

БОЛЬ В ОНКОЛОГИИ: ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ

Борьба с болью – первоочередная и очень сложная задача при ведении паллиативного пациента. Как максимально облегчить страдания человека? Как добиться эффективного и безопасного обезболивания? Что нужно сделать для развития паллиативной помощи в нашей стране? Об этом – в интервью с руководителем Центра паллиативной помощи онкологическим больным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена МЗ РФ, доктором медицинских наук Гузель Рафаиловной Абузаровой.

CANCER PAIN: FACETS OF A PROBLEM

Fighting against pain is a primary and very difficult task in palliative care case management. What are the best ways we can reduce human suffering? How to achieve effective and safe anaesthesia? What needs to be done to develop a palliative care service in our country? Read up on this in an interview with the Head of the Oncology Palliative Care Center of the Herzen Moscow Oncology Research Institute of the Ministry of Health of the Russian Federation, Guzel Rafailovna Abuzarova, MD.

– Гузель Рафаиловна, какова ситуация с заболеваемостью и смертностью от онкологических заболеваний в России и мире?

– Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности от заболеваний в мире, они находятся на втором месте после болезней сердечно-сосудистой системы. Однако в скором времени, считают ученые, ЗНО займут лидирующие позиции в структуре смертности, опередив сердечно-сосудистую патологию.

По данным ВОЗ, в 2008 г. было зарегистрировано 25 млн с ЗНО, 12,7 млн новых случаев и 7,6 млн смертельных исходов¹. К 2020 г., по прогнозам экспертов, заболеваемость удвоится, а в 2030 г. в мире будет насчитываться уже 75 млн человек с ЗНО, число смертельных исходов достигнет 13–17 млн. Таким образом, показатель смертности увеличится вдвое за 20 лет.

В России в 2017 г. было выявлено 617 177 случаев злокачественных новообразований – это на 3% больше, чем в 2016 г.

Нужно сказать, что в последние годы в развитых странах отмечается снижение смертности и заболеваемости в трудоспособном возрасте благодаря улучшению мер профилактики, методов диагностики и повышению качества специализированной помощи. Растет число пациентов, прошедших противоопухолевую терапию (находящихся в ремиссии) и живущих 5 лет и более. Улучшение средних показателей выживаемости можно объяснить увеличением доли онкологических заболеваний, выявленных на ранних стадиях, и, конечно, совершенствованием методов диагностики и лечения. По прогнозам экспертов, к 2024 г. число таких больных увеличится на 30% в США и к 2030 г. на 60% в Великобритании. Тот же процесс наблюдается и у нас в России: около 2 млн пациентов живут с диагнозом «злокачественная опухоль» 5 лет и более. Среди них есть многие, кто испытывает хроническую боль, вызванную последствиями противоракового лечения.



Гузель Абузарова

– Всегда ли онкологическая патология сопровождается болью?

– В отличие от слабости, которая является обязательным симптомом генерализованного опухолевого процесса, боль у онкологических пациентов встречается не всегда. Иногда, крайне редко, мы наблюдаем безболевого формы распространенных опухолевых процессов, но все же подавляющее большинство пациентов (от 70–90%) испытывают боль разной интенсивности – от слабой до нестерпимой.

– От чего это зависит?

– Это пока недостаточно исследованная тема. Возможно, существует генетическая предрасположенность, полиморфизм восприятия нейропатической боли – сейчас это активно изучается. Описано уже порядка 20 генов, ответственных за восприятие боли и реакцию на обезболивающие препараты, в т. ч. опиоиды.

– В чем особенности болевого синдрома при онкологическом заболевании?

– Боль возникает, с одной стороны, в результате прорастания опухоли и сдавления опухолевыми массами прилежащих тканей, которые чувствительны к механическим воздействиям, либо периферических и центральных структур нервной системы. А с другой стороны, опухоль выделяет множество патологических веществ, которые возбужденная нервная система воспринимает как алгогены. Болевые рецепторы взаимодействуют с продуктами метаболизма опухолевых клеток, медиаторами повреждения или воспаления тканей, в результате изменяется биоэлектрический потенциал нейронов, которые передают болевую информацию в спинной мозг, а затем в высшие отделы ЦНС. Происходит сенситизация нервной системы по типу аллергической реакции. Важно, что боль при онкологическом заболевании не имеет биологической целесообразности, она не выполняет защитной функции. Напротив, длительно существующая боль способствует формированию извра-

¹ World Cancer Report 2008, International Agency for Research on Cancer WHO 2008.

