

LECZENIE BÓLU

Wciąż daleko nam do indywidualizacji terapii bólu

– W przypadku bólu trudno mówić o schematach leczenia, ponieważ terapia powinna być zindywidualizowana, wielowątkowa i kontekstowa. Zawsze należy dobrać optymalną opcję, która u danego pacjenta będzie najskuteczniejsza – mówi dr hab. n. med. Jarosław Woron z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Jak dużym problemem w chorobach reumatycznych są dolegliwości bólowe?

Dolegliwości bólowe w przebiegu chorób reumatycznych o podłożu zapalnym są jednym z podstawowych objawów. Stanowią bardzo istotny problem kliniczny. Do bólów przewlekłych, w których występuje komponent zapalny, zaliczamy bóle zwyrodnieniowe, mięśniowo-szkieletowe, reumatyczne, zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa i bóle kostne. To zróżnicowana grupa chorób, która wymaga zindywidualizowanego leczenia.

Szacuje się, że ponad 8,5 mln osób w Polsce jest zagrożonych inwalidyzacją z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych. To, że tak wielu pacjentów cierpi z powodu bólu, nie wynika z tego, że nie mamy leków, ale są one nieprawidłowo dobrane lub w ogóle lekceważą się problem bólu jako element licznych chorób.

Dlaczego tak duża grupa pacjentów nie otrzymuje prawidłowego leczenia?

Mamy ogromną ilość niesteroidowych leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, które są dobrane przypadkowo. A przecież każdy z nich charakteryzuje się innym działaniem poza hamowaniem cyklooksygenazy. Dzisiaj w wyborze leku kierujemy się efektami plejotropowymi tej grupy leków i jest bardzo istotne, który lek pacjent otrzyma.

Skutecznemu leczeniu bólu często nie pomagają reklamy. Chory widzi, że osoba z bólem dostaje lek i po chwili jest już zadowolona i aktywna. Niestety, nie jest to takie proste. Ból jest bardzo skomplikowanym zjawiskiem czuciowym, ale też emocjonalnym. Nie da się go wyleczyć jedną magiczną tabletką. Często tabletkę nieprawidłowo dobrana to początek problemu chroniczności bólu.

Według klasyfikacji ICD-11 ból jest nie objawem, ale chorobą. Wiele osób myśli, że to tylko objaw. Zapominają, że aby leczenie było skuteczne, musimy dotrzeć do źródła. Inny jest ból pourazowy, inny zapalny, a jeszcze inny fantomowy po amputacji kończyny. Wspólne jest to, że ból niezależnie od patogenezы pogarsza jakość życia chorego, a nieracjonalne leczenie prowadzi do chroniczności i następnie inwalidyzacji.



Ból niezależnie od patogenezы pogarsza jakość życia chorego, a nieracjonalne leczenie prowadzi do chroniczności i następnie inwalidyzacji



Fot. Marek Lapis

Nie możemy też mówić o bólu w oderwaniu od konkretnego pacjenta. Poza chorobą reumatyczną często występują u niego choroby współistniejące. A im pacjent jest bardziej zaawansowany wiekowo, tym potencjalnie większy problem z wielochorobowością: cukrzyca, chorobami sercowo-naczyniowymi, osteoporozą czy depresją. To wpływa zarówno na powstawanie bólu, jak i jego leczenie. Nieprawidłowo lecząc ból, możemy doprowadzać do chroniczności, także z uwagi na fakt, że choroby współistniejące mają istotny wpływ na leczenie bólu, co zawsze wymaga całościowej oceny pacjenta. Dlatego terapia musi być kontekstowa. Dobrze dobrana przynosi ulgę w bólu i w sposób odczuwalny wpływa na poprawę jakości życia.

Jak prawidłowo dobrać farmakoterapię?

Aby zastosować skuteczną i bezpieczną farmakoterapię, należy wziąć pod uwagę patomechanizmy powstawania określonego rodzaju bólu. Przyczyną bólu zapalnego jest uaktywnienie produkcji prostanoidów, ale też wielu innych media-

torów i cytokin prozapalnych. Dlatego w leczeniu bólu zapalnego istotne jest zarówno blokowanie powstawania prozapalnych prostaglandyn, jak i wpływ na inne mediatory.

Prawidłowo dobrana farmakoterapia uwzględnia następujące parametry: gdzie boli, jak boli i na ile boli, czyli lokalizację, patomechanizm i natężenie. Należy wziąć pod uwagę między innymi takie kryteria, jak wiek, masa ciała, choroby współistniejące, obrzęki obwodowe, a także stan wydolności wątroby i nerek. Z drugiej strony trzeba uważnie przyjrzeć się charakterystyce leku, jego cechom farmakodynamicznym, farmakokinetycznym, sile hamowania poszczególnych mediatorów zapalenia, działaniom dodatkowym, odpowiedniej dawce, a także okresowi półtrwania, który decyduje zarówno o skuteczności, jak i bezpieczeństwie stosowanego leczenia. Stosując preparaty miejscowe, należy wziąć pod uwagę ich penetrację, retencję i dystrybucję w skórze.

