



ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Зайниддинова Замира
студентка 1 курса лечебного факультета ТМА
Мирталипова Мохизода Абдусаттаровна
Ассистент кафедры
гистологии и медицинской биологии ТМА
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11229786>

ARTICLE INFO

Received: 18th April 2024
Accepted: 20th May 2024
Published: 21st May 2024

KEYWORDS

болевого синдром,
боль, онкология,
эффективность
лекарственных
препаратов.

ABSTRACT

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире ежегодно выявляется около 16 миллионов случаев рака. В частности, на территории Узбекистана количество онкологических больных составило более 100 тысяч, с ежегодным приростом свыше 20 тысяч [1].

Как отмечает потомственный онколог и один из разработчиков постановления о развитии онкослужбы в Узбекистане, Яхъё Зияев, при онкологии большинство пациентов страдают от хронического болевого синдрома. В отличие от острой боли, например, головной, о которой можно забыть после таблетки «Тримола», купировать хроническую боль нужно уметь [2].

Боль – это, безусловно, очень важная проблема в онкологии. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает следующее ее определение: «Боль – неприятное сенсорное или эмоциональное переживание, которое обусловлено фактическим или потенциальным повреждением тканей, или описываемое в терминах, как при повреждении тканей» [3]. В то время как, хроническая боль определяется IASP как боль, сохраняющаяся или рецидивирующая на протяжении более трех месяцев [4]. Хроническая боль отличается от острой не только продолжительностью, а качественными различиями в нейрофизиологических, психофизиологических и клинических механизмах. Ключевая особенность хронической боли - ее длительность, превышающая нормальные сроки заживления тканей. Поэтому постоянная боль, вызванная злокачественной опухолью, с самого начала считается хронической.

Хронический болевой синдром у онкологических больных наиболее часто развивается при метастазах в кости. Их часто выявляют при раке молочной железы, предстательной железы, почки, легкого. При раке молочной железы метастазы в кости диагностируются у 70–80% больных с распространенными формами заболевания, при этом наиболее часто поражаются поясничные (59%) и грудные (57%) отделы позвоночника, кости таза (49%) [5-7].

Часто хроническая боль у онкологических пациентов является результатом комбинации нескольких факторов. Из них:

1. Прямое воздействие опухоли: Рост опухоли может непосредственно давить на окружающие ткани, нервы и органы, вызывая боль. Это особенно часто наблюдается в случае злокачественных опухолей, разрастающихся в окружающих тканях.

2. Лечение: Многие методы лечения рака, такие как хирургия, химиотерапия, лучевая терапия и иммунотерапия, могут вызывать побочные эффекты, включая болевые ощущения.

3. Психологические и эмоциональные факторы: Стресс, тревога, депрессия и другие психологические состояния могут усиливать восприятие боли у пациентов с раком.

Важно понимать, что каждый пациент уникален, и причины его боли могут быть различными. Хорошее понимание этих причин помогает медицинским специалистам выбрать наиболее эффективные методы управления болевым синдромом для каждого пациента.

Процесс диагностики хронического болевого синдрома осуществляется в несколько этапов:

- Сбор анамнеза. Рекомендуется тщательный опрос жалоб пациента, включая характер боли, местоположение, интенсивность, продолжительность, факторы, усиливающие и облегчающие боль.

- Физическое обследование. Крайне важно выполнять физикальный осмотр всех кожных покровов и видимых слизистых, пальпацию области, где возникают болевые ощущения, а также всех доступных групп лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез и органов брюшной полости.

- Дополнительная диагностика. В зависимости от предполагаемой причины боли и клинических проявлений пациента могут быть назначены дополнительные методы диагностики, такие как рентгенография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-ТС), биопсия и другие [8].

- Оценка психологического состояния: так как психологические факторы могут существенно влиять на восприятие боли и общее благополучие пациента, оценка его психологического состояния (например, с помощью опросников на предмет тревожности, депрессии и стресса) также может быть частью диагностического процесса.

