

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОПИОИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА КАТАДОЛОНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г.Р. Абузарова, Е.В. Фетисова

МНИОИ им. П.А. Герцена, Центр паллиативной помощи онкологическим больным, г. Москва

В последнее время в клинической практике специалистов по терапии болевых синдромов появился новый для России препарат – флупиртин (Катадолон). Это неопиоидный анальгетик центрального действия, селективный активатор нейрональных К⁺-каналов, не прямой антагонист NMDA-рецепторов и одновременно агонист тормозных ГАМК-рецепторов. Катадолон оказывает анальгезирующее, миорелаксирующее и нейропротекторное действие. Нами проводится открытое исследование с целью оценки анальгетической эффективности и переносимости препарата Катадолон у онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом, не купируемым традиционными неопиоидными анальгетиками (НПВП, парацетамол) и трамadolом, а также при умеренной боли в качестве основного анальгетика (вместо трамadolа).

Материал и методы. В исследование включены 24 онкологических пациента в возрасте 26–68 лет с умеренно выраженным болевым синдромом длительностью более 7 дней и интенсивностью 1–3 балла по ШВО. Из них злокачественные новообразования в области головы и шеи имели 25 % больных, рак предстательной железы – 17 %, опухоли ЖКТ – 17 %, рак молочной железы – 12,5 %, другие локализации – 28,5%. Препарат назначали по следующей схеме: 200 мг на ночь в 1-е сут, далее по 100 мг 3 раза в сут, с постепенным повышением (при необходимости) до 600 мг в сут. Препарат назначали в дополнение к проводимой терапии при ее недостаточной эффективности. Основные параметры регистрировались на следующих этапах: до начала терапии Катадолон, затем на 3–4, 7–8 и 14-е сут приема препарата. Использованы следующие неинвазивные критерии объективизации: регистрация интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (%) и по 4-балльной шкале вербальных оценок (0 – боли нет; 1 – слабая боль; 2 – умеренная боль; 3 – сильная боль; 4 – нестерпимая боль); оценка физического состояния больного по шкале Карновски (%); оценка времени наступления и продолжительности анальгетического эффекта (ч); оценка побочных эффектов (ПЭ) терапии их частоты (%) и степени выраженности по 3-балльной шкале (слабый, умеренный, сильно выраженный ПЭ).

Результаты. До начала приема Катадолон 14 из 24 исследуемых пациентов принимали различные НПВП (диклофенак, кетонал), что не давало полного

купирования боли, хотя и уменьшало ее проявления. Остальные больные принимали трамadol (100–300 мг/сут) в сочетании с комплексными препаратами на основе метамизола (7 пациентов) и трамadol (200–400 мг/сут) в сочетании с НПВП (3 больных). Средний балл обезболивания по ШВО до начала терапии составил $1,58 \pm 0,44$, а средние показатели ВАШ – 67,6 %. Физическая активность по шкале Карновски составила 47 %, а длительность ночного сна – $5,2 \pm 1,8$ ч. Побочные эффекты предшествующего лечения боли были зарегистрированы у 20,5 % (сонливость, сухость во рту после приема трамadolа), они проявлялись в слабой степени и не требовали корректирующей терапии. На 3-и сут после начала приема препарата зарегистрировано умеренное снижение уровня боли у 41,6 % больных до $1,08 \pm 0,63$. Подавляющее большинство пациентов (16) не могли четко выделить временные характеристики начала и длительности эффекта Катадолон, но отмечали в той или иной степени уменьшение болевого синдрома в целом. С 4-х сут 6 пациентов (25 %) прекратили прием Катадолон из-за его неэффективности. Через 7 дней после начала терапии у 18 пациентов, продолживших прием Катадолон, отмечена стабилизация критериев оценки боли: снижение параметров интенсивности боли по ШВО ($0,98 \pm 0,53$) и ВАШ (34,8 %). Активность по Карновски в среднем повысилась на 14 %. Длительность ночного сна увеличилась до $7,3 \pm 1,5$ ч. В дальнейшем эти показатели не имели достоверных изменений к моменту окончания наблюдения на 14-е сут. У 4-х пациентов при резком усилении боли вследствие прогрессирования опухолевого процесса эффект Катадолон в дозе 400–600 мг/сут был недостаточен. Наилучшие результаты достигнуты у 12 пациентов с болевыми синдромами, не имеющими длительного болевого анамнеза. У них эффективность препарата была высокой, что позволило почти в 2 раза уменьшить дозы трамadolа и НПВП. Побочные эффекты Катадолон в средней суточной дозе 360,5 мг выявлены у 83,3 %, имели дозозависимый характер, выражены умеренно (37,5 %) и слабо (41,6 %), проявлялись со 2-х сут в виде головокружения, сонливости, слабости, что несколько ограничивало дальнейшее увеличение дозы препарата.

