

МНИОИ им. П.А. Герцена,
ММА им. И.М. Сеченова,
Москва

Организационно-методологические проблемы эффективного обезболивания в паллиативной помощи онкологическим больным в России

Современная медицина располагает разнообразными методами лечения хронического болевого синдрома, выбор которых определяется его характером и интенсивностью, локализацией опухоли и множеством индивидуальных факторов.

Проф. Г.А. Новиков, проф. Н.А. Осипова, канд. мед. наук Б.М. Прохоров, канд. мед. наук М.А. Вайсман, канд. мед. наук С.В. Рудой

Несмотря на несомненные достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, во всем мире сохраняется тенденция к росту заболеваемости раком и увеличению числа больных с распространенными формами злокачественных новообразований. В программе Всемирной организации здравоохранения по борьбе против рака повышение эффективности лечения хронической боли – одно из приоритетных направлений паллиативной помощи онкологическим больным во всем мире. Актуальность этого вопроса обусловлена многочисленными данными о неадекватности лечения раковой боли в большинстве стран мира. Причинами этого, по мнению ВОЗ, являются:

- отсутствие у профессиональных медицинских работников знаний о существующих отработанных методах удовлетворительного контролирования боли у онкологических больных;
- отсутствие заинтересованности в решении этой проблемы национальных правительств;
- недоступность во многих странах сильнодействующих анальгетиков, необходимых для облегчения боли у онкологических больных;
- необоснованная боязнь у медицинской общественности и онкологических больных с хронической болью развития пристрастия к опиатам;
- отсутствие систематического обучения студентов медицинских институтов, врачей, медицинских сестер и других работников системы здравоохранения методам облегчения болей у больных раком.

В последние годы понятие «качество жизни» получило широкое распространение в здравоохранении и паллиативной помощи, так как позволяет оценить уровень физического, психологического, эмоционального и социального состояния пациента, на основании его собственного субъективного восприятия. Вербальные опросники (например, Mc Gill Pain Questionnaire и Brief Pain Inventory, рекомендуемые ВОЗ) – общепризнанные инструменты оценки качества жизни пациентов по целому ряду критериев: общее физическое состояние; функциональная активность; социальная активность, самообслуживание; коммуникабельность, поведение в семье; духовность; удовлетворенность лечением; планы на будущее; сексуальные функции; профессиональная деятельность.

В мире существуют несколько организационных форм паллиативной помощи больным с неизлечимыми опухолями. Обобщая накопленный в разных странах опыт, для решения этой проблемы в нашей стране разработана и с успехом внедрена на практике следующая модель системы паллиативной помощи онкологическим больным.

Основу амбулаторной помощи онкологическим больным, страдающим хроническим болевым синдромом, составляют кабинеты противоболевой терапии (КПБТ) (приказ Минздрава РСФСР № 128 от 31.07.1991 г.), где пациентам оказывается квалифицированная медицинская помощь. Врачебный и сестринский персонал КПБТ ведет амбулаторный прием больных, оказывает консультативную помощь и осуществляет лечение пациентов в дневном стационаре, а также на закрепленных за КПБТ койках стационара онкологического или общетерапевтического профиля. Порядок работы медицинского персонала КПБТ определяется руководителями органов здравоохранения и головных онкологических учреждений регионов согласно производственной необходимости и затратам времени на прием больных.

Для оказания стационарной помощи нуждающимся в госпитализации больным с распространенными формами злокачественных опухолей предусмотрена организация самостоятельных медико-социальных учреждений – хосписов (приказ Минздрава РФ № 19 от 01.02.91 г.) или отделений (центров) паллиативной помощи на базе существующих лечебных учреждений онкологического и общетерапевтического профиля [приказ Минздрава РФ № 270 (пункт 1.6) от 12.09.1997 г.]. Положение об от-

делении (центре) паллиативной помощи онкологическим больным (Приложение 6 к данному приказу) предусматривает их организацию в структуре онкологического диспансера, многопрофильной больницы или многопрофильной детской больницы. Коечный фонд отделения и штаты медицинского персонала определяются руководителями органов управления здравоохранением на местах в соответствии с потребностью в данном виде помощи. Штаты медицинского персонала предусматривают должности онкологов, анестезиологов-реаниматологов, психотерапевтов, средних медицинских работников, имеющих сертификат соответствующего специалиста. Основная задача отделения – создание оптимальных условий для улучшения качества жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований.

