



**Международная академия методологии
государственного управления
МОО**

«Международное общественное объединение «АНТИРАК»

МОО

ОНКОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

**Мониторинго-исследовательский:
профилактико-превентивный подход**

Вып. 42.

Том 608(650)

Москва - 2021

**Научное, энциклопедическое
многотомное издание**

«Человек и общество»

**которое действует с 1991 года (Москва-Киев).
С 2016 г. –
Интернет-Издание.**

**Основатель, научный редактор
Комарова А.И.**

*Для государственных и негосударственных органов,
общественных организаций и объединений,
государственных деятелей, политиков, ученых,
специалистов-практиков, преподавателей высших и
иных образовательных учреждений, аспирантов,
студентов ..., а также широкого круга читателей,
интересующихся вопросами утверждения правового
государства, созидания истинно человеческого
общества - общества социальной справедливости в
России, Украине и в Мире*

**ОНКОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ / Мониторинго-
экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.
42. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 608 (650). М., 2021.**

**©Международная академия
методологии государственного управления,
МОО. 2021.**

**©Международное общественное
объединение «АНТИРАК», МОО. 2021.**

Настоящий Том 608(650) – это очередной выпуск 650-томного Издания, который продолжает ДИАЛОГ – ОБРАЩЕНИЕ к социуму Планеты, государствам и народам - нашим современникам и будущим поколениям - созидателям ИСТИННО ЧЕЛОВЕЧНОГО ОБЩЕСТВА – ОБЩЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ.

Основной из принципов нашей активности:
«Прогрессивные идеи должны работать –
звучать, как колокола, тиражироваться – пока
не станут инициировать действия
государственно - управленческого,
политического, научного ... АВАНГАРДА
общества, миллионов народных масс».

А.Комарова

Комарова Алина Ивановна – ректор Международной академии методологии государственного управления (МОО), руководитель Международного общественного объединения «АНТИРАК» (МОО), председатель Международного антикоррупционного комитета (МОО), академик Международной академии интегративной антропологии, академик Ноосферной общественной академии наук, доктор философских наук, юрист, профессор



Поскольку полное, гарантированное выздоровление заболевшего раком пока что – глобальная проблема, мы исходим из того, что необходимо как можно более раннее обнаружение его проявления и постоянный медицинско-профессионально обеспеченный его контроль, и прежде всего: результативно-деятельностное отношение самого онкозаболевшего.

В профилактике рака очень важна самодиагностика, т.е. внимательное отношение к собственному здоровью и к переменам самочувствия.

90% вероятность выздоровления, если болезнь выявлена на ранней стадии.

(<https://zen.yandex.ru/media/id/5da2215dfe289100b04af32b/iagoda-kotoraia-ubivaet-rakovyie-kletki-5dc04eddec575b00b5343cab>).

Поэтому наше «Международное общественное объединение «АНТИРАК» осуществляет активность в предупреждении, содействии лечению и невозврату этого монстра, поразившего человечество.

Наша деятельность основана на объединении усилий и возможностей ученых и практиков по реализации мониторинго-экспертных исследований: профилактико-превентивного подхода, утверждения и развития принципа ОБЩЕСТВЕННО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА.

**Этот Том 608(650). Вып 42.
одной из 50 рубрик
«Мониторинго-экспертные
исследования: знать и победить рак»
Издания,
которое действует с 1991 года
(Москва-Киев),
с 2016 г. – Интернет-Издание.**

На 18.01.2021. у нас более **1522 000** читателей.

Из томов по этой проблеме опубликованы:

<http://viperson.ru/articles/neoperabelnyy-rak-skukozhilsya-bolee-10-let-ne-meshaet-polnotsennoy-napolnennoy-radostyu-zhizni-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-41-gl-red-komarova-a-i-tom> / **НЕОПЕРАБЕЛЬНЫЙ РАК СКУКОЖИЛСЯ: БОЛЕЕ 10 ЛЕТ НЕ МЕШАЕТ ПОЛНОЦЕННОЙ, НАПОЛНЕННОЙ РАДОСТЬЮ ЖИЗНИ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.41. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 576(618). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/snizhenie-smernosti-ot-onkologicheskikh-zabolevaniy-informirovanie-naseleniya-o-probleme-i-rannyaya-diagnostika-skrining-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-40-gl> / **СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ**

**ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
О ПРОБЛЕМЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА (СКРИНИНГ) / Мониторинго-
экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.40. / Гл. ред. Комарова А.И.
Том 573(615). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/onkologi-v-strane-defitsit-26-preparatov-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-39-gl-red-komarova-a-i-tom-554-596-m-2020> / **ОНКОЛОГИ: В СТРАНЕ ДЕФИЦИТ 26 ПРЕПАРАТОВ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.39. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 554(596). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/rak-kozhi-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-38-gl-red-komarova-a-i-tom-536-578-m-2020> / **РАК КОЖИ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.38. Гл. ред. Комарова А.И. Том 536(578). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/rak-legkih-odna-iz-samyh-bolshih-problem-dlya-onkologov-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-37-gl-red-komarova-a-i-tom-517-559-m-2020> / **РАК ЛЕГКИХ – ОДНА ИЗ САМЫХ БОЛЬШИХ ПРОБЛЕМ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.37. Гл. ред. Комарова А.И. Том 517(559). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/tretiy-mezhdunarodnyy-forum-onkologii-i-radiologii-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-36-gl-red-komarova-a-i-tom-511-553-m-2020> / **ТРЕТИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.36. Гл. ред. Комарова А.И. Том 511(553). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/na-1-2-mln-rublev-onkologi-i-farmatsevti-pohitili-i-pereprodali-lekarstva-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-35-gl-red-komarova-a-i-tom-501-543-m-2020> / **На 1,2 млн рублей онкологи и фармацевты похитили и перепродали лекарства / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.35. Гл. ред. Комарова А.И. Том 501(543). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/iii-forum-onkologii-i-radiologii-for-life-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-34-gl-red-komarova-a-i-tom-498-540-m-2020> / **III ФОРУМ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ «FOR LIFE» / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.34. Гл. ред. Комарова А.И. Том 498(540). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/glavnyy-onkolog-minzdrava-andrey-kaprin-vystovat-v-epidemiyu-pomoglo-sovetskoe-nasledstvo-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-33-gl-red-komarova-a-i-tom-495-537> / **Главный онколог Минздрава Андрей Каприн: «ВЫСТОЯТЬ В ЭПИДЕМИЮ ПОМОГЛО СОВЕТСКОЕ НАСЛЕДСТВО» / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.33. Гл. ред. Комарова А.И. Том 495(537). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/lep-i-onkologiya-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-32-gl-red-komarova-a-i-tom-489-531-m-2020> / **ЛЭП И ОНКОЛОГИЯ / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.32. Гл. ред. Комарова А.И. Том 489(531). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/zhizn-posle-okonchaniya-lecheniya-raka-cto-dalshe-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-31-gl-red-komarova-a-i-tom-486-528-m-2020> / **Жизнь после окончания лечения рака... что дальше? / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.31. Гл. ред. Комарова А.И. Том 486(528). М., 2020.**

<http://viperson.ru/articles/rak-i-kantserogeny-eto-nuzhno-znat-kazhdomu-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-30-gl-red-komarova-a-i-tom-450-492-m-2020> / **Рак: причины,**

лечение, предотвращение заболевания / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.30. Гл. ред. Комарова А.И. Том 450(492). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/chto-novogo-v-lechenii-onkologicheskikh-zabolevaniy-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-29-gl-red-komarova-a-i-tom-394-436-m-2020> / Что нового в лечении онкологических заболеваний / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 29. Гл. ред. Комарова А.И. Том 394(436). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/reshenie-problemy-lecheniya-raka-suschestvuet-oprobovano-i-dokazano-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-28-gl-red-komarova-a-i-tom-393-435-m-2020> / Решение проблемы лечения рака существует, опробовано и доказано! / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 28. Гл. ред. Комарова А.И. Том 393(435). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/pobedit-rak-znachit-nauchitsya-s-etim-zhit-samoe-glavnoe-verit-v-sebya-i-svoi-sily-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-26-gl-red-komarova-a-i-tom-392-434> / Победить рак – значит научиться с этим жить: самое главное, верить в себя и свои силы / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 26. Гл. ред. Комарова А.И. Том 392(434). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/onkologicheskie-zabolevaniya-nauchnye-izyskaniya-i-uspehi-praktiki-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-26-gl-red-komarova-a-i-tom-391-433-m-2020> / Онкологические заболевания - научные изыскания и успехи практики / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 26. Гл. ред. Комарова А.И. Том 391(433). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/rak-golovy-i-shei-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-25-gl-red-komarova-a-i-tom-271-313-m-2020> / Рак головы и шеи / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 25. Гл. ред. Комарова А.И. Том 271(313). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/hronicheskaya-zalozhennost-nosa-yavlyaetsya-priznakom-onkologii-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-24-gl-red-komarova-a-i-tom-270-312-m-2020> / Хроническая заложенность носа является признаком онкологии / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.24. Гл. ред. Комарова А.И. Том 270(312). М., 2020.

