

Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju
Klinički bolnički centar Zagreb ♦ Kišpatićeva 12 ♦ 10000 Zagreb

ZALDIAR - MJESTO U LIJEČENJU KRONIČNE MUSKULOSKELETNE BOLI ZALDIAR - ROLE IN TREATMENT OF CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN

Božidar Ćurković

Kronična bol je izuzetno važan medicinski problem s učincima na bolesnika i zajednicu. Prevalencija kronične boli prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji iznosi 22% (1). Europsko praćenje u 15 zemalja i Izraelu utvrdilo je prevalenciju kronične boli u 19% odrasle populacije a u više od 60% se odnosi na muskuloskeletnu bol (oateoartritis, artritis, kralježnica) (2). Bol je vodeći simptom u reumatskim bolestima i njezina modulacija je od bitnog značenja posebno sa stajališta bolesnika. Bolesnici s oateoartritisom i reumatoidnim artritisom stavljaju supresiju boli na prvo mjesto svih terapijskih intervencija (3,4). U modulaciji boli u reumatskim bolestima pristup treba biti individualiziran, temeljen na ranoj dijagnozi i agresivnoj terapijskoj intervenciji koja uključuje primjenu nefarmakoloških i farmakoloških postupaka. Ipak, u liječenju muskuloskeletne boli i dalje vodeće mjesto ima farmakoterapija. Usprkos značajnom napretku u dijagnostici i novim mogućnostima liječenja znatan broj bolesnika s kroničnom boli je neadekvatno tretiran. U liječenju muskuloskeletne boli paracetamol je najčešće preporučan kao lijek prvog izbora (5). Uobičajena doza za odrasle je 500-1000 mg svakih 4-6 sati do ukupno 4 grama dnevno. Premda se drži poštenim za gastrointestinalni trakt potreban je oprez pri dugotrajnoj primjeni u maksimalnim dozama i u bolesnika s oštećenjem bubrega i jetre. Nesteroidni antireumatici su u praksi prvi lijek izbora u liječenju muskuloskeletne boli. U bolesnika gdje su oni kontraindicirani ili je njihova primjena rizična etabliralo se propisivanje opioida, prvo slabih opioda a nakon adekvatne primjene gore navedenih lijekova i jakih opioida. Dok su opiodi općenito prihvaćeni za liječenje kronične maligne boli u liječenju nemaligne kronične boli njihova primjena nije bez odre-

đenih kontroverzi. Iako njihova djelotvornost u supresiji boli nije upitna postoji kontroverzija oko njihove učinkovitosti i sigurnosti u dugotrajnoj primjeni (6,7). Tramadol i paracetamol su dva analgetika koja imaju etablirani učinak u supresiji boli. Tramadol je racemički pripravak a mehanizam djelovanja pripisuje se interakciji njegovih enantiomera s noradrenergičnim i serotoninergičnim sustavom i slabom parcijalnom vezanju na m receptore što povećava antinociceptivno djelovanje i smanjuje nuspojave karakteristične za opioide. Paracetamol inhibira sintezu prostaglandina u mozgu a njegov je učinak vjerojatno vezan na inhibiciju COX-3. Kombinirana primjena dva analgetika u jedan produkt, uzimajući u obzir farmakokinetike i farmakodinamske kriterije, može poboljšati odnos dobrobiti i rizika, povećati djelotvornost različitim sinergističkim mehanizmima, poboljšati podnošljivost lijeka (manje individualne doze) i suradljivost bolesnika. Zaldiar je lijek koji sadrži fiksnu dozu 37,5 mg tramadola i 325 mg paracetamola. Kombiniranjem ta dva lijeka ostvaruje se sinergistička analgezija preko tri različita mehanizma djelovanja (μ opioidni receptori, descendenti kontroni put boli, COX-3) superiorna pojedinim učincima uz moguće smanjenje nuspojave. U kliničkim ispitivanjima Zaldiar je pokazao kratkotrajnu i dugotrajnu djelotvornost u liječenju kronične nemaligne boli (oateoartritis, križobolja) uz dobru podnošljivost, bilo da je primijenjen kao jedini lijek ili je dodan uz nesteroidni antireumatik u bolesnika s neadekvatnom analgezijom (8). Zaldiar pokazuje brz početak djelovanja, dužu djelotvornost i bolju učinkovitost od pojedinih komponenti, dokazanu djelotvornost u akutnoj i kroničnoj boli i dobar sigurnosni profil.

Ključne riječi: Zaldiar, kronična muskuloskeletna bol

Literatura

1. Gureje O, Von Korff M, Simon G. et al. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280:147-151.
2. Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.

3. McKenna F, Wright V. Pain and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1985;44:805.
4. Roth SH. A new role for opioids in the treatment of arthritis. *Drugs* 2002;62:255-263.
5. American College of Rheumatology Subcommittee on osteoarthritis guidelines: Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip

and knee. *Arthritis Rheum* 2000;43:1905-1915.

6. Furlan Ad, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006; 174:1589-1594.

7. Nicholson B. Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain. *Drugs* 2003; 63:17-32

8. McClellan K, Scott LJ. Tramadol/paracetamol. *Drugs* 2003;63:1079-1086.