

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой

Д.м.н., профессор Зуков Руслан Александрович

Реферат на тему:

**Лечение хронического болевого синдрома у
онкобольных.**

Выполнил:

Клинический ординатор

Гаджиев Эльвин Дашдамир оглы

Проверил:

Кафедральный руководитель ординатора

К.м.н., доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Что такое рак?
2. Когда впервые заговорили о раке как о заболевании?
3. Хронический болевой синдром онкологических больных
4. Механизм развития ХБС
5. Типы хронической боли
6. Причины ХБС у онкологических больных
7. Диагностика ХБС
8. Методы лечения ХБС
9. Особенности лекарственной терапии ХБС у онкологических больных
- 10.Список литературы

Что такое рак?

Термин «рак» впервые предложил К. Гален для обозначения рака молочной железы, что, по-видимому, было обусловлено сходством между опухолевой деформацией, рисунком расширенных венозных сосудов при раке молочной железы и внешним видом представителей класса ракообразных — рака, краба, иными словами, одна из опухолей молочной железы была очень похожа на некое крабообразное чудовище, которое как бы присосалось к груди женщины.

В дальнейшем же получилось так, что термином «рак» стали называть все злокачественные опухоли, состоящие из клеток покровных тканей — эпителия.

Попытки дать достаточно четкое определение понятию «рак» пока не увенчались успехом, что связано с отсутствием полных сведений о его природе. Можно лишь говорить о том, что рак — это обладающее самостоятельным, прогрессирующим, необратимым характером роста ненормальное разрастание клеток организма определенного вида, замещающих и инфильтрирующих нормальные ткани.

Кроме того, следует отметить, что существуют критерии, по которым опухоль можно отнести к злокачественной. Это рост за счет неконтролируемого увеличения числа клеток, ее составляющих, враждебное отношение к окружающим тканям, способность создавать в организме дочерние, вторичные очаги опухоли, или метастазы.

Следует отметить, что почти все из указанных особенностей рака не могут считаться абсолютными. Имеются формы рака, при которых рост клеток не является автономным (самостоятельным), а зависит от некоторых гормонов и иных факторов организма. Понятие «прогрессирующий рак» тоже не распространяется на все случаи рака. Некоторые виды и стадии рака могут неопределенно долго существовать на уровне, зарегистрированном при первичном диагностическом исследовании, не обнаруживая признаков местного роста и не давая метастазов. Необратимость не может рассматриваться как абсолютное качество рака: в ряде случаев у животных и изредка у человека рак может внезапно подвергнуться обратному развитию и исчезновению.

Когда впервые заговорили о раке как о заболевании?

Рак как болезнь человека известен давно. Об этом есть свидетельства историков древности, памятники искусства и, конечно же, труды выдающихся медиков тех далеких эпох.

Однако в древности, когда продолжительность жизни была крайне мала, злокачественные новообразования встречались редко и существенно не влияли на жизнь человеческого сообщества. Вот почему некоторые ошибочно считают, что рак возник в результате научно-технического прогресса, неуклонного роста промышленности, загрязнения окружающей среды и наши далекие предки не имели никакого представления об этом страшном заболевании, которое чрезвычайно трудно поддается как обнаружению, так и лечению.

Подобное мнение опровергают результаты археологических исследований. Изучение остатков скелетов людей, живших в глубокой древности, со всей убедительностью свидетельствует о том, что известные в наше время опухоли поражали человека уже в те далекие времена. Повидимому, древнейшим свидетельством такого рода являются несомненные признаки злокачественной опухоли кости, обнаруженные во фрагменте нижней челюсти, принадлежавшей австралопитеку, жившему в Восточной Африке около миллиона лет назад. Опухоли костной системы обнаружены и у ископаемых динозавров, живших 50 миллионов лет назад. А в 150 году до новой эры Катон Старший писал: «Если у вас на груди появилась раковая язва, приложите мятый капустный лист, и вы это излечите».

Итак, врачи прошлого, несомненно, сталкивались со злокачественным заболеванием, уносящим жизни их пациентов. Но, ограниченные религиозными и другими догмами, да и общим уровнем познания законов строения и функции живых организмов, причин и сущности заболеваний, они не смогли даже приблизиться к решению задачи учета и анализа случаев злокачественных опухолей.

Первое описание рака молочной железы у мужчин сделал английский хирург Джон из Адерна в 1307 году. А первые сведения о смертности от рака были опубликованы в 1629 году в «Билле о смертности», который ежегодно издавался в Англии. Начало же разработке Всемирной единой системы учета онкологических заболеваний положил скромный сотрудник муниципалитета доктор Гигони Стерн, который впервые собрал данные о числе погибших от разных форм рака, изучая отчеты лондонских больниц и домов призрения,

опрашивая многочисленных частных практикующих врачей и работников госпиталей, и впервые доложил о полученных результатах на заседании Лондонского королевского общества в 1842 году. В 1844 году Стерн опубликовал сообщение о раке молочной железы и раке матки у жительниц города Вероны (Италия).