<http://viperson.ru/articles/kak-ne-propustit-u-sebya-rak-spasti-svoyu-zhizn-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-22-gl-red-komarova-a-i-tom-235-277-m-2019> / Как не пропустить у себя рак – спасти свою жизнь / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.22. Гл. ред. Комарова А.И. Том 235(277). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/antirakovoe-pitanie-profilaktika-rakovyh-zabolevaniy-ch-2-brokkoli-keyl-eto-ne-ekzotika-eto-flagmany-borby-s-rakom-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-22> / Антираковое питание: профилактика раковых заболеваний. Ч.2. / Брокколи, Кейл – это не экзотика, это флагманы борьбы с раком / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.22. Гл. ред. Комарова А.И. Том 228(270). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/assignovaniya-na-meditsinu-v-rossii-budut-rasti-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-21-gl-red-komarova-a-i-tom-226-268-m-2019> / Ассигнования на медицину в России будут расти / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып. 21. Гл. ред. Комарова А.И. Том 226(268). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/opuhol-mozga-bolezn-umnyh-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-20-gl-red-komarova-a-i-tom-223-265-m-2019> / Опухоль мозга - болезнь умных? / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.20. Гл. ред. Комарова А.И. Том 223(265). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/my-sami-rak-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-19-gl-red-komarova-a-i-tom-222-264-m-2019> / Мы сами-рак / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.19. Гл. ред. Комарова А.И. Том 222(264). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/antirakovoe-pitanie-kak-obrazuetsya-kantserogen-ch-2-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-18-gl-red-komarova-a-i-tom-219-261-m-2019/> / Антираковое питание: как образуется канцероген. Ч.2. / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.18. Гл. ред. Комарова А.И. Том 219(261). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/antirakovoe-pitanie-profilaktika-rakovyh-zabolevanij-ch-1-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-17-gl-red-komarova-a-i-tom-217-259-m-2019/> / Антираковое питание: профилактика раковых заболеваний. Ч.1. / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.17. Гл. ред. Комарова А.И. Том 217(259). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/kak-uberech-sebja-ot-raka-onkologicheskaya-nastorozhennost-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-16-gl-red-komarova-a-i-tom-215-257-m-2019/> / Как уберечь себя от рака? Онкологическая настороженность / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.16. Гл. ред. Комарова А.И. Том 215(257). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/kak-izbezhat-retsitiva-raka-molochnoj-zhelezy-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-15-gl-red-komarova-a-i-tom-211-253-m-2019/> / Как избежать рецидива рака молочной железы / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.15. Гл. ред. Комарова А.И. Том 211(253). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/onkologi-okazalis-ne-gotovy-k-rezkomu-uvelicheniyu-finansirovaniya-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-14-gl-red-komarova-a-i-tom-210-252-m-2019/> / Онкологи оказались не готовы к резкому увеличению финансирования / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.14. Гл. ред. Комарова А.И. Том 210(252). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/lekarstvennoe-obespechenie-do-sih-por-ne-yavlyaetsya-v-rossii-chastyu-medi-ny-monitoringo-ekspertnye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-13-gl-red-komarova-a-i-tom-209-251-m-2019/> / Лекарственное обеспечение до сих пор не является в России частью медицины / Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.13. Гл. ред. Комарова А.И. Том 209(251). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/rakovye-zabolevaniya-vyzyvayut-takie-produkty-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-12-gl-red-komarova-a-i-tom-204-246-m-2019/> / Раковые заболевания вызывают такие продукты / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.12. Гл. ред. Комарова А.И. Том 204(246). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/udastsya-li-kogda-nibud-pobedit-rak-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-11-gl-red-komarova-a-i-tom-203-245-m-2019/> / Удастся ли когда-нибудь победить рак? / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.11. Гл. ред. Комарова А.И. Том 203(245). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/rak-eto-smertelnyy-prigovor-i-lechenie-lish-pustaya-trata-vremeni-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-10-gl-red-komarova-a-i-tom-198-240-m-2019/> / Рак – это смертельный приговор, и лечение – лишь пустая трата времени? / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.10. Гл. ред. Комарова А.И. Том 198(240). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-pravda-o-rake-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-9-gl-red-komarova-a-i-tom-197-239-m-2019/> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века: правда о раке / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып. 9. Гл. ред. Комарова А.И.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-v-rossii-ostro-ne-hvataet-onkologov-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-8-gl-red-komarova-a-i-tom-194-236-m-2019/> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века: в России остро не хватает онкологов / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.8. Гл. ред. Комарова А.И. Том 194(236). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/uvazhemye-redaktory-proshu-razmestit-tom-mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-onkologi-rossii-postavili-diagnoz-rossiyskoy-onkologii-monitoringovy-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-7/> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века: онкологи России поставили диагноз

российской онкологии / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.7. Гл. ред. Комарова А.И. Том 193(235). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-konflikt-v-federalnom-institute-onkologii-imeni-blokhina-kak-zerkalo-problem-v-rossiyskoy-meditsine-monitoringovye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-vyp-6> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века: конфликт в Федеральном институте онкологии имени Блохина как зеркало проблем в российской медицине / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Вып.6. Гл. ред. Комарова А.И. Том 192(234). М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-profilaktika-raka-monitoringovye-issledovaniya-znat-i-pobedit-rak-gl-red-komarova-a-i-tom-191-233-vyp-5-m-2019> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века: профилактика рака / Мониторинговые исследования: знать и победить рак. Гл. ред. Комарова А.И. Том 191(233). Вып.5. М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-vtoroy-mezhdunarodnyy-forum-onkologii-i-radiologii-gl-red-komarova-a-i-tom-181-223-vyp-4-m-2019> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века. Второй Международный Форум онкологии и радиологии. Гл. ред. Комарова А.И. Том 181(223). Вып.4. М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-antirakovaya-dieta-gl-red-komarova-a-i-tom-180-222-vyp-3-m-2019> / Мир гибнет от рака - вызов XXI века. Антираковая диета. Гл. ред. Комарова А.И. Том 180(222). Вып.3. М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-gl-red-komarova-a-i-tom-167-209-vyp-2-m-2019> / Мир гибнет от рака- вызов XXI века. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 167(209). Вып. 2. М., 2019.

<http://viperson.ru/articles/mir-gibnet-ot-raka-vyzov-xxi-veka-gl-red-komarova-a-i-tom-160-202-m-k-2019> / Мир гибнет от рака- вызов XXI века / Гл. ред. Комарова А.И. Том 160(202). М.-К., 2019.

* * *

**ОНКОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ / Мониторинго-
экспертные исследования: знать и победить рак. Вып.
42. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 608 (650). М., 2021.**

* * *

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**БОЛЕВОЙ СИНДРОМ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ НА ЛЮБОЙ
СТАДИИ ОНКОЛОГИИ. БОЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ И
ОСТРОЙ. ОСТРАЯ БОЛЬ – ПЕРВЫЙ ТРЕВОЖНЫЙ ПРИЗНАК,
ГОВОРЯЩИЙ О НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.
ХРОНИЧЕСКАЯ ЖЕ БОЛЬ – ЭТО ПОСТОЯННЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ,
СНИЖАЮЩИЙ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.**

СИЛА БОЛИ НЕ ИМЕЕТ ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТИПА ОНКОЛОГИИ. ИНОГДА ДАЖЕ МАЛЕНЬКАЯ ОПУХОЛЬ ВЫЗЫВАЕТ СИЛЬНУЮ БОЛЬ, А ПАЦИЕНТЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ НИКАКОГО ДИСКОМФОРТА НЕ ОЩУЩАЮТ. В НАЧАЛЕ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ БОЛЬ ЧУВСТВУЮТ 10-20% ПАЦИЕНТОВ.

