

чением числа курсов полихимиотерапии возрастало число осложнений. При использовании только лучевого лечения кардиальные осложнения составляли всего 6%, а при комбинации его с 9—12 курсами полихимиотерапии этот показатель увеличился до 21%.

Таким образом, при проведении противоопухолевого лечения у больных ЛГМ необходимо учитывать как дозу ионизирующего излучения, так и кумулятивные дозы полихимиотерапии, которые при увеличенных значениях могут потенцировать осложнения со стороны сердца и перикарда.

© Коллектив авторов, 1994
УДК 616-006-009.7-08

В. В. Брюзгин, Е. В. Артемова, В. Е. Немчинов

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НЕНАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ

НИИ клинической онкологии

Хронический болевой синдром у онкологических больных в терминальной стадии их заболевания является наиболее тягостным страданием [1]. Результаты многочисленных исследований, опубликованные зарубежными авторами, свидетельствуют, что 50—80% больных при назначаемом им противоболевом лечении не получали достаточного облегчения своих страданий [2—8]. С другой стороны, многим больным врачи назначают сразу наркотические анальгетики, не применив вначале обычные ненаркотические обезболивающие препараты. Это вызвано тем, что далеко не все специалисты осведомлены о принципе трехступенчатого подхода в лечении болевого синдрома у онкологических больных. Согласно принципу трехступенчатой схемы лечения боли, как правило, следует начинать с ненаркотических анальгетиков, затем при усилении болевого синдрома переходить к слабым опиатам и только в случае их неэффективности использовать сильные опиаты. Одновременно рекомендуется не пренебрегать возможностью назначить вспомогательные лекарственные препараты (неспецифические противовоспалительные средства, антиспазматические и психотропные препараты, кортикостероиды и др.). Более подробно этот принцип описан в руководстве ВОЗ «Обезболивание при раке», которое практически должно стать настольной книгой каждого онколога [9].

В данной работе мы использовали ненаркотические анальгетики у онкологических больных, получавших ранее в связи с имеющимся болевым синдромом различные обезболивающие препараты как ненаркотические, так и наркотические. Однако лечение проводилось бессистемно, т. е. «по требованию» больного, а не «по схеме». Всего в исследование было включено 54 больных, находящихся в IV стадии заболевания с различной локализацией первичного опухолевого очага (табл. 1).

В большинстве случаев (35 из 54) боль носила соматический характер и была обусловлена первичным или метастатическим поражением костей, в 6 случаях боль была висцеральной, т. е. с метастатическим поражением

11. Dollinger M. R., Lacin D. M., Foye L. V. // J. A. M. A. — 1966. — Vol. 195, № 4. — P. 316—319.
12. Gams R. A. // Seminars Oncol. — 1988. — Jun. 7(2). — P. 184—186.
13. Romanelli R. // Tumori. — 1981. — Vol. 67(4). — P. 361—365.
14. Selvin A. P. // Lancet. — 1983. — Vol. 2. — P. 152—154.
15. Stevart J. R., Fajardo L. E., Cohn R. E. // Radiology. — 1968. — Vol. 91. — P. 814—817.

Поступила 27.08.92 / Submitted 27.08.92

V.V.Bryuzgin, E.V.Artemova, V.E.Nemchinov

TREATMENT FOR CHRONIC CANCER PAIN SYNDROME WITH NON-NARCOTIC ANALGESICS

Research Institute of Clinical Oncology

The chronic pain syndrome in terminal cancer patients is the greatest suffering [1]. Most foreign reports state that 50-80% of the patients do not receive sufficient relief from analgesics they are given [2—8]. On the other hand many patients are given narcotic analgesics from the very start without preliminary treatment with usual non-narcotic drugs. This is due to the fact that many doctors are not aware of the three-stage approach to cancer pain relief. According to this approach pain therapy should be started with non-narcotic analgesics, then it is continued with weak opiates as the pain increases and only after these drugs are found ineffective administration of strong opiates may be reasonable. It is also recommended to use auxiliary medication with non-specific antiinflammatory, antispasmodic and psychotropic drugs, corticosteroids etc. This approach is described in detail in the WHO manual on cancer pain relief that must become a handbook of every oncologist [9].

In our investigation we used non-narcotic analgesics to relieve pain in cancer patients previously treated with various drugs for pain, both narcotic and non-narcotic. But the treatment was asystemic, i.e. by patient's requirement rather than by schedule. The investigation was performed in a total of 54 stage IV disease patients with various primary lesion sites. These data are presented in table 1.

In most cases the pain was somatic and mainly caused by primary or metastatic bone lesions, in 6 cases the pain was visceral, i.e. due to visceral metastasis, and in the rest 13 cases the pain was neuropathic.

Pain intensity was assessed according to 10-point visual analog scale (VAS). In 23 cases it was scored 5—6, in the rest 31 cases 7—9.