Заключение. Катадолон у онкологических больных наиболее эффективен при неосложненной соматической и висцеральной боли на начальном этапе формиро-

вания хронического синдрома как болезни. Побочные эффекты Катадолона носят дозозависимый характер, у большинства больных выражены слабо или умеренно, что не ограничивает физическую активность пациентов. Сочетанное назначение этого препарата способствует уменьшению дозы применяемых анальгетиков

(трамадола и НПВП) вдвое, что позволяет избежать или уменьшить их неблагоприятные побочные эффекты. Применение Катадолона способствует предотвращению кумуляции боли, перехода ее в хроническую форму, а при уже имеющемся хроническом болевом синдроме ведет к снижению ее интенсивности.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИОЛУЧЕВОГО, КОМБИНИРОВАННОГО И ЛУЧЕВОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ III–IV СТАДИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С.Б. Алиева, С.И. Ткачев, В.Л. Любаев, Е.Г. Матякин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, отдел радиологии, хирургическое отделение опухолей головы и шеи, хирургическое отделение опухолей верхних дыхательных и пищеварительных путей, г. Москва

Цель. Сравнительная оценка результатов химиолучевого, лучевого и комбинированного лечения больных местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи.

Материал и методы. 155 больных местно-распространенным раком головы и шеи (рак ротоглотки – 34, рак гортаноглотки – 46, рак подвижной части языка – 10, рак дна полости рта – 8, рак гортани – 24 больных) распределены на четыре группы. Первая группа (47 больных) получала 2 цикла индукционной химиотерапии и лучевую терапию. Облучение начиналось сразу же после окончания второго курса на фоне действия лекарственных препаратов. Вторая – один цикл химиотерапии непосредственно перед облучением, второй – после проведения к опухоли 40 Гр (37 больных) с продолжением лучевой терапии спустя 3 нед. Третья группа (33 больных) – 2 цикла химиотерапии, облучение в дозе 40 Гр с последующей операцией. Больные с неблагоприятным прогнозом в послеоперационном периоде подвергались дополнительной лучевой терапии. Четвертая группа получала лучевую терапию в самостоятельном варианте (38 больных). Химиотерапия проводилась: цисплатин по 100 мг/м² в 4-й день и 5-ФУ внутривенно, струйно с 1-го по 3-й дни по 1000 мг ежедневно.

Результаты. Все больные, включенные в исследование, завершили запланированную программу лучевого и химиолучевого лечения. Полный клинический эффект достигнут у 53,2 % больных с индукцион-

ной, у 54,1 % – с одновременной химиолучевой терапией, у 100 % больных с комбинированной и у 44,7 % – с лучевой терапией в самостоятельном варианте. Рецидивы заболевания (локальные и регионарные) выявлены у 20 % больных в группе с индукционной, у 25 % – с одновременной химиолучевой терапией, у 9 % – с комбинированной и у 47 % больных в группе с лучевой терапией. Отдаленные метастазы, соответственно группам исследования, выявлены у 6,4; 5,4; 3 и 10,5 % больных. Общее количество неудач по группам составило 63,8; 64,8; 12 и 86,8 %. Три и пять лет прожили в группе индукционной химиолучевой терапии – 33,5 и 28,9 %, в группе одновременной химиолучевой терапии – 35 и 30 %, в группе комбинированного лечения – 52 и 45,2 %, в группе лучевой терапии – 32 и 23 % соответственно. Поздние посттерапевтические осложнения в изучаемых группах выявлены у 12 больных из 155 (7,7 %) – остеомиелит нижней челюсти – 2, тризм III–IV степени – 2, перихондрит хрящей гортани – 5, рубцово-индуративные изменения кожи и подкожной клетчатки – 3. Восемь из них (9,5 %) получали химиолучевое лечение, двое (5,3 %) – лучевую терапию в самостоятельном варианте.

Выводы. Ведущее место в лечении местно-распространенных опухолей головы и шеи занимает комбинированный метод. Среди вариантов консервативного лечения предпочтение отдается химиолучевому методу.