

TESTINĖS MEDICINOS STUDIJOS

Onkologinių ligų sukulto skausmo konservatyvaus gydymo gairės

Dalia Skorupskienė

Kauno medicinos universiteto klinikų Onkologijos klinika

Raktažodžiai: onkologinių ligų sukeltas skausmas, paliatyvi priežiūra, PSO analgezijos „pakopos“, opioidai, pagalbiniai vaistai (adjuvantai), opioidų keitimas.

Santrauka. Onkologinių ligų sukeltas skausmas išlieka didele ir onkologinių ligonių, ir medikų problema. Išplitus ligai, nuo jo kenčia apie 80 proc. ligonių. Straipsnyje apžvelgtos šio skausmo priežastys, gydymo metodai, pasiūlytos skausmo konservatyvaus (neinvazinio) malšinimo gairės. Taip pat pateikta nauja opioidų keitimo lentelė, parengta Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos Skausmo klinikoje, aptariamoms onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo problemoms, medikams išlikusi terminų painiava, vaistų sukeliamų nepageidaujamų reiškinių korekcijos galimybės.

Įvadas

Vėžys buvo ir išlieka svarbi visuomenės sveikatos problema visose pasaulio šalyse. Pasaulyje kasmet apie 9 milijonai žmonių susserga vėžiu. Iki 2020 metų šis skaičius turėtų išaugti iki 15 milijonų. Lietuvoje kasmet registruojama iki 14 tūkst. naujų vėžio atvejų. Net apie 50 proc. ligonių, susirgusių vėžiu, pagydoma, tačiau ši liga vis dar baugina viso pasaulio gyventojus. Viena didžiausių baimės priežasčių yra ta, kad liga siejama su skausmu. Vėžio diagnozės nustatymo metu skausmą kenčia net 20–50 proc. ligonių, o, ligai išplitus, jų skaičius padidėja iki 75–80 proc. Pasaulyje kasdien nuo onkologinių ligų sukulto skausmo kenčia apie 4 mln. žmonių, iš jų daugelis (kai kur net iki 50 proc.) negauna tinkamo gydymo. Lietuvoje tokį skausmą kasdien kenčia 3–4 tūkstančiai ligonių, iš jų apie trečdalis – labai stiprų skausmą. Deja, skausmo malšinimas vėžiu sergantiems ligoniams daugeliu atvejų vykdomas chaotiškai, ligoniai nežino, kas turi jiems suteikti reikiamą pagalbą.

Tikslas. Šiame straipsnyje apžvelgiamos pagrindinės onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo problemos Lietuvoje, siūlomas konservatyvaus skausmo gydymo algoritmas, aptariamoms pagrindinės medikamentų grupės, opioidų skyrimo taisyklės, jų šalutinio poveikio korekcija, alternatyvios skausmo gydymo galimybės.

Onkologinių ligų sukulto skausmo gydymo problemos

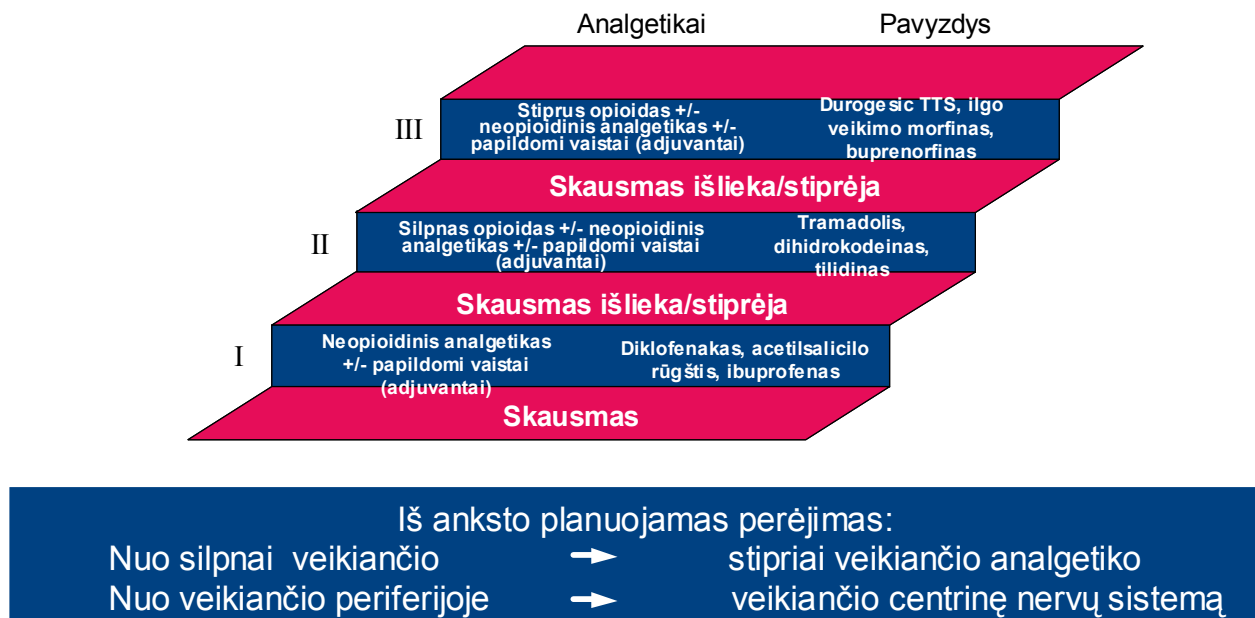
Priežastys, dėl ko nevykdoma reikiama skausmo