ценного патологического восприятия болевых импульсов, что ведет к нарушениям функций органов и систем в организме больного.

Клиническая картина боли зависит от пораженного органа, конституции больного, его психики и индивидуального порога болевой чувствительности. Более 70% пациентов с генерализованными формами опухолевого процесса отмечают более двух патофизиологических видов болевых ощущений. Помимо соматических расстройств, одной из причин боли при онкопатологии являются психогенные реакции у пациентов, которые могут провоцировать или усиливать болевые ощущения.

Кроме того, и само противоопухолевое лечение может становиться причиной боли. Например, после хирургического лечения опухоли у 10–20% пациентов развиваются постоперационные рубцы или спайки, из-за которых может возникать боль, в т. ч. нейропатическая. Другой пример – постмастэктомический болевой синдром, когда молочная железа уже удалена, проведена реконструктивная операция, а спустя 3 месяца появляется невыносимая боль. Она связана с тем, что происходит регенерация пересеченных невралгических структур и возникают микроневромы, которые начинают болеть, как фантом. То же самое происходит при ампутации конечностей, это общеизвестно. После химиотерапии практически всегда развиваются двигательные и сенсорные нарушения, причем может наблюдаться как выпадение чувствительности, так и, наоборот, ее усиление – типичная нейропатическая боль по типу герпетической невралгии, когда больные не могут прикоснуться к этой области. Но если в случае с болью мы еще можем что-то сделать, то вернуть чувствительность нервов мы не в состоянии. Причиной тому – митохондриальный дефицит, заставить «ожить» нервную клетку, которая практически умерла, очень сложно.

Длительно существующая боль способствует формированию извращенного патологического восприятия болевых импульсов, что ведет к нарушениям функций органов и систем в организме больного

– Как оценивают болевой синдром в онкологии?

– Онкологическая боль многолика, поскольку под этим термином объединены разнообразные неприятные сенсорные ощущения у онкологических больных, которые могут иметь разную этиологию. Существует много классификаций боли, наиболее часто в клинической практике применяется патогенетическая классификация. Также каждый врач должен использовать в практике классификацию боли по интенсивности, ВАШ. От 0 до 3 – это тот уровень боли, которую можно лечить НПВС или парацетамол. От 3 до 7 – уже обязательно применение каких-то обезболивающих препаратов, зачастую это слабые опиоидные анальгетики. Если они не

помогают в комбинации с НПВС, это сильная боль, от 7 до 10. Боль от 9 до 10 – нестерпимая, когда больной плачет, страдает, появляется гримаса, вызывает скорую. Конечную оценку боли может дать только сам пациент, поскольку это субъективный симптом. Врачи часто недооценивают, а близкие переоценивают страдания больного. Выяснение патогенеза, типа боли, ее динамики, построение четкого плана лечебных мероприятий и их контроль – это неотъемлемая часть современной клинической онкологии.

Выяснение патогенеза, типа боли, ее динамики, построение четкого плана лечебных мероприятий и их контроль – это неотъемлемая часть современной клинической онкологии

– На что следует обратить внимание при диагностике боли?

– Нужно учесть локализацию, характер боли – постоянная, периодическая или прорывная; жгучая, пронзающая или давящая. Когда возникла боль, как долго продолжается, когда усиливается – днем или ночью? Есть ли дополнительные невропатические симптомы, например мурашки, онемение, гипералгезия? Какие анальгетики принимал пациент, в какой дозе и в течение какого времени? Отмечались ли побочные эффекты при приеме анальгетиков? Нарушен ли ночной сон, есть ли сложности с засыпанием? Необходимо учитывать и наличие сопутствующих заболеваний, поскольку в отношении НПВС, например, накоплено большое количество данных, свидетельствующих о воздействии не только на желудочно-кишечный тракт, но и на сердечно-сосудистую систему. Поэтому назначать эти препараты нужно с большой осторожностью.

– В чем заключается специфика лечения боли у онкологических пациентов?

