

БОЛЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М.Е. Исакова, В.В. Брюзгин

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ежедневно в мире в обезболивании нуждаются около 4 млн больных, страдающих онкологическими заболеваниями. В статье представлены показания и возможные варианты обезбоживания.

Ключевые слова: боль, градации боли, показания к обезболиванию, методы обезбоживания.

PAIN IN GYNECOLOGICAL CANCERS

M.E. Isakova, V.V. Bryuzgin

N.N. Blokhin Russian Cancer Reserch Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Every day in the world in need of pain relief for about 4 million patients suffering for cancer. We present evidence and possible anesthesia.

Keywords: pain, pain degrees, indications for anaesthetization, anaesthetization techniques.

Боль представляет собой типовой процесс, не имеющий нозологической характеристики. Она возникает при действии экзогенных патогенных агентов, повреждающих организм, и при развитии патологических процессов во внутренних органах, а также может быть психогенной.

По данным эпидемиологических исследований ВОЗ, ежегодно во всем мире диагностируется около 9 млн больных раком, ежедневно около 4 млн больных страдают от боли различной интенсивности: от умеренной — 10–15%, в промежуточной стадии — средней интенсивности — 30–40% и в стадии генерализации онкологического процесса сильными болями страдают 60–80%, и эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту. В нашей стране около 500 000 больных с впервые установленным диагнозом рака ежедневно испытывают боли.

Боль по своему биологическому значению может быть физиологической (острая) и патологической (хроническая). Длительная патологическая боль оказывает воздействие на все органы и ткани, вызывая дезадаптацию деятельности ЦНС, психические расстройства, глубокие нарушения функции, повреждения внутренних органов эндокринной и иммунной систем. Хроническая боль — это не симптом, не синдром, она не только не защищает организм от действия патогенных агентов, а сама является эндогенным патогенным механизмом.

Классификация боли. В настоящее время существует несколько классификаций боли. В зависимости от локализации повреждения боль подразделяют: на соматическую поверхностную (повреждение кожных покровов), соматическую глубокую (повреждение скелетно-мышечной системы), висцеральную (повреждение внутренних органов). Боли, возникающие при повреждении периферических нервов, относят к невропатическим болям, а при повреждении структур ЦНС — центральным болям.

В клинике для акцентирования внимания на причинах, вызвавших боль, используется этиологическая клас-

сификация (послеоперационные онкологические боли, ревматоидные и др.).

Основные причины возникновения боли у онкологических больных:

- 1) боль, вызванная непосредственно опухолью — первичной опухолью костной ткани, инфильтрацией костей (метастазирование, патологический перелом); вовлечение, сдавление нервных структур (нервные окончания, корешки, нервы, сплетения, стволы); инфильтрация полых органов (перитуморальное воспаление, распад опухоли);
- 2) боль вследствие противоопухолевого лечения (постхирургическая, постхимиотерапевтическая, постлучевая);
- 3) боль, не связанная с опухолевым процессом или противоопухолевым лечением (ревматоидные боли, диабетическая полинейропатия, заболевания позвоночника, крупных суставов вследствие нарушения обменных процессов);
- 4) психогенные боли (эмоциональный фактор, усиливающий интенсивность боли) — страх, депрессия, отчаяние.

Важную роль в выборе стратегии и тактики лечения боли играют методы диагностики характера и интенсивности боли, а также контроль эффективности проводимых лечебных мероприятий на этапах наблюдения за больным, что позволяет создать определенные рабочие гипотезы о патогенетическом механизме, которые помогут врачу в выработке рациональной тактики лечения.

Клинические методы диагностики: топография боли — локализация (односторонняя, двухсторонняя, срединная, диффузная, иррадиирующая в соседние органы или боль в костях). Выяснение факторов, влияющих на усиление или ослабление боли: прорастание опухоли в нервные стволы, сплетения, корешки или спинной мозг, или метастазирование, особенно в кости скелета, окклюзия артериальных сосудов, спазм гладкой мускулатуры, нейропатия вследствие лучевой терапии или химиотерапии, развитие депрессии, страха, усиливающих боль.

Оценку общего состояния больного определяют по пятибалльной шкале Карновского: 1 балл — нормальная физическая активность, 2 балла — физическая активность снижена, но больной способен посещать поликлинику, 3 балла — постельный режим до 50% дневного больного времени, 4 балла — постельный режим более, чем 50%, 5 баллов — полный постельный режим. Полученные данные меняются в течение дня, и если они регистрируются, можно оценить эффективность проводимого обезболивания.

Таким образом, принципы комплексного и адекватного лечения болевого синдрома у онкологических больных основываются на учете причин и механизмов возникновения и развития боли в каждом конкретном случае.