В настоящее время доказано, что опухолями поражаются не только люди, но и почти все виды многоклеточных животных. К сожалению, нет информации о наличии опухолей у глубоководных организмов.

Новообразования встречаются и у растений: в виде корончатых галлов у деревьев, картофельного рака и т. д.

Хронический болевой синдром онкологических больных

Боль является одним из ведущих симптомов прогрессирования злокачественных опухолей.

Согласно мировым статистикам, примерно 40% заболевших раком страдают болью, а в терминальной стадии заболевания - до 90%, и многие из них не получают достаточного обезболивания в силу отсутствия в большинстве стран мира полноценной системы паллиативной помощи этому контингенту больных.

Хронический болевой синдром (ХБС) онкологического генеза отличается от всех других видов не только острой, но хронической болью. Впервые появившаяся и постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием неизлечимо больного человека, взаимно подкрепляясь, создают сложный комплексный механизм так называемой патологической боли отличающейся от физической боли, имеющей адаптивное значение и направленной на мобилизацию защитных сил организма.

Когда человек испытывает хроническую боль, многие привычные действия становятся для него затруднительными и малодоступными, возрастает его зависимость от окружающих. Чувствуя боль, человек испытывает неприятные физические ощущения и страдает душевно. Страдание является его психической реакцией на боль. К сожалению, не всегда удастся избавить пациента полностью от сильной боли, но ее всегда можно уменьшить до терпимого уровня.

Под регулированием боли понимают управление человека своей реакцией на боль.

Американский врач Питер Лендорфф в своей книге «Хроническая боль», переведенной и изданной в 1998 году, дает следующие рекомендации для контроля за болью:

1. Следуйте указаниям врача.
2. Сохраняйте чувство уверенности.
3. Избегайте вредных привычек.
4. Ведите насколько возможно активный образ жизни и занимайтесь физическими упражнениями.
5. Следите за улучшениями самочувствия.
6. Помогайте другим.
7. Отдыхайте, когда ощущаете усталость.
8. Верьте во что-нибудь.
9. Верьте в себя»

Механизм хронического болевого синдрома

1.	Периферический (локальный)	Раздражение болевых рецепторов, повышенное выделение аллогенных веществ (простагландины, кинины)
2.	Центральный (системный)	Хроническое перевозбуждение нейронов, формирование ГКЧВ и ПАС, нарушение центрального тормозного контроля
3.	Психологический	Эмоциональный стресс, выброс БАВ, психофизические расстройства

По признанной в настоящее время теории академика Г.Н. Крыжановского, при ХБ на фоне длительной болевой (ноцицептивной) импульсации из поврежденных тканей формируются новые, патологические взаимоотношения, измененных нейронов генератор патологически усиленного возбуждения, а на системном уровне - патологическая алогическая система (ПАС). Гиперактивное состояние этой системы поддерживается за счет продолжающегося раздражения периферических болевых рецепторов, повышенного выделения эндогенных аллогенных веществ (простагландины, кинины, вещество Р, гистамин, серотонин, ионы калия), гиперсенсibiliзирующих ноцицепторы; за счет усиленной длительной синоптической стимуляции, создающей устойчивую деполяризацию нейронов на всем пути следования хронической ноцицептивной импульсации - от периферического очага к центральным структурам мозга. Сложный, многоуровневый механизм формирования ХБС

с позиции ПАС требует комплексного патогенетического подхода к его терапии, сочетанного воздействия на разные его звенья.

Периферическое звено формируется под влиянием непосредственного повреждения растущей опухолью тканей (кожа, мышцы, кости, внутренние органы, сосуды) в результате перевозбуждения периферических ноцицепторов выделяющимися аллогенами.

Далее, по мере продолжения роста опухоли, происходит образование новых патологических рефлексов. Рефлекторный мышечный и сосудистый спазм, ишемизация тканей, гиперчувствительность рецепторов и нейронов с последующей дегенерацией, нарастающая «централизация» централизация болевого потока, нарушение центрального тормозного контроля этого потока, вовлечение в ПАС не только нервных структур, связанных с проведением боли, но и других систем организма - прежде всего эндокринной и кровообращения.

Стрессовые реакции эндокринной системы проявляются выбросом избытка стрессгормонов (АКТГ, кортизол и др.), которые в свою очередь усугубляют ХБС.