- [ПРИЧИНЫ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ](#)
 - [КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ](#)
 - [ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ](#)
 - [СЛАБАЯ БОЛЬ](#)
 - [УМЕРЕННАЯ БОЛЬ](#)
 - [СИЛЬНАЯ И НЕСТЕРПИМАЯ БОЛЬ](#)
 - [ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ](#)
-

ПРИЧИНЫ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- ПРЯМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ОПУХОЛИ ИЛИ МЕТАСТАЗОВ НА СОСЕДНИЕ ТКАНИ И ОРГАНЫ;
 - НАРУШЕНИЕ ЛИМФО- И КРОВООБРАЩЕНИЯ;
 - СОПУТСТВУЮЩИЕ МЕСТНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ;
 - РАЗРУШЕНИЕ ПОЛЫХ ОРГАНОВ И ПРОТОКОВ;
 - ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЬ;
 - ОПРЕДЕЛЕННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ С ПРОВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ;
 - ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ НА ОБЛУЧЕНИЕ;
 - ФИБРОЗ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ;
 - ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР.
-

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

БОЛЬ ОЦЕНИВАЮТ ПО ШКАЛЕ ОТ 0 ДО 4, ЦИФРУ НАЗЫВАЕТ САМ ПАЦИЕНТ:

- 0 – БОЛИ НЕТ;
 - 1 – БОЛЬ СЛАБАЯ ИЛИ УМЕРЕННАЯ;
 - 2 – СРЕДНЯЯ БОЛЬ;
 - 3 – СИЛЬНАЯ БОЛЬ;
 - 4 – НЕВЫНОСИМАЯ, СИЛЬНАЯ.
-

ИНОГДА ИСПОЛЬЗУЮТ ШКАЛУ ОТ 0 ДО 10. НА ЛИСТЕ БУМАГИ РИСУЮТ ПРЯМУЮ С 10-Ю ДЕЛЕНИЯМИ. 0 – ЭТО ОТСУТСТВИЕ БОЛИ, 10 – СИЛЬНАЯ, НЕВЫНОСИМАЯ БОЛЬ. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТ РЕГУЛЯРНО ОТМЕЧАЕТ НА ЭТОЙ ШКАЛЕ ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА. ЭТО ПОМОГАЕТ ОЦЕНИТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ ДОЛЖНО БЫТЬ
ОСНОВАНО НА ПРИНЦИПАХ ВСЕМИРНОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ):

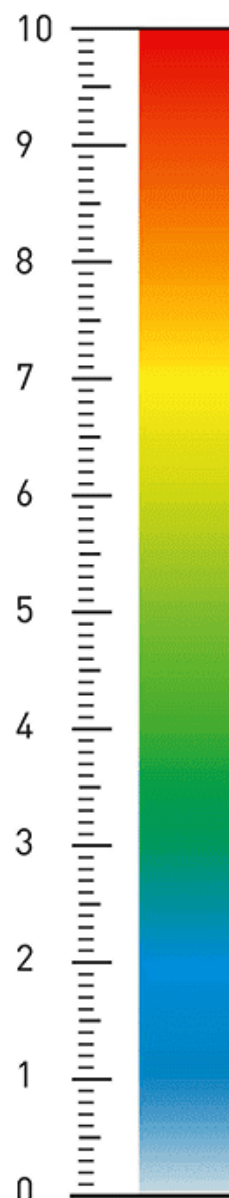
НЕИНВАЗИВНО избегать инъекций

ПО ЧАСАМ анальгетики принимают
по графику, не дожидаясь усиления боли

ПО ВОСХОДЯЩЕЙ анальгетики
назначаются, начиная от высоких доз
слабого анальгетика к низким дозам
сильного анальгетика

ИНДИВИДУАЛЬНО с учетом
индивидуальной реакции больного
на препарат;

С ВНИМАНИЕМ К ДЕТАЛЯМ нужно следить
за эффективностью анальгетика и его
побочными действиями.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
В «СМ-КЛИНИКА» ПРИМЕНЯЮТСЯ СОВРЕМЕННЫЕ И
ЭФФЕКТИВНЫЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, У КОТОРЫХ
СВЕДЕНЫ К МИНИМУМУ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И НЕТ
БЫСТРОГО ПРИВЫКАНИЯ.
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СЛАБОЙ БОЛИ НАЗНАЧАЮТСЯ
НЕОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ. ЕСЛИ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ
УСИЛИВАЮТСЯ, НО ПЕРЕХОДЯТ К ЛЕГКИМ ОПИОИДНЫМ
ПРЕПАРАТАМ. ПРИ СИЛЬНОЙ БОЛИ ПРИМЕНЯЮТСЯ
НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПРОВОДИТСЯ АДЬЮВАНТНАЯ
ТЕРАПИЯ.

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ ВРАЧ ПОДБИРАЕТ
ИНДИВИДУАЛЬНО. БОЛЬ ЗАМЕТНО СТИХАЕТ ЗА ДВА-ТРИ ДНЯ.
АНАЛЬГЕТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ

ПАЦИЕНТ ПРИНИМАЛ НОВУЮ ДОЗУ, ПОКА ЕЩЕ НЕ ЗАКОНЧИЛОСЬ ДЕЙСТВИЕ ПРЕДЫДУЩЕЙ, ТО ЕСТЬ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ «ПРОРЫВА БОЛИ». НАЧИНАЮТ С МАКСИМАЛЬНО СЛАБЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПОСТЕПЕННО ПЕРЕХОДЯТ К БОЛЕЕ СИЛЬНЫМ.

ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВА И ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ДОЗЫ ВРАЧ УЧИТЫВАЕТ:

- **ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО;**
 - **НАЛИЧИЕ И СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ;**
 - **СИЛУ БОЛИ;**
 - **ПРИМЕНЯВШИЕСЯ РАНЕЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ И ЭФФЕКТ ОТ НИХ;**
 - **СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК;**
 - **СТЕПЕНЬ УСВОЯЕМОСТИ ПРЕПАРАТА.**
-

• СЛАБАЯ БОЛЬ

НА ЭТОМ ЭТАПЕ МОГУТ НАЗНАЧАТЬСЯ: ПАРАЦЕТАМОЛ, МЕТАМИЗОЛ НАТРИЯ, ИБУПРОФЕН, ДИКЛОФЕНАК, МЕЛОКСИКАМ И ДРУГИЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ. В ПЕРВЫЕ ДНИ ПРИЕМА ИНОГДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОБЩАЯ УСТАЛОСТЬ И СОНЛИВОСТЬ. ЭТО ПРОХОДИТ САМО СО ВРЕМЕНЕМ ИЛИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ. ЕСЛИ БОЛЬ НЕ УМЕНЬШАЕТСЯ, ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТ ИНЪЕКЦИОННО.

• УМЕРЕННАЯ БОЛЬ

ЕСЛИ НСПВ НЕ ПОМОГАЮТ, НАЗНАЧАЮТ СЛАБЫЕ ОПИОИДНЫЕ СРЕДСТВА – КОДЕИН ИЛИ ТРАМАДОЛ. ТРАМАДОЛ ПОКАЗАН В ФОРМЕ ТАБЛЕТОК ИЛИ ИНЪЕКЦИЙ. ПРИНИМАТЬ ЕГО ЛУЧШЕ ВМЕСТЕ С НСПВ, ПОТОМУ ЧТО ТРАМАДОЛ ДЕЙСТВУЕТ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ, А, НАПРИМЕР, ИБУПРОФЕН – НА ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ. ТРАМАДОЛ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ЭЙФОРИЮ, СОНЛИВОСТЬ, ЛЕГКИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, НО ЭТО ПРОХОДИТ СО ВРЕМЕНЕМ, И ОСТАЕТСЯ ТОЛЬКО ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ.

• СИЛЬНАЯ И НЕСТЕРПИМАЯ БОЛЬ

ПРИ ТАКОЙ БОЛИ НАЗНАЧАЮТ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИЕ ОПИОИДНЫЕ СРЕДСТВА, ГЛАВНОЕ ИЗ КОТОРЫХ – МОРФИН. МОГУТ БЫТЬ ВЫБРАНЫ ТАКЖЕ МЕНЕЕ СИЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТ МЕНЬШЕЕ ПРИВЫКАНИЕ, НАПРИМЕР ФЕНТАНИЛ, ПИРИТРАМИД, БУПРЕНОРФИН. ПРИЕМ НАЧИНАЮТ С МИНИМАЛЬНОЙ ДОЗЫ, ПОСТЕПЕННО ПОВЫШАЯ ЕЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ НУЖНОГО ЭФФЕКТА. ОПИОИДЫ СОЧЕТАЮТ С НСПВ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ЭФФЕКТА.

