

Пивенштейн Л.В., Демидов С.М.

Эффективность анальгезии высокими дозами тиамина хлорида при хроническом болевом синдроме у онкологических больных в зависимости от причины болевого синдрома

ГБУЗ СО СООД, Химиотерапевтическое отделение №2, ГБОУ ВПО УГМА, Минздравсоцразвития России, кафедра «Онкологии и медицинской радиологии», г.Екатеринбург

Pivenshteyn L.V., Demidov, S.M.

The effectiveness of analgesia with high doses of thiamine chloride in chronic pain in cancer patients depending on the cause of pain

Резюме

Цель работы – изучение эффективности анальгезии высокими дозами тиамина хлорида при ХБС в онкологии. Представлены результаты сравнения эффективности обезболивания по рекомендациям ВОЗ и использования методики тиаминизации при различных причинах хронического болевого синдрома 2-й и 3-й степени выраженности у пациентов с генерализованными и местнораспространенными злокачественными новообразованиями.

Ключевые слова: хронический болевой синдром (ХБС), адьювантная терапия, «тиаминизация», повышение эффекта анальгезии

Summary

Purpose - to study the effectiveness of analgesia with high doses of thiamine chloride at HBS in oncology. The results of comparing the effectiveness of pain management on the recommendations of WHO and the use of a technique for various reasons thiaminization chronic pain 2nd and 3rd degree in patients with generalized and locally advanced malignancies.

Key words: chronic pain syndrome (HBS), adjuvant therapy, 'thiaminization' an increasing effect of analgesia

Введение

При рассмотрении рекомендуемых на сегодня международных подходов к коррекции хронической онкологической боли, как фармакологических, так и нефармакологических (в том числе – хирургических), следует обратить внимание на важный факт. Несмотря на несомненные достижения в терапии боли, лечение тяжелых патологических болевых синдромов остается сложной как медицинской, так и социальной проблемой (1).

Это ситуация объясняется несколькими причинами: во-первых - недостаточной эффективностью наркотических анальгетиков, позиционируемых на сегодня как базовые средства терапии хронического болевого синдрома, при купировании наиболее сложной для купации нейропатической боли, во-вторых – наличием большого количества побочных эффектов практически у всех применяемых коанальгетиков. Это не всегда позволяет выбрать адекватную противоболевую комбинацию препаратов, не смотря на давно разработанные и постоянно совершенствующиеся рекомендации ВОЗ по коррекции хронического онкологического болевого синдрома. Нефармакологические (хирургические) методики в коррекции хро-

нической боли малоприменимы в связи с их высокой инвазивностью, что неприемлемо для тяжелого контингента больных. Таким образом, на сегодня на первом месте в коррекции хронического болевого синдрома стоит фармакологическая коррекция боли, позволяющая достичь эффекта в 70 – 80% случаев (1). С учетом сказанного, в интересах дальнейшего увеличения эффективности фармакологической коррекции хронического болевого синдрома актуально исследование новых препаратов – коанальгетиков, обладающих минимальным количеством побочных эффектов и адекватно купирующих хронический онкологический болевой синдром. Исходя из этого, нами при проведении исследования была поставлена цель – повышение возможностей противоболевого лечения у онкологических больных с хроническим болевым синдромом путем использования высоких доз тиамина хлорида в необходимой и адекватной дозе для купирования боли.

Одним из этапов исследования стало сравнение эффективности методики тиаминизации в зависимости от причины хронического болевого синдрома.