Существенным звеном ХБС является психологический стресс, переживаемый онкологическим больным не только в связи с болезнью, но и в связи с созданием безвыходности своего положения и скорой смерти. Психологический стресс усугубляет тяжесть ХБС за счет сопровождающих его психосоматических патологических реакций, вследствие чего развиваются патологические психические реакции: нарушение сна, депрессия, агрессии, истерия.

Типы хронической боли по Д. Цех 1990г.

Ноцицепторная	Проекционная	Вегетативная
1.Локальная 2. Иррадиирущая	Нейропатическая	Каузалгия
1.Обусловлена раздражением растущей опухоли на поверхности или в глубине тела (кожа, мягкие ткани, кости) 2.Чаще это висцеральная боль, связанная с раздражением ноцицепторов	Является следствием нарушения функции периферических структур болевого проведения, носит пароксизмальный характер и описывается как стреляющая, колющая.	Обусловлена ирритацией вегетативных структур, чаще всего симпатических, и характеризуется локальной болью с нечеткими границами нередко жгучего характера в сочетании с различными вегетативными симптомами.

Есть также новое понятие боли – аллодиния, что означает чрезмерно сильное болевое ощущение, формирующееся на фоне длительного ноцицептивного раздражения как патологического, когда в качестве болевых воспринимаются и суммируются не только истинно болевые, но и неболевые, например, тактильные, сенсорные стимулы.

Аллодиния – крайнее проявление нейропатической боли, наиболее трудно поддающееся лечению.

Причины ХБС у онкологических больных (по М.А. Гершанову и М.Д. Палкину 1986г.)

Боли, вызванные самой опухолью	Поражение костей, мягких тканей, внутренних органов, окклюзия сосудов, органов пищеварительного тракта и др.
Боли при осложнении опухолевого процесса	Патологический перелом, некроз, изъязвление, воспаление, инфицирование тканей и органов, тромбозы.
Боли при паранеопластическом процессе	Артронеуромииопатии
Боли при последствиях астенизации	При осложнениях хирургического лечения рака (фантомные боли при спайках, рубцах) При осложнении химиотерапии (стоматит, полинейропатия, генерализованная миалгия, асептический некроз) При осложнениях лучевой терапии (поражение кожи, костей, фиброз, плексит, неврит, миелопатия)

Из схемы видно, что диагностику и лечение ХБС надо начинать как можно раньше в начальной фазе его развития, пока не сформировалась ПА нейтрализация, которая потребует сложной комплексной терапии и может оказаться непреодолимой.

Диагностика ХБС

Строится на применении простых, неинвазивных методах оценки интенсивности боли, качества жизни пациента и переносимости применяемых средств лечения боли.

1. АНАМНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЙ ОСМОТР - характер и распространенность онкологического процесса, анамнез ХБС, (давность, интенсивность локализация), применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность.

2. ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ - можно по 5-бальной шкале вербальных оценок:

- боли нет;

- слабая;
- умеренная;
- сильная;
- самая сильная боль.

3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ - шкала физической активности (разработана в МНИОИ им. П.А. Герцена):

балл - нормальная физическая активность;

балла - незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача;

балла - умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневной времени);

балла - значительно снижена (постельный режим более 50% дневного времени);

баллов - минимальная (полный постельный режим).

4. ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ТЕРАПИИ БОЛИ - (побочные эффекты средств и методов лечения).

На основании данных диагностики формируется развернутый диагноз ХБС, отражающий интенсивность, причину, вид, локализацию боли, сопутствующие осложнения.

Диагноз ХБС определяет терапию, которая чаще всего бывает комплексной.

Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных может проводиться с помощью разнообразных средств и методов и чаще всего носит комбинированный характер.

Методы лечения ХБС

Этиологическая (противоопухолевая) терапия, хирургия	Может на длительное время избавить больного от страданий. Чаще всего паллиативная, противоопухолевая терапия, например, при болях связанных с костными метастазами, быстрое облегчение приносит фармакотерапия, а одновременно начатая лучевая терапия дает хорошие результаты в функциональном отношении. Химиотерапия может дать хороший
--	--

	анальгетический эффект, благодаря уменьшению массива опухоли, противовоспалительному действию большинства цитостатиков.
Системная фармакотерапия	Ненаркотические анальгетики + адьювантная терапия. Малые опиаты + адьювантная терапия. Сильные опиаты группы морфина + адьювантная терапия
Локальная фармакотерапия	Эпидуральная, интратекальная и др.
Блокады нервов	Невролиз, криоанальгезия. Высокая эффективность, но имеет к широкому применению, особенно в домашних условиях, так как сложны, связаны с опасностью инфицирования и др. осложнений, длительной катетеризации эпидурального и субарахноидального пространств, области нервов, нервных сплетений.
ЭС-анальгезия	Транскутанная, спинальная, церебральная
Деструктивная хирургия	Термокоагуляция ганглия Гассера, чрезкожная и открытая хордотомия. Практически не применяется в виду их сложности, опасности тяжелых осложнений, высокой летальности.
Психотерапия психотерапевтические методы	и Снятие напряжения, метод «обратной связи», гипноз и т.д. Могут способствовать улучшению тонуса, настроения, активности и даже уменьшения боли в результате снятия депрессии, страха.

