МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я УКРАЇНИ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Кафедра паліативної та хоспісної медицини

Губський Юрій Іванович, член-кор. НАМН України, доктор мед. наук, проф., завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім.П.Л.Шупика

Лекція.
Загальні принципи патогенезу та медичного контролю синдрому хронічного болю у паліативних пацієнтів

П л а н:

1. Патофізіологічні основи та патопсихологічні наслідки хронічного больового синдрому

2. Розповсюдженість хронічного больового синдрому у онкологічних хворих

3. Загальні принципи діагностики та оцінки ХрБС в паліативній онкології

4. Методи лікування (контролю) хронічного больового синдрому в паліативній онкології

5. Загальні принципи фармакологічного знеболення в паліативній онкології

1. Патофізіологічні основи та патопсихологічні наслідки хронічного больового синдрому

Біль є суб'єктивним відчуттям та переживанням, що виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень.

Механізм формування болю складається із взаємодії двох фізіологічних систем: власне больової (**ноцицептивної**) та протибольової (**антиноцицептивної**) системи.

Антиноцицептивна система.

Стимуляція структур антиноцицептивної системи головного мозку викликає явище та почуття знеболення у людини і тварин.

Складовими антиноцицептивної системи є:

- ***опіоїдергічна система***, що містить опіоїдні нейропептиди (ендорфіни, енкефаліни);
- ***серотонінергічна система;***
- ***норадренергічна система;***
- ***система ендогенних канабіноїдів***.

Таблиця 3.1. Типи хронічного болю за джерелами його виникнення

Типи болю	Джерела виникнення болю
• **Ноцицептивний біль** а) соматичний	Подразнення ноцицепторів: — м`язовий спазм — ураження кісток — ураження м`яких тканин
б) вісцеральний	— канцероматоз серозних оболонок — гідроторакс — асцит — перерозтяжіння стінок порожнистих органів та капсули паренхіматозних органів; запор; хронічна кишкова непрохідність
• **Нейропатичний**	Перезбудження або пошкодження нервових структур
• **Каузалгія**	— каузалгія (біль, посилений симпатичними нервами — мішане порушення периферічної інервації у первинних ноцицептивних та постгангліонарних симпатичних волокнах (після операції або за рахунок росту пухлини)

2. <u>Розповсюдженість хронічного больового синдрому у онкологічних хворих</u>

Біль є головним клінічним симптомом, що супроводжує онкологічних хворих, особливо в IV стадії ракового процесу, медична та соціальна актуальність боротьби з болем є однією з центральних проблем паліативної медицини.

На початкових стадіях росту пухлини біль (тобто фактично в період першого звернення пацієнта по медичну допомогу) зустрічається у 30-40% хворих, в стадії розповсюдження процесу – в 60 – 70%, а при генералізації пухлинного процесу - в 90%.

За даними російських дослідників Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, найбільш часто больовий синдром розвивається у хворих на рак:

шлунку (20,2%),
легенів (15,9%),
товстої кишки (12,5%),
молочної залози (10,8%),
геніталій (6,6%).

За даними О.Є.Боброва (2008 р.), за наявності поширених пухлин стійкий біль переслідує 45-100% пацієнтів, у 20-40% з них вгамувати больовий синдром загальноприйнятими методами (з врахуванням обмежень в добовій дозі найбільш поширеного в нашій країні опіоїдного анальгетику – морфіну гідрохлориду) не вдається.

3. Загальні принципи діагностики та оцінки ХрБС в паліативній онкології

Комплекс діагностичних критеріїв для оцінки хронічного больового синдрому, що пропонується авторами [34], є таким:

1) Анамнез хронічного больового синдрому (його тривалість, інтенсивність та тип прояву, локалізація, фактори, що підсилюють або послаблюють ХБС, засоби лікування, що застосовувалися раніше та їх ефективність) та дані клінічного огляду пацієнта, що надають інформацію про характер та поширеність онкологічного процесу, фізичний, неврологічний та психічний статус пацієнта.

2) Оцінка інтенсивності хронічного больового синдрому.

Діагностика та оцінка ефективності ХрБС побудовані на застосуванні простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю і перенесення вживаних знеболюючих засобів (див. нижче).

За інтенсивністю біль поділяють на **слабкий, середній, сильний /дуже сильний (**що позначається також, як **"нестерпний" біль).**

Найчастіше рекомендується **5-бальна шкала вербальних оцінок** (ШВО) інтенсивності хронічного болю в паліативній онкології, згідно з якою існує така шкала:

0 — болю немає, 1 бал — слабкий, 2 бали — помірний, 3 бали — сильний, 4 бали — найсильніший біль.

