

УДК: 615.212:616.71–006.04–08:615.849

## В.Т. Радомский, Н.М. Серегина, И.Е. Остапенко ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАЛБУФИНА ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ

*ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»*

**Радомский В.Т., Серьогина Н.М., Остапенко И.Е.** Досвід застосування налбуфіну при проведенні променевої терапії метастазів у кістки // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 82-84.

Препарат налбуфин виявляє високу анальгетичну активність і не має седативного ефекту. Його застосування дозволяє відмовитися від використання наркотичних анальгетиків, швидко усунути больовий синдром, а також повноцінно провести предпроменевоу терапію і сам процес опромінення.

**Ключові слова:** біль, метастази, знеболювання, «налбуфин».

**Радомский В.Т., Серегина Н.М., Остапенко И.Е.** Опыт применения налбуфина при проведении лучевой терапии метастазов в кости // Украинский медицинский альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 82-84.

Препарат налбуфин проявляет высокую анальгетическую активность и не имеет седативного эффекта. Его применение позволяет отказаться от использования наркотических анальгетиков, быстро купировать болевой синдром, а также полноценно провести предлучевую терапию и сеанс облучения.

**Ключевые слова:** боль, метастазы, обезболивание, «налбуфин».

**Radomskiy V.T., Seregina N.M., Ostapenko I.E.** The experience of nalbuphine application in X-rays therapy as bone metastases // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 82-84.

Nalbuphine has a high analgesic activity and doesn't have any sedation analgesic one or calming effect. One may refuse from narcotic analgesic application by virtue of this drug and it can suspend pain and conduct not only pre-radiation preparation but also irradiation process.

**Key words:** pain, metastases, anaesthetization, «nalbuphine».

**Введение.** Обезболивание является одной из важнейших задач в работе врача, поскольку боль служит основной причиной страданий и обращения пациента к медикам. Так, по оценкам ВОЗ, 90% всех заболеваний связано с болью, а пациенты с хронической болью в пять раз чаще обращаются за медицинской помощью, чем остальное население.

Боль является особым чувством, служащим сигналом о повреждении тканей или угрозе такого повреждения, вызывающим нарушение функций организма, физические страдания и негативные эмоциональные переживания. Характеристика боли включает ее временные параметры, интенсивность, топографию, качество и факторы, способные обострить или успокоить боль. Для градации интенсивности или тяжести боли уже более десяти лет используется шкала уровня боли, позволяющая пациентам и врачам оценить эффективность терапии. Чаще используется числовая шкала от 0 до 10 баллов, где 8 – 10 баллов оцениваются как сильная боль, 4 – 7 баллов – умеренная, а 1 – 3 балла – слабая [1].

Различают физиологическую (острую) боль и патологическую (хроническую, длительную или постоянную) боль. И острая, и хроническая боли по своему происхождению могут быть разделены на три больших категории: ноцицептивную, нейропатическую и психосоматическую.

Ноцицептивная боль, возникает при повреждении тканей (например, повреждение костей при метастазах) и является наиболее распространенной у онкологических больных. Метастатические повреждения костей являют-

ся одной из наиболее частых причин развития болевого синдрома у онкобольных [5].

Особенности течения болевого синдрома у онкобольных могут значительно влиять на тактику его терапии. И чем шире выбор болеутоляющих средств, тем более гибко может изменяться тактика лечения [2].

Лучевая терапия применяется при лечении болевого синдрома, который возникает из-за метастатического поражения костей. На ранних стадиях развития метастаза боль обусловлена раздражением внутрикостных и периостальных нервных окончаний за счет выделения цитокинов и увеличения внутрикостного кальция [7]. Подобная боль не связана с нагрузкой на кость и может даже усиливаться в состоянии покоя. Однако по мере нарастания деструкции появляется так называемая функциональная боль, обусловленная механическим ослаблением костных структур и их нестабильностью [3]. Функциональная боль усиливается при нагрузке на пораженную кость (движение, поднятие тяжестей) и может свидетельствовать о риске развития патологического перелома. Целью лечения является уменьшение болевого синдрома, предупреждение развития патологических переломов, повышение подвижности. Полноценное проведение предлучевой подготовки, процесса облучения в современной клинической практике достигается главным образом с помощью болеутоляющих средств. Среди них наиболее широко применяются неопиатные анальгетики, представленные нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС). Однако эти препараты эффективны лишь при боли

слабой и умеренной интенсивности, за исключением, возможно, инъекционных форм которые оцениваются, как более активные [4].