kontrolė, yra labai įvairios. Visų pirma narkomanijos baimė, nes narkotinių analgetikų vartojimas iki šiol laikomas pavojingu paciento sveikatai; juridinės problemos – didesnės šių vaistų dozės išrašymas; materialinės – vaistų kainos ir kiekis; organizacinės – vaistų pastovaus tiekimo, sandėliavimo; psichologinės: ligonis ar jo šeimos nariai nenori, kad jis vartotų stiprius analgetikus, slepiama diagnozė, manoma, jog narkotinius analgetikus galima vartoti tik paskutinių ligos stadijų metu, vos ne agonijos metu, neįvertinamas (ties paties ligonio, tiek medikų) skausmo intensyvumas, jo dažnis, medicinos personalas neturi pakankamai žinių apie analgeziją ir jos skyrimo būdus.

Dalį minėtų problemų sukelia žemas medicininio švietimo lygis bei mokymo trūkumai aukštesiose ir aukštesniosiose medicinos mokslo įstaigose, menkas visuomenės informuotumas bei švietimas. Morfino suvartojimas (kg/mln. gyv.), Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) vartojamas kaip rodiklis įvertinant skausmo malšinimo lygį šalyje, Lietuvoje ligi šiol išlieka vienas žemiausių pasaulyje.

Medikamentinio onkologinių ligų sukulto skausmo gydymo teorija ir praktika

1986 m. Pasaulinė sveikatos organizacija paskelbė dokumentą „Chroniniu vėžiu sergančių ligonių teisių deklaracija“, kur pabrėžiama, kad net 80–90 proc. onkologinių ligonių turi ir gali mirti be skausmo. Tais pačiais metais PSO paskelbė ir rekomendacijas šio skausmo malšinimo klausimais, vadinamąsias analgetikų skyrimo pakopas – „kopėčias“, kurios tapo



1 pav. PSO analgetikų pakopos („kopėčios“)

lėtinio skausmo malšinimo pagrindas visame pasaulyje. Rekomendacijose nurodomi pagrindiniai skausmo malšinimo būdai (tinkami vaistai, tinkamos dozės, tinkamais intervalais). Jis turi būti prieinamas visiems onkologiniams ligoniams, visų ligos stadijų metu (1). Pacientai, kurie nekenčia skausmo, daug lengviau pakelia agresyvų priešvėžinį gydymą, todėl skausmą reikia pradėti malšinti, kai tik jis atsiranda.

Onkologinių ligų sukulto skausmo medikamentinio malšinimo (analgezijos) pakopos pateikiamos pirmame paveiksle.

Šios metodinės rekomendacijos 2000 metais buvo papildytos ir patobulintos sumažinus narkotinių analgetikų vartojimo apribojimus, leidžiant iš karto skirti

stiprius narkotinius analgetikus (vadinamuosius trečiosios pakopos vaistus „peršokant“ kitas dvi pakopas), jei ligonis jaučia stiprų skausmą. 2001 m. spalio 24 d. Lisabonoje įvykusiame XI Europos onkologų suvažiavime *ECCO II* buvo pristatytas dar vienas naujas piramidinis onkologinių ligų sukulto skausmo diagnostikos ir malšinimo modelis, pagal kurį ligonis ir jo skausmas suprantami kaip visuma, kreipiamas dėmesys ne tik į fizinę skausmo prigimtį, bet ir į psichologines ir socialines problemas (2).