НА КАЖДОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ КОАНАЛЬГЕТИКИ: КОРТИКОСТЕРОИДЫ, АНТИДЕПРЕССАНТЫ,

АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ. ТАКИЕ ЛЕКАРСТВА, КРОМЕ ОСНОВНОГО ЭФФЕКТА, СПОСОБНЫ ОБЛЕГЧАТЬ БОЛЬ.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ БОЛЕЙ ЧАСТО ПОКАЗАНЫ ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ, КОТОРЫЕ УСИЛИВАЮТ ДЕЙСТВИЕ ОПИОИДОВ И НАПРЯМУЮ ОБЕЗБОЛИВАЮТ, ОДНОВРЕМЕННО УЛУЧШАЯ НАСТРОЕНИЕ ПАЦИЕНТА. ОБЫЧНО ВЫБИРАЮТ АМИТРИПТИЛИН В СОЧЕТАНИИ С МОРФИНОМ. ЕСЛИ НАБЛЮДАЮТСЯ СИЛЬНЫЕ «СТРЕЛЯЮЩИЕ» НЕЙРОГЕННЫЕ БОЛИ, ПОКАЗАНЫ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, НАПРИМЕР ПРЕГАБАЛИН, В СОЧЕТАНИИ С АНТИДЕПРЕССАНТАМИ.

КОГДА ТАБЛЕТКИ И ИНЪЕКЦИИ НЕ ДЕЙСТВУЮТ, ПРЕПАРАТ ВВОДЯТ ЭПИДУРАЛЬНО. ТАКЖЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ НЕЙРОЛИЗИС – ПРОЦЕСС ДЕСТРУКЦИИ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ПУТИ. ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ ВВОДЯТ ЧЕРЕЗ ЖКТ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗ ЭНДОСКОПИИ. ТАКИЕ МЕТОДИКИ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ОНКОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ В 90% СЛУЧАЕВ СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ МЕСЯЦА.

МИОФАСЦИАЛЬНАЯ БОЛЬ – ЭТО СПАЗМЫ И УПЛОТНЕНИЯ МЫШЦ, ТО ЕСТЬ ТРИГГЕРНЫЕ ТОЧКИ, НА КОТОРЫЕ БОЛЬНО НАЖИМАТЬ. ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИЙ В ТАКУЮ ТОЧКУ БОЛЬ ПРОХОДИТ, ПОДВИЖНОСТЬ УЛУЧШАЕТСЯ.

ТАКЖЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВЕГЕТАТИВНЫЕ БЛОКАДЫ, ТО ЕСТЬ ВВЕДЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО В ПРОЕКЦИЮ НЕРВА, СВЯЗАННОГО С БОЛЬНЫМ ОРГАНОМ. БЛОКАДУ ДЕЛАЮТ РАЗ В 6-12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ КАЖДУЮ НЕДЕЛЮ. ОБЪЕМ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ В ЭТОМ СЛУЧАЕ МИНИМАЛЕН.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

-
- БЛОКАДА СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ, КОТОРАЯ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ОНКОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.**
 - ВВЕДЕНИЕ ОПИОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЖЕЛУДОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЧТО ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ РАВНО ЭПИДУРАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ.**
-

[HTTPS://WWW.GOOGLE.COM/SEARCH?Q=%D0%9B%D0%95%D0%A7%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%95+%D0%91%D0%9E%D0%9D%D0%98%D0%AF%D0%A5&AQS=CHROME..69I57J69I61.9225J0J4&SOURCEID=CHROME&IE=UTF-8](https://www.google.com/search?q=%D0%9B%D0%95%D0%A7%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%95+%D0%91%D0%9E%D0%9D%D0%98%D0%AF%D0%A5&AQS=CHROME..69I57J69I61.9225J0J4&SOURCEID=CHROME&IE=UTF-8)

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ РАКЕ



10 сентября 2020..

Вадим Сергеевич Соловьёв

В нашей клинике организован весь спектр процедур лечения боли, включая современные методы.

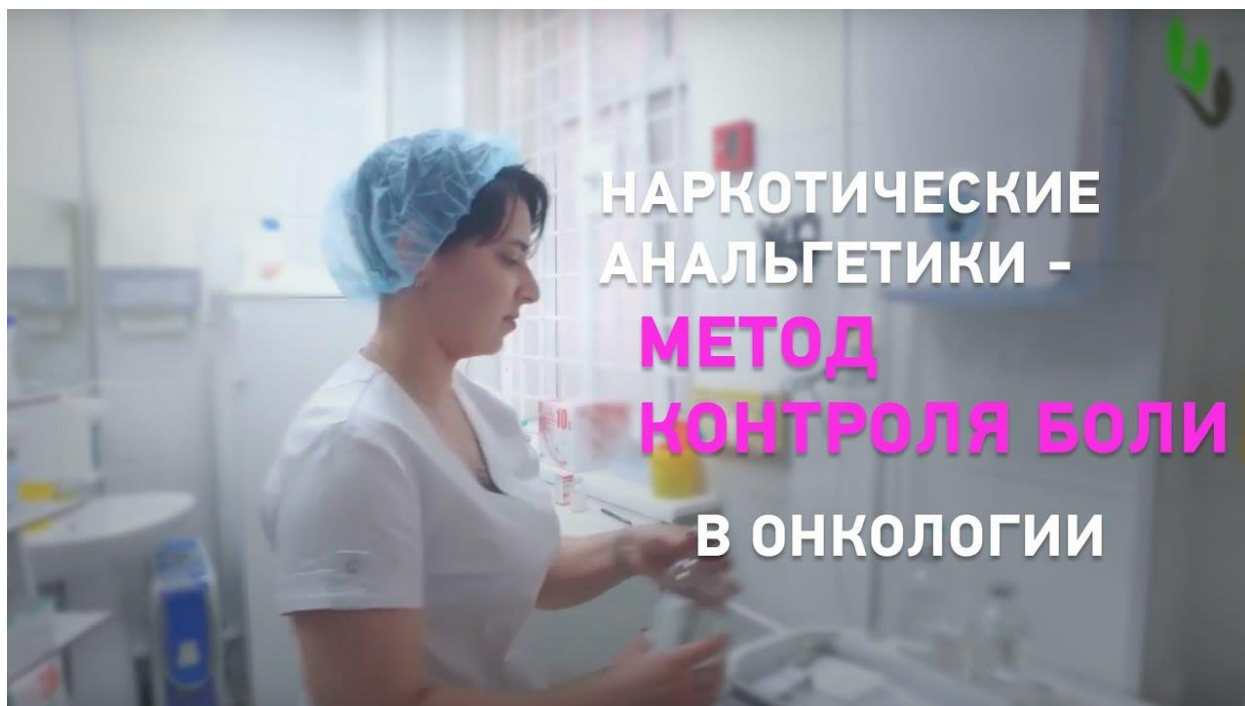
Трехступенчатая лестница обезболивания ВОЗ

1. Неопиоидные анальгетики — НПВС, Парацетамол (по необходимости адъювантная терапия);
2. Слабый опиоидный анальгетик ± Парацетамол или НПВС; Сильный опиоидный анальгетик в низких дозах ± Парацетамол или НПВС (по необходимости адъювантная терапия);
3. Сильный опиоидный анальгетик ± Парацетамол или НПВС (по необходимости адъювантная терапия).