Нерідко застосовують також **візуально-аналогову шкалу** інтенсивності болю від 0 до 100 % у вигляді лінійки, завдовжки 10 см, на якій пацієнт сам позначає силу своїх больових відчуттів.

3) Оцінка якості життя пацієнта з поширеною формою злоякісного новоутворення за шкалою:

(1) - нормальна фізична активність;

(2) - фізична активність є дещо зниженою; при цьому хворий може самостійно відвідувати лікаря;

(3) - фізична активність помірно знижена (постільний режим менше 50% денного часу);

(4) - фізична активність значно знижена (постільний режим більше 50% денного часу;

(5) - мінімальна фізична активність(повний постільний режим).

4) Оцінка реакції організму на терапію ХБС, зокрема наявності переносимості, тобто побічних ефектів на ЛЗ та інші лікувальні процедури. Найчастіше доводиться оцінювати побічні ефекти анальгетиків за їх характером, вираженістю та частотою зустрічає мості. Вираженість побічних ефектів може бути оціненою за такою шкалою: 0 — відсутні побічні ефекти; 1- побічні ефекти слабко виражені; 2 — побічні ефекти виражені помірно, 3 — побічні ефекти сильно виражені.

5) Показники фізичного стану пацієнта можуть бути використаними в різному обсязі залежно від умов перебування пацієнта (стаціонар або вдома):

маса тіла в динаміці, клінічні показники кровообігу (АТ, ЧСС, ЕКГ), загальні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи крові, рентгенологічні дослідження тощо.

6) Спеціальні наукові дослідження, спрямовані на оцінку реакції організму пацієнта на аналгетичну дію ЛЗ та побічних ефектів анальгетиків та інших засобів лікування болю (сенсометрія, електроенцефалографія, спірографія, визначення рівнів у плазмі показників стресу – кортизолу, СТГ, глюкози т.і.) проводяться рідко і тільки за згоди пацієнта.

7) Тест на опіатну залежність при тривалому (більше місяця) застосуванні опіоїдних анальгетиків в звичайній практиці не проводиться, оскільки може привести до усунення анальгетичної дії препарату та розвитку важкого абстинентного синдрому.

4. Методи лікування (контролю) хронічного больового синдрому в паліативній онкології

Існують такі принципові методичні підходи до лікування ХрБС:

1. Етіологічна (протипухлинна) терапія: хірургічна, променева, лікарська (фармакологічна).

2. Системна фармакотерапія: переважно неінвазивна (оральна, сублінгвальна, ректальна), а также парентеральна.

3. Локальна фармакотерапія: епидуральне, інтратекальне, інтра-вентрикулярне введення анальгетиків.

4. Блокада нервів, нейролізис, кріоаналгезія.

5. Електростимуляційна анальгезія: черезшкірна, спінальна, церебральна.

6. Деструктивна нейрохирургія: термокоагуляція ганглію Гасера, висока черезшкірна хордотомія, відкрита хордотомія.