– Подходы к лечению боли у онкобольных могут отличаться. У паллиативных пациентов интенсивность боли регулярно оценивается по специальным шкалам, не только в движении, но и в покое. Тактика обезболивания постоянно обсуждается с пациентом и его родными. Существует трехступенчатая схема ВОЗ, так называемая лестница обезболивания, которая заключается в назначении при слабой боли неопиоидных анальгетиков (НПВП, парацетамол), при умеренной – слабых опиоидных анальгетиков и неопиоидов, при сильной боли – сильных опиоидных анальгетиков морфинового ряда. ВОЗ рекомендует придерживаться следующих принципов обезболивания онкологических больных. Во-первых, лечение должно проводиться неинвазивными препаратами, исключая инъекционные формы анальгетиков. Во-вторых, назначать препарат следует превентивно и вводить его регулярно, по часам, не дожидаясь появления сильной боли. В-третьих, используется принцип «по восходящей», согласно лестнице обезболивания (1, 2 и 3-я ступени). Четвертый принцип – это индивидуальный

подход, учитывающий токсичность препаратов, сопутствующие заболевания, лечение, которое получает пациент. Наконец, пятый принцип – внимание к деталям, например, можно постараться скомбинировать основной обезболивающий препарат с какими-то симптоматическими препаратами: противовоспалительными, спазмолитиками, миорелаксантами и др.

– *Каковы критерии выбора анальгетиков при онкологических болях?*

– Существуют слабые и сильные опиоидные анальгетики. При умеренной боли мы назначаем слабые анальгетики. За рубежом для этого широко используется кодеин, в России же его нет и, возможно, уже не будет. Кодеин в дозе 8 мг – это препарат второй ступени лестницы. У нас есть трамадол, но и с ним все не так просто. Обезболивающим действием обладает не сама молекула трамадола, а два его изомера, на которые он распадается, проходя через печень. У 6% населения этот процесс распада происходит очень быстро, а у 8–10% препарат вообще не метаболизируется. То есть каждый 10-й пациент не чувствителен к трамадолу, как, впрочем, и к кодеину. В этих случаях, в соответствии с европейскими и российскими рекомендациями, можно назначать сильнодействующие опиоидные анальгетики в малых дозах, например морфин 30 мг/сут перорально, оксикодон до 20 мг/сут, а также новый препарат тапен-

тадол (до 200 мг/сут) – это, скажем так, «усиленный трамадол». Большого опыта применения этого препарата пока нет, мы только приступаем к его изучению, но есть данные о том, что он достаточно безопасен.

Сотрудничество лечащего онколога и паллиативного специалиста должно начинаться на более ранних стадиях заболевания, как для курябельных, так и для некурабельных больных

– *Может ли у пациента возникнуть зависимость от опиоидов?*

– Нужно разделять понятия физической и психической зависимости. Физическая зависимость может возникнуть к большинству препаратов. Появление психической зависимости беспокоит нас в большей степени, потому что здесь присутствует социальный аспект – привыкание, пристрастие, аберрантное поведение. Но за свою 30-летнюю практику я видела, может быть, только 1–2 случая действительно психически зависимых пациентов. Физическая зависимость развивается практически у всех наших пациентов, и, если резко отменить препарат, конечно, им будет плохо. Но здесь приходится выбирать из двух зол меньшее. Мы просто аккуратно ведем больных и медленно повышаем дозировки препаратов, а при необходимости отменяем опиоид, постепенно снижая дозу.



АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ



Журнал отличается четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Реклама

www.a-surgeon.ru • АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

– *Какое место в лечении онкологической боли занимают НПВС?*

– НПВС – очень правильные и хорошие лекарства, они прекрасно помогают при многих видах ноцицептивной боли: срабатывает этиопатогенетический принцип их действия. Например, при боли, вызванной метастазами в костях, мы назначаем НПВС как этиопатогенетическое лечение, поскольку вокруг каждого метастатического очага формируется очаг перифокального воспаления. В ряде работ даже было показано, что применение НПВС снижает риск метастазирования. Пока это только отдельные исследования на животных, без систематического анализа, но тем не менее такие работы ведутся. Один из самых эффективных и мощных препаратов, имеющихся в нашем арсенале, – декскетопрофен. Его назначают при острой боли и в послеоперационном периоде, т. е. согласно инструкции препарат нельзя применять более 5 дней. Однако у нас есть опыт применения декскетопрофена до 2 недель и более без развития серьезных нежелательных явлений. Тем не менее нужно учитывать его потенциальные побочные эффекты со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, хотя препарат отличается высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Иногда мы назначаем его вместе с морфином, и, надо сказать, это весьма эффективная комбинация при прорывных болях, что подтверждается результатами наших исследований с морфином в таблетках.

