



С.М. Недашківський¹, Д.О. Дзюба¹, С.І. Бабак², С.О. Третьяченко², О.А. Галушко¹,
¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Сучасні методи знеболювання в онкології

У більшості онкологічних хворих протибольова терапія і сестринський догляд є, на жаль, єдиними засобами реальної медичної допомоги. Ефективна терапія больового синдрому у цих хворих залишається однією з актуальних проблем паліативної медицини [2]. Згідно з оцінками фахівців ВООЗ, паліативної допомоги потребують не менше 80% онкологічних хворих із III та IV клінічними стадіями захворювання – IV клінічна група, тобто особи з підтвердженим діагнозом злоякісної пухлини, що не підлягають радикальному лікуванню, але повинні отримувати паліативну терапію [3].

До того ж, як підкреслено у Паризькій хартії боротьби з раком (2000), сучасна паліативна медична допомога хворим на онкопатологію повинна бути інтегрованою в національну систему медичної допомоги та адекватною наявним цивілізаційним, культурним та соціально-економічним умовам певної країни [1].

Таблиця 1. Застосування диференційованої аналгезії та підтримувальних режимів знеболювання у післяопераційному періоді (P.F. White, H. Kehlet, 2010 [9])

Вид операції	Монотерапія	Багатокомпонентна терапія	
		Перший вибір	Доповнення
Лапароскопічна холецистектомія	1, 2, 3, 6	1 + 2 + 3 + 6	4/5
Відкрите килосічення	1, 2, 6, 7, 10	1 + 2 + 6	4/5
Абдомінальна гістеректомія	1, 2, (6/7)	1 + 2 + 6	4/5
Відкрита резекція кишечника	1, 2, 7, 9	9 + 1 + 2	4/5
Відкрита торакотомія	2, 9, 10	1 + 2 + 9 або 10	4/5
Тотальне ендопротезування колінного суглоба	1, 2, 6/7, 8, 11	1 + 2 + 7/8 або 9	4/5

Примітки: 1 – парацетамол; 2 – нестероїдні протизапальні препарати та інгібітори циклооксигенази-2; 3 – глюкокортикоїди; 4 – сильні опіати (морфін, фентаніл); 5 – слабкі опіати (трамадол); 6 – інфільтрація рани місцевими анестетиками (МА); 7 – подовжена інфузія МА в рану; 8 – подовжена блокада периферичного нерва; 9 – подовжена епідуральна аналгезія; 10 – подовжений паравертебральний блок; 11 – субарахноїдально МА + сильний опіат (фентаніл).

Терапія болю залежить від етапу розвитку пухлини та завдань лікування на кожному з етапів. Зокрема, у разі паліативної терапії можна проводити лікування опіатами в поєднанні з седативними, снодійними, протисудомними препаратами, які знижують сприйняття болю в структурах головного мозку за рахунок гальмування больової імпульсації та захищають хворого від обтяжливих відчуттів і переживань, сприяючи створенню комфортного фізичного та емоційного стану [4].

Для лікування больового синдрому нині застосовують різні методи знеболювання. Основні з тих, що можуть застосовуватися у онкологічних хворих в післяопераційному періоді, представлені у таблиці 1.

Аналіз таблиці 1 дає змогу стверджувати, що найчастіше застосовуваним препаратом для лікування болю є парацетамол (ацетамінофен) – і в монотерапії, і як складова багатокомпонентної терапії. Такому широкому застосуванню парацетамолу сприяло поєднання високої ефективності з високою безпечністю. На думку експертів ВООЗ, саме за співвідношенням «ефективність/безпечність» парацетамол посідає перше місце серед препаратів різних груп із поєднаною аналгетичною та антипіретичною дією [8]. Тому не дивно, що парацетамол став базовим препаратом для лікування больового синдрому.

Базову схему купірування хронічного больового синдрому в онкологічних хворих було розроблено групою експертів ВООЗ із США, Великої Британії, Японії, Ізраїлю та Бразилії ще у 1982 р., і саме ця триступенева схема медикаментозної терапії (так звані «знеболювальні сходинки») сьогодні прийнята у всьому цивілізованому світі [6]. Згідно з нею, при слабкому ступені болю призначають неопіодні анальгетики (нестероїдні протизапальні препарати) + парацетамол; при посиленні болю (помірний біль) додають слабкі опіоїди (солпадеїн, продеїн, трамадол), а коли з'являється сильний біль – переходять до сильних опіоїдів.



При цьому важливо дотримуватися низки умов:

- вибір препарату має бути індивідуальним і, залежно від характеру болю, можливе його поєднання з ад'ювантами (снодійні, антигістамінні, седативні засоби);
- вводити препарати слід строго за часом і в адекватних дозах;
- не використовувати кілька препаратів з однієї групи;
- запобігати побічним реакціям, а у разі їх розвитку проводити адекватне лікування;
- у разі неадекватного знеболювання опіоїдами треба підвищувати дозу, суворо дотримуючись часу введення, та не скорочувати проміжки між введеннями;
- слід проводити постійний контроль та корекцію ефективності терапії [5].