Используются принципы терапии боли, провозглашенные ВОЗ:

- **«Через рот»** (перорально) — означает, что следует исключить все инъекционные формы анальгетиков, проводить терапию с использованием неинвазивных лекарственных форм (таблетки, капсулы, сиропы, трансдермальные терапевтические системы, ректальные формы препаратов и т. д.).
- **«По часам»** — анальгетики следует назначать регулярно по схеме, в соответствии с длительностью эффекта препарата, не дожидаясь развития сильной боли, исключая возможность «прорывов» боли.
- **«По восходящей»** — подбор препаратов для обезболивания осуществляется от неопиоидных анальгетиков при слабой боли, «мягкими» опиоидами при умеренной боли и сильными опиоидными анальгетиками при сильной боли, по мере нарастания интенсивности боли, в соответствии с «лестницей обезболивания ВОЗ»
- **«Индивидуальный подход»** — предполагает необходимость «индивидуального» подбора анальгетика и основан на селективном выборе наиболее эффективного анальгетика в нужной дозе с наименьшими побочными эффектами для каждого конкретного пациента с учетом особенностей его физического состояния.
- **«С вниманием к деталям»** — предполагает учет особенностей и деталей каждого пациента, безусловно, назначение ко-анальгетиков и адъювантных средств, по мере возникновения необходимости в них, проведение мониторинга за больными.

Анестезиолог-реаниматолог Вадим Сергеевич Соловьев об опиоидных анальгетиках:



Как облегчить боль Терапия «слабой боли»

Пациенту назначаются неопиоидные анальгетики — НПВС (Ибупрофен, Диклофенак, Кетопрофен и пр.), Парацетамол. При выборе препарата учитываются гепатотоксичность и нефротоксичность, присущие всем неопиоидным анальгетикам, а также гастротоксичность неселективных НПВС, риски со стороны сердечно-сосудистой системы при применении селективных НПВС. Применение препаратов первой линии целесообразно сопровождать адъювантной и симптоматической терапией: блокаторы ионной помпы, кортикостероиды, спазмолитики, бензодиазепины, антигистаминные препараты и др.



Терапия «умеренной» боли

Пероральный путь введения препаратов является предпочтительным, если пациент может принимать препараты через рот. Для пациентов со слабой или умеренно выраженной болью, у которых адекватный контроль боли не достигается регулярным пероральным приемом парацетамола или нестероидных противовоспалительных препаратов, добавление опиоидного анальгетика может обеспечить достижение эффективного обезболивания без неблагоприятных побочных эффектов. В качестве альтернативы возможно использование низких доз опиоидных анальгетиков (например, морфина, ТТС фентанила).

Терапия «сильной» боли

Если боль интенсивная, опиоидный анальгетик в сочетании с НПВС или Парацетамолом неэффективен, следует начинать терапию сильными опиоидными анальгетиками. Если они были назначены при умеренной боли, нужно повышать дозу препарата до эффективной. Зарегистрированными пролонгированными формами сильных опиоидных анальгетиков в нашей стране и используемых в нашей клинике являются: морфин в капсулах и в таблетках, ТТС фентанила.

Сильных опиоидов короткого действия в неинвазивных формах, на территории РФ в настоящий момент нет, но согласно Распоряжению Правительства Российской Федерации «План мероприятий (дорожная карта) «Повышение доступности опиоидных средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях» морфин в таблетках короткого действия

по 5 и 10 мг будет зарегистрирован и появится в клинической практике в IV кв. 2018 г.

Избавиться от боли

Методы терапии болевого синдрома, которые применяются в клинике

Основополагающим при выборе метода обезболивания при онкологии является не только эффективность действия, но и удобство для больного, влияние на качество его жизни. Прежде практически всегда использовались инвазивные методы — инъекции.

Альтернативой общепринятому подходу к лечению больных стало успешное внедрение постоянных венозных портов (порт-систем). Имплантируемые порт-системы для венозного доступа используются для многократного внутривенного введения химиопрепаратов, антибиотиков, противовирусных препаратов, анальгетиков, парентерального питания, переливания или забора крови.



Современные методы обезболивания разнообразны и максимально комфортны для пациентов.

Воспользуйтесь быстрыми ссылками, чтобы узнать об интересующем вас методе обезболивания:

- [Обезболивающие пластыри](#)
- [Спинальная анестезия](#)
- [Эпидуральная анестезия](#)

- Катетеризационные методики
- Нейролизис через ЖКТ при помощи эндосонографии
- Введение препаратов в миофасциальные триггерные пункты
- Фасциальные блокады и блокады нервов и сплетений
- Радиочастотная абляция
- Нейрохирургические вмешательства
- Аналгезия, контролируемая пациентом (РСА)

Обезболивающие пластыри

Это способ трансдермального введения препарата. Пластырь содержит четыре слоя: защитная полиэфирная пленка, резервуар с действующим веществом (например, с фентанилом), мембрана, корректирующая интенсивность выделения и липкий слой. Пластырь можно наклеить в любом месте. Фентанил высвобождается постепенно на протяжении 3 суток. Действие наступает уже через 12 часов, после удаления концентрация лекарственного вещества в крови медленно снижается. Дозировка может быть разной, ее подбирают индивидуально. Пластырь назначают, как правило, в самом начале третьей степени обезболивания при онкологии.

Спинальная анестезия

При спинальной анестезии лекарство вводят в спинномозговой канал, субарахноидально. Это приводит к временному «выключению» тактильной и болевой чувствительности. Введение требует от врача определенного опыта. В качестве средств для обезболивания используют местные анестетики и опиоидные анальгетики. Эффект длительный и выраженный. В основном используется при оперативных вмешательствах, при острой, невыносимой боли, имеет ряд побочных эффектов на сердечно-сосудистую, дыхательную системы.

Эпидуральная анестезия

Более щадящий, по сравнению с предыдущим, метод. Лекарство вводят в пространство, где формируются спинномозговые нервы. Препараты аналогичны спинальной анестезии. Эпидуральная анестезия используется, чтобы на долгое время снять боль, а оральный и парентеральный методы введения уже не приносят результатов.

Катетеризационные методики

Катетеризационные методики позволяют обеспечивать длительное качественное обезболивание. Внедрение постановки порт-систем в эпидуральное и субарахноидальное пространство с применением местных, наркотических и адъювантных препаратов позволяют на продолжительное время избавиться от болевого синдрома и снизить применение других анальгетиков, имеющих свои побочные эффекты.

Нейролизис через ЖКТ при помощи эндосонографии

Нейролизис (невролиз) — это процесс разрушения ноцицептивного (болевого) нервного пути.

Одним из наиболее эффективных методов является **нейролизис чревного (солнечного) сплетения**, располагается в забрюшинном пространстве в верхнем отделе живота и осуществляющего иннервацию органов брюшной полости: желудок, печень, желчевыводящие пути, поджелудочную железу, селезенку, почки, надпочечники, толстый и тонкий кишечник до селезеночного изгиба



Введение анальгетика происходит трансгастрально — через ЖКТ, точность обеспечивает эндоскопический ультразвуковой контроль. Такие методы местного обезболивания применяются, к примеру, при раке поджелудочной железы с **эффективностью до 90%**. Обезболивающий эффект способен сохраняться более нескольких месяцев, в то время как наркотические анальгетики классическим способом пришлось бы вводить постоянно.

Введение препаратов в миофасциальные триггерные пункты

Миофасциальный болевой синдром выражается в спазме мышц и появлении в напряженных мышцах болезненных уплотнений. Они называются триггерными точками и болезненны при нажатии. Инъекции в триггерную зону снимают боль и улучшают подвижность участка тела. Цель инъекций в триггерные точки — «разорвать» болевой круг «боль-спазм-боль». Ими с успехом лечат спазмы множества групп мышц, особенно в области рук,

ног, поясничного отдела и шеи, головы. Часто используют в качестве дополнительной терапии при фибромиалгиях и головных болях напряжения.

Фасциальные блокады и блокады нервов и сплетений

Такой же качественный эффект обеспечивают фасциальные блокады и блокады нервов и сплетений.

Блокада нерва или нервного сплетения предусматривает введение препарата около нерва, который связан с пораженным органом и вызывает боль. Процедуры периферических блокад выполняются опытными специалистами при помощи ультразвуковой навигации, что позволяет более точно вводить анальгетический препарат в необходимое место, не затрагивая и не повреждая нервные структуры.

Использование в процессе блокады гормональных препаратов **позволяет устранить боль на долгое время, а многократная блокада может убрать боль на несколько месяцев.** В зависимости от вида анестетика, процедуру проводят раз в год, раз в полгода или каждую неделю. Еще один плюс — минимальное количество негативных последствий.