Lietuvoje galėtų būti priimtinas Amerikos skausmo asociacijos siūlomas (3) onkologinių ligų sukulto skausmo gydymo algoritmas (2 pav.).

Prieš pradėdant gydyti skausmą, būtina nustatyti

1. Skausmo priežasties, pobūdžio ir intensyvumo įvertinimas

2. Medikamentinis vėžio sukulto skausmo gydymas

3. Nemedikamentinis skausmo gydymas

4. Skausmo gydymo rezultatų įvertinimas ir gydymo plano peržiūra

5. Vėžio sukulto nuolatinio skausmo malšinimo ir paliatyvios ligonio priežiūros užtikrinimas

2 pav. Vėžio sukulto skausmo gydymo algoritmas

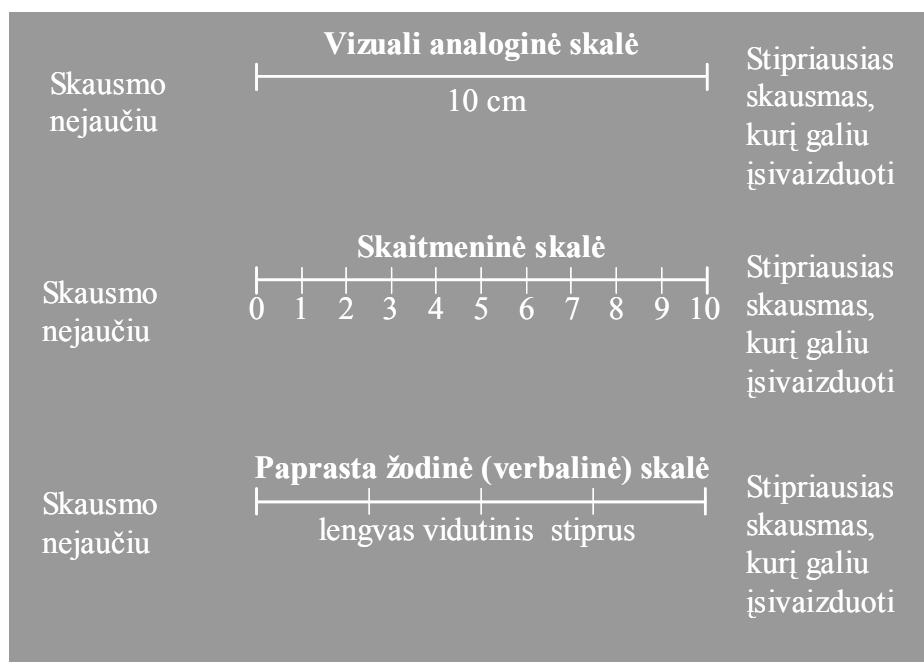
jo priežastį ir intensyvumą. Skausmas gali būti noci-cepcinis ir neuropatinis (dėl nervinio audinio pažeidimo). Jį sukelia: paties naviko, t. y. jo augimas ir spaudimas į kaulines struktūras, vidaus organus, nervų ar nugaros smegenų spaudimo reiškiniai; priešvėžinis gydymas (pvz., spindulinis nudegimas, chemoterapijos sukelti flebitai, neuropatijos, pooperacinių randų skausmas, fantominiai skausmai po amputacijų); ligos sukeltas neįgalumas (pragulos dėl priverstinės gulimos padėties ir kt.); kitos gretutinės ligos (osteoartrito, migrenos, diabetinės neuropatijos ir kt.). Šis skausmas gali būti ir psichogeninis, taip pat mišraus tipo, kai vienu metu veikia kelios jį sukeliančios priežastys. Nustačius skausmo priežastį, lengviau parinkti gydymo metodą, vaistų tipą bei skausmo profilaktikos priemonės, pvz., radikalų priešvėžinį gydymą (sumažinus naviką, sumažės ir jo spaudimo sukeltas skausmas), imobilizaciją (patologinio kaulo lūžio atveju), mankštą, odos priežiūrą, kad būtų išvengta pragulų.

Skausmas (jo intensyvumas ir pobūdis) turėtų būti įvertinamas kasdien naudojant skausmo skales, anketas ir kitas priemones. Lietuvoje lietuvių kalba jau išleistos kelios vizualinės analoginės skausmo vertinimo skalės (VAS) (3 pav.), kur skausmo intensyvumas vertinamas balais nuo 0 iki 10 (nuo „nėra skausmo“ iki „nepakeliamas skausmas“).