Of the patients included in the investigation 29 received narcotic analgesics previously at 1 to 6 injections daily (promedol, omnopon), this treatment was discontinued and the patients further received the drugs mentioned below.

The purpose of this investigation was to evaluate treatment for pain, advised by the regional physician or on-

внутренних органов, у остальных 13 больных боль была нейропатической природы.

Интенсивность боли изначально оценивалась по визуальной аналоговой 10-балльной шкале (ВАШ). У 23 пациентов она составила 5—6 баллов, у 31—7—9 баллов.

Из числа включенных в данное исследование больных 29 уже получали наркотические анальгетики от 1 до 6 инъекций в сутки (промедол, омнопон), которые впоследствии были отменены в связи с переходом на лечение препаратами, указанными ниже.

Цель данной работы заключалась в оценке после недельного лечения по нашей схеме адекватности противоболевой терапии, проводившейся пациентам по рекомендации участкового терапевта или районного онколога, а в некоторых случаях предпринимавшейся по собственному усмотрению больного.

Группа пациентов (31 человек) получала противоболевую терапию на фоне специфического противоопухолевого лечения, 8 больных раком молочной железы постоянно получали поддерживающую гормональную терапию, остальные закончили специфическое противоопухолевое лечение более 1 мес назад.

Прием обезболивающих средств у всех больных, включенных в данное исследование, осуществлялся *per os* (таблетки, капсулы, пилюли). В качестве основных анальгетиков были использованы торалгин (фирма «Торрент», Индия, аналог анальгина) и парамол (фирма «Торрент», Индия, аналог парацетамола). Препараты назначали одновременно в разовой дозе 500 мг и при суточной дозе 2,5—3,0 г. Кроме того, мы использовали в качестве адьювантного препарата интебан (Япония, аналог индометацина) в дозе 25 мг на прием и суточной дозе 100—150 мг. Все лекарства рекомендовалось принимать по «часовой схеме»: 8—12—16—20—24 ч. Психотропные и стероидные препараты в данном исследовании не использовали.

В течение 7 дней все больные получали лечение только этими препаратами, их обезболивающее действие начиналось через 20—30 мин после их приема и длилось 4—4,5 ч. Контроль за лечением осуществлялся как самими больными путем заполнения специальной карты, где они перед каждым приемом отмечали уровень боли по 10-балльной системе, так и врачом противоболевого кабинета через 3 дня после начала исследования и через 7 дней, т. е. после окончания. В дальнейшем больные продолжали противоболевое лечение по данной схеме или другими препаратами под нашим наблюдением. Оценка последующего лечения не входила в задачу данной работы.

Как видно из табл. 2, у 13 больных после недельного курса лечения боль исчезла и необходимость в приеме любых анальгетиков отпала полностью. Еще у 26 пациентов эффект от приема упомянутых анальгетиков был также удовлетворительный, и они продолжали обезболивающее лечение ненаркотическими анальгетиками, в том числе 14 пациентов, получавшие ранее наркотические анальгетики.

Из числа больных, принимавших до нашего лечения наркотики по крайней мере 4 раза в сутки, трое снизили их дозу до 1 инъекции на ночь. Еще у 12 больных лечение не дало обезболивающего эффекта, в связи с чем данная схема лечения боли была отменена и больные продолжили противоболевую терапию с помощью получаемых ранее наркотических анальгетиков, в основном это были 8 пациентов с нейропатической болью, 3 — с висцеральной и 1 больная — с соматической болью. Интенсив-

Таблица 1

Table 1

Распределение больных в зависимости от локализации опухоли
Case distribution with respect to lesion site

Локализация первичной опухоли	Число больных
Рак молочной железы Breast cancer	21
Метастазы из невыявленного первичного очага Metastases of unknown primary lesion	8
Рак легкого Lung cancer	7
Опухоли головы и шеи Head and neck cancer	7
Рак толстой кишки Colonic cancer	2
Саркомы костей Bone sarcoma	2
Рак кожи и диссеминированная меланوما Skin carcinoma and disseminated melanoma	2
Опухоли яичка Ovarian tumor	2
Рак тела матки Endometrial carcinoma	1
Рак поджелудочной железы Pancreatic carcinoma	1
Опухоли мягких тканей Soft tissue tumors	1
Итого... Total...	54
Primary lesion site	No. of cases

cologist, or sometimes received by patients on their own accord, after completion of a 1-week therapy according to our schedule.

31 patients received pain relief therapy together with specific antitumor treatment, 8 breast cancer patients were on continuous maintenance hormonotherapy, the rest of the patients had completed specific antitumor treatment more than 1 mo before.