Власний досвід застосування внутрішньовенної форми парацетамолу. В своїй щоденній практиці для лікування больового синдрому ми часто застосовували вітчизняний інфузійний препарат парацетамолу – **інфулган**. Методика його застосування була такою: інфулган починали вводити внутрішньовенно до або на початку оперативного втручання, щоб забезпечити ефект «випереджувальної аналгезії» (preemptive analgesia) у стартовій дозі 12-15 мг/кг (до 1000 мг). Протягом першої доби проводили ще 1-3 інфузії, керуючись наявністю і вираженістю болю у пацієнта. Інтервал між введеннями становив 4,5-12,0 годин. За добу проводили не більше 4 введень інфулгану (максимальна добова доза за парацетамолом – 4 г). Після третьої доби застосування внутрішньовенної форми парацетамолу (інфулгану) у всіх хворих продовжували знеболювання за допомогою прийому парацетамолу per os, а у разі посилення больового синдрому переходили до терапії за принципом «сходів», що була описана вище. Така тактика знеболювання дала змогу у більшості пацієнтів досягнути задовільних результатів – зменшення вираженості болю, підвищення активності хворого, поліпшення сну тощо. Хворі добре переносили призначене лікування, побічних ефектів не відзначалося.

Ад'ювантна терапія. При паліативному лікуванні онкохворих для підвищення ефективності знеболювання та поліпшення самопочуття хворого необхідно застосовувати ад'ювантну терапію – нейролептиками, транквілізаторами, антидепресантами, кортикостероїдами, протисудомними, антигістамінними засобами [4]. Призначення допоміжних препаратів, які дають змогу зменшити дозу аналгетиків та посилити знеболювання, повинно бути не виключенням, а правилом.

Тривала хвороба та біль змінюють психологічний стан, і майже половина онкологічних хворих потребують призначення **психотропних препаратів** – снодійних, ноотропів, антидепресантів, нейроплегіків [5]. Найчастіше використовують:

- галоперидол – при збудженні, галюцинаціях, параноїдальних станах;
- діазепам (сибазон) – для зняття патологічного страху, заспокійливої дії вночі, розслаблення м'язів, проти судом;
- аміназин – для зменшення тривоги, неспокою; має седативну дію, купірує психомоторне збудження;
- антидепресанти, які мають серотонінергічну дію (амітриптилін), – при лікуванні депресії, поєднаної з болем.

Додаткове лікування (гормони, діуретики, засоби детоксикації, психотропні, снодійні, променева терапія, хіміотерапія) проводять за показаннями на тлі планового прийому беззаспокійливих засобів. Важливо вміло поєднувати кілька препаратів. Перевагу віддають препаратам, які хворий може застосовувати в домашніх умовах (таблетки, мікстури) і місцево (свічі, мазі, примочки). Останніми роками застосовуються трансдермальний пластир дюрагезик, який діє до 3 діб, має депо препарат, який через мембрану і шкіру повільно всмоктується і постійно вгамовує біль. Однак спостереження показали, що у онкохворих поступово треба збільшувати дозу аналгетиків, що неможливо зробити, використовуючи такого типу трансдермальні пластирі.

Аналіз випадків недостатньої аналгезії показав, що її причинами були:

- неадекватна оцінка болю;
- біль, не пов'язаний із пухлиною;
- порушення графіку введення препаратів;
- призначення слабких препаратів чи в недостатніх дозах;
- відміна лікування при побічній дії препаратів;
- недостатнє використання ад'ювантів;
- страх розвитку залежності.

Суворе дотримання рекомендацій при лікуванні хворих удома та в хоспісі дає змогу у всіх пацієнтів досягати достатнього знеболювання та комфортного самопочуття без проведення інвазивних блокад. І лише у випадках, коли вичерпані можливості специфічної протипухлинної терапії, показане проведення хімічного, термічного або хірургічного нейролізису [7].

Література

1. Бобров О.Е., Брындиков Л.Н., Кравченко А.В. и др. / Ред. И.П. Шлапак, Е.А. Ярош. Лечение болевого синдрома в онкологии. – Ровно: Калиграф, 2003. – 196 с.
2. Волчков В.А., Игнатов Ю.Д., Страшнов В.И. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии: учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 320 с.
3. Губський Ю.І., Хобзей М.К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
4. Интенсивная терапия в онкологии. Гл. 10. в кн.: Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 784 с.
5. Лисецкий В.А., Журко Н.Н. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия онкологических больных. В кн.: Справочник по онкологии. – К.: Здоров'я, 2008. – С. 97-112.
6. Felleiter P., Gustorff B., Lierz P., Hornykewycz S., Kress H.G. Use of the World Health Organization guidelines on cancer pain relief before referral to a specialized pain service. Schmerz. 2005 Aug; 19 (4): 265-71.
7. Mulroy M.F., McDonald S.B. Regional anesthesia for outpatient surgery. Anesthesiol Clin North America. 2003 Jun; 21 (2): 289-303.
8. Prescott L.F. Paracetamol: past, present and future. Am. J. Ther. 2000; 7: 143-7.
9. White P.F., Kehlet H. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? Anesthesiology. 2010 Jan; 112 (1): 220-5.