Особенности лекарственной терапии ХБС у онкологических больных

Лечение хронической боли у онкологического больного будет успешным, если придерживаться следующих правил:

Регулярный прием анальгетиков: обезболивающие препараты должны применяться «по часам».

Очередной прием препарата должен «опережать» возникновение/ усиление боли.

Доза обезболивающего препарата и интервалы между его приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать в крови постоянную концентрацию анальгетика, достаточную для блокировки болевых рецепторов. Максимальная суточная доза лекарственного препарата, конечно, не превышает.

В зависимости от степени выраженности боли врач назначает в качестве основного какой-либо препарат из трех ступеней «лестницы обезболивания», разработанной ВОЗ, дополняя его при необходимости препаратами предыдущей ступени и/или ко-анальгетиками – лекарственными средствами, усиливающими действие основного анальгетика.

1-я ступень «лестницы обезболивания» ВОЗ

К ней относятся препараты группы нестероидных противовоспалительных анальгетиков: аспирин, анальгин, парацетамол, вольтарен, кетонал и т.д. Они применяются при слабой боли.

2-я ступень «лестницы обезболивания» ВОЗ.

Представлена слабыми опиатами: кодеином, кодеиносодержащими препаратами (седалгин, пенталгин, кодтерпин и т.д.) и трамалом. Они применяются при умеренной боли.

3-я ступень «лестницы обезболивания» ВОЗ.

Включает в себя сильные опиаты: морфин и морфиноподобные анальгетики (просидол, бупренорморфин, омнопон, морфин в виде раствора для инъекций или таблеток пролонгированного действия различной дозировки), трансдермальные системы фентанила – пластырь «Дюрогезик» или «Транстек» с различной концентрацией в нем препарата, имеющие продолжительность действия 72 часа. Эти препараты применяются при сильной, очень сильной боли.

Ко-анальгетики, которыми врач при необходимости дополняет схему обезболивания, представлены препаратами следующих лекарственных групп:

- спазмолитики (но-шпа, баралгин, спазган),
- антидепрессанты (амитриптилин, анафранил),
- противосудорожные\антиконвульсанты (финлепсин\карбамазепин),
- кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон),
- седативные (новопассит, феназепам, реланиум/сибазон, аминазин галоперидол),

- бисфосфонаты, применяемые при вторичных изменениях в костях (2% раствор ксидифона, бонифос, препараты для внутривенного введения – аредиа и т.д.)

В большинстве стран мира, как и в нашей стране, организация службы помощи этому контингенту больных находится в начале своего развития, хотя в ряде экономически развитых стран можно говорить о существенных достижениях.

Основное достижение - создание специализированных центров, отделений паллиативной терапии, хосписов. В странах Европы большая часть инкурабельных онкологических больных содержится в подобных учреждениях, финансируемых из средств страховой медицины и отчислений из федерального бюджета. Наряду с этим многие специалисты считают что устранение боли и удовлетворительное качество жизни большинству инкурабельных онкологических больных можно обеспечить и дома, где они будут находиться в кругу семьи и чувствовать себя независимыми от стен лечебного учреждения.

Очень важно, чтобы медикаменты не обладали токсическими свойствами и опасными побочными эффектами. Они должны быть представлены в удобных для применения тяжелобольными лекарственных формах: таблетки, сублингвальные или внутрь, интраназально, свечи, мази и др. Пользование такими препаратами дает пациенту право на автономию, свободу, самоопределение в тех или иных жизненных обстоятельствах.

Паллиативное лечение не ускоряет и не оттягивает смерть. Оно помогает пациенту жить настолько активно и творчески, насколько это возможно, до самой смерти, примиряя пациента с неизбежным концом, освобождая его от боли и других тяжелых симптомов.

Список литературы

1. Сайт Росонков.еб.
2. «ВИДАЛЬ» Справочник лекарственных препаратов 2018 г
3. ASCO
4. Classification of cancer pain syndromes. Caraceni A1, Weinstein SM.
5. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. Caraceni A1, Portenoy RK