

Проблема с обезболиванием раковых, тяжелобольных людей при домашнем уходе (“обезболивание при онкологии”)

В последнее время неукоснительно растет число больных злокачественными заболеваниями. Проблема эта стоит достаточно актуально, особенно в нашей стране, когда семья, имеющая в своем составе тяжелобольного человека, фактически находится один на один со своей проблемой. Сейчас от рака умирает каждый 5-й житель нашей планеты. По последним данным Московского научно-исследовательского института имени Герцена (1999 г.) в нашей стране официально зарегистрировано около двух миллионов людей, имеющих онкологические заболевания, из них у четырехсот двадцати двух тысяч диагнозов установлен впервые. При этом, среди больных, чей диагноз был установлен впервые, 24,7% имели распространенный по всему организму онкологический процесс и были инкурабельными. Только в одной Москве количество таких больных составляет более пятнадцати тысяч человек. К сожалению, инкурабельные больные имеют низкий уровень качества жизни. Это связано с наличием у них хронического болевого синдрома (ХБС). Хронический болевой синдром обусловлен несколькими причинами: поражение костей скелета, сдавление нервов, инфильтрация мягких тканей, поражение органов человека, связанное с лучевой терапией. Поэтому наиболее острой проблемой при раке является проблема борьбы с болью. По данным ВОЗ, во многих странах мира, в том числе и в России, онкологические больные с ХБО не получают полноценного обезболивания. Это связано с низкой осведомленностью врачей, пациентов и их родственников о средствах и методиках лечения хронического болевого синдрома, а также с длительным и, как это часто бывает, неэффективным самолечением. Итогом самолечения является запущенность и формирование наиболее тяжелых видов ХБС. Полноценная система всеобъемлющей помощи таким пациентам достаточно дорогая и в нашей стране она находится в стадии формирования. Идеальным является бесплатное предоставление пациентам лекарственных препаратов, а при необходимости – госпитализация в специализированные отделения больниц или хосписы. Сегодня большинство больных с последней стадией онкологического заболевания находится дома, так как все методы (хирургические, химиотерапевтические, лучевые) для них уже не эффективны. В этих случаях, в ведении больных, возрастает роль участковых терапевтов и районных онкологов, которые мало осведомлены с принципами лечения хронического болевого синдрома у онкобольных людей.

В 1986 году комитетом ВОЗ была опубликована схема фармакотерапии ХБС при раке. Она достаточно проста.

В этой схеме 4 стадии боли, каждой их, которых соответствует своя анальгетическая терапия. Успешность ступенчатой терапии зависит от ряда факторов, которые должны быть усвоены как врачом, так и самим пациентом, и его родственниками:

1. Немедленное начало терапии при первых ощущениях боли.
2. Прием препаратов в определенные часы (с опережением боли)
3. Выбор оптимального для данного пациента анальгетика с учетом интенсивности боли и индивидуальных особенностей организма пациента, так как все анальгетические средства имеют ряд побочных эффектов
4. Полное информирование пациента о назначаемых ему анальгетических средствах и подробная схема их приема, которая должна выдаваться на руки.

Соблюдение этих факторов имеет очень важное значение в контроле над хроническим

болевым синдромом, так как позволяет прервать формирование боли уже на периферическом уровне.

На первой стадии при слабой боли, соответствующей начальной стадии ХБС рекомендуется применять ненаркотические анальгетики, а также средства, повышающие эффективность анальгезии, подбираемые индивидуально, в зависимости от особенностей организма пациента.

Ненаркотические анальгетики на Российском рынке представлены широким спектром препаратов различных фармакологических групп.

У онкологических больных на первой ступени ХБС (слабая боль) применяются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). К классическим нестероидным противовоспалительным средствам относятся: аспирин, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, индометацин и др. Эти средства принадлежат к разряду неселективных, так как блокируют не только фермент циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2), ведающую биосинтезом ПГЕ2 в условиях повреждения тканей, но и ЦОГ-1 (физиологическую), обеспечивающую протекцию слизистой желудка, регулирующую почечный кровоток и реологическое состояние крови. Поэтому эти препараты у пациента могут вызвать диспепсию, язву желудка, снижать функцию почек, способствовать кровотечению. У селективных нестероидных противовоспалительных средств, таких как целекоксиб и нимесулид, эти побочные действия выражены меньше, но и анальгетическое намного слабее. Кроме того, они дорогие.

