

OPIOFOBIJA

ŠTA PLAŠI ZDRAVSTVENE RADNIKE

Svake godine u Republici Srbiji dijagnostikuje se oko 32.000 novih slučajeva maligne bolesti, a godišnje od raka umre oko 20.000 ljudi. Bol je najčešći i najteži simptom maligne bolesti, koji najviše plaši bolesnika i porodicu. Bol se definiše kao neprijatan senzorni i emocionalni doživljaj, koji je udružen sa postojećim ili mogućim oštećenjem tkiva ili koji opisujemo rečima koje odgovaraju tom oštećenju. Javlja se kod oko 60% bolesnika, u svim fazama maligne bolesti, s tim da se učestalost i jačina bola povećavaju kako bolest napreduje. Oko 25-30% bolesnika ima jake bolove. Neotklonjeni bol ne izaziva samo patnju bolesnika, već i njegove porodice i prijatelja.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), kancerski bol moguće je otkloniti kod većine bolesnika (70-90%). Metod SZO zasniva se na farmakoterapiji lekovima koji se primenjuju na najmanje invazioni način (oralno, na prvom mestu), po satnici, u skladu sa jačinom bola i individualnim karakteristikama bolesnika i bolnog sindroma. Opioidni analgetici su ključni lekovi, bez kojih uspešna terapija umereno jakog i jakog kancerskog bola nije moguća. Prema tzv. analgetičkim stepenicama SZO, svaki bolesnik sa jačinom bola $\geq 5/10$ na numeričkoj skali za jačinu bola (0: bez bola, 10: najjači mogući bol) trebalo bi da bude liječen opioidima.

Analgetičke stepenice SZO

1 1-4

Paracetamol
NSAIDs
± koanalgetik

2 5-6

Tramadol
± koanalgetik

3 7-10

Morfin
Hidromorfon
Fentanil TD
Metadon
± koanalgetik

Preporuke za lečenje kancerskog bola (SZO i Nacionalni vodič za palijativno zbrinjavanje), kao i odgovarajući lekovi dostupni su svim lekarima. Na našem tržištu nalaze se i slabi (tramadol) i jaki opioidi (morfin, hidromorfin, Fentanil TD i metadon). Ipak, svedoci smo da u svakodnevnoj praksi lečenje kancerskog bola nije zadovoljavajuće. To potvrđuju i statistike SZO, prema kojima je lečenje kancerskog bola uspešno samo u oko 50% slučajeva. Prema tome, postoji veliki jaz između onoga što je moguće učiniti i onoga što se zaista čini.

Razlozi za neuspeh u lečenju kancerskog bola su mnogobrojni, a kao jedan od najvažnijih navodi se opiofobija, koja se definiše kao preterani strah od terapijske upotrebe opioida. Rizik od opioidnih analgetika procenjuje se kao preveliki u odnosu na terapijsku korist. Umesto da se koriste, opioidi se izbegavaju, što ima za posledicu neuspešno lečenje bola i nepotrebnu patnju bolesnika i njegove porodice. Opiofobija je veoma raširena i prisutna je na svim nivoima, od lekara do šire javnosti.

Opiofobija
zdravstveni radnici
bolesnik/podrođica
zakonodavac
šira javnost

Ankete sprovedene među lekarima pokazuju da se oni plaše razvoja zavisnosti, tolerancije i neželjenih dejstava opioida. Takođe, plaše ih i restriktivni propisi kojima se kontroliše propisivanje opioida kao narkotika. Zbog toga lekari ne propisuju opioide onda kada je to indikovano jačinom bola, propisuju ih u manjim dozama od potrebnih (tzv. subdoziranje), produžavaju intervale doziranja opioida ili ih ukidaju čim se bol otkloni, bez obzira što je uzrok bola i dalje prisutan. Bolesnicima se na taj način uskraćuju opioidi kao najefikasniji i najbezbedniji lekovi za dugotrajno lečenje kancerskog bola.

Opiofobija zdravstvenih radnika

Opiofobija:

Strah od razvoja jetrogene zavisnosti, tolerancije, neželjenih dejstava opioida i restriktivnih propisa koji kontrolišu propisivanje narkotika.

Posledice: Nepropisivanje opioida onda kada je to indikovano jačinom bola, subdoziranje, produžavanje intervala doziranja, obustavljanje opioida čim se bol otkloni.

