

Д.В. Черепов, Р.С. Шевченко, С.А. Мищан, И. В. Монастырская, С. М. Граматюк, В.В. Юрченко

Эффективность различных вариантов анальгезии и аналгоседации у пациентов отделения «Хоспис»

Харьковская городская клиническая многопрофильная больница № 17

Ключевые слова: схемы анальгезии и аналгоседации, шкала ВАШ, онкопатология, хронический болевой синдром.

Вступление. Борьба с болями и другими симптомами рака является одной из приоритетных задач программы ВОЗ по борьбе с раком. Из-за отсутствия как достаточно эффективных мер профилактики, раннего выявления и радикальной терапии рака, так и удовлетворительной медицинской базы и обученных кадров, в ближайшие годы активная поддерживающая терапия будет единственной реальной помощью и проявлением гуманизма по отношению ко многим больным. В этой связи распространение и применение уже имеющихся знаний в отношении борьбы с болями и другими симптомами этой болезни сможет в наибольшей степени облегчить жизнь раковых больных [5].

Боль – одно из страшных последствий для онкологического больного. Для клиницистов – это одна из самых трудных проблем диагностики и лечения в онкологии [5,6,9].

Хронический болевой синдром онкологического генеза отличается от всех других видов как острой, так и хронической боли. Впервые появившаяся и постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием трудноизлечимого человека создают сложный комплексный механизм патологической боли. Она вызывает целый ряд дезадаптивных реакций и представляет опасность для биологической целостности организма [2,4].

Медикаментозно можно контролировать боль, примерно, у 80% онкобольных с хронической болью. Рекомендуются придерживаться трехступенчатого применения обезболивающих лекарств. На первой ступени применяют нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, парацетамол, ибупрофен) для лечения слабовыраженного болевого синдрома [1]. Если боль нарастает, то пациенту назначается прием слабых опиоидов (наркотических анальгетиков) в сочетании с нестеро-

идными противовоспалительными препаратами (вторая ступень). Опиоиды сильного действия применяют для лечения выраженной боли – это третья ступень. На всех этапах могут применяться дополнительные анальгетики [3,7,8].

К сожалению, болевой синдром, осложняющий онкологическое заболевание, является трудной клинической задачей, и его устранение не всегда укладывается в рамки схемы, разработанной ВОЗ для терапии пациентов с болевым синдромом.

Цель исследования: изучить эффективность различных вариантов анальгезии и аналгоседации у пациентов отделения «Хоспис» Харьковской клинической многопрофильной больницы № 17.

Материалы и методы. Нами проведена оценка качества анальгезии у 64 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с различной онкологической патологией, которые находились в отделении «Хоспис» Харьковской клинической многопрофильной больницы № 17 в период с 2013 по 2014 г.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью ВАШ, которая позволяет каждому пациенту индивидуально оценивать характер своих болевых ощущений. В линейной шкале цифровой показатель интенсивности боли (1–20 баллов) корригирует с определенным цветовым аналогом. По 20-балльной системе определяется 5 степеней градации боли: боль отсутствует (белый цвет), слабая (зеленый), умеренная (желтый), сильная (коричневый) и невыносимая (красный цвет).

Для назначения схем анальгезии и аналгоседации использовали трехступенчатый подход к лечению хронической боли, предложенный ВОЗ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы MedStat с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты исследования. Все 64 пациента страдали хроническим болевым синдромом (ХБС).

По локализации опухолевого процесса больные распределялись следующим образом: рак молочной железы – 5 человек, рак кишки – 21, рак предстательной железы – 15, рак поджелудочной железы – 2, рак легкого – 6, рак головного мозга – 4, рак гортани – 3, рак мочевого пузыря – 8. До начала лечения в отделении «Хоспис» больные получали: неопиоидные анальгетики – 35, опиоидные анальгетики – 29. Длительность болевого синдрома составила от 4 месяцев до 1,5 года. Интенсивность боли составила 2,7–3,9 балла. Причиной хронического болевого синдрома были рецидив основного заболевания, метастазирование, вовлечение нервных структур в опухолевый процесс, многократные курсы лучевой и химиотерапии.

По интенсивности боли пациенты были разделены на 3 группы: 39 человек с сильными болями, 21 – средней интенсивности, 4 – слабой интенсивности.

Сравнительная оценка предложенных в отделении «Хоспис» схем установила достоверное ($p \leq 0,005$) улучшение общего самочувствия по шкале ВАШ.

Выводы. Длительность и дозы фармакотерапии хронической боли у онкобольных следует определять с учетом характера болевого синдрома по шкале ВАШ, общего состояния организма, индивидуальной переносимости препаратов.

При комбинированных схемах длительно не следует назначать анальгин, бутадиион, кеторолак, индометацин, в связи с их устойчивыми побочными эффектами, однако длительно можно использовать (под контролем побочного действия) нимесулид, мелоксикам, парацетамол.

Комбинации двух препаратов из группы неопиоидных анальгетиков вызывают достоверное ($p \leq 0,005$) увеличение побочных действий, в связи с чем мы не рекомендуем их назначение.

Литература

1. Бесова Н. С. с соавт. Российское межрегиональное общество фармакоэкономических исследований, 2000.
2. Боль и анальгезия: справ. практикующего врача / Машфорт М. Л., Купер М. Г., Кохен М. Л. [и др.]. – М., 2004.
3. Викторов А. П. НПВС и фармакотерапия хронической боли: проблемы эффективности и безопасности / А. П. Викторов // Рациональная фармакотерапия. – 2010. – № 4. – С. 5–12.
4. Исакова М. Е. Новое направление в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных / М. Е. Исакова, З. В. Павлова, В. В. Брюзгин // Совр. онкология. – Т. 4, № 3. – С. 149–151.
5. Новиков Г. А. Лечение хронической боли онкологического генеза / Г. А. Новиков, Н. А. Осипова. – М., 2005.
6. Classification of Chronic Pain. Second edition / ed. H. Merskey, N. Bogduk. – Seattle: IASP Press, 1994. – P. 240.
7. Hopf H. Postoperative pain management / H. Hopf, J. Weitz // Arch. Surg. – 1994. – Vol. 129 (2). – P. 128–132.
8. Kehlet H. Labat Lecture 2005. Surgical stress and postoperative outcome – from here to where? / H. Kehlet // Reg. Anesth. Pain Med. – 2006. – Vol. 31. – P. 47–52.
9. Twycross R. G. Pain in far advanced cancer / R. G. Twycross, S. Fairfield // Pain. – 1982. – Vol. 14. – P. 303–310.