

Павел Борисович ЗОТОВ –
доцент кафедры психиатрии, наркологии и
психотерапии ФУВ и ППС Тюменской
государственной медицинской академии,
кандидат медицинских наук
Татьяна Викторовна КУЦЕВА –
врач высшей категории отделения
анестезиологии и реанимации Тюменского
областного онкологического диспансера

УДК 616-006:34

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

АННОТАЦИЯ. В статье рассматриваются некоторые медицинские и правовые аспекты лечения хронических болей у онкологических больных. С позиций регламентирующих документов описаны методы и средства противоболевой терапии, рекомендованные для применения в паллиативной онкологии. Приводятся данные о причинах малой эффективности этих методов в широкой онкологической практике. Анализируется случай самоубийства больной раком желудка, страдающей хронической болью.

Ключевые слова: онкология, хроническая боль, онкосуицид.

The authors consider several medical and juridical aspects of chronic oncological pain treatment and taking into consideration regulating documents describe methods of anti-pain therapy that are recommended for palliative oncology. The data of the causes of these methods poor effectiveness are offered. A suicide case of a patient with stomach cancer that was the cause of chronic pain is analyzed.

Боль является одним из самых распространенных и тяжелых синдромов при раке. Около 40% больных с промежуточными стадиями заболевания и 60–87% с генерализацией опухолевого процесса испытывают боль от умеренной до сильной [7], но лишь немногие из них получают адекватную анальгетическую терапию [1, 3]. Плохо контролируемый хронический болевой синдром (ХБС) ограничивает социальную активность и способность самообслуживания больных, снижает качество их жизни [3] и нередко способствует формированию повышенной суицидальной готовности [2]. Оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам с хронической болью является важной задачей в системе комплексного лечения онкологических больных и требует от врача владения хотя бы минимальным объемом правовых знаний. В настоящей статье отметим лишь некоторые, на наш взгляд, основные правовые аспекты противоболевой терапии.

Наиболее широко оказание медицинской помощи гражданам отражено в Конституции РФ. Согласно ст. 41 п. 1 «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Более конкретно помощь лицам с болевым синдромом оговаривается в Федеральном законе № 30 в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1998). В статье 30 – «Права пациента» говорится: «При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами».

В настоящее время объем «доступных способов и средств» достаточно велик. В паллиативной онкологии при оказании помощи больным с хронической болью наиболее оптимальным и простым является метод трехступенчатой системной фармакотерапии, предложенный в 1986 году экспертами ВОЗ [5].

Согласно этой схеме при хроническом болевом синдроме слабой интенсивности (I ступень) назначается периферический анальгетик (аспирин) в сочетании с адьювантными средствами. При боли средней интенсивности (II ступень) дополнительно добавляется слабый центральный анальгетик (кодеин). В случае сильной боли (III ступень) слабый опиатный анальгетик заменяется на сильный (морфин), при условии сохранения получения больным периферического анальгетика и адьювантной терапии.

В модификации отечественных авторов [6] при умеренной боли (II ступень) вместо кодеина широко применяются промедол, просидол или опиоидный анальгетик трамал (синонимы: трамадол, традон, синтрадон и др.). При сильной боли (III ступень) вместо морфина назначают бупренорфин (синонимы: бупренекс, торгесик, сангезик, но-пен, норфин, анфин и др.). В случае очень сильных болей (IV ступень) рекомендуются применять морфий пролонгированного действия (например: МСТ-континус).

Системная фармакотерапия может применяться самостоятельно или в сочетании с другими нефармакологическими методами.

Согласно приказу МЗ РФ № 270 от 12.09.1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации» [4] в составе паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований возможно проведение: паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия); инвазивных методов обезболивания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, химическая денервация, хордотомия); детоксикации; электроимпульсной терапии; лазеротерапии; тиаминовых блокад и др. Большинство из указанных методов, обладающих прямым или опосредованным анальгетическим эффектом, могут широко использоваться в амбулаторной поликлинической практике (исключая некоторые виды блокад) в условиях города или ЦРБ. Практически все эти методы могут применяться самостоятельно.

Хороший эффект при минимальных экономических затратах позволяют получить указанные выше методы физиотерапии: лазеротерапия (внутривенная, чрескожная и др.); электроимпульсная терапия (в виде чрескожной или транскраниальной электроанальгезии).

В целом, предлагаемые в настоящее время для широкой практики методы лечения боли у онкологических больных методически достаточно хорошо разработаны. Их правильное применение позволяет добиться полного контролирования или значительного снижения выраженности боли у подавляющего числа пациентов.