Ova brošura ima za cilj da ukaže na zablude i predrasude zdravstvenih radnika o opioidnim analgeticima i doprinese boljem razumevanju realne opasnosti od razvoja zavisnosti, tolerancije i neželjenih dejstava opioida. Takođe, cilj ove brošure jeste da ukaže na restriktivnost postojećih propisa koji regulišu

propisivanje opioida i na to da oni prekomerno ograničavaju dostupnost opioida i njihovu primenu u medicini za otklanjanje bola.

Tolerancija

Tolerancija podrazumeva smanjenje analgetičkog efekta opioida posle ponavljanih davanja određene doze tog leka. Tolerancija na analgetički efekat opioida se ne razvija brzo. Veliki broj bolesnika nedeljama i mesecima se nalazi na stabilnoj dozi. Potreba da se doza analgetika poveća najčešće je rezultat pojačanja bola, a ne prave farmakološke tolerancije (tzv. pseudotolerancija). Do pojačanja bola najčešće dolazi zbog pojačanja bolnog nadražaja (zbog komplikacije/progresije maligne bolesti) ili zbog promene u faktorima koji utiču na bolesnikov doživljaj bola (npr. psihološki, socijalni, spiritualni faktori). Pre nego što se smanjenje analgetičkog efekta opioida pripisuje toleranciji na lek trebalo bi razmotriti i druge moguće razloge za pojačanje bola. Ovo je višestruko korisno. Najpre, pojačanje bola jedan je od prvih znakova progresije/relapsa osnovnog oboljenja ili komplikacija koje mogu da uslede. Osim toga, otklanjanjem uzroka bola moguće je smanjiti bol i povratiti analgetički efekat leka.

Tolerancija na analgetički efekat opioida nije prepreka za primenu ovih lekova u praksi. Pre svega, tolerancija može da se prevaziđe prelaskom sa slabog na jak opioid ili povećanjem doze jakog opioida. Za razliku od slabih, jaki opioidi nemaju tzv. maksimalnu dozu i doza leka se može povećavati koliko god je to potrebno do prestanka bola ili do pojave neželjenih dejstava koja se ne mogu kontrolisati. Tolerancija na jak opioid može se takođe prevazići prelaskom sa jednog jakog opioida na drugi (tzv. rotacija opioida), jer ukrštena tolerancija među opioidima nije potpuna.

Jatrogena zavisnost od opioida

Lekari se plaše da će propisivanjem opioidnih analgetika za lečenje kancerskog bola, jatrogeno izazvati zavisnost od opioida. Komitet eksperata SZO utvrdio je da opioidi, kada se koriste za lečenje bola, izazivaju fizičku zavisnost i toleranciju. Međutim, ovaj Komitet je 2006. godine dodatno razjasnio dapojava fizičke zavisnosti i/ili tolerancije kod bolesnika koji dugotrajno uzimaju opioide radi lečenja bola ne označava istovremeno i patološku zavisnost od opioida. Naime, fizička zavisnost i tolerancija su očekivane posledice dejstva leka i same po sebi nisu dovoljne za dijagnozu zavisnosti. Potrebno je prisustvo i drugih fenomena, koji čine tzv. sindrom zavisnosti. Kod bolesnika koji upotrebljavaju opioide za lečenje bola ovi fenomeni se retko javljaju, te su kriterijumi za postavljanje dijagnoze sindroma zavisnosti retko zadovoljeni. Istraživanja su pokazala da je jatrogeno izazvana zavisnost na opioidne analgetike kod bolesnika sa kancerskim bolom veoma retka i da se javlja kod oko 2% bolesnika. Prema tome, rizik od razvoja jatrogene zavisnosti suviše je mali da bi se bolesniku, zbog straha od zavisnosti, uskratilo lečenje kancerskog bola najefikasnijim lekovima tj. opioidima. Kako bi se izbeglo izjednačavanje fizičke zavisnosti sa zavisnošću od lekova, SZO je termin fizička zavisnost zamenio terminom apstinencijalni sindrom.

Pojam psihička zavisnost je izbačen. Savremena terminologija SZO koristi samo termine apstinencijalni sindrom i sindrom zavisnosti (u staroj terminologiji u zavisnosti od lijekova, odnosno adikcija).

Apstinencijalni sindrom (tzv. fizička zavisnost)

Pojam fizička zavisnost se koristi da opiše stanje adaptacije organizma na prisustvo leka oploida, koje se manifestuje apstinencijalnim sindromom kada se naglo prestane sa uzimanjem leka, kada se naglo smanji doza ili koncentracija leka u krvi, i/ili kada se upotrebi antagonist opioidnih receptora.