– *Что нужно учитывать при назначении НПВС паллиативным пациентам?*

– Следует учитывать пути элиминации препарата из организма, степень гепато- и нефротоксичности. Дело в том, что у пациентов с коморбидной патологией печени и почек, особенно в старшей возрастной группе, можно ожидать очень много побочных эффектов. Но, взвесив все риски и пользу от применения НПВС, мы все-таки назначаем эти препараты, выбирая наиболее безопасные из них, ограниченными курсами в сочетании с ингибиторами протонной помпы.

– *Существуют ли способы профилактики боли при злокачественных опухолях?*

– Важно вовремя начинать лечение, не допуская развития сильных болей. Огромную роль в профилактике боли играет психологическая помощь и поддержка пациентов, особенно со стороны родных и близких. Также нельзя забывать и о профилактике побочных эффектов терапии.

– *Не могли бы Вы немного подробнее остановиться на психоземotionalных аспектах в работе с пациентами?*

– Я бы хотела сослаться на зарубежный опыт ведения таких больных. Согласно рекомендациям Американского общества онкологов, пациент с генерализованным опухолевым процессом обязан в течение 8 недель встать на учет к паллиативному специалисту, независимо от того, есть у него болевой синдром или нет. И дальше специалист определяет, какие дополнительные мероприятия необходимы пациенту. Это могут быть психотерапия,

занятия музыкой, участие в пациентских сообществах, круглые столы и т. д. Онколог обязательно должен беседовать с паллиативным пациентом один раз в месяц в течение часа. Пациент может подробно расспросить врача о своем заболевании, тактике лечения, прогнозе. Я считаю, наши больные тоже нуждаются в подобном подходе. Ведь пациенту необходимо знать обо всех нюансах его состояния, рисках, связанных с лечением. Есть очень тонкий этический аспект – вовремя определить, в каких случаях лучше прекратить лечение, чтобы не усугублять состояние больного, не отравлять последние дни его жизни – возможно, он проживет несколько дольше и в лучшем качестве. А в каких случаях стоит рисковать и назначить химиотерапию с возможностью продления жизни на какое-то время, но с худшим качеством. Это должен решать лечащий онколог вместе с пациентом, иногда с участием паллиативного специалиста.

– *Но очевидно, не все больные у нас попадают к паллиативным специалистам?*

– К сожалению, к нам, как правило, направляют пациентов только на последних стадиях заболевания, с невыносимыми болями. Хотя сотрудничество лечащего онколога и паллиативного специалиста должно начинаться на более ранних стадиях, как для курабельных, так и для некурабельных больных. Пациенты не должны бояться идти к паллиативному специалисту, это вовсе не означает, что их дни сочтены. Но они могут получить более эффективную обезболивающую терапию, консультацию по нутритивному статусу, психологическую помощь и поддержку.

– *Меняется ли в лучшую сторону ситуация с оказанием паллиативной помощи в нашей стране?*

– За последние годы произошел невероятный прорыв, когда были выявлены все несовершенства нашей законодательной системы в отношении наркотических препаратов. После этого начался серьезный процесс обновления приказов Минздрава и постановлений правительства, в результате чего ситуация с доступностью опиоидных анальгетиков значительно изменилась. Практически с нуля была создана целая служба паллиативной помощи, в каждом регионе страны. На ее развитие, закупку средств и модернизацию материальной базы правительством было направлено 4,3 млрд руб. Ежегодно (уже в третий раз) во всех региональных округах проводятся образовательные форумы, где мы рассказываем о новых обезболивающих препаратах, о том, как их назначать, как избежать побочных явлений, когда нужны опиоиды, а когда нет. По словам наших западных коллег, такого темпа развития паллиативной помощи нет нигде в мире. Мы сделали огромный шаг в этом направлении, но одна из важнейших задач сейчас – развитие паллиативной помощи в сотрудничестве с социальными службами, потому что наши больные нуждаются не только в лекарствах и лечении, но и в постоянном уходе.



Беседовала Людмила Головина