Радиочастотная абляция

Это наиболее аккуратная технология, в основе которой лежит выборочная термокоагуляция определенных нервов специальными электродами. Зона поражения аккуратно контролируется, позволяя воздействовать на очень небольшие участки, не повреждая расположенные рядом моторные и другие сенсорные нервы. Восстановление после процедуры проходит очень быстро и почти без последствий, что позволяет пациенту вернуться к нормальной активности, данная процедура может выполняться без госпитализации. Радиочастотное разрушение дает длительный эффект. **Эффект от процедуры может длиться до года и более.** Не формируется неврома.

Частота развития осложнений и побочных эффектов очень мала. Если боль возобновляется, лечение может быть проведено повторно. Однако следует помнить, что лечение боли с разрушением нервов — это паллиативный метод и не является замещением методов хирургической коррекции.




Пациенты с очевидными психическими нарушениями, с вторичными болями или наркотической зависимостью — это неподходящий контингент для нейродеструктивных манипуляций. Такие пациенты могут продолжать жаловаться на боли, даже если процедура проведена успешно. Перед проведением процедуры у пациента должен быть сформирован реалистический взгляд на исход лечения. Он должен понимать, что целью является уменьшение боли, а не полное ее устранение.

Перед нейродеструктивной процедурой обязательно проведение **диагностической блокады**. Хороший эффект от диагностической блокады может прогнозировать удовлетворительный результат нейродеструкции. Тем не менее, такую же диагностическую блокаду нужно повторить, по крайней мере, еще один раз, даже если ослабление боли было значительным, чтобы свести на нет эффект плацебо.

Если результат не совсем ясен, следует использовать дифференциальное блокирование. У пациентов с распространенной или мультилокальной болью результат лечения обычно не оправдывает ожидания. Пациент должен осознавать, что воздействие на один участок может не привести к достижению желаемого эффекта и, возможно, потребуются дополнительная деструкция для максимально возможного уменьшения боли.

Врачи Европейской клиники о радиочастотной абляции:



РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ

Следует избегать проведения процедуры на смешанных нервах, поскольку это может привести к потере кожной чувствительности и мышечной слабости. Деафферентационные боли могут усугубляться при деструкции поврежденного нерва. В том случае, когда боль имеет центральное происхождение (спинальная или выше), деструкция периферического нерва может вызывать увеличение болевой перцепции за счет элиминации входящего стимула. Лучшая альтернатива в этом случае — это нейроаугментация с TENS или стимуляция спинного мозга.

Нейрохирургические вмешательства

В ходе процедуры нейрохирург перерезает корешки спинномозговых или черепных нервов, по которым проходят нервные волокна. Тем самым мозг лишается возможности получать болевые сигналы. Разрезание корешков не приводит к утрате двигательной способности, однако может затруднить ее.

Анальгезия, контролируемая пациентом (РСА)

Этот вид обезболивания основан на простом правиле: пациент получает анальгетики тогда, когда он этого хочет. В основу схемы положено индивидуальное восприятие боли и необходимость приема анальгетиков. В европейских странах РСА принята в качестве стандарта постоперационного обезболивания. **Метод прост и относительно безопасен.** Однако пациентам необходимо проходить тщательный инструктаж. Эта анальгезия получила

максимальную эффективность с использованием катетерных методов (эпидуральная, спинальная анестезия, блокада нервных сплетений с установкой катетера), а также с использованием порт-систем, как венозных, так и эпидуральных и интратекальных.

Лечением боли в нашей клинике занимаются сертифицированные специалисты анестезиологи, нейрохирурги, ангиохирурги и эндоскописты, предоставляется услуга обезболивания при 4 стадии рака.

Список литературы:

1. Эндоскопический трансгастральный нейролизис чревного сплетения: варианты эффекта при хроническом болевом синдроме в верхнем этаже брюшной полости
Бурдюков М.С., Юричев И.Н., Нечипай А.М.... 2016 / Поволжский онкологический вестник

<https://meddoclab.ru/doctor/solovev-vadim-sergeevich-31208>

<https://onco-hospital.ru/doctors/Solovyov/>

Обезболивание в онкологии (вопросы и ответы)

© ГБУЗ «ООКОД», П.Н. Филатов.

Информация, приведенная в брошюре, носит исключительно просветительский и ознакомительный характер и не может рассматриваться как консультация специалиста по данному вопросу. Выбор тактики лечения необходимо обсудить с лечащим врачом. Самостоятельно применяя те или иные виды лекарственного лечения, Вы принимаете на себя всю полноту ответственности за наступившие последствия

В.: Всегда ли опухолевый процесс сопровождается болью?

О.: Опухолевый процесс может длительно протекать бессимптомно даже при наличии опухоли больших размеров. Для возникновения боли болезнь должна прямо или косвенно вызвать раздражение болевых рецепторов и/или повреждение структур нервной системы.

В.: Что становится причиной развития боли при онкологических заболеваниях?

О.: Наряду с самой опухолью и ее осложнениями причинами боли могут стать выполняемые лечебные процедуры. Необходимые обширные операции, лучевая терапия, химиотерапия с применением некоторых препаратов также способны формировать довольно стойкий болевой синдром.

Поэтому соответствующее обезболивание может понадобиться пациентам и после радикального лечения.

В.: Какие особенности имеет болевой синдром при онкологических заболеваниях?

О.: В обычной жизни люди привыкли иметь дело с острой болью, которая возникает на фоне воспаления или травмы. Такая боль постепенно стихает и исчезает вместе с вызвавшей ее причиной.

При онкологическом процессе причина боли сохраняется длительное время, поэтому формируется так называемый хронический болевой синдром. Он отличается от острого не только продолжительностью, но и физиологическими механизмами, лежащими в его основе. Поэтому хроническую боль часто выделяют в самостоятельное заболевание, а ее лечение подчиняется принципам, отличным от таковых при острой боли.

В.: В каких случаях следует проводить лечение боли?

О.: Наличие боли любой интенсивности является прямым показанием к началу проведения противоболевой терапии. Попытка пациента «перетерпеть» или «оттянуть до последнего» применение обезболивающих средств приводит к бессмысленным страданиям и формированию устойчивой формы болевого синдрома (рефрактерного), который впоследствии купируется лишь при применении сильнодействующих препаратов.

В.: Какие существуют методы обезболивания?

О.: Применение лекарственных препаратов – анальгетиков – основной метод обезболивания. Его достоинствами являются высокие эффективность и безопасность, простота применения и широкая доступность. В редких случаях может потребоваться выполнение специальной хирургической операции или лучевой терапии.

В.: Насколько эффективно лекарственное лечение боли?

О.: Правильно подобранная комбинация препаратов позволяет достичь хорошего и удовлетворительного обезболивания у подавляющего большинства пациентов (90% и более).

В.: К кому обратиться для назначения противоболевой терапии?

О.: В первую очередь необходимо обратиться за помощью к своему участковому терапевту или врачу общей практики. Эти специалисты наделены всеми необходимыми полномочиями проведения противоболевой терапии. При необходимости могут потребоваться консультации других специалистов (невролога, хирурга) для назначения оптимальной схемы лечения.

Узким специалистом по вопросам противоболевой терапии является врач паллиатолог.

В.: Может ли пациент сам (или по советам окружающих) подобрать себе схему лечения боли?

О.: Вопреки кажущейся простоте, эффективное лечение боли имеет множество аспектов. Необходимо учитывать соотношение эффективности и безопасности. Для этого требуются глубокие знания в области медицины. Также следует помнить, что лечение каждого пациента индивидуально, и комбинация препаратов, показавшая эффективность у одного человека, может

быть совершенно бесполезной у другого. А прием препаратов без учета противопоказаний может нанести дополнительный вред здоровью.

В.: Как пациент может помочь врачу сделать обезболивающую терапию более эффективной?

О.: Пациент должен быть не только полноправным, но и активным участником процесса лечения. Выбор схемы лечения определяется характеристиками боли (интенсивность, локализация, время возникновения и т.д.). Поэтому при общении с врачом дайте подробное описание собственных ощущений, укажите факторы, провоцирующие усиление боли (прием пищи, движения и пр.). Расскажите, какими обезболивающими средствами вы пользовались, какова была их эффективность и побочные эффекты. Обязательно сообщите об известной Вам лекарственной аллергии и других формах непереносимости препаратов. Проконсультируйтесь о развитии возможных побочных эффектов, а также способах их профилактики и коррекции.

Во многом помогает ведение дневника, в котором отражается прием препаратов, эпизоды возникновения боли и проявленные побочные эффекты.

В.: Что делать, если назначенная схема противоболевой терапии не приносит достаточного облегчения?