W przypadku bólu trudno mówić o schematach leczenia, ponieważ terapia powinna być zindywi-

dualizowana, wielowątkowa i kontekstowa. Zawsze należy dobrać optymalną opcję, która u danego pacjenta będzie najskuteczniejsza. Weźmy pod uwagę dwie pacjentki w wieku 50 lat, jedna ma cukrzycę, a druga nie, jedna przechorowała półpasiec i cierpi na przewlekły ból neuropatyczny, a druga nie. Obie zachorowały na tę samą chorobę, w której pojawia się ból zapalny, ale wymagają zupełnie innego leczenia. I to jest właśnie kontekstowość farmakoterapii.

Czy te wszystkie elementy są brane pod uwagę podczas leczenia bólu?

Gdyby leczenie było prawidłowe, to nie byłoby tak dużej populacji pacjentów z chronicznym bólem. W Polsce mamy do czynienia z mentalnością preskrypcyjną, która polega na tym, że każdy ma jakieś swoje przekonania o skuteczności bądź nieskuteczności pewnych leków przeciwbólowych, bez względu na cechy konkretnego pacjenta. Terapia, która nie odnosi się do wszystkich zmiennych, często jest jatrogenizacyjna, co w praktyce oznacza indukowanie powikłań. A wtedy nierzadko ryzyko działań niepożądanych przewyższa efekty terapeutyczne.

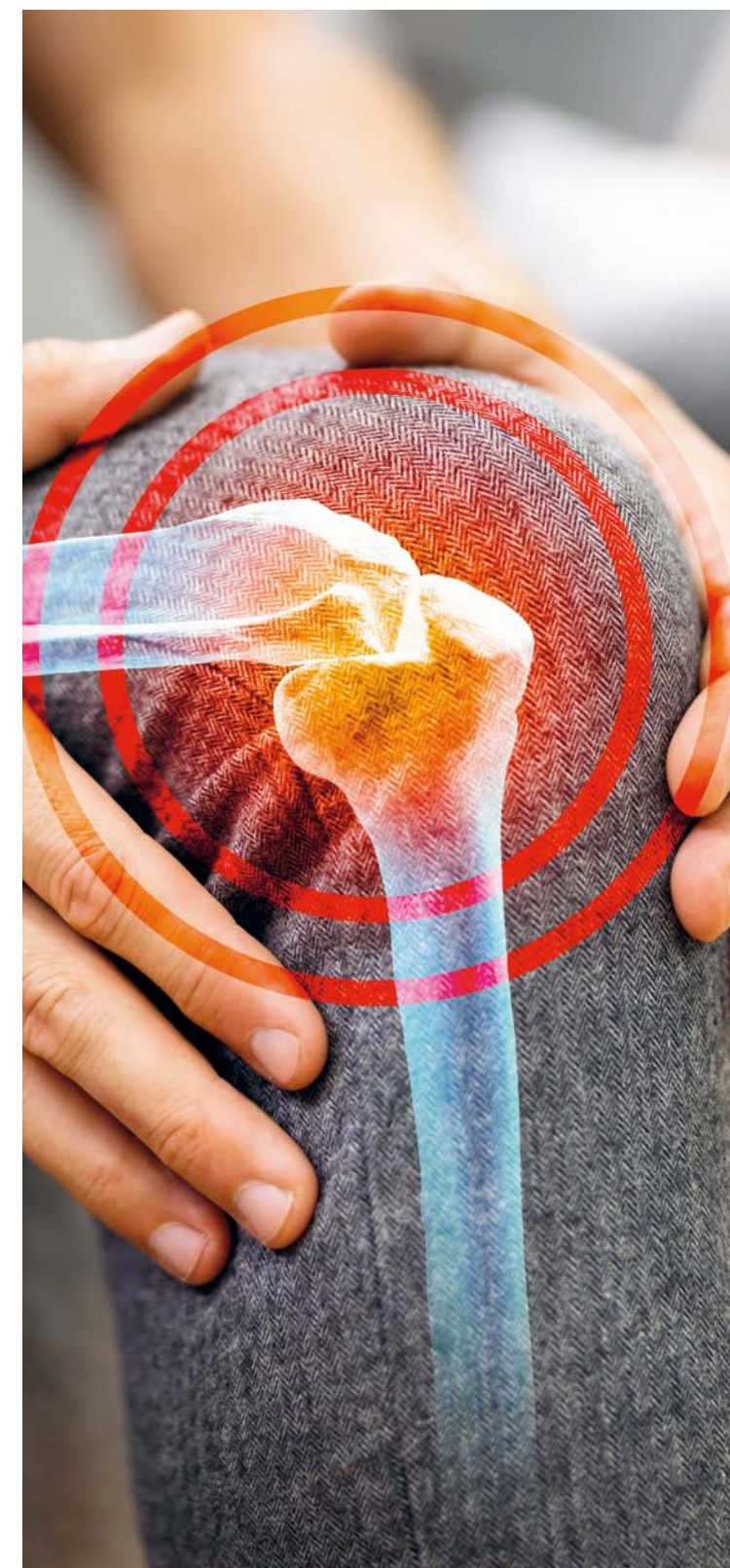
Jakie są skutki nieprawidłowo dobranej terapii przeciwbólowej?