Pacientą būtina klausti apie skausmą, jo intensyvumą, pastovumą – tai palengvina skausmą, nes jie ne visada tai pasako. Be skausmo turi būti įvertinti ir kiti simptomai, kurie taip pat gali turėti įtakos skausmo

pojūčiui, t. y. miego sutrikimai, bloga nuotaika, depresinė būklė, neurologinė simptomatika ir kt. Jeigu įmanoma, atsakymus reikėtų patikrinti, apklausus šeimos nari, kuris galbūt suteiks informacijos, kurią ligonis nutyli arba negali suteikti. Įrodyta, kad onkologinių ligų sukulto skausmo laipsnis dažnai neteisingai įvertinamas, tada ligoniai negauna reikiamo gydymo. Suminiam skausmo jutimui įtakos turi ne tik somatinė, bet ir ligonio psichikos būklė, pyktis, nerimas, baimė, jo socialinė ir kultūrinė aplinka (4, 5). Sprendžiant šias problemas, galima gerokai sumažinti analgetikų ir kitų medikamentų dozes. Tam būtina, kad ligonis būtų gydomas vadinamuoju komandos metodu (angl. *team approach*), kartu dirbtų anesteziologas, onkologas, neurologas, psichiatras ar psichoterapeutas, socialinis darbuotojas, taip pat būtų padedama ligonio šeimai.

Pagal šiuo metu galiojantį 2002 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymą Nr. 112 (kovo 8 d.) vienam pacientui ant vieno specialaus (Nr. 2) recepto blanko galima išrašyti vieną stiprų narkotinių analgetiką septynioms dienoms. Receptas galioja penkias dienas. Įsakyme nurodoma maksimali vaisto dozė viename recepte (1 lentelė), o kitaip nenumalšinant skausmo, galima skirti net tris kartus didesnę dozę. Ilgiau veikiančias (iki 72 val.) transdermines terapines (TTS) fentanilio sistemas (*Durogesic* pleistrus) leidžiama iš karto išrašyti 30 dienų gydymo kursui. Tai pakankama dozė daugumai onkologinių ligonių, bet klinikinėje praktikoje tokia



3 pav. Vizualinė analoginė skausmo vertinimo skalė (VAS)

1 lentelė. Ištrauka iš LR SAM įsakymo Nr. 112 (2002 m. kovo 8 d.)

31. Vienam ligoniui vienu kartu leidžiama išrašyti narkotinių vaistų ar vaistinių medžiagų ne daugiau negu nurodyta

Vaisto ar vaistinės medžiagos pavadinimas	Matavimo vnt.	Kiekis
Dihidrokodeinas	g	3
Kodeinas (mišiniuose su n. medž.)	tab.	30
Kodeinas	g	3
Morfinas	g	2
Petidinas	g	1
Psichotropiniai vaistai		
barbiturinės rūgšties dariniai	amp., tab.	20
benzodiazepinai	amp.	30
	tab	60

dozė retai išrašoma. Šeimos gydytojai sumažina ir jau specialistų paskirtas, ilgą laiką ligonių vartotas opioidų dozes, dažnai nepasiūlydami jokios alternatyvos.

Nustačius vėžio sukkelto skausmo priežastį ir tipą, reikėtų skirti nuolatinę analgeziją. Jei tik įmanoma, labiausiai ligoniui priimtinu būdu arba transdermaliai skiriant individualią dozę, kartu vartojant ir kitus vaistus, mažinančius simptomus. Pagrindiniai vaistai tokiam skausmui gydyti yra nenarkotiniai analgetikai (I pakopa), silpni opioidai (II pakopa), stiprūs opioidai (III pakopa), kartu gali ir turi būti skiriama ir pagalbinių vaistų (adjuvantų), sustiprinančių analgetikų poveikį ir palengvinančių šalutines šių vaistų reakcijas.

Pirmos pakopos vaistai (aspirinas, paracetamolis, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, NVNU) ypač veiksmingi gydant mažo intensyvumo (1–3 balai pagal VAS) skausmą, sukeltą metastazių kauluose, minkštųjų audinių ir raumenų sudirginimo. Bet jie yra gana toksiški ir turi viršutinę dozės ribą – „lubų efektą“. Selektyvūs fermento COX 2 inhibitoriai turi mažesnę šalutinį poveikį, todėl gali būti skiriami ilgiau ir drauge su opioidais.

Silpnų opioidų grupei priklauso: kodeinas, dihidrokodeinas ir tramadolis. Jie skirti vidutinio intensyvumo skausmui malšinti (4–6 balai pagal VAS). Jei negalima skirti geriamųjų vaistų arba injekcijomis, esant vidutinio intensyvumo skausmui, galima skirti ir transdermines fentanilio sistemas.