Fizička zavisnost se razvija ako se opioidi redovno koriste tokom 3-4 nedelje. Međutim, fizička zavisnost nije prepreka da se opioidni analget ukinu onda kada više nije potreban, na primer ako se antineoplastičnom terapijom otkloni uzrok bola ili se jačina bola smanji. Takve slučajeve imamo posle uspešne hemioterapije ili sprovedenog zračenja bolnih koštanih metastaza. Dozu opioidnog analgetika treba postepeno smanjivati (npr. Za 50% svaka tri dana) i potom lek treba ukinuti. Ne preporučuje se da se interval između doza povećava.

Sindrom zavisnosti od opioida (tzv. adikcija)

Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, dijagnoza sindroma zavisnosti može da se postavi kada osoba zadovoljava najmanje 3 do 6 kriterijuma navedenih u tabeli.

Kod bolesnika koji se leče opioidima dijagnoza sindroma zavisnosti može da se postavi samo ako bolesnik osim tolerancije i apstinencijalnog sindroma zadovoljava bar još jedan od preostala četiri kriterijuma, koji se odnose na kompulzivno ponašanje i upotrebu supstance uprkos štetnim posledicama.

ICD 10 kriterijumi:	Bolesnik koji koristi opioide za lečenje bola:
1. neodoljiva, stalna želja da se uživa (koristi lek)	veoma retko
2. gubitak kontrole korišćenja leka	veoma retko
3. poremećaj funkcionisanja, uključujući zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesovanja	ne, naprotiv
4. stalno korišćenje leka, bez obzira na štetne posledice po obolelog	ne, naprotiv poboljšanje kvaliteta života i duže preživljavanje u slučaju korišćenja opioida za lečenje bola
5. tolerancija	da, uglavnom
6. apstinencijalni sindrom (fizička zavisnost)	da, uglavnom

Kod bolesnika koji uzimaju opioide za lečenje bola veoma retko postoji neodoljiva, stalna želja da se uzima lek i gubitak kontrole kada je reč o njegovom korišćenju. Bol, a ne lek, remeti normalno funkcionisanje, uključujući tu i zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesovanja, a otklanjanje bola vraća bolesnika normalnom životu. Upotreba leka protiv bola nema štetne posledice, naprotiv on poboljšava kvalitet života bolesnika a moguće je i da produži život obolelog.

S obzirom na to da je kod bolesnika sa kancerskim bolom, koji koriste opioid kao lek, teško i gotovo nemoguće dokazati kompulzivno ponašanje i korišćenje leka uprkos štetnim posledicama, čak i kada postoje tolerancija i fizička zavisnost, ne postoje uslovi za postavljanje dijagnoze sindroma zavisnosti od opioida. Prema tome, pogrešno je bolesnika koji je razvio fizičku zavisnost i/ili toleranciju, kao rezultat opravdane terapijske primene opioidnih analgetika za lečenje hroničnog bola, okarakterisati kao zavisnika. **Ovi bolesnici jedino zavise od terapijskog učinka leka kojim se bol stavlja pod kontrolu.**

Kod bolesnika kod kojih bol nije otklonjen, ili zbog opravdanog straha da će se bol javiti ako se lek ne obezbedi, javlja se zaokupljenost zahtevom za opioidima. Ovo ponašanje veoma često se pogrešno interpretira kao zavisnosti od opioida (tzv. pseudozavisnost). Kada se uspostavi dobra kontrola bola i redovno snabdevanje opioidima, prestaje i ponašanje karakteristično za pseudozavisnost.

Neželjena dejstva opioida

Upotrebu opioida u praksi sprečava i strah od mogućih neželjenih dejstava. **Neželjena dejstva opioida dobro su poznata, mogu da se spreče i kontrolišu. Na većinu neželjenih dejstava razvija se tolerancija i ona se spontano povlače tokom vremena.** Trajno neželjeno dejstvo opioida je opstipacija. Neželjena dejstva koja limitiraju dozu jesu mioklonus, delirijum, konfuzija i halucinacije.

Neželjena dejstva opioida

NICIJALNA	RETKA	TRAJNA
Mučnina i povraćanje	opstipacija	suvoća usta
nesvestica		znojenje
sedacija		svrab
konfuzija		delirijum
		retencija urina
		depresija disanja
		mioklonus
		hiperalgezija
		halucinacije