Боль всегда субъективна и, независимо от оценки ее врачом, больной должен сам уметь оценивать свою боль. Самой распространенной рабочей и простой в употреблении оценкой боли является балльная система от 0 до 4, где 0 — нет боли, 1 — умеренная, 2 — средняя, 3 — сильная, 4 — очень сильная, мучительная.

Методы оценки боли. Боли у онкологических больных на фоне заболевания должны быть определены, оценены и лечены как особый симптом рака. Боль может быть постоянной или усиливаться, исчезать или появляться с течением времени, менять топографию, учитывая, что иррадиация висцеральных и соматогенных болей может перекрываться.

Принимая во внимание многогранность проявления хронической боли и разнообразие методов диагностики, для оценки эффективности лечебных мероприятий необходимо использовать комплексный подход, который может рассматриваться в трех основных направлениях: оценка характера боли, терапевтическая стратегия и постоянный контроль боли. Игнорирование этих рекомендаций служит главной причиной неэффективности лечения.

Наиболее простым и доступным при болевом синдроме как для больных, так и для врачей всех специальностей, является метод фармакотерапии. Знание фармакологии анальгетиков может сделать терапию раковой боли эффективной. Лекарственная терапия — основной способ лечения боли различных типов и интенсивности. С этой целью до настоящего времени широко применяют ненаркотические и наркотические анальгетики по трехступенчатой схеме, рекомендованной ВОЗ: через рот, по часам, согласно трехступенчатой лестницы. Этот метод заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании с адьювантной терапией по мере увеличения интенсивности боли, причем важным принципом является начало фармакотерапии. При появлении первых признаков боли, пока не развилась вся сложная цепная реакция, характеризующая ХБС и включающая рецепторы, пути проведения и формирования ощущения боли, гуморальные, эндокринные, вегетативные, эмоциональные, поведенческие компоненты, требуется сложная комплексная терапия, которая при запущенном болевом синдроме нередко оказывается неэффективной.

Для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии необходимо соблюдать 3 принципа:

1) дозу анальгетика необходимо подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли;

2) назначать анальгетик строго по часам, использовать очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей;

3) анальгетики применять по восходящей, т.е. от максимальной дозы слабо действующего препарата к минимальной дозе сильнодействующего опиата.

Согласно схеме ВОЗ, при слабой боли назначают ненаркотические анальгетики (I ступень), при нарастании боли до умеренной переходят к слабым опиатам (II ступень), а при сильном ХБС — к сильным опиатам (III ступень).

Когда и как заменять анальгетики?

Если препарат не облегчает боль, необходимо проверить дневник больного — режим приема анальгетика в сутки.

Лечение. Чтобы избавить пациента от боли, врач должен обеспечить ему обоснованную индивидуальную и эффективную фармакотерапию. Лечение должно иметь минимум побочных реакций и по возможности быть дешевым. Если оно организовано правильно, то около 70% больным можно облегчить болевой синдром.

Знание фармакологии анальгетиков может сделать эффективной терапию раковой боли. В настоящее время применяют ненаркотические и наркотические анальгетики по трехступенчатой схеме, разработанной ВОЗ, состоящей из последовательного применения анальгетиков с возрастающей силой действия в сочетании с адьювантной терапией по мере усиления боли.

Основные правила эффективного лечения боли:

если в процессе лечения боли начальная доза препарата оказалась малоэффективной, ее следует увеличить или сократить интервалы между приемами для поддержания постоянной концентрации в плазме крови. Если препарат перестал быть эффективным в максимальной дозе, не следует назначать другой анальгетик этой же группы, а сразу переходить на ступень выше. Для усиления анальгезирующего эффекта и продолжительности действия препаратов следует назначать дополнительно адьювантную терапию. Цель поэтапного, последовательного приема препаратов — предотвратить возобновление боли.

Оральный путь — самый распространенный прием анальгетиков, но существуют и другие пути, если по каким-то причинам больной не может глотать, у него тошнота, рвота, дисфагия.

Альтернативные пути введения анальгетиков:

- 1) трансмукозальный, сублингвальный;
- 2) интернозальный;
- 3) ректальный;
- 4) подкожный;
- 5) внутривенный;
- 6) чрескожный;
- 7) спинальный (эпидурально, субарахноидально).

На всех этапах лечения боли по схеме ВОЗ включены так называемые адьювантные препараты, которые не являются обязательными при слабой боли, но при некоторых болевых синдромах, например нейропатических,

они усиливают анальгетический эффект (в частности, такой препарат, как нейронтин).