Pagrindiniai trečios pakopos vaistai: morfinas, fentanilis, buprenorfinas ir kt. skirti stipriam ir labai stipriam skausmui (7–10 balų pagal VAS) malšinti. Jie gali būti skiriami neinvaziniu būdu (*per os*, *rectum*, transdermaliai, į nosį, po liežuvio) arba invazi-

niu būdu (i/m, i/v, po oda) įskaitant ir ilgalaikes daugkartinio naudojimo sistemas: švirkštus („pompas“) su poodiniais ar epiduriniais kateteriais, kuriais pats ligonis gali nusistatyti reikiamą paros dozę (PKA – paciento kontroliuojama analgezija). Reikalinga paros dozė nustatoma skiriant trumpo veikimo morfino hidrochlorido 1 proc. ar sulfato 1–2 proc. tirpalo injekcijas, arba tabletes (pvz., kas 4 val. po 10 mg) po 24–48 val. koreguojant paros dozę. Bent patenkinamai numalšinus skausmą (po 3–4 parų), pereinama prie ilgo veikimo (12–24 val.) morfino preparatų, t. y. morfino sulfato tablečių, suspensijos, žvakučių, fentanilio pleistro (72 val.), o tai ypač patogiu aktyviems, dirbantiems ligoniams. Jei morfinas buvo skirtas injekcijomis, geriama arba rektaliai skiriama jo dozė turi būti tris kartus didesnė negu prieš tai injekuota paros dozė (pvz., paros dozė injekcijomis 120 mg, rekomenduojama lėto veikimo morfino preparato paros dozė – 360 mg, t. y. 180 mg rytą, 180 mg vakare.). Trumpo veikimo opioidai gali ir turi būti vartojami skausmo proveržiams (angl. *breakthrough pain*) gydyti, jei, skiriant ilgesnio veikimo vaistą, jo veikimo metu skausmas staiga sustiprėja (po procedūros, didesnio fizinio krūvio ir t. t.) (6, 4). Viršutinės opioidų dozės ribos nėra, ją galima didinti tiek, kiek reikia. Tačiau būtina prisiminti, kad šių vaistų vartojimo negalima nutraukti staiga, per vieną dieną, nes pasireikš „abstinencijos“ simptomai – natūrali fizinės (ne psichologinės, kas reikštų narkomaniją) priklausomybės reakcija. Palaipsniui mažinant dozę, šios reakcijos galima išvengti (3). Norint išvengti terminų painiavos, pateikiami trys pagrindiniai apibrėžimai (2 lentelė).

Vartojant opioidus, užfiksuota ir šalutinių jų reiškinų: obstipacijos, pykinimas, vėmimas, kvėpavimo

2 lentelė. Terminų lentelė

Terminas	Požymiai
Tolerancija	Vartojant vaistą, net ir nedidėjant skausmo intensyvumui, ilgainiui reikės didinti dozę, nes mažes skausmą malšinantis poveikis
Fizinė priklausomybė	Staiga nutraukus vaisto vartojimą, randasi „abstinentijos“ reiškinių. Jų galima išvengti palaipsniui mažinant dozę
Psichologinė priklausomybė (narkomanija)	Nekontroliuojamas vaisto vartojimas, nepaisant ryškių šalutinių reiškinių, perdėtas „atsargų“ kaupimas, sukeliantis asmeninių ir teisinių problemų, vaisto vartojimo neigimas; gyvenimo kokybė nepagerėjusi

centro slopinimas; rečiau – neurotoksinis poveikis (traukuliai, kliesdys, haliucinacijos, hiperalgezija) (7).

Jiems išvengti arba sumažinti skiriama pagalbinių vaistų (antiemetikų, vidurius minkštinančių). Reikia pažymėti, jog kartais opioidų sukeltos obstipacijos gydymui įprasti vidurius minkštinantys vaistai neveiksmingi, ypač išsekusiems, paralyžiuotiems ligoniams. Tokiu atveju galima skirti geriamąjį morfino antagonistą naloksoną, kuris veikia tik žarnyne esančius morfino receptorių, neslopindamas bendro analgezinio opioido poveikio (8).