Neželjena dejstva se mogu sprečiti pažljivim odabirom početne doze leka i postepenom individualnom titracijom. Bolesnika bi trebalo upozoriti na blagu mučninu i sedaciju, koje se povlače tokom prve nedelje. Po potrebi može da se propiše i antiemetik (npr. metoklopramid), naročito ako bolesnikima pojavi mučninu i povraćanje na opioide u anamnezi. Takođe, trebalo bi ga posavetovati da izbegava druge sedativne lekove, alkohol i da vozi kola. Ne treba zaboraviti ni to da bolesnik zbog neotklonjenog bola može imati narušen san, te stoga ima potrebu da se naspava i nadoknadi propušteno. Ako se sedacija održava, treba isključiti komorbidna stanja (npr. hiperkalcemija ili metastaze u mozgu) ili uticaj drugih lekova (najčešće benzodiazepini). Inicijalna konfuzija je retka. Javlja se kod pacijenata sa odmaklom malignom bolešću, kod starih ljudi, bolesnika sa insuficijencijom bubrega ili ako je bolesnik dehidriran. Opstipaciji treba pristupiti profilaktički, što znači da svakom bolesniku koji prima opioid istovremeno i odmah treba da se propiše i laksativ. Preporučuje se kombinacija laksativa koji omekšava stolicu (npr. laktuloza) i stimulantnog laksativa (bisakodil, sena).

Među zdravstvenim radnicima prisutan je veliki strah od pojave depresije disanja pri primeni opioida. Depresija disanja je potencijalno fatalno neželjeno dejstvo opioida, ali se na ovaj efekt brzo razvija tolerancija. Osim toga, bol se suprotstavlja depresornom efektu opioida na disanje. Zbog toga je depresija disanja izuzetno retka kada postoji bol i kada se doza opioida pažljivo i individualno titrira. Depresija disanja se ne razvija naglo i obično joj prethode druga neželjena dejstva, kao što su mučnina, povraćanje i pospanost. Treba izbegavati kombinacije opioida sa drugim lekovima koji deluju depresorno na disanje, naročito sa benzodiazepinima. Među pojedinačnim opioidima nema razlike u depresornom dejstvu na disanje. Izuzetak je metadon, čija komplikovana farmakokinetika izlaže bolesnika većem riziku od akumulacije leka i neželjenih dejstava. Zbog mogućeg smanjenja analgezije, primena naloksona preporučuje se samo kod preteće ili simptomatske depresije disanja (broj respiracija manji od 8/min). Uspešna terapija opioidima zahteva da poželjna analgetička dejstva prevagnu nad mogućim neželjenim dejstvima. Kada se već ispolje, neželjena dejstva opioida mogu da se ublaže smanjenjem doze opioidnog analgetika (uz upotrebu tzv. adjuvantnih analgetika ili nefarmakoloških metoda za smanjenje bola, npr. zračenje), promenom načina primene opioida (npr. da se pređe sa oralnog na transdermalni način), primenom antagonista opioidnih receptora (npr. perifernih antagonista za terapiju opstipacije), rotacijom opioida ili simptomatskom terapijom neželjenih dejstava.

Pravni okvir za propisivanje opioida

Opioidni analgetici imaju dvojni prirodu. S jedne strane, ovi lekovi su ključni za uspešno lečenje umereno jakog i jakog kancerskog bola. Morfin se nalazi na listi esencijalnih lekova SZO, što potvrđuje njegovu vrednost i značaj u medicini. S druge strane, opioidi kao supstance imaju potencijal za zloupotrebu i mogu izazvati sindrom zavisnosti kada se zloupotrebljavaju, zbog čega se ubrajaju u narkotike. Narkotik je pravni termin i označava supstancu koja podleže međunarodnoj kontroli prema Jedinствenoj konvenciji Ujedinjenih nacija (UN) o narkoticima (1961, sa amandmanom iz 1972). Termin narkotik obuhvata supstance koje imaju legitimnu upotrebu u medicini (npr. opioidni analgetici), ali i supstance koje se ne koriste kao lekovi (npr. kokain, heroin). Proizvodnju, promet, propisivanje i izdavanje narkotika regulišu posebni propisi. Jedinствena konvencija o narkoticima UN uvažava dvojni prirodu narkotika. U preambuli ovog dokumenta navodi se da su narkotici koji se upotrebljavaju u medicini nezamenjivi za otklanjanje bola i patnje. Takođe, navodi se da je zloupotreba narkotika, ozbiljno zlo po pojedinca i po društvo u celini. Jedinствena konvencija poziva vlade zemalja potpisnica da uspostave ravnotežu između obaveze da spreče zloupotrebu narkotika i podjednako važne obaveze da osiguraju dostupnost narkotika za lečenje bola i otklanjanje patnje (SZO princip ravnoteže u kontroli narkotika). Ovu Konvenciju je ratifikovala i naša zemlja. Vlade se pozivaju da analiziraju nacionalnu politiku kontrole narkotika i da utvrde da li u toj politici ima neopravdano restriktivnih odredbi koje ometaju zdravstveni sistem da pruži uslugu efikasnog lečenja bola i da preduzmu odgovarajuće korektivne mere. Analiza zakona i propisa u Srbiji koji kontrolišu narkotike, prema smernicama SZO, pokazala je da su oni preterano restriktivni. Politika kontrole narkotika nije uravnotežena, što znači da je naglasak stavljen na sprečavanje zloupotrebe, dok odredbe koje osiguravaju dostupnost

