

СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ЛЕГКОГО

Сергей Дорук, научный сотр., **Корнел Препелица**, др. медицинских наук,
Сергей Саломатов, др. медицинских наук, Институт Онкологии Молдовы

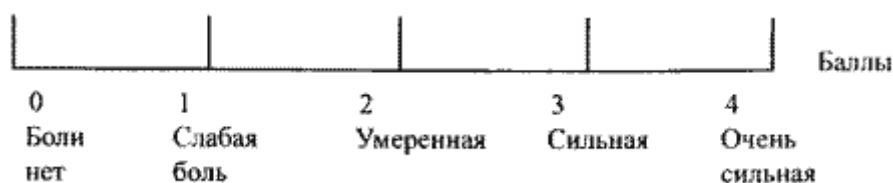
Ежегодно в мире выявляют около 6 млн. новых случаев онкологических заболеваний, в основном у пациентов старшего возраста. Из случаев с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования у 20% пациентов диагностируют IV стадию болезни и 30% больных умирают в течение первого года. В нашей стране у пациентов с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования органов грудной клетки более чем в 50% случаев диагностируют III-IV стадию (T1-3N2M0, T любое N любое M1). Установлено, что в мире около 4 млн. онкологических больных ежегодно страдают от болей разной интенсивности. При этом около 40% больных с местнораспространенным процессом и 60—87% с генерализованным заболеванием испытывают боли, от умеренных до сильных. В большинстве случаев причиной хронических болей у онкологических пациентов с запущенными (III-IV) стадиями рака легкого является опухоль, изменяющая структуру и функцию вовлеченных в болезненный процесс органов и тканей. К сожалению, болевой синдром, осложняющий онкологическое заболевание, является трудной клинической задачей и его устранение не всегда укладывается в рамки схемы разработанной ВОЗ для терапии больных с болевым синдромом. Врач не знакомый с комплексом проблем у онкологического больного, может быть склонен к тому, чтобы объяснять все жалобы больного на его болезнь. Но боль может вызываться и другими причинами. Например: дискомфорт в животе может быть следствием длительной задержки стула; суставная боль иметь причиной хронический артрит; боль за грудиной может быть проявлением заболеваний сердца и т. д. Говоря иными словами, онкологический больной “имеет право” на обострение своих хронических и “приобретение” новых заболеваний, одним из симптомов которых может быть боль. Часто боль является следствием перенесенной лучевой терапии или противоопухолевого хирургического лечения. Это связано с травматизацией нервных волокон, вовлечением их в рубцовый процесс, развившегося лимфостаза конечности и т.д. Из сказанного следует, что онкологические пациенты могут иметь несколько видов боли с различной их локализацией, и всегда врач стремится выявить причину каждой и принять необходимые меры. Клинические проявления при раке легкого зависят от трех основных факторов:

1. Клинико-анатомической формы заболевания.
2. Наличия и локализации отдаленных метастазов.
3. Системные нарушения, вызванных паранеопластическими синдромами.

Однако в запущенных стадиях на первое место выходят проявления связанные с нарушением дыхательной функции легких; болевым синдромом; явлениями интоксикации; причем именно выраженный болевой синдром более всего отягощает состояние больного. Учитывая, что боль при онкологическом заболевании представляет собой не только (и не столько) простую ноцицепцию, а имеет ярко выраженный психоэмоциональный компонент, важнейшее значение для успешного болеутоления имеет психотерапия, направленная не только на больного, но и на его близких и родственников. Таким образом, для успешной терапии хронической боли у онкологических больных необходим индивидуальный подбор средств и методов болеутоления, в зависимости от структуры болевого синдрома и степени его интенсивности. На современном этапе развития онкологической науки рекомендуется рассматривать проблему борьбы с болью у онкологических больных как составную часть комплекса мероприятий, направленных на улучшение «качества жизни» пациентов, находящихся в далеко зашедшей стадии заболевания и объединенных общим названием «паллиативная помощь» или симптоматическое лечение.