Адьювантные средства

Препараты	Показания
Противовоспалительные — нестероидные	Дополнительная анальгезия; боли в костях; инфильтрация мягких тканей
Кортикостероиды	Повышенное внутричерепное давление; инфильтрация мягких тканей; компрессия нервных структур
Антидепрессивные средства	Невралгия; нейропатия; депрессия
Противосудорожные	Фантомные боли; невралгия; нейропатические боли
Психотропные	Эйфория; депрессия
Седативные	Нарушение сна, спазмы мышц
Противорвотные, слабительные	Тошнота; рвота; запор

Ненаркотические анальгетики имеют периферический механизм действия и эффективны при механическом повреждении надкостницы, сдавлении сухожилий, мышц, поражении костной ткани, при болях умеренной интенсивности. Противовоспалительное действие заключается в подавлении синтеза простагландинов. Препараты успешно сочетаются с нейролептиками и не сочетаются с барбитуратами, кофеином и витаминами.

Характерным свойством опиатов является быстрое развитие резистентности к ним. Это выражается в том, что первоначальные дозы уже через 2–3 недели оказываются недостаточными, действие их укорачивается, что требует увеличения дозы, приводящей к побочным реакциям. В связи с этим продолжают усилия по созданию центральных анальгетиков, не обладающих существенными побочными свойствами.

По мере прогрессирования опухолевого процесса характер и интенсивность ХБС могут значительно меняться, чаще в сторону нарастания. Это требует соответствующей коррекции предшествующей терапии — дополнения или замены анальгетика и адьювантного препарата.

Побочные эффекты лекарственных препаратов

Неопиоидные анальгетики (НПВП), парацетамол при длительном использовании	Желудочно-кишечный тракт (гастрит, язвенная болезнь, эрозии, кровотечения)
Слабые опиоиды (трамал)	Тошнота, головокружение, редко запор
Сильные опиоиды (морфин)	Головокружение, тошнота, рвота, галлюцинация, спутанность сознания, запор

До сих пор врачи и специалисты настороженно относятся к назначению сильных опиоидов, в частности к препаратам морфина. Страх развития зависимости и дыхательной депрессии способствует их широкому непризнанию. Существует ложное предположение, что терапевтическое применение препаратов морфина приводит к проблемам злоупотребления наркотиками.

Больные, нуждающиеся в сильных дозах опиоидных анальгетиков, не наркоманы, так как у них не развивается психологическая зависимость. Скорее всего, возникают толерантность и физическая зависимость на фоне длительного лечения, которые в клинической практике не являются проблемой.

Угнетение дыхания также не развивается даже при максимальных дозировках препаратов морфина при оральном приеме свыше 1000 мг в сутки. Боль действует, как физиологический антагонист депрессии центральной нервной системы, способствующий опиоидным анальгетическим средствам.

Таким образом, эффективное лечение боли зависит от тщательного собранного анамнеза, установления причины боли, механизма их развития. При этом следует учитывать психологический настрой больного, эмоциональные компоненты: неуверенность, отчаяние, страх, бессонные ночи очень сказываются на моральном состоянии и восприятии боли.

Благодаря оральному приему анальгетиков и адьювантных препаратов, знание поэтапной схемы ВОЗ удается держать боль под контролем длительное время с эффективностью у 70% больных. В тех случаях, когда исчерпаны возможности лекарственной терапии, следует использовать инвазивные методы лечения, а именно спинальные блокады (эпидуральные, субарахноидальные).

Литература

1. Zech D.F. et al. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief. A 10-year prospective study. *Pain*, 1995. 63. P. 65–76.
2. Hanks J.W. Cancer pain management. *Lancet*, 1992, 339, p. 1031–1036.
3. Portenoy R.K. Adjuvant analgesics in pain management. *Oxford Text book of Palliative Medicine*, Oxford, University Press, 1993.
4. Оситова Н.А. с соавт. Оптимальная тактика опиоидной терапии хронической раковой боли / Научно-практическая конференция «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами», Москва. 7–9 октября 1997. С. 138–139.
5. Оситова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных / Пособие для врачей. Паллиативная медицина и реабилитация. Турция, 1997. С. 31–37.
6. Исакова М.Е., Павлова З.В., Лактионов К.П. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. Монография. Медицина. 1994. С. 1–130.
7. Оситова Н.А., Новиков Г.А., Лосева Н.А. Современная фармакотерапия хронической раковой боли. Паллиативная помощь в онкологии. 2001. С. 18–19.
8. Исакова М.Е., Павлова З.В., Брюзгин В.В. Новое направление в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных. Современная онкология. 2002. Т. 4. № 3. С. 149–151.
9. Исакова М.Е. Симптоматическое лечение онкологических больных в поздних стадиях заболевания РМЖ. 2002. № 11. Т. 11. С. 653–657.
10. Исакова М.Е. Болевой синдром в онкологии. Практическая медицина. 2011.