
NAJCZĘSTSZE PRZYPADKI BÓLU PRZEWLEKŁEGO W PRAKTYCE PORADNI LECZENIA BÓLU

dr n. med. Anna Przeklasa-Muszyńska
Zakład Badania i Leczenia Bólu UJCM Kraków

Jak wynika z badań epidemiologicznych, w Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji. Odsetek ten sięga 55% u pacjentów powyżej 65. r. ż. Ból przewlekły jest źródłem cierpienia chorych, wywiera niekorzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie, obniża, jakość życia, pogarsza aktywność zawodową oraz życie rodzinne pacjentów i ich najbliższych. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób z ze współistniejącymi schorzeniami ogólnymi takimi jak choroby układu krążenia i oddechowego. Właściwa ocena bólu, wprowadzenie właściwego leczenia przeciwbólowego może mieć znaczenie w kontekście stosowania leków dostępnych bez recepty i ewentualnych powikłań związanych z ich nadużywaniem, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego i układu sercowo-naczyniowego.

Najczęściej do poradni leczenia bólu zgłaszają się pacjenci z bólem mięśniowo-szkieletowym (choroba zwyrodnieniowa stawów, inne schorzenia reumatyczne, bóle krzyża, ból kręgosłupa). Ten rodzaj bólu stanowi powód zgłoszenia się do poradni ponad 70% pacjentów po 75. roku życia. Często dolegliwości bólowe mają znaczne nasilenie (powyżej 6 w skali numerycznej – NRS). Większość zgłaszających się pacjentów deklaruje stosowanie systemowo niesteroidowych leków przeciwzapalnych (zarówno dostępnych bez recepty, jak i przepisywanych przez lekarzy), pomimo przeciwwskazań do ich zastosowania – wcześniejsze powikłania i objawy ze strony przewodu pokarmowego, współistniejące schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

W leczeniu bólu przewlekłego konieczne jest dostosowanie siły analgetyku do poziomu nasilenia bólu – nie ma sensu leczenie silnego bólu słabymi lekami nieopiodowymi, ponieważ są nieskuteczne.

O ile stosowanie leków opiodowych, zwłaszcza silnych, w przypadku bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej nie budzi zastrzeżeń, to ich stosowanie w leczeniu bólu pochodzenia nienowotworowego pozostaje nadal przedmiotem kontrowersji. Zdaniem wielu autorów istnieje grupa pacjentów z przewlekłym bólem pochodzenia nienowotworowego o znacznym nasileniu, u których, jeżeli zawiodły wszystkie możliwości leczenia przyczynowego i objawowego, zastosowanie silnych analgetyków opiodowych może spowodować nie tylko zmniejszenie nasilenia bólu, ale również poprawę, jakości życia i codziennego funkcjonowania, przy akceptowalnych działaniach niepożądanych. Dotyczy to zarówno bólu receptorowego, najczęściej pochodzenia mięśniowo-szkieletowego, jak i niektórych zespołów bólu neuropatycznego. Badania randomizowane, w których wykazano korzyści zastosowania silnych opiodów dotyczyły pacjentów z bólem mięśniowo-szkieletowym (chorobą zwyrodnieniową stawów, bólami krzyża), bólem neuropatycznym (neuralgia po półpaścu, bolesna neuropatia).

Istnieją pewne zasady, które powinny być przestrzegane przed rozpoczęciem leczenia silnymi opiodami. Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia opiodami wymaga rozważań, odpowiedzialności i dobrej współpracy lekarza z chorym, a także jego rodziną. Podejmując decyzję o leczeniu z zastosowaniem opiodów, zarówno w bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej, jak również w bólu nienowotworowym, konieczne jest rozważenie

korzyści i ryzyka w nim związanych. O korzyściach i niedogodnościach pacjent musi zostać poinformowany i powinien je zaakceptować przed rozpoczęciem terapii. Leczenie opioidami może być związane z występowaniem szeregu działań niepożądanych (m. in. zaparcia stolca, nudności, wymiotów, senności, dezorientacji, zaburzeń hormonalnych, hiperalgezji, depresji oddechowej), może także prowadzić do rozwoju tolerancji oraz uzależnienia fizycznego, rzadziej psychicznego. Decyzję o wprowadzeniu silnego opioidu do leczenia bólu podejmujemy zawsze indywidualnie, po uzgodnieniu z pacjentem, podobnie jak indywidualnie dobieramy opioid, jego dawkę i drogę podania. Analgetyki opioidowe nigdy nie są stosowane, jako leki pierwszego wyboru, natomiast na ich zastosowanie decydujemy się wówczas, jeśli dotychczasowe leczenie nie było skuteczne, a dolegliwości bólowe mają znaczne nasilenie. Wybór leku opioidowego i jego dawki powinien być indywidualny, w zależności od skuteczności i akceptacji proponowanego leczenia. Stosowanie analgetyku opioidowego należy rozpocząć od niskich dawek, które w razie potrzeby powinny być stopniowo zwiększane do uzyskania optymalnego efektu przeciwbólowego przy akceptowalnych dla pacjenta działaniach niepożądanych. W praktyce dawkowanie opioidów jest oparte na prostych zasadach: większy natężenie bólu, wyższe dawki opioidów. W leczeniu bólu przewlekłego wybieramy leki o kontrolowanym uwalnianiu (morfina, oksykodon, oksykodon z naloksonem, przezskórna buprenorfina, przezskórny fentanyl, metadon). Wyboru dokonujemy w oparciu o wiedzę na temat schorzenia, które jest powodem dolegliwości, chorób współistniejących, przeciwwskazań, drogi podania, oczekiwań pacjenta, wcześniejszych doświadczeń pacjenta z zastosowaniem analgetyków opioidowych, preferencji pacjenta. Po rozpoczęciu terapii konieczne jest monitorowanie pacjenta pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa terapii, działań niepożądanych, i wystąpienia nieprawidłowych wzorców zachowań, a także wpływu, na jakość życia. W razie braku osiągnięcia założonych celów, należy zaprzestać leczenia silnymi opioidami.

1. Helme RD et al. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17:417–431.
2. Cheung CW, Qiu Q, Choi SW, Moore B, Goucke R, Irwin M.: Chronic Opioid Therapy for Chronic Non-Cancer Pain: A Review and Comparison of Treatment Guidelines. *Pain Physician* 2014; 17:401–414
3. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Canada: National Opioid Use Guideline Group (NOUGG); 2010.
4. Dobrogowski J, Wordliczek J, Szczudlik A, Stępień A, Drobnik J, Leppert W, Krajnik M, Woron J, Zajączkowska R, Kocot-Kępska M, Przeklasa-Muszyńska A, Jakowicka-Wordliczek J, Kołtąj M, Janecki M, Pyszkowska J, Boczar K, Suchorzewski M, Mordarski S, Susło R, Malec-Milewska M. Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego - przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badań Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. *Ból*, 2015, nr 3.