Работа основана на оценке эффективности примене-

ния стандартной методики обезболивания и дополнительного использования высоких доз тиамина хлорида при недостаточной эффективности рекомендаций ВОЗ, у пациентов с хроническим болевым синдромом 2-й и 3-й степени по критериям ВОЗ, находившихся на лечении в стационаре ГБУЗ СО СООД за период с 2000 до 2010 гг. В изучаемую группу включены пациенты с местно распространенными или генерализованными морфологически подтвержденными при световой микроскопии и/или иммуногистохимическом исследовании злокачественными новообразованиями молочной железы – 61 (19,0%), легкого – 72 (22,4%), головы и шеи – 54 (16,8%), злокачественными опухолями онкогинекологических локализаций – 42 (13,0%), онкологической патологией ЖКТ – 66 (20,6%) и меланобластомой – 26 (8,2%), имеющие болевой синдром 2-й и 3-й степени по критериям ВОЗ. В целом изучаемая группа состояла из 321 пациента (100%): 191 женщина (59,5%) и 130 мужчин (40,5%). Возраст пациентов находился в пределах от 20 до 79 лет. При этом 79 больных (24,6%) относились к возрастной группе 20 – 39 лет, 138 пациентов (43,0%) вошли в группу 40 – 59 лет, а 104 пациента (32,4%) отнесены к возрастной категории 60 – 79 лет. По причинам возникновения боли пациенты распределились следующим образом: у 157 больных (48,0%) – литические метастазы в кости скелета, в 37 случаях (11,5%) – смешанные метастазы в кости, у 98 (30,6%) наблюдалась метастатическое сдавление нервных стволов, у 29 (9,0%) – выявлен неудаляемый первичный очаг.

По завершении общей оценки изучаемой группы мы разделили пациентов, подлежащих изучению, на исследуемую – (n = 159) и контрольную – (n = 162) группы. Пациенты контрольной группы в нашем исследовании при 2-й степени выраженности боли получали с целью анальгезии НПВП и/или слабые опиаты, а при 3-й степени выраженности болевого синдрома морфин в сочетании с соответствующими адьювантами различных групп. Больным, вошедшим в исследуемую группу, в связи с недостаточной эффективностью трехступенчатого обезболивания, дополнительно проводилось обезболивание высокими дозами тиамина хлорида по методике тиаминизации – (дробное медленное внутривенное введение 5% раствора тиамина хлорида в дозах 30,0, 35,0 и 45,0 мл соответственно в течение трех дней с предварительной пре-

медикацией глюкокортикоидами (дексаметазон или преднизолон в эквивалентных дозах) и антиконвульсантами (карбамазепин).

Между группами производилось сравнение выраженности анальгетического эффекта в зависимости от причины болевого синдрома и степени выраженности боли. Эффективность анальгезии в обеих группах оценивалась по оригинальной четырехуровневой шкале, в которой:

1 балл – незначительное, кратковременное уменьшение количества применяемых анальгетиков с сохранением боли (неэффективное обезболивание).

2 балла – достижение удовлетворительного обезболивающего эффекта на стабильных дозах анальгетиков (незначительный эффект).

3 балла – стойкое снижение доз анальгетиков с сохранением анальгетического эффекта (удовлетворительный эффект).

4 балла – отмена части анальгетиков с сохранением эффекта анальгезии (хороший эффект).

Полученные данные представлены в таблице № 1.

Как видно из таблицы при рассмотрении данных по исследуемой группе в случае литического варианта костного метастазирования удовлетворительный эффект анальгезии отмечен у 24 пациентов (18,8%). Достаточно высокий обезболивающий эффект в данной подгруппе обнаружен у 14 больных (10,9%). Хороший эффект проводимого обезболивания выявлен у 41 пациента (32,0%). При смешанном типе метастазирования в кости скелета в 16 случаях (12,5%) эффект лечения был удовлетворительным, у 3 пациентов (2,3%) достаточно высоким, а еще у 3 (2,3%) – хорошим. При болях, обусловленных метастатическим сдавлением нервных стволов, у 37 пациентов (28,9%) оказалось неэффективным, а в 14 случаях (10,9%) при данной причине хронического болевого синдрома эффект обезболивания был удовлетворительным.

При исследовании данных по контрольной группе выяснено, что при литическом типе костного метастазирования у 69 пациентов (51,1%) обезболивание было неэффективным, а у 9 пациентов (6,7%) оказалось удовлетворительным. В случае смешанного типа скелетного поражения у 10 больных (7,4%) анальгезия была неэффективной, а у 5 пациентов (3,7%) продемонстрировала удо-

Таблица 1. Сравнение групп по эффективности обезболивания при 2 – й и 3 – й степени выраженности ХБС по критериям ВОЗ в зависимости от причины болевого синдрома

Группы пациентов	Эффект анальгезии /баллы/	Причина боли							
		Литич - е метастазы		Смешан - е метастазы		Метаст-е сдавление		Неуд - й очаг	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Исследуемая группа n=159	1					37	28,9	3	2,3
	2	24	18,8	16	12,5	14	10,9	4	3,1
	3	14	10,9	3	2,3				
	4	41	32,0	3	2,3				
Контрольная группа n=162	1	69	51,1	10	7,4	1	0,7		
	2	9	6,7	5	3,7	45	33,3	2	1,5
	3					1	0,7	8	5,9
	4							12	8,9