narkotika za upotrebu u medicini nedostaju. Mere za sprečavanje zloupotrebe tako postaju prepreka za uspešno lečenje kancerskog bola i uzrokuju nepotrebnu patnju bolesnika.

Restriktivnost nacionalne politike kontrole narkotika

1. Zastarela terminologija koja posmatra narkotike isključivo kroz potencijal za narušavanje zdravlja
 2. Restrikcije količine leka koja može da se propiše pacijentu i dužine trajanja lečenja
 3. Restrikcije koje se odnose na recept, propisivanje i izdavanje opioidnih analgetika
- Analiziraćemo neke od elemenata preterane restriktivnosti postojećeg sistema kontrole narkotika.

Prema preporukama SZO, pri upotrebi termina u propisima za kontrolu narkotika treba napraviti jasnu razliku između legitimne upotrebe narkotika koji se koriste u medicini za lečenje bola i zloupotrebe narkotika, odnosno zavisnosti od narkotika. U našem zakonu, narkotici se nazivaju opojnim drogama i definišu kao "supstance prirodnog i sintetičkog porekla čijom se upotrebom mogu stvoriti stanja zavisnosti koja mogu da izazovu oštećenja zdravlja ili na drugi način ugroze ljudski integritet u fizičkom, psihičkom i socijalnom smislu..." Ovaj negativan rečnik u potpunosti ignoriše povoljne efekte narkotika kada se koriste kao lekovi za otklanjanje bola i isključivo ih definiše kroz potencijal za zloupotrebu i stvaranje zavisnosti. Kod pacijenata sa hroničnim bolom, bol je taj koji oštećuje zdravlje i ugrožava integritet bolesnika u fizičkom, psihičkom ili socijalnom smislu. Upotreba lekova iz grupe narkotika unapređuje kvalitet života bolesnika i smanjuje patnju obolelog i njegove porodice. Zbog toga SZO predlaže da se negativan termin opojna droga zameni neutralnim terminom narkotik. U svojim naporima da spreče zloupotrebu, vlade bi trebalo da izbegavaju nepotrebne restrikcije koje mogu negativno da utiču na odluke o lečenju pacijenata, pošto su ove odluke suštinski medicinske prirode. Odluku o tome koji je opioidni analgetik potreban bolesniku, u kojoj dozi i koliko dugo treba da donosi obučeni lekar, na osnovu pojedinačnih potreba svakog pacijenta a ne zakonodavac.

Naši propisi ograničavaju maksimalnu količinu opioidnog analgetika koja se može propisati na recept. Takođe, ograničena je i dužina trajanja lečenja na maksimalno 14 dana. Od ovoga su izuzeti bolesnici sa malignim oboljenjima, količina opioida koja im se može propisati nije ograničena, ali jeste maksimalno trajanje lečenja koje iznosi 14 dana. Restrikcije koje se odnose na količinu leka koja se može propisati pacijentu onemogućavaju lekaru da izađe u susret individualnim potrebama bolesnika kada je reč o lekovima protiv bola. Savremene preporuke za lečenje bola ukazuju na to da za jake opioide ne postoji tzv. maksimalna doza. Naprotiv, postoji samo efikasna doza ili optimalna doza, a to je doza koja otklanja bol bez pojave neprihvatljivih neželjenih dejstava. Efikasna doza je za svakog bolesnika individualna, te prema tome količina leka koja se može propisati na recept ne bi trebalo da bude ograničena tzv. maksimalnom dozom. SZO predlaže da se trajanje lečenja ograniči na 28-30 dana.

Prema preporukama SZO, u receptima bi trebalo izbegavati zahteve koji mogu prekomerno da ograniče lekarima i bolesnicima pristup lekovima za otklanjanje bola.