В настоящее время рекомендуется применять единую тактику лечения острого и хронического болевого синдромов, основанную на строгом соответствии назначаемых средств

обезболивания, в зависимости от их интенсивности. Последняя устанавливается врачом по простой шкале:



Учитывая полиэтиологический характер болевого синдрома в каждом случае выбор наиболее рационального способа лечения может быть произведен только после доказательного изучения следующих параметров: локализация боли; механизм ее возникновения; природа и причины заболевания; физическое и психическое состояние пациентов; пригодность и практическая доступность различных методов ликвидации болевого синдрома. Данная шкала при всей своей простоте и удобстве пользования не позволяет учесть психоэмоциональные особенности личности в момент болевого восприятия. В связи с этим на начальном этапе работы с пациентом рекомендуется использовать несколько типов оценочных тестов (таблица 1).

Оценка интенсивности болевого синдрома

<i>Способы оценки интенсивности болевого синдрома</i>		
<i>Способ</i>	<i>Градация боли</i>	<i>Когда используется</i>
Общая пятизначная шкала	0 — нет боли 1 — слабая (чуть - чуть) 2 — умеренная (болит) 3 — сильная (очень болит) 4 — невыносимая (нельзя терпеть)	При оценке / обследовании в обычных условиях
Словесная количественная шкала	0... 5... 10 Нет боли — невыносимая боль (какое число соответствует боли?)	При оценке / обследовании в обычных условиях
Визуальная аналоговая шкала (линия длиной 10 см , скользящая линейка)	Нет боли — невыносимая боль (отметьте на линии, насколько сильна боль)	При оценке / обследовании в обычных условиях . Может применяться у детей старше 6 лет
Неосознаваемые поведенческие и психологические параметры (не являются специфичными, а свидетельствуют об остром нарушении)	Мимические гримасы, стоны, повышение голоса, бледность, потливость, слезотечение, расширение зрачка, тахикардия, гипертензия, дискоординация дыхания	При оценке / обследовании больных в бессознательном состоянии, аутичных и критических больных
Оценка жизненно важных функций больного врачом	В соответствии с общими принципами. Важно может ли пациент контролировать произвольные функции организма.	Соотнести с субъективными оценками, следует использовать у всех

Для оценки эффективности проведенного обезболивания используют аналоговую шкалу оценки выраженности боли в баллах. Через 20 мин после введения препарата пациенту задают вопрос: «Уменьшилась ли интенсивность боли после введения препарата по сравнению с болью до введения препарата?» Возможные варианты ответа оценивают в баллах: 0 — боль не уменьшилась, 1 — немного уменьшилась, 2 — уменьшилась, 3 — сильно уменьшилась, 4 — исчезла полностью. Для оценки эффективности обезболивания важно также измерять латентное время обезболивания — время от введения препарата до наступления отчетливого обезболивающего эффекта.

Выбор средств для терапии острой боли базируется на следующих принципах:

- возможность получения отчетливого клинического эффекта при однократном применении у большинства больных;

- быстрое наступление эффекта;
- управляемость и обратимость эффекта;
- возможность парентерального или сублингвального введения или при необходимости получения местного эффекта без развития резорбтивного действия;
- минимальная вероятность развития нежелательного действия или неблагоприятного взаимодействия с другими лекарствами, как назначаемыми одновременно, так и принимаемыми пациентами самостоятельно или по назначению врача;
- экономическая эффективность с учетом госпитализаций, повторных вызовов, в том числе специализированных бригад.

Согласно рекомендациям ВОЗ, выбор средств для анальгезии базируется на выраженности онкогенной боли. ВОЗ предлагает «шаговую» схему обезболивания онкологических больных, в соответствии с которой сила анальгезии увеличивается постепенно, от 1-го к 4-му уровню, что позволяет достичь удовлетворительного обезболивания у 90% пациентов:

1-й уровень: неопиоидные препараты;

2-й уровень: неопиоидные препараты + слабые опиоиды;

3-й уровень: неопиоидные препараты + сильные опиоиды;

4-й уровень: инвазивные методы обезболивания — спинальная анальгезия, использование подкожных аппликаторов и т.д.

В соответствии с концепцией шаговой терапии ВОЗ предложены рекомендации по комплексной плановой терапии боли у пациентов с верифицированным онкологическим заболеванием, находящихся за пределами стационара.