Taikomas ir opioidų keitimas, t. y. keičiant vieną stiprų analgetiką kitu, kartu perskaičiuojant dozes, pvz., fentanilio TTS žymiai rečiau (2–3 kartus) sukelia obstipacijas, pykinimą arba vėmimą. Jis veiksmingas viduriavimui gydyti (pvz., sergant kasos vėžiu, po chemoterapijos), kai ligonis turi problemų dėl per didelio geriamųjų vaistų kiekio. Keitimas atliekamas remiantis vaistų santykine potencija (3, 5), kartais leidžiama vartoti du opioidus vienu metu, pvz., per-

einant prie fentanilio pleistro, kuris pirmą parą dar neveikia, kartu skiriamas anksčiau vartotas morfino preparatas ir pan. Opioidų keitimo pavyzdys pateikiamas trečioje lentelėje.

Perdozavus narkotinių analgetikų (staiga paskyrus labai didelę dozę), skiriamas antagonistas naloksonas. Šio vaisto visada turi būti ligoninių skyriuose, todėl nustatyti reikalingą pradinę narkotinių analgetikų dozę geriau stacionaro sąlygomis – taip išvengiama galimų komplikacijų ir šalutinio vaistų poveikio baimės, vėliau galinčios ligoniui trukdyti vartoti jam būtiną morfina ar kitus vaistus.

Kartu su šiais vaistais vartojami pagalbiniai vaistai, t. y. adjuvantai (1, 3), kurie skirstomi į kelias grupes:

1. Vaistus, skirtus dauginėms indikacijoms (kortikosteroidai, neuroleptikai, antihistamininiai vaistai), pvz., padidėjusiam intrakranijiniam spaudimui, nugaros smegenų spaudimui gydyti.
2. Vaistai neuropatiniam skausmui gydyti (antidepresantai, prieštraukuliniai vaistai, vietiniai anestetikai, baklofen, ketaminas).

3 lentelė. Opioidų keitimo lentelė

(parengė A. Irlinas, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos Skausmo klinika)

Parenteraliai vartojamas vaistas	Geriami vaistai		Transdermaliai vartojamas vaistas
Morfinas l/m, i/v (mg) 6 × parą	Trumpo veikimo morfinas (mg) 6 × parą (pvz. V. Sevredol)	Ilgo veikimo morfinas (mg) 2 × parą (pvz., SPDoltard)	Fentanilis-Durogesic (mkg/val.) 1 × 3 paras
1,5	5	15	25
3	10	30	
5	15	45	
7	20	60	
9	25	75	50
12	35	100	
15	45	135	75
20	60	180	
			100

3. Vaistai kaulų pažeidimo sukeltam skausmui gydyti (radioaktyvūs: stroncis 89, samaris 153, renis 188, bifosfonatai, kalcitoninas, kiti osteoklastų inhibitoriai).
4. Vaistai, slopinantys šalutinį opioidų poveikį (antiemetikai, vidurius minkštinantys).

Gydant vėžio sukeltą skausmą vaikams ar vyresnio amžiaus ligoniams, reikėtų atsižvelgti į medžiagų apykaitos skirtumus, gretutinę patologiją. 1998 m. PSO išleido metodines rekomendacijas „Vaikų onkologinių ligų sukeltą skausmą gydymas ir paliatyvi slauga“, kur nurodomos tinkamos narkotinių analgetikų dozės, jų keitimo ypatybės (geresnis skausmą malšinantis poveikis vartojant metadoną, o ne morfiną) ir kt. Pavyzdžiui, morfino tabletėmis dozė: 0,5–1 mg/kg, kas 12 val., gali būti skiriama ir kas 8 valandas) (3, 9).

Gydant vyresnio amžiaus ligonius, didesnis pavojus perduoti opioidus, todėl jiems negalima staiga didinti dozės, būtina žinoti pagrindinių vaistų šalinimą iš organizmo dalyvaujančių sistemų organų (inkstų, kepenų) būklę, skirti jų nepakankamumą koreguojančius vaistus. Jei ligonis vartoja labai daug medikamentų, reikalingų gretutinėms ligoms gydyti, ypač geriamuosius, geriau, nustačius reikalingą paros dozę, skirti opioidus kitu būdu, t. y. transdermaliai arba rektalines žvakutes (3).

Be medikamentinių priemonių gali ir turi būti vartojamos ir nefarmakologinės procedūros: paliatyvi spindulinė terapija, kuri ypač efektyvi kaulų ir galvos smegenų metastazių sukeltam skausmui gydyti, esant odos išopėjimams (5); taip pat invazinės procedūros: nervų blokados, akupunktūra; TENS (transkutatinė elektroneurostimuliacija); neurolizė, neurochirurginės intervencijos.