В начале развития ХБС необходимо назначать селективные нестероидные противовоспалительные средства (целекоксиб и нимесулид) в дозировке 0,2-0,4 г в сутки, а при их неэффективности – сильные неселективные противовоспалительные средства (НПВС), например, кетопрофен и диклофенак.

НПВС наиболее эффективны при костных метастазах, компрессией нервов, опухолях мягких тканей с воспалительным компонентом. Во врачебной практике часто используется кетопрофен, другое название – кетонал.

Кетонал представлен в самых различных формах: таблетки форте 100мг и ретард 150 мг, капсулы 50 мг, свечи 100 мг, раствор для инъекций (2 мл – 100 мг в 1 ампуле), гель на кожу. При болевом синдроме следует отдать предпочтение таблеткам ретард 150 мг. Принимать их следует два раза в сутки. Суточная доза препарата не должна превышать 300 мг.

Метамизол (анальгин) – несмотря на хороший анальгетический эффект, сопоставимый с НПВС, и низкую стоимость не оказывает противовоспалительного действия, а также он обладает выраженными токсическими свойствами. В связи с этим его следует применять с чрезвычайной осторожностью. Кроме аллергии, он может вызывать агранулоцитоз и нарушения функции почек, особенно при длительном применении. В некоторых странах он исключен из клинической практики.

Парацетамол – производное парааминофенола. Он не оказывает существенного противовоспалительного действия и не имеет гастротоксических свойств. В больших дозировках может приводить к нарушению функции печени и в меньшей степени почек. Парацетамол (ПАА) можно рассматривать как один из препаратов выбора на 1-й стадии

терапии ХБС. Суточная доза препарата должна составлять не менее 2-х и не более 4-х грамм. В продаже имеются растворимые таблетки, которые удобно давать больным с нарушением глотательной функции, к тому же они действуют более быстро. Существуют также и комбинированные таблетки на основе парацетамола. Это Панадол – экстра. Одна таблетка содержит 500 мг ПАА и 65 мг кофеина. Его рекомендуется назначать адинамичным пациентам, поскольку наряду с обезболивающим он может оказывать активирующее действие. Очень удобен в использовании солпадеин. В одной таблетке солпадеина содержится 500 мг парацетамола, 8 мг кодеина и 30 мг кофеина. Кодеин и кофеин значительно повышают анальгетический эффект парацетамола. Шипучие таблетки быстро растворяются в воде. В дозе до 8 таблеток в сутки препарат устраняет не только слабую, но и умеренную боль (2-я стадия).

Таким образом, ненаркотические анальгетики занимают особое место на первой стадии терапии ХБС, а также эти препараты не теряют своего значения при переходе на более сильные опиоидные анальгетики. Они дополняют их эффект. На 2-ой стадии (умеренная боль) основой лечения ХБС становятся опиоиды. При выборе опиоида следует исходить из интенсивности ХБС и характера предыдущей терапии, чтобы избежать неудачи в обезболивании. Предпочтительными являются опиоиды в удобной для пациентов форме: таблетки для приема внутрь, сублингвально, капсулы, свечи, накожные аппликации. Все опиоиды обладают высоким наркотическим потенциалом и, следовательно, являются наркотическими средствами, подлежащими специальному учету и выписке на специальных бланках. Это ограничивает доступность этих средств для больных, кроме того, бюджетных средств для централизованного бесплатного снабжения онкологических больных наркотиками недостаточно.

При умеренной боли наиболее оптимальным опиоидным средством является трамадол (трамал, традол). Он имеет ряд преимуществ:

1. Превосходит кодеин по анальгетическому действию.
2. Не является наркотическим средством, следовательно, не выписывается на специальном (наркотическом) бланке.
3. Не вызывает тяжелых запоров.