Jedinstvena konvencija zahteva recept za propisivanje i izdavanje narkotika. Međutim, zahteve koje recept mora da ispuni treba posmatrati u svetlu činjenice da recept, osim što može da onemogući zloupotrebu, istovremeno osigurava dostupnost narkotika bolesniku za lečenje bola. Ovde bi trebalo podsetiti na dvojni cilj Konvencije, a to je da omogući upotrebu narkotika za lečenje bola, sprečavajući istovremeno zloupotrebu narkotika i njihovo oticanje u ilegalne kanale. Za dvostruki recept postoji opravdanje i on se primenjuje u većini zemalja. Međutim, maksimalan broj opioida koji se može propisati u isto vreme bolesnicima u Srbiji iznosi jedan. Bolesnicima koji se leče dugodelujućim opioidima (Fentanil TD ili SR hidromorfon) neophodan je i kratkododelujući morfin za lečenje tzv. proboja bola, pa postoji potreba da se bolesniku u isto vreme propišu najmanje dva opioida. Takođe, rok važenja recepta je 7 dana. U zemljama sa uravnoteženom politikom kontrole narkotika, recept važi 30 dana. Osim toga, opiodi bi trebalo da budu dostupni bolesnicima u blizini mesta stanovanja. Svi lekari koji leče obolele od malignih oboljenja, nezavisno od specijalizacije, trebalo bi da imaju pravo da propisuju opioide pod uslovom da su stručni i da imaju sertifikat kojim dokazuju svoju edukovanost. Republika Srbija je donela Nacionalnu strategiju za palijativno zbrinjavanje, koja u prava pacijenata uključuje pravo na otklanjanje bola i prepoznaje opioidne analgetike kao neophodne i nezamenjive lekove za uspešno otklanjanje kancerskog bola i palijativno zbrinjavanje. Ova strategija uvažava obavezu vlade da obezbedi i osigura dostupnost opioida za primenu u medicini. U tom smislu, Komisija za palijativno zbrinjavanje Ministarstva zdravlja sačinila je predlog za izmenu i dopunu zakonske regulative, sa ciljem da se osavremeni kontrola narkotika i uspostavi sistem kontrole koji će onemogućiti zloupotrebu, ali u isto vreme i osigurati dostupnost narkotika za lečenje bola.

Kancerski bol se mora i može lečiti. Na današnjem stepenu znanja, nijedan bolesnik ne bi trebalo ni da živi ni da umire sa bolom. Opioidni analgetici su neophodni i nezamenjivi lekovi za uspešno otklanjanje umereno jakog i jakog kancerskog bola. Kontraindikacija za primenu ovih lekova nema kada postoji bol i kada se doza leka pažljivo i individualno titrira. Nedopustivo je da neosnovana opiofobija i dalje bude prepreka uspešnom otklanjanju bola i uzrok bezrazložne patnje velikog broja bolesnika. Opioidni analgetici su tu da bi se koristili, a ne da bi ih permanentno izbegavali. Zbog toga moramo da se zapitamo zašto i dalje bolesnicima uskraćujemo ove lekove? Čega se još uvek bojimo?

Rečnik termina

ADIKCIJA

Zavisnost od lekova označava fizičku i psihološku zavisnost. Savremena terminologija SZO više ne koristi pojam adikcija, kao ni pojmove fizička i psihološka zavisnost. Ovi pojmovi su izbačeni. [vidi dole]

APSTINENCIJALNI SINDROM (eng. withdrawal syndrome)

Danas se ovaj pojam koristi umesto pojma fizička zavisnost. Nastaje kada se naglo prestane sa uzimanjem leka, kada se naglo smanji doza leka ili koncentracija leka u krvi i/ili kada se upotrebi neki antagonist. Apstinencijalni sindrom je specifičan za određenu grupu lekova i manifestacije se efektima koji su suprotni standardnim farmakološkim dejstvima leka (na primer morfin i većina opioida izazivaju miozu, opstipaciju i bradikardiju, a za vreme apstinencijalnog sindroma se javljaju midrijaza, dijareja i tahikardija). Apstinencijalni sindrom je normalna posledica lečenja opioidima i sam po sebi ne označava zavisnost na lek. [vidi: sindrom zavisnosti]

FIZIČKA ZAVISNOST

Svetska zdravstvena organizacija od 1993. godine umesto ovog pojma koristi pojam apstinencijalni sindrom (eng. withdrawal syndrome). [vidi gore]

NARKOTIK

Narkotik se kao pravni termin koristi da označi supstancu koja podleže međunarodnoj kontroli prema Jedinствenoj konvenciji Ujedinjenih Nacija (UN) o narkoticima (1961) i Protokolu iz 1972. godine, koji predstavlja amandman na ovu Konvenciju. Shodno ovome proizvodnju, promet, propisivanje i izdavanje narkotika regulišu posebni propisi. U narkotike se ubrajaju supstance koje se koriste u medicini kao lekovi (npr. opioidni analgetici) i supstance koje se ne koriste u medicinske svrhe (npr. kokain).