Существующий опыт патронирования на дому онкологических больных IV клинической группы, страдающих от хронической боли, свидетельствует о высокой эффективности этого вида специализированной медицинской помощи, позволяющей повысить качество жизни пациентов. Это дает возможность сократить количество дорогостоящих неспециализированных вызовов бригад скорой медицинской помощи и повысить эффективность медицинской помощи больным с хронической онкологической болью.

Функциональные связи между медицинскими учреждениями, участвующими в проведении организационно-методической работы по созданию в России системы паллиативной помощи онкологическим больным, и руководителями органов здравоохранения позволяют координировать деятельность во всех регионах РФ и создают на местах условия для преемственного подхода к оказанию помощи этому контингенту больных. Централизованный принцип взаимодействия структур системы способствует разработке и внедрению в практику здравоохранения единых организационных форм и методов оказания паллиативной помощи онкологическим больным в России.

В настоящее время специалистами по паллиативной помощи ведется разработка оптимального комплекса диагностических исследований у страдающих болью онкологических больных. Диагностика хронического болевого синдрома и контроль эффективности лечения строятся на применении простых неинвазивных методов оценки интенсивности боли и переносимости применяемых обезболивающих средств. Важное значение имеет анамнез и клинический осмотр пациента с хроническим болевым синдромом: характер и распространенность онкологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента; анамнез хронического болевого синдрома (давность, интенсивность, локализация, тип боли, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; применявшиеся ранее средства лечения боли и степень их эффективности). Все эти критерии являются обязательными для правильной оценки состояния пациента и диагностики хронического болевого синдрома. Интенсивность хронической боли наиболее просто и удобно оценивать по 5-балльной шкале вербальных оценок (ШВО): 0 – боли нет, 1 балл – слабая, 2 балла – умеренная, 3 балла – сильная, 4 балла – самая сильная боль. Нередко применяют также визуально-ана-

логовую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100 % в виде линии длиной 10 см, которую предъявляют пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы необходимы для количественной характеристики динамики интенсивности хронического болевого синдрома в процессе лечения.

Оценка психологического состояния пациента способствует выявлению факторов, влияющих на восприятие боли: бессонница, страх, тревога, депрессия, интроверсия, социальная зависимость, изоляция, длительное бездействие пациента. Без принятия мер по устранению или смягчению этих факторов последующая терапия боли даже сильнодействующими анальгетиками может быть неэффективной.

Оценка переносимости средств и методов терапии боли чаще всего проводится по характеру, выраженности и частоте развития побочных эффектов от их применения. Степень выраженности побочных эффектов удобно оценивать по шкале: 0 – нет побочных эффектов, 1 – слабо, 2 – умеренно, 3 – сильно выражены. Частота развития побочных эффектов того или иного препарата или метода обезболивания определяется в процентах, что позволяет сравнивать их переносимость пациентами.

Показатели физического состояния пациента могут быть использованы в разном объеме в зависимости от условий (стационар или дом): масса тела в динамике, клинические показатели кровообращения (АД, ЧСС, ЭКГ), общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, рентгенологические исследования и другие. Достаточно объективной является разработанная в МНИОИ им. П.А. Герцена шкала физической активности:

1 – нормальная физическая активность;

2 – незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача;

3 – умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени);

4 – значительно снижена (постельный режим более 50% дневного времени);

5 – минимальная (полный постельный режим).