Jų skyrimo būtinumą įvertins specialistai-konsultantai, todėl nuodugniai neištyrus ir nekonsultavus ligonio, negalima teigti, jog nieko negalima padaryti.

Nepavykus numalšinti skausmo konservatyviomis priemonėmis, tikslinga siųsti ligonį skausmo specialisto konsultacijos į Lietuvoje jau veikiančias skausmo klinikas (Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos ir Kauno medicinos universiteto klinikos) ar skausmo gydymo kabinetus (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Šiaulių, Klaipėdos ligoninės).

Paliatyvi onkologinių ligonių priežiūra

Skausmo kontrolė yra tik viena iš pagrindinių grandžių gydant onkologinėmis ligomis sergančius ligonius. Tokiems pacientams ne mažiau svarbu užtikrinti slaugos ir gydymo vientisumą. Ligonis turi būti stebimas ir gydomas nuo pat diagnozės nustatymo iki

galutinių ligos stadijų tiek namie, tiek ligoninėje. Pagrindinė skausmo malšinimo ir kito simptominio gydymo sąlyga – pagalbos priartinimas prie ligonio. Skausmo malšinimas yra tik viena iš sudėtinių paliatyvaus gydymo ir slaugos dalių. Yra ir kiti išplitusio vėžio simptomai: dusulys, nerimas, šlapinimosi, tuštinimosi sutrikimai, pragulos. Vien skausmo klinika arba kabinetai neišspręs šių ligonių priežiūros klausimų, todėl būtina Lietuvoje įtvirtinti paliatyvos priežiūros komandas (kad joje kartu dirbtų gydytojas – paliatyvos priežiūros specialistas, slaugytojai, socialinis darbuotojas, psichologas, pagalbininkai, t. y. savanoriai ir specialistai-konsultantai) sąvoką. Šios komandos tikslas – malšinti skausmą ir kitus vėžio simptomus, teikti ligoniui psichologinę pagalbą ir padėti jam gyventi kiek įmanoma aktyvų ir visavertį gyvenimą iki pat mirties. Be to, ši komanda turėtų teikti psichologinę pagalbą ligonio šeimai ir po jo mirties (10, 11). Ligonui, kenčiančiam skausmą, tokia pagalba užtikrintų nuolatinę reikiamą analgeziją, šalutinio vaistų poveikio kontrolę ir padėtų išvengti socialinės izoliacijos.

Apibendrinimas

Įvertinus dabartinę onkologinių ligonių situaciją Lietuvoje, galima teigti, kad iki pusės visų piktybinių navikų nustatoma III arba IV stadijos. Iki šiol net 80 proc. laiko nuo diagnozės nustatymo iki paciento mirties tenka radikaliai priešvėžiniam gydymui specializuotose onkologinėse įstaigose, o simptominis išplitusio vėžio gydymas, įskaitant ir skausmo malšinimą, paprastai gula ant šeimos, bendrosios praktikos gydytojų pečių. Šalyje nėra paliatyvos priežiūros sistemos. Šeimos gydytojai neturi pakankamai žinių, nežino, kur reiktų kreiptis pagalbos, konsultacijos onkologinių ligų sukeltam skausmui gydyti. Onkologinių ligų sukeltas skausmas gydomas chaotiškai, remiantis atskirų specialistų, dažnai pirmą kartą matančių sunkų onkologinį ligonį, rekomendacijomis. Pavienės paskaitos gydytojų tobulinimosi kursuose neišspręs esamos problemos, todėl turėtų būti glaudus bendradarbiavimas ir su specializuotomis onkologijos įstaigomis, ir su Vilniaus universiteto Medicinos fakultetu bei Kauno medicinos universitetu. Lietuvos Sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seime (1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833) pažymima, kad simptominio gydymo reikia apie 50 proc. onkologinių ligonių (1). Būtina plėsti slaugos ir palai- komojo gydymo įstaigų tinklą ir numatyti kitas galimybes šiam gydymui įgyvendinti kartu su globos ir rūpybos įstaigomis bei labdaros paramos organizacijomis. Taip pat svarbu plėsti psichologinės ir me-

dicininės reabilitacijos galimybes tokiems ligoniams bendradarbiaujant su socialinės globos ir rūpybos įstaigomis (1).

Išvados

Lietuvoje nėra išplėtos onkologinių ligonių skausmo gydymo bei paliatyvios jų priežiūros (aktyvaus simptominio gydymo) sistemos. Norint palengvinti onkologų, šeimos gydytojų ir kitų specialistų, susiduriančių su onkologinių ligų sukulto skausmo ligoniais, darbą, siūlomos šios onkologinių ligų sukulto skausmo konservatyvaus gydymo gairės.