Как показали наши исследования, на практике эффективность противоболевой терапии, проводимой у онкологических больных в условиях общей лечебной сети, значительно ниже, что обусловлено рядом причин:

- отсутствие широкого применения диагностических шкал интенсивности боли (шкала вербальных оценок – ШВО; визуально-аналоговая шкала – ШВО);
- недостаточная дифференциальная диагностика болевых синдромов;
- незнакомство врачей общей лечебной сети с принципами системной фармакотерапии хронической боли;
- малое применение неинвазивных форм анальгетиков (капли, свечи, ингаляции, таблетки);
- неиспользование нефармакологических методов лечения боли (электронейростимуляция, лазеро-, магнитотерапия) и др.

Следующий клинический случай из нашей практики наиболее полно характеризует описанные выше положения.

Клинический случай. Больная О., 72 г.

Диагноз: Рак тела желудка, 4 ст, 4 кл. группа. Болевой синдром.

Из анамнеза: опухоль была выявлена случайно, после госпитализации пациентки в больницу интенсивного лечения в экстренном порядке с диагнозом острого желудочного кровотечения. После остановки кровотечения больная находилась

под наблюдением участкового терапевта в поликлинике по месту жительства. (Далее в динамике указывается дата осмотра, жалобы больной и назначения врача — по данным точных цитат записей в амбулаторной карте).

9 июня. Жалобы на выраженные боли в эпигастрии, голове. Назначено: баралгин по 5,0 в/м, при болях.

21 июня. Жалобы: выраженные боли. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в сутки, реланиум по 2,0 в/м 2 раза в сутки, нозепам 2 таб. на ночь.

6 июля. Жалобы: не указаны. Назначено: промедол по 1,0 в/м 1–2 раза в день, трамал по 2,0 в/м 1–2 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь.

31 августа. Жалобы: периодические боли в эпигастрии. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в день, трамал по 1 капс. 3 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь.

30 октября. Жалобы: улучшение состояния, уменьшение болей. Назначено: промедол по 1,0 1 раз в сутки, трамал по 1 капс. 3 раза в день, нозепам по 1 таб. на ночь.

11 ноября. Обнаружен труп больной. Больная повесилась у себя дома — завершённый суицид через повешение.

Экспертное заключение: при анализе записей врача в амбулаторной карте обращает внимание отсутствие в большинстве дневников описания локализации и характера болей. Согласно записям интенсивность болевого синдрома была максимальной в июне-июле. В дальнейшем, несмотря на прогрессирование рака, без расширения объема противоболевой терапии интенсивность боли стала снижаться (?). Дозы анальгетиков, назначаемых врачом в последний месяц жизни больной, снижались.

При анализе фармакотерапии боли можно отметить, что: на первых этапах лечения анальгетики назначались не по часам, а по требованию — «при болях»; в последующем введение препаратов осуществлялось без учета длительности их болеутоляющего эффекта — «1–2 раза в день»; опиоидные препараты назначались на фоне опиатных анальгетиков (трамал + промедол); вообще не использовались адьювантные средства, с учетом локализации опухоли (N₂-блокаторы, спазмолитики, гемостатическая терапия и др.).

Можно предположить, что проводимое лечение сыграло не последнюю роль в совершении самоубийства больной. Хотя для достоверных выводов необходим весь комплекс психо-социальных и медицинских данных. Тем не менее, при определенных условиях, приведенный клинический случай может подпадать под действие статей 110 и 124 Уголовного Кодекса РФ: статья 124 «Неоказание помощи больному» и статьи 110 «Доведение до самоубийства».

Таким образом, приведенные в настоящей работе данные свидетельствуют о важности правовых аспектов при оказании помощи онкологическим больным с хронической болью. При работе врач должен учитывать не только права пациента, но и возможность несения уголовной ответственности за причиненный здоровью вред.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исакова М. Е. и соавт. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. М., 1994. 192 с.
2. Зотов П. Б. Суицидальное поведение больных распространенными формами злокачественных новообразований // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Уфа, 1998. 20 с.
3. Новиков Г. А., Осипова Н. А., Прохоров Б. М. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным // Рос. онкол. журнал. 2001. № 2. С. 49–52.
4. О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации. Приказ МЗ РФ № 270 от 12.09.97 г. 32 с.
5. Обезболивание при раке // ВОЗ. Женева, 1994. 56 с.
6. Осипова Н.А. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков / Методические указания. М., 1999. 20 с.
7. Bonica J.J. The management of Pain. 2nd edit. V. 1. Philadelphia. London, 1990. 958 p.