Очень важно выявление сопутствующей патологии, так как необходимо учитывать возможное взаимодействие лекарств, применяемых для лечения хронического болевого синдрома и конкурентных заболеваний, а также вероятных осложнений и обострения сопутствующих болезней под влиянием средств для лечения хронического болевого синдрома.

Следует иметь в виду, что у тех пациентов, кому может быть проведено паллиативное специальное лечение (лучевая и химиотерапия, хирургические вмешательства), в результате временного уменьшения опухолевой массы может быть уменьшен или даже ликвидирован источник хронической боли.

Современная медицина располагает разнообразными методами лечения хронического болевого синдрома, выбор которых определяется его характером и интенсивностью, локализацией опухоли и множеством индивидуальных факторов. По признанию ведущих специалистов в этой области, при комплексном подходе удовлетворительные результаты лечения хронического болевого синдрома могут быть достигнуты у 85–90% неизлечимых онкологических больных.

Наиболее распространенный и безопасный метод

лечения боли – фармакотерапия. Комитет экспертов Всемирной Организации Здравоохранения опубликовал брошюру «Обезболивание при раке» (1989), в которой предложил трехступенчатую схему лечения хронической боли у онкологических больных. Принципиальную основу фармакотерапии, по рекомендации ВОЗ, составляют: назначение неинвазивных форм лекарственных препаратов, подбор анальгетиков «по восходящей», т. е. ступенчато, от более слабого препарата к более сильному, индивидуальный подбор доз анальгетиков, прием «по часам», а не «по требованию больного», активное применение на всех ступенях адъювантов. В последнее время рекомендуется схема фармакотерапии, основанная на применении анальгетиков периферического и центрального действия нового поколения. Суть этой схемы в том, что лечение нарастающей хронической боли онкологического генеза рекомендуется проводить по 4-ступенчатой схеме. При появлении слабой боли назначают ненаркотические обезболивающие препараты (периферические анальгетики), в основном из групп нестероидных противовоспалительных средств. Современные таблетированные периферические анальгетики, применяемые на этой ступени обезболивающей лестницы: ксефокам в таблетках по 4–8 мг 2–3 раза в сутки, индометацин по 25–50 мг 3 раза в сутки, парацетамол по 0,5–1,0 мг 4–6 раз в сутки, баралгин или его аналоги по 0,5–1,5 4 раза в сутки.

При усилении боли до уровня умеренной переходят на кодеинсодержащие таблетки (пенталгин, седалгин, каффетин и другие – суточная доза кодеина 60–180 мг) или слабые опиоиды: трамадол, промедол и просидол. С недавнего времени в нашей стране разрешена к применению ретардная форма кодеина: дигидрокодеин (ДНС) в таблетках по 60, 90, 120 мг, принимаемых 2 раза в сутки (суточная доза 240–480 мг). Трамадол выпускается в растворе для инъекций, каплях, капсулах и свечах и применяется в разовой дозе 50–100 мг до 4 раз в сутки. Трамундин (ретардная форма трамадола, время действия 8 ч) в таблетках по 100 мг принимается 3 раза в сутки (суточная доза до 400 мг). Также при умеренной боли применяются отечественные препараты промедол до 240 мг/сут и просидол (сублингвально или буккально в таблетках по 20 мг или внутримышечно в ампулах, содержащих 20 мг препарата) по 20–40 мг до 6 раз в сутки.

При сильной боли (3-я ступень) назначают синтетический опиоид бупренорфин (сангезик, норфин и др.) до 6 раз в сутки. Формы выпуска бупренорфина – сублингвальные таблетки по 0,2 мг (максимальная суточная доза 3,6 мг) и раствор для инъекции, содержащий в 1 мл 0,3 мг (максимальная суточная доза 3,6 мг). При использовании бупренорфина в дозах выше суточной у пациентов проявляется так называемый потолочный эффект, при котором наращивание дозы препарата не уменьшает боль, а лишь усиливает побочные эффекты.