О.: В первую очередь, проверьте правильность выполнения врачебных рекомендаций, т.е. соблюдение дозировки и режима введения. Если Вы все делаете верно, но нет достаточного облегчения боли, обратитесь к врачу за повторной консультацией. Необходимо знать, что для окончательного подбора оптимальной схемы лечения может потребоваться некоторое время.

В.: Как поступить, если назначенная схема лечения снимает боль, но побочные эффекты вызывают выраженный дискомфорт?

О.: Наличие тех или иных побочных эффектов сопровождает применение большинства лекарственных препаратов. Анальгетики не являются исключением. При развитии значимых побочных эффектов, появлении новых или усилении известных, следует как можно скорее получить консультацию врача. В зависимости от ситуации может потребоваться изменение схемы лечения.

В.: Наступило время приема очередной дозы обезболивающих, но нет ощущения боли. Могу ли я пропустить прием препаратов?

О.: Описанная ситуация является примером верно подобранной противоболевой терапии, а не поводом для пропуска приема препарата. Цель лечения – предупредить развитие боли. Поэтому интервал между приемами лекарств намеренно делается короче длительности действия разовой дозы. Это отражено в одном из основных принципов лечения хронической боли «прием препаратов по часам, а не по требованию». Т.е. очередную дозу необходимо принять по графику, поскольку промедление оборачивается возобновлением боли.

В.: Какая форма введения препаратов является оптимальной?

О.: При лечении хронической боли следует отдавать предпочтение неинъекционным (неинвазивным) формам

введения: таблетки, капсулы, пластыри, свечи. По степени обезболивания они равны инъекциям, но имеют ряд преимуществ. Пациент избавлен от необходимости многочисленных болезненных процедур. Принятие обезболивающего происходит самостоятельно без помощи окружающих.

Применение инъекционных форм оправдано в трех ситуациях: противопоказания к другим способам введения, купирование прорывной боли и первоначальный подбор дозы препарата. В остальных случаях инъекции следует избегать.

В.: Насколько безопасно лечение опиоидными анальгетиками?

О.: Нередко выраженная боль требует назначение опиоидных анальгетиков. Это встречает сопротивление со стороны пациента (и его близких) в связи с опасением развития наркотической зависимости.

Во-первых, важно знать, что понятия «опиоидный анальгетик» и «наркотический анальгетик» не являются полными синонимами. Не все опиоидные анальгетики относятся к группе наркотических. Например, трамадол, является опиоидным, но НЕнаркотическим анальгетиком.

Во-вторых, адекватное применение современных наркотических опиоидов в медицинских целях сводит риск развития зависимости к минимуму.

Реальное облегчение тягостных страданий во много раз превышает риски применения данных препаратов.

В.: Что такое привыкание к препарату?

О.: Привыкание (или толерантность) к препарату – постепенное снижение обезболивающего эффекта принятой дозы. Это явление совершенно естественное, хотя нередко его ошибочно считают признаком прогрессирования заболевания или развитием зависимости. Однако это принципиально разные явления.

Толерантность относится к ожидаемым явлениям противоболевой терапии. Заранее обсудите со своим лечащим врачом план действий в подобной ситуации.

В.: Что такое «прорывная боль»?

О.: Прорывной болью считается внезапное усиление болевых ощущений на фоне адекватно подобранной противоболевой терапии. При этом редко удастся проследить связь с каким-либо провоцирующим фактором.

Прорывная боль представляет собой еще одно явление, которое целесообразно обсудить с врачом заранее, а именно, Ваши действия при ее возникновении.

В большинстве случаев возможно принятие разовой дозы анальгетика вне графика. При этом следует остерегаться превышения максимальной суточной дозы препарата.

Свяжитесь с Вашим лечащим врачом для получения подробных рекомендаций о купировании прорывной боли.

В.: Куда можно обратиться, если возникли затруднения с назначением и проведением противоболевой терапии?

О.: В зависимости от характера проблемы можно использовать следующие возможности:

- **ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер»**

- Получите консультацию врача-паллиатолога амбулаторно (по направлению врача поликлиники по месту жительства)
- Посетите тематическое занятие «Школы пациента»

Телефон регистратуры (3532) 33-23-93

- **ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»**

Отделение паллиативной медицинской помощи
подбор обезболивающей терапии в условиях стационара (по направлению врача поликлиники по месту жительства)

Телефон отделения (3532) 75-77-17

- **Горячая линия** министерства здравоохранения Оренбургской области
8-800-200-56-03

ГБУЗ

[http://ookod.ru/left/sanbilyuten/obezbolivanie-v-onkologii-\(voprosyi-i-otvetyi\)](http://ookod.ru/left/sanbilyuten/obezbolivanie-v-onkologii-(voprosyi-i-otvetyi)).

Современные методы обезболивания при онкологии БОЛЬ ПРИ РАКЕ

Обезболивание при онкологических заболеваниях — это не разовая процедура, а целая программа лечения, позволяющая значительно улучшить качество жизни пациента.

Подробнее

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ

Нередко болевой синдром обусловлен наличием метастазов опухоли.

Подробнее

ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Зачастую онкология воспринимается как смертный приговор, однако в действительности далеко не все опухоли приводят к летальному исходу.

Подробнее

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Прозрачное ценообразование позволяет не переплачивать за лечение.

Узнать стоимость

IV СТАДИЯ РАКА

Правильно подобранная схема лечения на поздних стадиях рака может существенно облегчить общее состояние пациента.

Подробнее

Боль является неотъемлемым симптомом онкологических заболеваний. На заключительных стадиях болезни из терпимой она постепенно превращается в сильную, мучительную и постоянную. Хронический болевой синдром отягощает жизнь онкологического больного, угнетает не только физическое, но и психическое состояние.

Тема обезболивания при онкологии крайне актуальна для больных и их родственников. Современная медицина владеет широким арсеналом препаратов и методов для борьбы с болью при раковых опухолях. Более чем в 90% случаев болевой синдром удастся купировать или уменьшить его интенсивность. Рассмотрим подробнее, как выстроена правильная схема обезболивания и на чем основаны передовые методы облегчения состояния онкологических больных.

Онкология и боль

Боль — это один из первых симптомов, который указывает на прогрессирование злокачественного процесса в организме. Если на ранней стадии рака не более трети пациентов жалуется на болевые ощущения, то по мере развития заболевания о них говорят практически всегда. Боль может вызывать не только сама опухоль, но и воспалительные реакции, приводящие к спазмам гладкой мускулатуры, поражения суставов, невралгия и раны после хирургического вмешательства.

К сведению

Как правило, боль при раке появляется на III и IV стадиях. Однако иногда ее может и не быть даже при критических состояниях больного — это определяется типом и локализацией опухоли. Известны случаи, когда рак желудка IV стадии протекал бессимптомно. Может не вызывать боли опухоль молочной железы — неприятные ощущения в таких случаях появляются, только когда метастазы охватывают костную ткань.

Болевой синдром можно классифицировать по разным признакам. Отдельно остановимся на классификации боли по происхождению:

Висцеральные — боли в области брюшной полости без четкой локализации, длительные, ноющие. Например, болезненные ощущения в области спины при раке почек.

Соматические — боли в связках, суставах, костях, сухожилиях: тупые, плохо локализуемые. Для них характерно постепенное наращивание интенсивности. Появляются на поздних стадиях рака, когда метастазы образуются в костной ткани и вызывают поражение сосудов.

Невропатические — боли, вызванные нарушениями в нервной системе. Например, давлением опухоли на нервные окончания или их повреждением. Такой тип ощущений вызывает также лучевая терапия или проведенная хирургическая операция.

Психогенные — боли без физических поражений, связанные со страхом, депрессией, самовнушением пациента. Появляются в результате сильных эмоциональных переживаний и не поддаются лечению обезболивающими средствами.

На заметку

В медицине существует термин «фантомная боль» — это болевые ощущения в той части тела, которая удалена в результате операции. К примеру, болезненность в области груди после мастэктомии или боль в ампутированной руке или ноге. Точного объяснения этого явления до сих пор нет. Некоторые ученые видят причину в несогласованности той части мозга, которая отвечает за чувствительность, с той, что ответственна за мышление. Другие уверены, что фантомная боль — это результат плохо проведенной анестезии.