<i>Шаги</i>	<i>Анальгетики и адьювантные средства</i>	<i>Препараты</i>
I. Умеренная боль	Периферические анальгетики	Парацетамол, метамизол (анальгин)
II. Сильная боль (шаг I неэффективен)	Периферические анальгетики+анальгетики центрального действия	Парацетамол, метамизол + пентазоцин (фортрал, фортвин)
IIIa. Более сильная боль (шаг II неэффективен)	Легкие опиоиды	Трамадол (трамал), тилидин
IIIb*. Более сильная боль (шаг IIIa неэффективен)	Нейролептики и/или антидепрессанты	Левопромацин, кломипрамин
IV. Сильнейшая, нестерпимая боль (шаг III неэффективен)	Опиоиды	Бупренорфин (бупранал), морфин

* Нейролептики и/или антидепрессанты могут быть добавлены к любому шагу World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: Report on a WHO expert committee, 1990. Geneva (Switzerland)

Болеутоляющий эффект препаратов 2-й и 3-й ступени лестницы обезболивания реализуется через воздействие их на опиатные рецепторы, которые располагаются в центральной нервной системе и являются также точкой приложения эндорфинов – собственных опиатов организма, выработка которых в случае интенсивных болей оказывается недостаточной.

К адьювантным препаратам, которыми дополняют схему обезболивания в зависимости от причины и характера боли, относят препараты следующих групп:

- спазмолитики (но-шпа, баралгин);
- антидепрессанты (амитриптилин);
- противосудорожные (финлепсин);
- кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон);
- седативные (новопассит, феназепам, реланиум);

-бисфосфонаты, применяемые при вторичных изменениях в костях (2 %-ный раствор ксидифона, бонефос, аредиа, бондронат).

Применять таблетированные обезболивающие препараты, если врачом не указано иначе, надо после еды, чтобы свести до минимума их раздражающее действие на слизистую оболочку желудка. Если больной привык завтракать поздно, не надо откладывать из-за

этого прием анальгетиков. Надо предложить ему что-то перекусить и дать лекарство. Так же надо поступать и днем, если назначенное время употребления анальгетиков не совпадает с основными приемами пищи, и, если это потребуется, ночью. “Что-то положить в рот перед тем, как выпить лекарство. Инъекции лекарственных препаратов применяются лишь в случае, если прием через рот невозможен из-за тошноты, рвоты, нарушений глотания, а через прямую кишку – из-за обострения заболеваний прямой кишки, отказе больного от этого пути введения. В случае парентерального (в виде инъекций) введения анальгетика принцип применения “по часам”, естественно, сохраняется. Не надо будить больного, если наступило время приема обезболивающего лекарства, а он спит. Пропущенная доза дается сразу после пробуждения; схема при этом может несколько сдвинуться

Если появилась боль, а время очередного приема лекарственного препарата еще не наступило, надо срочно принять внеочередную дозу обезболивающего, а в положенное время принять лекарство по схеме и потом придерживаться ее. При повторении случаев «прорыва» боли схема обезболивания корректируется врачом: сокращаются интервалы между приемами, что ведет к увеличению суточной дозы, но не больше предельно допустимой; при необходимости добавляются адьювантные препараты, обсуждается целесообразность перехода на следующую степень обезболивания..

Ряд препаратов (антидепрессанты, противосудорожные, транквилизаторы, сильные и слабые опиаты) в первые дни от начала приема могут вызывать усиление общей слабости, сонливость. В течение первых 4-5 дней от начала приема препаратов 3-ей ступени могут развиваться галлюцинации, появиться тошнота. Все эти симптомы кратковременны и с успехом подвергаются медикаментозной коррекции. Так же, как боль от не слишком умелого укола в начале “медсестринской карьеры” членов семьи, помогающих больному, несоизмерима с болью, ради которой делается инъекция, так и возможные побочные эффекты анальгетиков не являются весомым аргументом против их применения. В случае, когда они становятся слишком продолжительными, врач может заменить анальгетик на другой из той же группы, пересчитав эквивалентную дозу.