На 4-й ступени (нестерпимая боль) применяются сильные опиоиды, не имеющие «потолочного эффекта». К ним относятся инъекционный раствор морфина гидрохлорида по 10 мг в ампуле (суточная доза 120 мг) и таблетки морфина сульфата MST – continus (ретардная форма, время действия 12 ч) по 10, 30, 60, 100 мг (суточная доза 180–770 мг). Новый препарат дюрогезик

(время действия 72 ч) является трансдермальной терапевтической системой, представленной в виде специального пластыря со скоростью высвобождения фентанила 25; 50; 75; 100 мкг/ч. Эквивалентные дозы опиоидов представлены в таблице.

На всех ступенях назначение опиоидного анальгетика должно сочетаться с адъювантными средствами: периферическими анальгетиками, противосудорожными препаратами, глюкокортикоидами, антидепрессантами, транквилизаторами и другими. В процессе терапии хронического болевого синдрома адъювантные препараты применяются для усиления действия анальгетиков, а симптоматические средства – в целях коррекции осложнений и симптомов, сопутствующих основному заболеванию. При лечении ХБС высокой интенсивности следует учитывать, что анальгезия – лишь одно из многочисленных свойств опиатов. В эффективных анальгетических дозах опиаты могут вызывать тошноту, рвоту, запоры, задержку мочи, угнетение сознания (редко), снижение физической активности и другие нежелательные побочные явления, ухудшающие качество жизни больного. Кроме того, следует помнить, что особым свойством опиатов является быстро развивающаяся толерантность, что требует своевременного увеличения дозы препарата.

Новые лекарственные формы опиатов (MST-continus и дюрогезик) имеют важные преимущества: высокую эффективность, удобные неинвазивные лекарственные формы, хорошую переносимость больными, отсутствие опасных побочных эффектов, сохранение социальной и физической активности больных, безопасность применения в домашних условиях без специального медицинского контроля, относительную наркологическую безопасность.

В трудных клинических случаях, при опиоидрезистентной хронической боли, специалисты могут использовать такие методы лечения, как продленная регионарная анестезия, центральная электронейростимуляция, консервативные (алкоголизация, химическая денервация, радиочастотный нейролизис) или хирургические (хордотомия, ризотомия) методы денервации, имеющие свои преимущества и недостатки.

В настоящее время паллиативная помощь имеет в своем арсенале целый ряд самостоятельных методов, позволяющих улучшать качество жизни пациентов: обезболивание, коррекция психоэмоционального статуса, детоксикация, паллиативные инструментальные и хирургические вмешательства с использованием по показаниям физических факторов воздействия. В то же время для перспективного развития паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью в Российской Федерации необходимо решение ряда проблем организационно-методологического характера, что позволит разработать национальную медицинскую программу, призванную определить государственную политику в решении медицинских, социальных и экономических проблем, связанных с организацией в РФ системы паллиативной помощи не только пациентам с хронической болью, но и с различными нозологическими формами хронических заболеваний в терминальной стадии развития.

Таблица. Эквивалентные дозы наркотических лекарственных средств

Препарат	Форма выпуска	Доза							
Промедол 2%, мг/сут *	Ампулы	240							
Промедол, мг/сут *	Таблетки	240							
Трамадол, мг/сут *	Таблетки	400							
Трамадол, мг/сут *	Свечи ректальные	400							
Трамадола гидрохлорид, мг/сут*	Ампулы	400							
Трамадола гидрохлорид с продолжительностью действия 12 ч, мг/сут	Таблетки	400							
Просидол, мг/сут *	Таблетки сублингвальные	240							
Просидол 1%, мг/сут *	Ампулы	240							
Дигидрокодеин-ретард, мг/сут	Таблетки	240	240-480						
Оmnopон 2%, мг/сут *	Ампулы	60	60-100	100-160					
Бупренорфин, мг/сут	Таблетки	1,6	1,6-2,8	2,8-3,6					
Бупренорфин, мг/сут	Ампулы	1,2	1,2-2,1	2,1-3,0	3,0-3,6				
Морфина гидрохлорид 1%, мг/сут*	Ампулы	40	40-70	70-100	100-120				
Морфина сульфат с продолжительностью действия 12 ч, мг/сут	Таблетки	<130	130-230	230-320	320-410	410-500	500-590	590-680	680-770
Фентанил – трансдермальная лекарственная форма с продолжительностью действия 72 ч, мкг/ч	Пластырь	25	50	75	100	125	150	175	200

Примечание.