Для купирования сильной боли применяют опиоиды. Использование агонистов опиоидных рецепторов (морфин, фентанил, тримеперидин) в современной медицинской практике стараются свести к минимуму. Эти препараты могут вызывать выраженное угнетение дыхательного центра, тошноту, рвоту, парез кишечника, а при длительном применении — развитие зависимости. Более благоприятным профилем безопасности обладают лекарственные средства, являющиеся агонистами-антагонистами опиоидных рецепторов, представителем которых является налбуфин. Последний в Великобритании, например, чаще, чем все остальные анальгетики для парентерального введения, применяется у амбулаторных пациентов с выраженным болевым синдромом. Причем до 2001 г. налбуфин был единственным из подобных препаратов, разрешенных к применению парамедиками [6]. Анальгетический эффект налбуфина связан с активацией опиоидных рецепторов – κ (каппа). Кетоциклозацин и диноर्फин являются прототипом экзогенных и эндогенных лиганд. Результатом воздействия на эти рецепторы является аналгезия, седация, дисфория и психоиметические эффекты. Связывание с κ-рецептором подавляет высвобождение вазопрессина, что приводит к повышению диуреза. Эти рецепторы распределены в головном мозге и областях спинного мозга, принимающих участие в ноцицепции [9]. Таким образом, анальгетический эффект налбуфина осуществляется преимущественно на уровне первого синапса ноцицептивной системы. По отношению к μ-рецепторам налбуфин является антагонистом (смешанный агонист-антагонист). В связи с этим налбуфину не свойственны многие нежелательные побочные эффекты традиционных опиоидных агонистов наркотического ряда – прежде всего способность вызывать зависимость. Не характерны для нал-

буфина и такие нередко возникающие побочные явления опиоидной терапии, как тошнота (рвота), головокружение, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта (запоры), моче- и желчевыводящих путей (задержка мочи и желчи). Опасность депрессии дыхания, возможной при использовании эффективных анальгетических доз наркотических анальгетиков, при лечении налбуфином минимальна. Накопленный опыт широкого применения налбуфина свидетельствует о том, что это эффективный препарат с благоприятным профилем безопасности.

**Цель исследования.** Изучить возможности применения препарата налбуфин при лучевом лечении метастазов в кости.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов применения препарата налбуфин в отделении лучевой терапии №1 (ОЛТ №1) Луганского областного клинического онкологического диспансера (ЛОКОД) в терапии сопровождения облучения метастатического поражения костей за период 2011 – 2012 гг.

Под наблюдением было 44 пациента с метастатическим поражением костей разной локализации:

- ✓ рак молочной железы – 14 чел.;
- ✓ рак предстательной железы – 17 чел.;
- ✓ рак поджелудочной железы – 1 чел.;
- ✓ рак яичников – 2 чел.;
- ✓ рак легких – 5 чел.;
- ✓ рак прямой кишки – 3 чел.;
- ✓ без выявленного первичного очага – 2 чел.

Возраст пациентов варьировал от 40 до 69 лет. Общее состояние оценивалось как средней степени тяжести (по распространенности процесса). Из них 22 пациентам применялся налбуфин в дозе 10 мг/1 мл внутримышечно за 30 – 40 минут до сеанса облучения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты применения представлены в таблице.