При приеме большинства препаратов 2-ой и 3-ей ступеней лестницы обезболивания появляются или усугубляются запоры. Это, к сожалению, не является кратковременной проблемой. Для предотвращения и лечения запоров рекомендуется следующее:

- употреблять жидкость в количестве не менее 1,5-2 л в день, предпочтительно минеральную воду, чай или соки, лучше в виде нектаров. Употребление кофе и спиртных напитков лучше избегать;
- принимать пищу, богатую растительными волокнами (зерновой хлеб, сырые и вареные овощи и фрукты - из последних особенно хорош чернослив);
- двигаться как можно больше, выходить на прогулки;
- при необходимости принимать слабительные, рекомендованные врачом.

Выводы об эффективности схемы обезболивания делаются не раньше, чем через 1-2 суток от начала ее применения. Для облегчения анализа эффективности обезболивания больному или его близким желателен регулярно вести дневниковые записи по следующей схеме:

<i>Дата</i>	<i>Время приема</i>	<i>Название препарата</i>	<i>Дозировка</i>	<i>Характер боли</i>	<i>Локализация боли</i>	<i>Изменения боли</i>	<i>Побочные эффекты и др. комментарии</i>
-------------	---------------------	---------------------------	------------------	----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------------------------

Традиционное лекарственное оснащение позволяет провести адекватное обезболивание онкологических больных. Тем не менее в практике стационаров практически отсутствует опыт применения у онкологических больных современных нестероидных противовоспалительных средств с коротким периодом полувыведения (обеспечивающим быстрое развитие и «управляемость» эффекта) и выраженным анальгетическим действием. Очевидно, что на любом этапе лечения эффективность обезболивания у онкологических больных может быть усилена применением адьювантных средств и средства для коррекции побочных эффектов (глюкокортикоиды, антибиотики, антацидные обволакивающие и т.д.).

Таким образом у каждого пациента поиск показаний, выбор препаратов и режимов обезболивания должны базироваться на рекомендациях ВОЗ, ориентированных и на внегоспитальную помощь онкологическим больным.

Не следует забывать о вспомогательных методах лечения болевого синдрома: иглорефлексотерапия, магнитотерапия, аэроионотерапия, озонотерапия, гипербапрооксигенация, детоксикация, тиаминизация. Количество вспомогательных методов лечения болевого синдрома неуклонно растет, следуя за научно техническим прогрессом. Однако ввиду отсутствия лечебного эффекта сопоставимого с эффективностью медикаментозных средств эти методы играют хоть и важную, но все же вспомогательную роль в лечении болевого синдрома.

В заключении будет уместно процитировать почти дословно перечень того, что следует делать для контроля за своей болью, как это написано вдохновенной рукой Питера Лендорффа – американского врача – в его книге “Хроническая боль”, изданной в Санкт-Петербурге в 1998 г.:

Следуйте указаниям врача.

Сохраниайте чувство уверенности.

Избегайте вредных привычек.

Ведите насколько возможно активный образ жизни и занимайтесь физическими упражнениями.

Следите за улучшениями самочувствия.

Помогайте другим.

Отдыхайте, когда ощущаете усталость.

Верьте во что-нибудь.

Верьте в себя.

Выборочная литература

1. Т.В. Орлова, *Вместе против рака*, № 1, 2004.
2. В.В. Алексеев, *Основные принципы лечения болевых синдромов РМЖ*, Том 11. № 5, 2003.
3. И.В. Дунаевский, *Материалы третьей ежегодной Российской онкологической конференции 29 ноября - 1 декабря 1999 года, Санкт-Петербург Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных*. НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург.
4. Авруцкий М.Я., Смольников П.В., *Фармакологические методы обезболивания*. В кн.: Боль и обезболивание, М. Медицина, 1997.
5. Лебедева Р.Н., Никода В.В., *Фармакотерапия острой боли*, М.: Издательство «Аир Арт», 1998.
6. Лебедева Р.Н., Никода В.В., *Опиоидные анальгетики - дифференцированный подход в использовании у больных с острой болью*. Тер. архив 1994;66 (10):3-5.
7. Мериуца И.Е., *Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных в Республике Молдова*. 1995.
8. Николаев А.В., Лепешкин Г.П. и др., *Купирование хронического болевого синдрома у онкологических больных методом пролонгированной эпидуральной анестезии*, М, 1995.
9. Исакова М.Е., Павлова З.В., Лактионов К.П., *Лечение болевого синдрома у онкологических больных* М., 1994.