вствительный эффект. При болевом синдроме, возникшем при сдавлении нервных стволов неудаляемыми метастазами, у 45 пациентов (33,3%) в контрольной группе обнаружен удовлетворительный эффект обезболивания, у 1 пациента (0,7%) выявлен в этой подгруппе достаточно высокий эффект, что совпадает с частотой неэффективной аналгезии. В подгруппе пациентов, у которых хронический болевой синдром возник под воздействием неудаляемого опухолевого очага, выявлен удовлетворительный эффект у 2 пациентов (1,5%), достаточно высокий у 8 (5,9%), а в 12 случаях (8,9%) зафиксирован при данной причине болевого синдрома хороший эффект аналгезии в контрольной группе..

В целом при литическом варианте поражения костных структур удовлетворительный эффект обезболивания отмечался в исследуемой группе в 2,8 раза чаще, чем в контрольной группе. Эпизоды неэффективной аналгезии при литическом варианте костного поражения в исследуемой группе отсутствовали, в то время, как в контрольной группе они преобладали. Кроме того, в исследуемой группе имелось достаточное количество хороших и достаточно высоких эффектов аналгезии при литических метастазах, которые отсутствовали в контрольной группе. При смешанном типе метастазирования в кости удовлетворительный эффект аналгезии в исследуемой группе наблюдался в 3,4 раза чаще, чем в контрольной группе. Кроме того, в исследуемой группе имелись пациенты с достаточно высоким и хорошим эффектом аналгезии, отсутствовавшие в контрольной группе. Эпизоды же неэффективного обезболивания при смешанном костном метастазировании в исследуемой группе отсутствовали, в то время, как в контрольной группе – превалировали.

При болях, возникающих за счет сдавления нервных стволов метастатическими конгломератами, количество удовлетворительных эффектов аналгезии в исследуемой группе было в 3 раза ниже, чем в контрольной группе. Выявлено значительное преобладание эпизодов неэффективного обезболивания в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой. Помимо этого, в контрольной группе имелось малое количество пациентов с достаточно вы-

соким эффектом аналгезии, чего не наблюдалось в исследуемой группе при данной причине болевого синдрома.

В случае боли, обусловленной воздействием неудаляемого первичного очага удовлетворительный эффект аналгезии в исследуемой группе встречался в 2 раза чаще, чем в контрольной группе. В то же время в контрольной группе при данной причине болевого синдрома отсутствовали эпизоды неэффективной аналгезии, имевшиеся в исследуемой группе. Кроме того, в контрольную группу вошло значительное количество пациентов, у которых зафиксирован достаточно высокий и хороший эффект обезболивания, чего не отмечено при данной причине хронического болевого синдрома в исследуемой группе.

Выводы

Таким образом, при общем сравнительном анализе эффективности применения высоких доз тиамин хлорида и обезболивания по стандартным рекомендациям ВОЗ при 2 – й и 3 – й степени выраженности хронического болевого синдрома по критериям ВОЗ, выявлена большая эффективность методики тиаминизации при литическом и смешанном вариантах костного поражения. Отмечено снижение аналгетического эффекта высоких доз тиамин в подгруппах пациентов с болевым синдромом, возникающим за счет неопухолевых причин. Тем не менее, методика тиаминизации, хотя и в меньшей степени, оказывается целесообразной при коррекции хронического болевого синдрома с другими патогенетическими механизмами. Практические рекомендации - с учетом представленных выводов, целесообразно применение обезболивания высокими дозами тиамин хлорида при различных патогенетических вариантах хронического болевого синдрома, однако более перспективным представляется применение тиаминизации при болях, обусловленных поражением костей скелета при любом типе метастазирования.■

Пивенштейн Л.В., зав. кафедрой д. м. н. проф Демидов С.М., ГБУЗ СО СООД, Хирургическое отделение №2, ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

Литература:

1. Болевой синдром в онкологии. Под редакцией М.Е. Исаковой. – М. «Практическая медицина», 2011; 384.