развития и поддержки направления изучения боли, а благодаря переводу на другие языки также способствует распространению накопленных знаний по всему миру.**



© Авторские права принадлежат Европейской федерации боли (EFIC). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP).**

## АВТОРЫ

Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm  
Professor of Medicine and Clinical Pharmacology CPC/ CICs Inserm  
University Hospital, Clermont-Ferrand  
Cedex France

David Lussier, MD  
Institut universitaire de gériatrie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,  
Université de Montréal  
Montréal, Québec, Canada



© Авторские права принадлежат Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**IASP призвана объединить усилия ученых, практикующих врачей, специалистов здравоохранения и исполнительных органов власти для развития и поддержки направления изучения боли, а благодаря переводу на другие языки также способствует распространению накопленных знаний по всему миру.**

© Авторские права принадлежат Европейской федерации боли (EFIC). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP).**

### Информация о Международной ассоциации по изучению боли®

IASP занимает лидирующие позиции в рамках профессионального сообщества ученых, практикующих врачей и в сфере образовательных программ по проблеме боли. [Стать членом IASP](#) может любой специалист, заинтересованный в изучении, определении и лечении болевых синдромов. В составе IASP насчитывается более 7000 членов из 133 стран, 90 международных представителей и 22 группы по изучению отдельных аспектов проблемы боли.

### Информация о Европейской федерации боли (EFIC)®

EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP). Более 20 000 врачей общей практики, медицинских сестер, психологов, психотерапевтов и других сотрудников системы здравоохранения по проблеме медицины боли являются членами EFIC.

**В рамках всемирного года борьбы с болевым синдромом среди уязвимых групп пациентов IASP и EFIC подготовили серию информационных бюллетеней с просветительскими материалами, касающимися наиболее важных тем в отношении боли в послеоперационном периоде. Данные материалы переведены на несколько языков и доступны для бесплатного скачивания. Для более подробной информации рекомендуем посетить страницы [GYAP](#) и [EYAP](#).**



© Авторские права принадлежат Международной ассоциации по изучению боли (IASP). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**IASP призвана объединить усилия ученых, практикующих врачей, специалистов здравоохранения и исполнительных органов власти для развития и поддержки направления изучения боли, а благодаря переводу на другие языки также способствует распространению накопленных знаний по всему миру.**

© Авторские права принадлежат Европейской федерации боли (EFIC). Право переиздания принадлежит исключительно издательству или автору.

**EFIC является мультидисциплинарной профессиональной организацией в области изучения и лечения боли, в состав которой входят 37 отделений Международной Ассоциации Изучения Боли (IASP).**