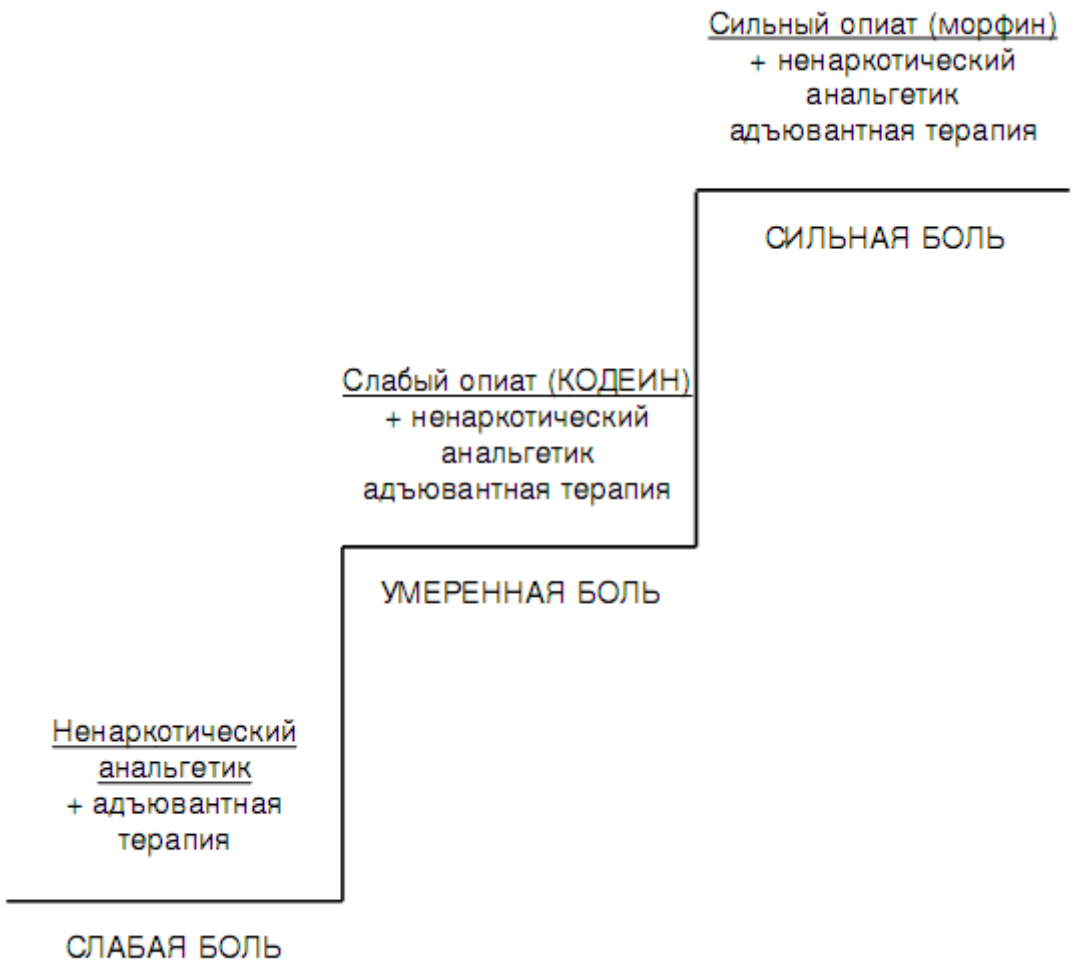
7. Психотерапія та психотерапевтичні методи: зняття напруги, метод "зворотнього зв`язку", гіпноз та ін.

8. Допоміжні засоби: корсети, протези, противопролежневі пристрої.

5. Загальні принципи фармакологічного знеболення в паліативній онкології

Сучасні фармакотерапевтичні схеми застосування та дозування цих групп препаратів грунтуються на уявленні про певні **рівні знеболення** та покладені

в основу так званих **«3-х сходинок»** (етапів) лікування хронічного болю у паліативній онкології, розробленого і запропонованого ВООЗ.



Рівні знеболення в паліативній онкології.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, існують три основних рівні знеболення при ХБС у онкологічних хворих.

- **1 рівень** – за наявності ***слабкого болю*** – призначають **ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби** з анальгетичною дією (*парацетамол, метамізол натрій, диклофенак, індометацин, кеторолак, ібупрофен, мелоксикам, німесулід, саліцилати*), за необхідності з використанням **додаткових (допоміжних, ад`ювантних)** лікарських засобів, спрямованих на контроль інших симптомів хвороби, зокрема препаратів заспокійливої дії (снодійні, анксіолітики, антидепресанти), протиблювотних препаратів, глюкокортикоїдів, дифосфонатів.
- **2 рівень** – за наявності ***помірного болю*** та неефективності одних лише ненаркотичних анальгетиків додатково до препаратів 1-го рівню призначають **наркотичні (опіоїдні) анальгетики групи кодеїну** – *кодеїн, гідрокодон*, а також означені вище додаткові лікарські засоби.

- **<u>3 рівень</u>** – за наявності ***<u>сильного</u>*** **та** ***<u>нестерпного</u>*** ***<u>болю</u>*** та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають **препарати опіоїдних анальгетиків з групи морфіну** та його аналогів (*морфін, трамадол, гідроморфон, фентаніл, бупренорфін*, *буторфанол, тримеперидин*, *налбуфін* та опіоїди пролонгованої дії, зокрема аплікаційні лікарські форми), не виключаючи при цьому ненаркотичних анальгетиків та необхідних допоміжних (симптоматичних) лікарських засобів. Підбір доз опіоїдних анальгетиків здійснюється ***за висхідним принципом*** (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармако-терапевтичного ефекту.