

 Alicja Dusza, 2016-10-27 10:16

# Woroń: Leki w Polsce bardzo często stosowane są przypadkowo

O leczeniu bólu w Polsce z dr. Jarosławem Woroniem z Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii CM UJ w Krakowie rozmawia Alicja Dusza.

## Czy mamy w Polsce problem z leczeniem bólu?

Mamy, bo 49 procent pacjentów pytanych o to, czy mają właściwie leczony ból, odpowiada, że nie do końca. Pamiętajmy, że ból to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne. Średnia wieku pacjenta z bólem w Polsce to 47 lat. A zatem, jest to pacjent w sile wieku, w okresie, w którym powinien być aktywny, a nie zmagać się z bólem. Leki bardzo często stosowane są w Polsce przypadkowo, na zasadzie wyboru, brania NLPZ. A każdy lek posiada swoje dodatkowe działania plejotropowe, które powodują, że on jest szczególnie istotny w danym wskazaniu, ale już w innym nie będzie tak samo skuteczny. Zwróćmy uwagę na chorobę zwyrodnieniową, gdzie z kolei bardzo dobre wyniki dotyczące chociażby nimesulidu stosowanego na choroby reumatyczne, bardzo dobre dla lornoxicamu, na choroby związane z występowaniem zaburzeń o charakterze bólu głowy. Migrena to w końcu problem 11 procent populacji. Tu ważna jest odpowiednia dawka, a nie jakakolwiek, towarzystwo w jakim się to znajduje, czyli nigdy nie łączymy dwóch leków NLPZ, bo to zwiększa ryzyko uszkodzenia wątroby i przewodu pokarmowego. Pamiętajmy, że przypadkowo dobrany lek z grupy NLPZ-tów, na zasadzie jakbyśmy wszystkie je wrzucili do jednego worka i wyciągali przez przypadek co nam się trafi, to przy takim postępowaniu na 100 tysięcy populacji ogólnej umrze nam 15 osób. To nie jest mało, bo to więcej niż we wszystkich wypadkach komunikacyjnych. My często dyskutujemy o bezpieczeństwie na drogach, a rzadko o bezpieczeństwie pacjenta, farmakologii bólu, tym bardziej, że wiele NLPZ-tów jest dostępnych nie tylko w aptekach, ale na stacjach benzynowych, kioskach ruchu i hipermarketach. I ten wybór nałożony niejako przez dostępność jest dla pacjenta tylko i wyłącznie źródłem powikłań, nieskutecznego leczenia. To bardzo ważne.

## Czy z drugiej strony mamy opioidofobię wśród lekarzy?

Ale nie tylko wśród lekarzy. Bardzo często źródłem opioidofobii jest pacjent, któremu morifna kojarzy się z ostatnimi dniami życia. W związku z tym opioidofobia wynika z sytuacji takiej, że my dalej, w sposób absolutnie patologiczny, nazywamy tę grupę leków narkotykami. Narkotykami one nie są, bo proszę pamiętać, że ból jest naturalnym antagonistą przyjemności. To tak samo, jak dyskutujemy o marihuanie medycznej. My nie dyskutujemy o marihuanie tylko o lekach, które działają na receptory kannabinoidowe, które każdy z nas ma i codziennie produkuje kannabinoidy. Dokładnie tak samo jest z opioidami. Przy prawidłowym dawkowaniu i doborze pacjentów oraz prawidłowym doborze leku, prawidłowym nadzorze nad tym lekiem, to ryzyko jest minimalne. Są to jedne z najbezpieczniejszych analgetyków jakie istnieją. Dlatego, że, po pierwsze, my jesteśmy w stanie bardzo dobrze w wyniku miareczkowania przewidzieć efektywność przy minimalizacji ryzyka działań niepożądanych. Wiele z tych efektów jest absolutnie odwracalnych – jeżeli coś się dzieje, możemy zawsze podać leki, które odwrócą efekt, który może wywołać obawę przed depresją oddechową, zagrażającą życiu pacjenta. I mamy dziś leki, które skutecznie korygują działanie niepożądane po tych lekach. W związku z tym mamy dziś całe armamentarium, które powoduje że terapia tymi lekami powinna być bezpieczna i skuteczna, a co więcej – efektywna. Silny ból, to silny opioid i najważniejsze, że lek ma być dobierany

dla pacjenta, a nie odwrotnie – pacjent do leku. Oczywiście, jak tak się dzieje, to zdarzają się opisy przypadków, kiedy ktoś mówi, że po zastosowaniu opioidu u pacjenta pojawiły się skutki uboczne. Jeżeli to był lek niedobry do pacjenta, tylko pacjent do leku, to nie ma się czemu dziwić. Jeśli dziś mówimy o farmakoterapii szytej na miarę, czyli dla konkretnego pacjenta, to nie możemy sobie tego porównać tak, jakbyśmy wyprodukowali jeden płaszcz i kazali każdemu się w niego ubrać. Tak się nie da. Jeśli tak będziemy postępować, to zawsze zobaczymy, że opioidy są niedobre. Natomiast jeśli będziemy farmakoterapię bólu indywidualizować, to przy bardzo dużej efektywności terapii mamy bardzo małe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Zatem, problem jest niezwykle istotny, aby przede wszystkim z rozmysłem i wiedzą, te leki się między sobą różnią, nie można powiedzieć, że są to opioidy i bez względu które, to mają takie samo działanie.