OPIJAT

Specifičan pojam koji se upotrebljava za lekove koji se dobijaju iz opijuma (kodein, morfin).

OPIJUM

Opijum je osušeni sok dobijen zasecanjem nezrelih čaura maka (Papaver somniferum). Opijum sadrži oko 20 alkaloida od kojih su najvažniji morfin, kodein i papaverin.

OPIOIDNI ANALGETIK ILI OPIOID

Označava lekove koji svoja farmakološka dejstva ostvaruju tako što se vezuju za opioidne receptore. Pojam obuhvata lekove prirodnog porekla (opijate: morfin, kodein), kao i lekove dobijene sintetskim ili polusintetskim putem (fentanil, metadon). Treba dati prednost pojmu opioid u odnosu na pojam opijat.

OPIOFOBIJA

Definiše se kao prekomereni strah od terapijske upotrebe opioida. Rizik od opioidnih analgetika procenjuje se kao preveliki u odnosu na terapijsku korist. Opiofobija je prisutna na svim nivoima: među zdravstvenim radnicima, pacijentima i njihovim porodicama, kod zdravstvenih vlasti i u široj javnosti. Opiofobija je prepreka za uspešno lečenje kancerskog bola i dovodi do nepotrebne patnje bolesnika i njihovih porodica.

PSEUDOZAVISNOST

Kod bolesnika kod kojih bol nije otklonjen, ili zbog opravdanog straha da će se bol vratiti ako se analgetik ne obezbedi, javlja se zaokupljenost zahtevom za opioidima. Iako je ova zaokupljenost motivisana potrebom da se otkloni postojeći bol (engl. pain-relief seeking behaviors), često se pogrešno interpretira kao zavisnost od opioida (engl. drug-seeking behaviors). Kada se uvede efikasna analgetička terapija i uspostavi dobra kontrola bola prestaje ponašanje karakteristično za pseudozavisnost.

PSIHOLOŠKA ZAVISNOST

Savremena terminologija SZO više ne koristi ovaj pojam. Pojam psihološka zavisnost podrazumevao je povremeno ili redovno uzimanje leka u cilju stvaranja prijatnog raspoloženja ili radi izbegavanja neprijatnog raspoloženja. SZO danas koristi pojam sindrom zavisnosti. [vidi dole]

SINDROM ZAVISNOSTI (eng. dependance syndrome)

Kriterijumi Internacionalne klasifikacije bolesti (ICD-10) za postavljanje dijagnoze sindroma zavisnosti su:

1. neodoljiva, stalna želja da se uzima lek
2. gubitak kontrole nad korišćenjem leka
3. poremećaj funkcionisanja, uključujući tu i zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesovanja
4. stalno korišćenje leka, bez obzira na štetne posledice po obolelog
5. tolerancija
6. apstinencijalni sindrom

Osoba mora da zadovolji najmanje 3 od 6 navedenih kriterijuma da bi se postavila dijagnoza sindroma zavisnosti. Kod bolesnika koji se leče opioidima, dijagnozasindroma zavisnosti može da se postavi samo ako bolesnik, osim tolerancije i apstinencijalnog sindroma (koji su normalna posledica terapijske primene opioida), zadovoljava bar još jedan od preostala 4 kriterijuma. S obzirom na to da je kod bolesnika sa kancerskim bolom, koji koriste opioid kao lek, teško i gotovo nemoguće dokazati kompulzivno ponašanje i prinudno korišćenje leka uprkos štetnim posledicama, ne postoje uslovi za postavljanje dijagnoze sindroma zavisnosti od opioida.

TOLERANCIJA NA ANALGETIK

Podrazumeva stanje adaptacije organizma na lek, kod kojeg ponavljano izlaganje leku dovodi do smanjenja jednog ili više farmakoloških dejstava leka tokom vremena. Da bi se dobio isti analgetički efekat, potrebno je povećati dozu leka. Treba razlikovati pojavu tolerancije na analgetik od potrebe da se doza leka poveća zbog povećanja jačine bola (tzv. pseudotolerancija). Pre nego što se smanjenje analgetičkog dejstva opioida pripíše toleranciji na lek trebalo bi razmotriti i druge moguće razloge za pojačanje bola.

