



## Лестница обезболивания ВОЗ: подходит ли она при боли в суставах?

### От НПВП к опиоидам

К.м.н., д-р Пэскейл Верн-Сейл (Pascale Vergne-Salle, MD PhD)

В 1986 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были установлены первые рекомендации по началу лечения онкологической боли. Эти рекомендации, которые были недостаточными, основывались на "лестнице обезболивания" ВОЗ, ступенчатом подходе к использованию анальгетиков в зависимости от выраженности боли. Режим рассматривается с учетом как тяжести боли, так и предполагаемой эффективности анальгетиков. ВОЗ стратифицировала три шага в отношении выбора анальгетических препаратов при данном подходе: Шаг 1 – использование неопиоидных анальгетиков (ацетаминофен или нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП), шаг 2 – применение "слабых" опиоидов (гидрокодон, кодеин или трамадол), шаг 3 – применение сильных опиоидов (морфин, гидроморфон, оксикодон, фентанил или метадон). Дополнительные препараты (вспомогательные) необходимо использовать для снижения тревожности.

Данный терапевтический пошаговый подход привел, прежде всего, к выдвиганию предположения о назначении неопиоидных анальгетиков пациентам с легкой болью, слабых опиоидов пациентам с умеренной болью и сильных опиоидов пациентам с сильной болью. В рекомендациях ВОЗ предложено предписание анальгетиков шага 2 в том случае, если лечение анальгетиками, указанными в шаге 1, оказалось неэффективным, а предписание анальгетиков шага 3 в случаях наличия боли даже при приеме анальгетиков, указанных в шаге 2. Данный подход затем был экстраполирован на неонкологическую боль, в том числе, боль в суставах. При острой суставной боли, интенсивность которой может быстро нарастать, можно сразу начать с назначения сильного опиоида в течение недели для быстрого облегчения боли и затем переключиться на неопиоидные анальгетики, если боль уменьшилась.

В 2015 г. научное общество обсудило данный подход и предложило другие классификации, основанные на клинической эффективности или механизмах боли. Подход, основанный на механизме действия, вероятно, более целесообразен. Дэвид Люсьер (David Lussier) и Пьер Бьюлью (Pierre Beaulieu) в книге *Фармакология боли (Pharmacology of Pain)* (IASP, 2010) предложили новую рациональную классификацию, в основе которой лежат и механизмы боли, и молекулярные цели анальгетиков. Что касается хронической боли, ноцицептивную боль воспалительного происхождения можно лечить уменьшением воспаления с помощью стероидов или НПВП, невоспалительную ноцицептивную боль – опиоидами и неопиоидными анальгетиками, нейропатическую боль – антидепрессантами или антиконвульсантами, включая специфические лекарственные препараты при определенных клинических ревматологических случаях, в частности, колхицин для лечения подагры. Другой подход от лестницы обезболивания ВОЗ позволяет врачам лечить боль в соответствии с клиническими реалиями и избегать пребывания в рамках терапевтического повышения к более сильным лекарственным препаратам.



Остеоартроз является основной причиной боли у пожилых пациентов, которые часть принимают многочисленные лекарственные препараты при распространенных сопутствующих заболеваниях, которые необходимо учитывать при выборе анальгетиков. В ранее опубликованных руководствах и недавно вышедшие рекомендации OARSI (Международное сообщество по изучению остеоартроза) надлежащее лечение определялось в виде приема ацетаминофена, НПВП и дулоксетина, в зависимости от сопутствующей патологии. Виды лечения, которые рассматривались как ненадлежащие, включали опиоидные анальгетики. Опиоидные анальгетики должны предписываться только пациентам с болью, трудно поддающейся лечению, с наличием противопоказаний к рекомендованным видам лечения или пациентам, ожидающим ортопедической хирургии или в случае невозможности хирургического вмешательства.

Боль при остеоартрите имеет ряд характеристик, указывающих на разные механизмы, лежащие в ее основе. Некоторые пациенты описывают свою боль как нейропатическую с предположительной периферической или центральной сенситизацией. У пациентов с данным фенотипом лечение может быть нацелено либо на уменьшение периферической или центральной сенситизации, либо на усиление нисходящей ингибирующей активности (например, антиконвульсанты, антидепрессанты или капсаицин).

При воспалительных ревматических заболеваниях оптимальным видом лечения боли являются НПВП или кортикостероиды. Опиоиды и неопиоидные анальгетики назначаются, преимущественно, при механической боли, индуцированной разрушением сустава. В настоящее время лечение биопрепаратами также является частью терапевтического подхода, направленного на лечение боли при воспалительных ревматических заболеваниях и может рассматриваться наряду с антиноцицептивными анальгетиками. В отношении микрокристаллического артрита для оптимального лечения необходимы НПВП, колхицин или кортикостероиды, согласно рекомендациям EULAR (Европейская противоревматическая лига) при накоплении кальция пирофосфата и третьего составляющего для развития подагры.

При фибромиалгии неопиоидные и слабые опиоидные анальгетики приводят только к небольшому облегчению боли. Несмотря на то, что интенсивность боли у этих пациентов высока и теоретически должна приводить к назначению сильных опиоидов, согласно лестнице ВОЗ, доказательство эффективности отсутствует, и врачи должны рассматривать другие варианты лечения. Рекомендованным видом лечения чаще всего являются модуляторы нисходящего ингибирования.

В заключении, лестница обезболивания ВОЗ не является подходящей для лечения острой или хронической боли в суставах. Дальнейшей перспективой является более углубленная характеристика разных механизмов боли в суставах и применение лекарственных препаратов в соответствии с их молекулярными целями.



#### Литература:

1. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage* 2014; 22: 363-388.
2. Sivera F, Andrés M, Carmona L, Kydd AS, Moi J, Seth R et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 328-35.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Guerne PA, Jansen TL et al. EULAR recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 571-5.
4. Lussier D and Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. *Pharmacology of pain*, Pierre Beaulieu, David Lussier, Frank Porreca, Anthony H Dickenson. Ed IASP Press 2010: p27-42.
6. Marchand S. The physiology of pain mechanisms: from the periphery to the brain. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 285-309.
7. Gaujoux-Viala C, Gossec L, Cantagrel A, Dougados M, Fautrel B, Mariette X et al; French Society for Rheumatology. Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2014; 81: 287-97.
8. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier RM, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : «Les recommandations de Limoges 2010». *Douleurs* 2012;13:259–75.