Rezumat

În Republica Moldova depistarea primară a neoformațiunilor maligne a cutiei toracice este tardivă, în 50% de cazuri fiind stabilit stadiul III-IV a maladiei (T1-3N2M0; orice T, orice N, M1).

La 40% din pacienți cu procese local-avansat și la 60-87% bolnavi cu procese generalizat persistă sindromul algic. Fiind în marea parte a timpului sub evidența medicului de familie, este necesar a determina criteriile și principiile de acțiune a medicului ce vor permite acordarea unui ajutor cât mai eficient acestei categorii de bolnavi. Având în considerație că sindromul algic are origine polietologică, cuparea lui trebuie să asigure următoarele principii: eficacitate, accesibilitate, siguranță.

Astfel, la fiecare pacient aprecierea indicațiilor, alegerea preparatelor și schemei de administrare vor avea obligator la bază recomandările OMS, orientate și spre acordarea ajutorului extraspitalicesc bolnavilor oncologici.

Summary

In our country for patients with for the first time established diagnosis of a malignant new growth of bodies of a thorax more than in 50 cases diagnose III-IV stage (T1-3N2M0, T any N any M1). Thus about 40% patients with local process and 60—87% with generalized stage of diseases test pains, from moderated up to strong. Considering, that the painful syndrome has multifactorial character its treatment as should answer following principles: efficiency availability safety. Thus, at each patient search of indications, a choice of preparations and modes of anesthesia should be based on the recommendations the world Organization of Public health services focused and on out of hospital help by oncological patients.

TIPUL INTESTINAL DE CANCER GASTRIC: PARTICULARITĂȚILE CLINICO-PATOGENICE

Lorena Mednicov, medic ordinator, Institutul Oncologic din Moldova

Morbiditatea prin cancer gastric rămâne destul de înaltă, cu toate că în ultimele decenii se observă o tendință de diminuarea nivelului ei în toate țările lumii. Acest nivel diferă esențial în diferite regiuni geografice, constituind 35% în Japonia, Coreea și China și 5% în SUA și Canada.

Anual pe Glob se înregistrează aproximativ 900000 de cazuri noi de cancer gastric [33,38], însă 50-70 % din acestea sunt depistate în stadii tardive, cu posibilități limitate de tratament radical. În SUA numai 16% cazuri de cancer gastric sunt depistate în stadii precoce.

În Republica Moldova morbiditatea prin cancer gastric în 2006 a constituit 12,6%, însă 57,9 % din bolnavii primari s-au depistat în stadiul IV.

Supraviețuirea de 5 ani la bolnavii de cancer gastric precoce constituie 90-95 %, pe când în stadiul III-15-17 % [4,51]. Cauza principală a depistării tardive este legată de prezența a diferitor tipuri de cancer gastric, cu particularități clinico-patogenetice ale evoluției bolii.

În anul 1965 Lauren a descris 3 tipuri de cancer gastric: intestinal, difuz și nediferențiat [16,17,23].

În literatura de specialitate mondială s-a demonstrat că tipul intestinal și difuz de cancer gastric diferă după mecanismele patogenetice de evoluție [2,7,17,45]. Tipul intestinal de cancer gastric se caracterizează prin vârsta mai înaintată a bolnavilor, anamneză mai îndelungată, evoluția bolii mai lentă, prezența maladiilor cronice. Histopatologic tipul intestinal de cancer gastric prezintă un proces exofit, cu diferențiere mai înaltă, invadarea ganglionilor limfatici regionali este mai rară în comparație cu tipul difuz.

Practic, în 90% cazuri mucoasa adiacentă a tumorii este modificată, prezentând metaplazie intestinală sau displazie de diferite grade [2,5,13,41].

Progresele înregistrate în ultimile decenii, în studierea mecanismelor patogenetice a diferitor tipuri de cancer gastric, au demonstrat o expresie diferită CD- 44 (molecule de adhezie celulară),