URAVNOTEŽENA POLITIKA KONTROLE OPIOIDA (eng. principle of balance)

Odnosi se na uspostavljanje uravnoteženog sistema kontrole narkotika koji onemogućava zloupotrebu narkotika i u isto vreme osigurava njihovu dostupnost za primenu u medicini u cilju otklanjanja bola i patnje. Uravnotežena politika kontrole narkotika proklamovana je Jedinstvenom konvencijom UN o narkoticima (1961. i Protokol iz 1972. godine) i preporukama SZO (2000). Jedinstvena konvencija UN poziva vlade zemalja potpisnica da uspostave ravnotežu između obaveze da spreče zloupotrebu narkotika i podjednako važne obaveze da osiguraju dostupnost narkotika za lečenje bola i otklanjanje patnje. Iako se ubrajaju u narkotike i podležu kontroli, opioidi su istovremeno i esencijalni lekovi za bolesnike sa kancerskim bolom. Kontrola opioida ne bi smela da ugrozi njihovu dostupnost kao lekova. Opioidi koji se koriste u terapijske svrhe moraju biti dostupni pacijentima kojima su potrebni.

Literatura:

Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18:1437-49.

World Health Organization. *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.

Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995; 63:65-76.

World Health Organization. *Essential Medicines – WHO Model List*. 1st ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1977.

Bošnjak S, Beleslin D. B, Vučković-Dekić Lj. *Farmakoterapija kancerskog bola (Pharmacotherapy of cancer pain)*.

Monografije naučnih skupova AMN SLD, serija B, vol. 1, broj 1; 2007.

Milićević N, Bošnjak S, Gutović J, Nalić D, editors. *Palijativno zbrinjavanje onkoloških bolesnika: nacionalni vodič za*

lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 1. izd. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2004.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.

World Health Organization. *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Twenty-Eighth Report*. Geneva, Switzerland:

World Health Organization; 1993.

Savage SR, Joranson DE, Covington EC, et al. Definitions related to the medical use of opioids: Evolution towards

universal agreement. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2003; 26(1):655-667.

World Health Organization. *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-Fourth Report*. Geneva, Switzerland:

World Health Organization; 2006.

World Health Organization. *Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment*. Geneva,

Switzerland: World Health Organization; 2000.

United Nations. *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol Amending the Single*

Convention on Narcotic Drugs, 1961. New York, NY: United Nations; 1977.

Bosnjak S, Popovic I, Ryan KM, Ely JC, Joranson DE, Gilson AM. Removing regulatory barriers to opioid availability in

Serbia: A step forward. *Support Care in Cancer* (2007) 15: 651-797.

Bosnjak S, Ryan KM, Ely J, Moen J, Maurer M. *International Pain Policy Fellowship: improving the availability and*

accessibility of opioids in Serbia. Support Care in Cancer (2009) 17:950.
Strategija za palijativno zbrinjavanje Republike Srbije (2009):
[http://www.minzdravlja.info/downloads/Zakoni/
Strategije/Strategija%20Za%20Palijativno%20Zbrinjavanje.pdf](http://www.minzdravlja.info/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Za%20Palijativno%20Zbrinjavanje.pdf)
Nacionalni program: Srbija protiv raka (2009):
[http://www.minzdravlja.info/downloads/Zakoni/Strategije/
Nacionalni%20Program%20Srbija%20Protiv%20Raka.pdf](http://www.minzdravlja.info/downloads/Zakoni/Strategije/Nacionalni%20Program%20Srbija%20Protiv%20Raka.pdf)
Pain & Policy Studies Group. Increasing Patient Access to Pain Medicines around the
World: A Framework to Improve
National Policies that Govern Drug Distribution. University of Wisconsin Paul P.
Carbone Comprehensive Cancer Center.
Madison, Wisconsin, 2008. [http://www.painpolicy.wisc.edu/on-
line_course/welcome.htm](http://www.painpolicy.wisc.edu/on-line_course/welcome.htm)

Autori:

naučni savetnik dr sc. med. Snežana Bošnjak
dr sc. med. Snežana šušnjar
dr Jelena Dimitrijević
Institut za onkologiju i radiologiju Srbije: Centar za razvoj palijativnog zbrinjavanja
Dizajn:
Nenad Baćanović
Foto:
Eric Hill
Lektura:
Desanka Sandulović
štampa:
Colorgafx
Beograd
oktobar 2009.
Zahvaljujemo Gospođi Marti Maurer
Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Kolaborativni centar Svetske zdravstvene organizacije (SZO) Madison, SAD
na nesebičnoj pomoći tokom pripreme ove brošure
CIP - Katalogizacija u publikaciji Narodna biblioteka Srbije, Beograd
Opiofobija - šta plaši zdravstvene radnike
ISBN 978-86-80401-07-2 / COBISS.SR-ID 170376972