1. Onkologinių ligų sukeltas skausmas turi būti pradedamas gydyti iš karto jam atsiradus nelaukiant, kol jis taps lėtinis.

2. Būtina nustatyti skausmo priežastį, nuolat įvertinti jo intensyvumą, pobūdį ir trukmę.

3. Gydymas pradedamas nuo medikamentų, remiantis 1996 ir 2000 m. koreguotomis PSO onkologinių ligų sukulto skausmo gydymo ir analgetikų

skyrimo rekomendacijomis. Būtina atsižvelgti į vaikų ir vyresnio amžiaus pacientų gydymo ypatybes, susijusias su medžiagų apykaitos skirtumais ir gretutine patologija.

4. Esant reikalui ir galimybėms, kartu su medikamentais skiriamos ir nefarmakologinės procedūros (paliatyvi spindulinė terapija ir kt.)

5. Kiekvieno paciento gydymas turi būti individualizuotas, koreguojamas pagal gydymo rezultatus, o, nepavykus numalšinti skausmo konservatyviomis priemonėmis, ligonis turi būti siunčiamas skausmo specialisto konsultacijos į Skausmo klinikas.

Norint pagerinti esamą onkologinių ligonių situaciją Lietuvoje, būtinas glaudus vyriausybinių, visuomeninių organizacijų, mokslo ir švietimo įstaigų, medikų ir visuomenės bendradarbiavimas sprendžiant iškilusias vaistų tiekimo, jų kompensavimo, receptų išrašymo ir kitas problemas, įdiegiant Lietuvoje skausmo malšinimo tarnybų tinklą ir paliatyvios priežiūros sistemą.

Conservative ways to treat cancer pain

Dalia Skorupskienė

Clinic of Oncology, Kaunas University of Medicine Hospital, Lithuania

Key words: cancer pain, palliative cancer care, WHO analgesic “ladder”, opioids, adjuvants, opioid rotation.

Summary. Cancer pain is a major problem for cancer patients, as about 80 percent patients with advanced cancer declare pain as their main symptom. The causes of the pain are very different: due to the main tumor, its metastases, anticancer treatment, debility caused by the cancer or other diseases. The cancer pain relief algorithm is proposed in the article, including determination of the cause, type, intensity of pain, its pharmacological and non-pharmacological management, opioid rotation rules, treatment of adverse drug reactions, etc.

Correspondence to Dalia Skorupskienė, Clinic of Oncology, Kaunas University of Medicine Hospital, Eivenių 2, 50010 Kaunas, Lithuania. E-mail: daliask@hotmail.com; onko@takas.lt

Literatūra

1. Looking forward to cancer pain relief to all. International Consensus on the management of cancer pain. WHO Collaborating Centre for Palliative Cancer Care, Oxford, UK; 1997.
2. New directions in cancer pain management: the role of the oncologist. Materials of the International Symposium, ECCO 11; 2001 24 Oct; Lisbon, Portugal; 2001.
3. Management of cancer pain. Clinical practice guideline No. 9. U. S. Department of Health and Human Services. AHCPR Publication No. 94-0592; 1994.
4. Cancer pain release. WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Madison, Wisconsin, USA; 2002. vol. 15 (4). p. 4.
5. Juozaitytė E, Skorupskienė D. Onkologinio skausmo malšinimo principai ir metodai. Skausmo medicina. (Principles and methods of oncologic pain relief. Pain Medicine.) Kaunas; 1998. p. 124-31.
6. Cancer pain release. WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Madison, Wisconsin, USA; 2000. vol. 13 (3-4). p. 2-3.
7. Pain 1999: An updated review. Refresher course syllabus. Cancer pain. Seattle (USA): International Association for the Study of Pain (IASP) Press; 1999. p. 3-35.
8. Pain 2002: An updated review. Refresher course syllabus. Pain in cancer patients. Seattle (USA): International Association for the Study of Pain (IASP) Press; 2002. p.11-27.
9. Cancer pain relief and palliative care in children. WHO, Geneva; 1998.
10. Symptom relief in terminal illness. WHO, Geneva; 1998.
11. Skorupskienė D. Pain medicine in Lithuania. Pain and Palliative Care on the Baltic coast. Materials of the 2nd International Symposium; Riga, 2001. p. 5.

*Straipsnis gautas 2003 10 21, priimtas 2004 06 02
Received 21 October 2003, accepted 2 June 2004*