Темный фон – терапевтические возможности препарата исчерпаны. Целесообразно применить более сильнодействующий анальгетик.
* По индивидуальным показаниям суточная дозировка может быть увеличена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюзгин В.В. Хронический болевой синдром у онкологических больных (организационно-методические аспекты): Дис... д-ра мед. наук. – М., 1993.
2. Исакова М.Е., Павлова З.В., Лактионов Л.П. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. – М.: Медицина, 1994.
3. Камышов Я.М., Курачинский В.И. Опыт лечебного применения противоболевой чрескожной стимуляции// Европейская школа онкологов «Паллиативная помощь и лечение боли при раке». – Кишинев, 1993.
4. Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д. Болевой синдром. – Л.: Медицина, 1990.
5. Новиков Г.А. Основы паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью: Дис... д-ра мед. наук. – М., 1994.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999.
7. Обезболивание при раке. – Женева: ВОЗ, 1989.
8. Обезболивание при раке и паллиативное лечение. Доклад комитета экспертов ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1992.
9. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. – М., 1998.
10. Осипова Н.А., Ганцев Ш.Х., Вайсман М. А. и др. Оценка качества жизни больных с поражением органов малого таза при применении различных методов обезболивания// Тезисы докл. Всерос. конф. «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». – М., 1995.
11. Паллиативная помощь онкологическим больным. Пособие для врачей. – М., 2000.
12. Прохоров Б.М. Синтетический анальгетик трамадол в лечении хронической боли у онкологических больных: Дис... канд. мед. наук. – М., 1994.
13. Цибуляк В.Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии. – Ташкент: Медицина, 1985.
14. Bruera E., Brenneis C., Michaud M. et al. Use of the subcutaneous rout for the administration of narcotic in patients with cancer pain// Cancer (Philad.). – 1988. – Vol. 62, N 2.
15. Campora E., Merlini L., Pace M. et al. The incidence of narcotic –induced emesis.// J. Pain. Symptom. Manag. – 1991. – Vol. 6, N7.
16. Creagan E.T., Wilkinson J.M. Pain relief in terminal ill patients// Amer. Fam. Physician. – 1989. –Vol. 40, N6.
17. Hancs G.W., Hoskin P.J. Opioid analgesics in the management of the patients with cancer// Palliative medicine. – 1987. – Vol. 1.
18. Hoerster W., Kreuzer H., Niesel H.Chr., Zenz M. Regional Anesthesia. Second Ed. – Mosby Year Book, 1990.
19. Lacionov K. P., Pavlova Z.V., Isacova M.E. Epidural opiate analgesia in thoracic cancer patients., Abstract I-th European Federation of IASP Chapters "Pain in Europe". – Verona, 1995.
20. Logroscino C.A., Paliotta V.F., Specchia N. Surgical stabilisation of spinal malignant tumor., Department of Orthopaedics, Division for spinal Surgery, Catholic University of Rome, 1997.
21. Miser A.W., Narang P.K., Dothage J.A. et al. Transdermal fentanyl for pain control in patient with cancer// Pain. – 1989. –Vol. 37, N1.
22. Schug S., Zech D., Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines// J. Pain. Symptom. Manage. – 1990. – Vol. 5, N1.
23. Tsuneto S., Hayashi A., Miyazaki M., Kashiwagi T. A clinical survey of controlled-release morphine sulphate for cancer pain relief in a Japanese hospis// Postgrad. Med. J. – 1991. –Vol. 67.
24. Woodruff R. Palliativ Medicine. Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer and AIDS. – Melbourne: Asperula Pty Ltd, 1993.