All the patients received oral analgesics (tablets, capsules, pills). The analgesics administered were toralgin (Torrent, India, an analgin analog) and paramol (Torrent, India, a paracetamol analog). The drugs were administered at a single dose 500 mg and a daily dose 2.5—3 g. Besides, we administered as adjunct the drug inteban (Japan, indomethacin analog) at a single dose 25 mg, and daily dose 100—150 mg. All the drugs were advised to be taken «by clock» according to the 8—12—16—20—24 hour schedule. We did not use psychotropic or corticosteroid drugs in our study.

For 7 days all the patients received therapy with these drugs only. The onset of pain relief was 20—30 min following administration and lasted for 4—4.5 hours. Control over treatment was exercised both by the patients themselves using a special chart where they assessed their pain before every administration of a drug according to a 10-point scale and by the doctor on day 3 and 7 following treatment onset. Pain relief treatment was continued according to the same schedule or with different drugs under observation of the doctor. We did not attempt to evaluate further treatment in our investigation.

As seen in table 2 the pain vanished completely in 13 cases following 1-week course of treatment. In another

ность болевого синдрома в этой группе больных достигала 8—9 баллов по ВАШ.

Побочное действие указанных выше обезболивающих препаратов в виде тошноты и желудочных болей было отмечено только в одном случае, в частности, у больной с метастазами рака молочной железы в кости скелета, у которой обезболивающая терапия эффекта не дала.

Исходя из вышеизложенного, можно отметить, что лечение боли у онкологических больных на первых этапах в подавляющем большинстве случаев может с успехом осуществляться ненаркотическими анальгетиками, и только в тех случаях, когда боль усиливается, а данное лечение не обеспечивает адекватного обезболивания, следует прибегать к наркотикам. Проведенное нами исследование показало, что у половины больных, использовавших для обезболивания наркотики, последние были назначены без достаточных оснований.

Таким образом, противоболевую терапию у онкологических больных, находящихся в терминальной стадии заболевания, следует начинать с применения ненаркотических анальгетиков в сочетании со вспомогательными лекарственными препаратами, т. е. использовать принципы трехступенчатого подхода, рекомендованные ВОЗ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bonica J. J. Treatment of cancer pain: current status and future needs / Eds H. L. Fields et al. // *Advances in pain research and therapy*. Vol. 9. — New York, 1985. — P. 589—616.
2. Cleeland C. S. // *Cancer* (Philad.). — 1984. — Vol. 54. — P. 2635—2641.
3. Kaiser C. B. // *Conn. Med.* — 1984. — Vol. 48. — P. 146—151.
4. Payne R. // *Amer. J. Hosp. Palliat. Care.* — 1991. — Vol. 6. — P. 19—26.
5. Swerdlow M., Stjernsward J. // *Cancer pain relief. An urgent problem.* WHForum. — 1984. — Vol. 3. — P. 325—330.
6. Twycross R. G. // *Clin. Oncol.* — 1984. — Vol. 3. — P. 3—15.
7. Walker M., Wong D. L. // *Amer. J. Nursing.* — 1991, June. — P. 32—36.
7. Walsh T. D. // *Rec. Res. Cancer Res.* — 1984. — Vol. 89. — P. 201—211.
9. Обезболивание при раке. ВОЗ. — Женева, 1989.

Поступила 20.05.92 / Submitted 20.05.92

Таблица 2

Table 2

Результаты лечения
Results of treatment

Эффект лечения	Число больных	
	всего	получавших наркотики
Отмена анальгетиков Narcotics withdrawal	13	—
Продолжение лечения ненаркотическими анальгетиками Continuation of therapy with non-narcotic analgesics	26	14
Снижение дозы наркотиков Reduction in narcotics dose	3	3
Продолжение приема наркотиков Continuation of therapy with narcotics	12	12
Итого ... Total ...	54	29
Result of treatment	total	following previous narcotic therapy
	No. of cases	

26 cases including 14 ones previously treated with narcotics the outcome of the treatment was satisfactory and the patients continued therapy with the same non-analgesics.

In 3 patients previously treated with narcotics at least 4 times daily the dose was reduced to 1 injection before night. In another 12 patients also receiving narcotics previously the treatment was inefficient and therefore discontinued. 8 of these patients had neuropathic, 3 visceral and 1 somatic pain. Pain intensity in these patients was scored 8—9 by the VAS scale.

Side effects of the above-mentioned drugs as nausea and stomach pain were detected in one case only, i.e. in the patient with bone metastases of breast cancer who did not respond to the pain relief therapy.

Thus the following conclusion may be drawn from the above-said. Cancer pain relief may at first be provided with non-narcotic analgesics in a vast majority of cases. Narcotics should be administered only if the pain is increasing and the therapy is inefficient. Our investigation has shown that in more than half patients previous therapy with narcotics was not clearly needed.

Thus, treatment for cancer pain in terminal cases should be started with non-narcotic analgesics in combination with auxiliary drugs, i.e. the principle of three-stage approach should be followed as recommended by the WHO.