Niewłaściwa terapia może doprowadzać do sytuacji, kiedy ból zmienia się w czasie i nabywa cechy dodatkowe, na przykład bólu neuropatycznego czy bólu nocyplastycznego. Ten ostatni rodzaj bólu ulega wzmocnieniu w strukturach ośrodkowego układu nerwowego, zachodzi zjawisko hiperalgezji i sensytyzacji ośrodkowej. Ból mieszaný zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent będzie cierpiał o wiele bardziej.

Jeśli terapia nie eliminuje bólu w skuteczny sposób, to doprowadza do chroniczności. A przewlekły ból inwalidyzuje. Osoba, która odczuwa ból, jest mniej sprawna na każdym poziomie: zawodowym, rodzinnym czy społecznym. Zwiększa się także ryzyko zachorowania na depresję i bezsenność.

W Polsce próbujemy wprowadzić skuteczne leczenie bólu. W ostatnich latach wiele się zmienia. Jak ocenia pan te zmiany?

Leczenie bólu jest procedurą, która powinna być bezwzględnie stosowana. Coraz więcej mówi się o terapii bólu, organizowane są kampanie społeczne, są też próby wprowadzania odpowiednich procedur w placówkach ochrony zdrowia. Wiele się zmienia, ale myślę, że wciąż daleko nam do indywidualizacji terapii bólu. Nie można uo-



Fot. iStockphoto



U pacjentów zagrożonych gastropatią rozwiązaniem może być połączenie diklofenaku z omeprazolem. Jedna tabletkę zawiera lek przeciwbólowy, przeciwzapalny i gastroprotekcyjny

W związku z tym, że tak często terapia jest źle dobrana, pacjenci z chorobami reumatycznymi próbują leczyć się sami i nadużywają leków przeciwbólowych.

Nie tylko w chorobach reumatycznych, ale w przypadku każdej choroby mamy sytuacje, kiedy pacjenci próbują leczyć się samodzielnie. Jeśli mają przepisane leki nieprawidłowo dobrane, to ból nie przechodzi. Dlatego usiłują sobie pomóc, kupując leki bez recepty. Takie postępowanie uruchamia kolejne błędne koło – nie prowadzi do poprawy, a nadużywanie leków może się wiązać z jatrogenizacją polekową.

Skutkami nadużywania niesteroidowych leków przeciwzapalnych mogą być gastropatia, czyli uszkodzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego, nefropatia oraz uszkodzenie wątroby, a także działania niepożądane związane z układem sercowo-naczyniowym. Choroby polekowe są poważną konsekwencją nieprawidłowo dobranych leków przeciwbólowych. Pacjent, który sam się leczy, najczęściej kieruje się reklamą albo rekomendacją znajomych. Ani jedno, ani drugie kryterium nie ma nic wspólnego z merytoryką w odniesieniu do prawidłowego leczenia bólu.

Jakie są bezpieczniejsze rozwiązania dla osób z chorobami reumatycznymi, które minimalizują powikłania?

Najlepszą metodą jest dobrze dobrana terapia, uwzględniająca czynniki ryzyka i choroby współistniejące. Na pacjenta trzeba spojrzeć możliwie szeroko, bo tylko wtedy uzyskujemy najlepsze efekty, które minimalizują ryzyko powikłań. Bezpieczna terapia to zindywidualizowane leczenie, które bierze pod uwagę skuteczność, ale też ryzyko powikłań. Nie wszystkich powikłań możemy uniknąć, ale u pacjentów zagrożonych gastropatią rozwiązaniem może być połączenie diklofenaku z omeprazolem, jeśli chory ma wskazania do stosowania inhibitorów pompy protonowej. Jedna tabletkę zawiera lek przeciwbólowy, przeciwzapalny i gastroprotekcyjny, który zmniejsza ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego. Co więcej w tym połączeniu wykorzystano element farmakokinetyki komplementarnej, która z jednej strony poprawia skuteczność analgetyczną i przeciwzapalną, a z drugiej zmniejsza ryzyko gastropatii polekowej w populacjach o zwiększonym ryzyku tego powikłania.

Rozmawiała Monika Stelmach

przyjmowania jakiegokolwiek leku przeciwbólowego z leczeniem bólu.

Jakie najważniejsze czynniki należy brać pod uwagę w bólu reumatycznym?

Należy stosować leki o działaniu przeciwzapalnym i przeciwbólowym, o działaniu plejotropowym, czyli wielowątkowym. Leczenie bólu reumatycznego powinno wpływać na aktywność cytokin prozapalnych, w chorobie zwyrodnieniowej na enzymy, które biorą udział w uszkodzaniu chrząstki, na mechanizmy wolnorodnikowe, histaminę i inne czynniki.