Лечение хронической боли у онкобольных часто имеет мультидисциплинарный характер (например, применение обезболивающих, физических методов, психологической помощи).

Основной принцип выбора обезболивающих препаратов у онкологических больных – это сопоставление интенсивности боли, имеющейся у пациента, и степени выраженности потенциального анальгетического эффекта у лекарственного средства. Такой подход получил название «анальгетическая лестница ВОЗ». Он был сформулирован в 1988 г. [9].

Для оценки интенсивности болевых ощущений пациенту может быть предложена шкала вербальных оценок (ШВО), нумерологическая оценочная шкала (НОШ) [8], визуально-аналоговая шкала (ВАШ) [10].

ВАШ представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см (100 мм) с расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить» [11]

Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) [12]:



При боли слабой интенсивности применяются неопиоидные анальгетики. К ним относятся: Анальгетики без противовоспалительного эффекта: парацетамол и метамизол. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): ацетилсалициловая кислота, диклофенак, кеторолак, кетопрофен, лорноксикам, нимесулид, мелоксикам, целекоксиб и другие.

Для борьбы с болями умеренной интенсивности или непереносимости ненаркотических анальгетиков и НПВП применяются слабые опиоиды или малые дозы сильных опиоидов, пептидные анальгетики.

Боль сильной интенсивности требует применения сильных опиоидных анальгетиков. Морфин — наиболее широко применяемый препарат для терапии ХБС онкологического генеза [8].

Заключение: Хронический болевой синдром является серьезным вызовом для онкологических больных и требует комплексного и индивидуализированного подхода к управлению. Для борьбы с этой болезнью рекомендуется разработка эффективных стратегий лечения на основе выявления причин и механизмов боли, ее влияния на физическое и эмоциональное состояние пациента и, несомненно, продолжение исследований для излечения рака.

Список использованной литературы:

1. <https://kun.uz/ru/news/2022/01/20/yejyegodno-v-uzbekistane-vyyavlyayetsya-svyshe-20-tysyach-sluchayev-raka-pri-etom>
2. <https://www.gazeta.uz/ru/2023/11/08/cancer/>
3. Merskey H., Bugduk N. (eds.) Classification of Chronic Pain Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. Seattle, WA: IASP Press; 1994. 222 p. Available at: https://trove.nla.gov.au/work/30047874?q&sort=holdings+desc&_id=1590579576900&versionId=265471327.
4. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx
5. Моисеенко В.М., Блинов Н.Н. Метастатическое поражение костей при солидных опухолях и возможности использования клодроната (Бонефос) в клинической онкологии (обзор литературы). СПб.; 1995. 47с.
6. Li B.T., Wong M.H., Pavlakis N. Treatment and Prevention of Bone Metastases from Breast Cancer: A Comprehensive Review of Evidence for Clinical Practice. J Clin Med. 2014;3(1):1–24. doi: 10.3390/jcm3010001.
7. Wong M., Pavlakis N. Optimal management of bone metastases in breast cancer patients. Breast Cancer (Dove Med Press). 2011; 3:35–60. doi: 10.2147/BCTT.S6655.
8. Когония Л. М., Новиков Г. А., Орлова Р. В., Сидоров А. В., Королева И. А., Сакаева Д. Д. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у взрослых онкологических больных. Практические рекомендации RUSSCO, часть 2. Злокачественные опухоли, 2023 (том 13), #3s2, стр. 190–211.

9. Stjernsward J. WHO cancer pain relief programme. *Cancer Surv.* 1988;7(1): 195–208. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2454740/>
10. Scott, J. and E. Huskisson, Graphic representation of pain. *Pain*, 1976. 2(2): p. 175-184.
11. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи». МЗ РФ, 2018.
12. Когония Л. М., Волошин А. Г., Новиков Г. А., Сидоров А. В. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных. *Злокачественные опухоли.* 2018; 8(3): 617-635.