Выпускается препарат в нашей стране в виде капсул по 50 мг и раствора для инъекций (ампулы 50 мг/1 мл и 100 мг/2 мл). Разовая доза составляет 50-100 мг и вводится каждые 4-6 ч. Максимальная суточная доза – 400-500 мг. Существуют зарубежные образцы трамадола это: таблетки трамал ретард 100, 150, 200 мг с двукратным приемом в сутки, а также трамал в свечах по 100 мг и в каплях (20 капель – 50 мг). Трамадол обычно хорошо переносится. В начале терапии возможны проявления сонливости, тошноты, иногда – рвоты, потливости. При рвоте требуется дополнительное назначение противорвотных средств (метоклопрамид 10 мг 3-4 раза в сутки). Длительность лечения трамадолом зависит от темпов усиления ХБС и может превышать 1 год. В случае неэффективного лечения трамадолом пациентам рекомендуется назначать просидол. Он близок по своему эффекту к промедолу, но имеет менее выраженные побочные действия и имеет более универсальную форму (защечные таблетки), так же имеется раствор для инъекций 10мг/1мл. Одна таблетка содержит 20 мг просидола. Он быстро всасывается и действует только 4 – 5 часов, поэтому его принимают 4 – 6 раз в сутки. Разовые и суточные дозы (20-80 мг и 60-300 мг/сут соответственно) в процессе лечения повышают в связи с развитием толерантности к препарату. Он является

наркотиком, поэтому учитывается и хранится как наркотическое вещество. При сильном ХБС (3-я стадия) следующим по анальгетическому потенциалу наркотическим анальгетиком, является бупренорфин. Выпускается он в двух видах: это подъязычные таблетки по 0,2 мг и раствор для инъекций 0,3 мг/1мл. По анальгетическому действию бупренорфин уступает морфину, но имеет менее выраженные и реже проявляющиеся побочные свойства (сонливость, тошнота, рвота, запоры, снижение аппетита). Кроме того, бупренорфин выпускается в универсальной лекарственной форме, которая удобна для пациентов, не способных глотать. Разовая доза его составляет 0,2-0,8 мг, суточная – 0,6-3,0 мг, прием 3 раза в сутки. Продолжительность действия внутримышечно введенной разовой дозы бупренорфина составляет 8 часов. Существенным недостатком бупренорфина является наличие максимальной анальгетической дозы – 3 мг/сут. Эту дозу превышать нельзя, и при недостаточном эффекте бупренорфина следует назначить более мощный опиоид – морфин. Рутинный морфина гидрохлорид в инъекциях (10 мг/1мл) практически не пригоден для длительной терапии ХБС у тяжелого онкологического больного в связи с короткой продолжительностью действия (всего 4 ч), необходимостью частых болезненных инъекций (до 6 раз в сутки) что не осуществимо в домашних условиях, возможных инфекционных осложнений. Существуют оральные формы морфина сульфата пролонгированного действия, выпускаемые зарубежными фирмами: таблетки ретард 10, 30, 60, 100 мг (МСТ, долтард и др.), капсулы с микрогранулами (скенан). МСТ сейчас производит ГУП “Завод медицинских препаратов” в Москве. Стоимость его довольно высокая. Новым достижением неинвазивной терапии ХБС в онкологии является трансдермальная терапевтическая система фентанила – дюрөгезик. Легкий пластырь с депо мощного опиоида фентанила наклеивается на кожу пациента, и наркотик в необходимой дозе (от 25 до 100 мкг/ч) постепенно диффундирует в кровь, при этом обезболивание продолжается 72 ч, после чего пластырь необходимо поменять. Это очень удобное и высокоэффективное импортное средство стоит очень дорого. Приведенные общие положения фармакотерапии ХБС при онкологических заболеваниях не охватывают всех сторон этой сложной проблемы. Специальной терапии требуют особые, наиболее тяжелые варианты ХБС – нейропатическая боль, симпатически усиленная боль с явлениями аллодинии (резкое болевое ощущение в ответ на неболевые стимулы), пароксизмальным характером боли, жгучими болями, вазомоторными и трофическими расстройствами. Эти виды тяжелой, так называемой патологической боли, являются следствием перевозбуждения (сенситизации) периферических и центральных болевых структур на фоне существования источника неустранимой болевой импульсации.