№	Количество человек/%	Время наступления анальгетического эффекта, мин.	Время наступления макс анальгетического эффекта, мин.	Длительность действия, часы	Оценка эффективности по шкале боли, баллы
1	15/68	10	30	до 12	0 – 1
2	5/23	15	40 - 45	4 – 6	3
3	2/7	20 – 25	60	2,5 – 3	6

Из таблицы видно, что у 68% пациентов наблюдается наступление быстрого анальгетического эффекта с максимальным снижением интенсивности боли (до 0 – 1 балла) на длительное время. Этим пациентам налбуфин применялся 1 раз в сутки. У 23% пациентов наступление анальгетического эффекта было несколько отсрочено, снижение интенсивности боли отмечалось до 3 баллов, но не было необходимости в повторном введении препа-

рата. Лишь у 7% больных отмечалось уменьшение боли до 5 – 6 баллов с длительностью действия препарата до 3-х часов, что вызвало необходимость введения препарата 2 раза в сутки.

По результатам наблюдений в группу с наилучшим анальгетическим эффектом преимущественно входили пациенты с раком молочной железы и предстательной железы. Тогда как у пациентов с раком яичников наблю-

дался более отсроченное обезболивающее действие.

Побочные эффекты, описанные в литературе, у наших пациентов в основном не наблюдались. Лишь 1 пациент с раком поджелудочной железы отмечал вялость и сонливость, которые после уменьшения дозы препарата устранились.

**Выводы:** Таким образом, применение налбуфина дает возможность полноценного проведения предлучевой подготовки и сеанса облучения при выраженном болевом синдроме у больных с метастазами в кости т. к.:

- ✓ по силе обезболивания равен наркотическим анальгетикам;
- ✓ быстрое начало действия и длительный эффект;

- ✓ высокий профиль безопасности в отношении побочных эффектов (не угнетает дыхание, не вызывает тошноту и рвоту, запоры, не влияет на работу сердечно-сосудистой системы);

- ✓ при превышении разовой дозы не угнетает дыхание и сохраняет обезболивающий эффект;

- ✓ не вызывает привыкания;

- ✓ не включен в «Перелік наркотичних засобів психотропних речовин і прекурсорів», утвержденный Кабинетом министров Украины, что упрощает процедуру назначения и списания обезболивающих средств;

- ✓ возможность амбулаторного применения.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. **Бондар Г.В.** Паліативна медична допомога: посіб. / Григорій Васильович Бондар, І.С.Вітенко, О.Ю.Попович. – Д.: «Донеччина», 2004. – 80 с.
2. **Бобров О.Е.** Лечение болевого синдрома в онкологии / О.Е. Бобров, Л.Н. Брындиков – Р.: Каллиграф, 2003. – 196 с.
3. **Ганул В.Л.** Знеболююча терапія хворих на злоякісні новоутворення: посіб. / Валентин Леонідович Ганул, В. Шишкіна, О. Пономарьова. – К.: Юніверс, Піраміда, 2003. – 92 с.
4. **Гранов А.М.** Лучевая терапия в онкологии / А.М. Гранов, В.Л. Винокуров – СПб.: Фолиант, 2002. – 347 с.
5. **Жуков Н.В.** Метастатическое поражение костей / Н.В. Жуков // Практическая онкология. - М. – 2009. - №3. – С.45-48.
6. Инструкция к медицинскому использованию препарата «Налбуфин»/ -К.: утвержденная приказом Министерства здравоохранения Украины от 25.02.09 г. №120.

7. Основные подходы и результаты консервативного лечения больных с метастазами в кости / **В. Каллистов, А. Николаев, С. Одинцов, Т. Чуприк-Малиновская.** – М., 2004. – 80 с.

8. **Кобеляцкий Ю.** Современные аспекты использования смешанного агониста-антагониста опиоидных рецепторов налбуфина в клинической практике / Ю. Кобеляцкий // Острые и неотложные состояния в практике врача. - Днепрпетровск. - 2012. – №1. – С. 61-64.

9. **Осипова Н.** Опиоид ненаркотической группы налбуфин: возможности в лечении острой и хронической боли / Н. Осипова // Медицина целевые проекты. – М. – 2012. - №11. – С. 56-59.

*Надійшла 17.03.2014 р.  
Рецензент: проф. Ю.М. Вовк*