Боль — это защитная реакция организма и главный сигнал тревоги. Она придумана природой, чтобы указать человеку на проблему, заставить его задуматься и побудить к действию. Однако хроническая боль при онкологии лишена этих функций. Она вызывает у больного уныние, чувство безысходности, депрессию (вплоть до психических расстройств), препятствует нормальному функционированию организма, лишает возможности чувствовать себя полноценным членом общества. Боль отнимает силы, необходимые в борьбе с раковой опухолью. Прогрессивная медицина рассматривает такую боль как патологический процесс, который требует отдельной терапии. Обезболивание при раке — это не разовая процедура, а целая программа лечения, призванная сохранить социальную активность пациента, не допустить ухудшения его состояния и угнетения психики.

Как снять боль при раке: нюансы выбора схемы обезболивания

Итак, подбор эффективной терапии для устранения боли — сложная задача, которая требует поэтапного подхода. Прежде всего врачу необходим анамнез: причина боли (если она установлена), давность, локализация, интенсивность, изменение характера боли в связи со сменой времени суток и в зависимости от физической нагрузки, тип анальгетиков, которые уже применялись, и их эффективность во время приема. Если пациент жалуется на сильную боль, в первую очередь необходимо исключить состояния, требующие неотложной помощи, например инфекции или патологическое поражение мозговых оболочек метастазами. Для этого назначают ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию и другие исследования по усмотрению врача.

Если неотложное состояние исключено, выбор метода обезболивания будет зависеть от выраженности боли и ранее применяемых анальгетиков.

Крайне важно, чтобы врач относился к болевым ощущениям пациента со всей серьезностью, не приуменьшая их значимость. Необходимо контролировать их снижение или увеличение. Бывает, онколог может назначить повышенную дозу лекарств или сразу перейти к наркотическим препаратам, чтобы достичь быстрого эффекта. Но такая методика дает лишь кратковременный результат. Нередко ошибки совершают и сами пациенты, которые терпят до последнего и лишь затем начинают жаловаться. Между тем прием обезболивающих необходим при первом появлении болей.

Точное следование правильной схеме приема способно значительно отсрочить потребность в сильнодействующих препаратах. Случается, что пациенты принимают все анальгетики подряд, подбирая то, что поможет им лучше и быстрее. Это также является ошибкой, поскольку важно выяснить причину боли. Например, спазмы в брюшной полости снимают лекарствами, которые при костных болях окажутся неэффективными. Не говоря уже о том, что боли вообще могут быть связаны с онкологией только косвенно или вовсе не иметь к ней никакого отношения.

Каждый врач действует в соответствии со своими знаниями и опытом, однако в основе всей противоболевой терапии лежит единая схема, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения, — «лестница ВОЗ».

Трехступенчатая система обезболивания при раке: «лестница ВОЗ»

В рекомендациях экспертов ВОЗ выделено три ступени фармакотерапии, которые обеспечивают рациональное лечение болевого синдрома у онкологических больных. В соответствии со степенью подбирают и препараты.

Рассмотрим каждый этап более подробно.

Первая ступень. Начинают лечение болевого синдрома с ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), в состав которых входят такие действующие вещества, как парацетамол, ибупрофен, ацетилсалициловая кислота, мелоксикам и другие. При боли в мышцах и суставах — диклофенак, этодолак и прочие. Все эти вещества воздействуют на периферические болевые рецепторы. В первые дни препараты могут вызывать общую усталость и сонливость, что проходит самостоятельно или корректируется изменением дозировки. Если прием таблеток не дает нужного результата, переходят к инъекциям.

Вторая ступень. Когда препараты первой ступени становятся неэффективны, к ним подключают слабые опиаты с кодеином или трамадола гидрохлоридом. Болеутоляющий эффект достигается за счет воздействия на опиатные рецепторы ЦНС и замещения эндорфинов — «гормонов радости», выработка которых при интенсивных болях уменьшается. Трамадола гидрохлорид назначают в форме таблеток или инъекций. Его принимают вместе с анальгином, парацетамолом и другими веществами, которые есть в составе препаратов первой ступени (синергетический эффект): трамадола гидрохлорид воздействует на ЦНС, а активные вещества НПВС — на периферическую нервную систему.

Третья ступень. Финальный этап лечения, к которому переходят, если пациент испытывает мучительные непрекращающиеся боли. Медикаменты третьего этапа — это сильные опиаты, ключевой из которых — морфин. Однако есть вещества более щадящие, вызывающие меньшее привыкание. Это бупренорфин — эффективность 50% относительно морфина; пиритрамид — эффективность 60%; фентанил — 75–125%. Эффект наступает через несколько минут после приема, однако больной должен четко следовать назначенной врачом схеме. Принимать препараты начинают с минимальной дозы, постепенно увеличивая ее.

Эффективные технологии снятия болевого синдрома у больных раком

Одним из основных факторов при выборе метода обезболивания при онкологии является не только эффективность действия, но и удобство для больного, влияние на качество его жизни. Раньше практически всегда использовались инвазивные методы — инъекции. Современные методы обезболивания разнообразны и максимально комфортны для пациентов.

Обезболивающие пластыри. Это способ трансдермального введения препарата. Пластырь содержит четыре слоя: защитная полиэфирная пленка, резервуар с действующим веществом (например с фентанилом), мембрана, корректирующая интенсивность выделения, и липкий слой. Пластырь можно наклеить в любом месте. Фентанил высвобождается постепенно на протяжении трех суток. Действие наступает уже через 12 часов, после удаления концентрация лекарственного вещества в крови медленно снижается. Дозировка может быть разной, ее подбирают индивидуально. Пластырь назначают, как правило, в самом начале третьей ступени обезболивания при онкологии.

Спинальная анестезия. При спинальной анестезии лекарство вводят в спинномозговой канал. Это приводит к временному «выключению» тактильной и болевой чувствительности. Введение происходит через катетер, что требует от врача определенного опыта. В качестве анальгетика используют морфин, фентанил и так далее. Через спинномозговую жидкость

и общую систему кровообращения они поступают в мозг. Не исключены побочные эффекты в виде тошноты и сонливости.

Эпидуральная анестезия. Лекарство вводят в эпидуральное пространство, расположенное между твердой мозговой оболочкой и стенками полости черепа или позвоночного канала. Препараты аналогичны спинальной анестезии. Эпидуральная анестезия используется, чтобы снять боль при раке, когда появились вторичные изменения в костях, а оральный и парентеральный методы введения уже не приносят результатов.

Нейролизис через ЖКТ при помощи эндоскографии. Нейролизис (невролиз) — это процесс разрушения ноцицептивного (болевого) нервного пути. Введение анальгетика происходит трансгастрально — через желудочно-кишечный тракт, точность обеспечивает эндоскопический ультразвуковой контроль. Такие методы местного обезболивания применяются, к примеру, при раке поджелудочной железы с эффективностью до 90%. Обезболивающий эффект способен сохраняться более месяца, в то время как наркотические анальгетики классическим способом пришлось бы вводить постоянно.

Введение препаратов в миофасциальные триггерные пункты. Миофасциальный болевой синдром выражается спазмами мышц и появлениями в напряженных мышцах болезненных уплотнений. Они называются триггерными точками и вызывают боль при нажатии. Инъекции в триггерную зону снимают боль и улучшают подвижность участка тела.

Вегетативные блокады. Блокировка нерва предусматривает введение препарата в точку проекции нерва, который связан с пораженным органом и вызывает боль. Например, блокада при раке поджелудочной железы ликвидирует боль на несколько месяцев. В зависимости от вида анестетика, процедуру проводят раз в год, раз в полгода или каждую неделю. Еще один плюс — минимальное количество негативных последствий.

Нейрохирургические вмешательства. В ходе процедуры нейрохирург перерезает корешки спинномозговых или черепных нервов, по которым проходят нервные волокна. Таким образом, мозг лишается возможности получать болевые сигналы. Разрезание корешков не приводит к утрате двигательной способности, однако может ее затруднить.

Анальгезия, контролируемая пациентом (РСА). Этот вид обезболивания основан на простом правиле: пациент получает анальгетики тогда, когда он этого хочет. В основе схемы лежат индивидуальное восприятие боли и необходимость приема анальгетиков. В европейских странах РСА принята в качестве стандарта постоперационного обезболивания. Метод прост и относительно безопасен. Однако пациентам необходимо проходить тщательный инструктаж.

Выбор конкретного метода обезболивания при раке зависит от многих факторов. Вот почему так важны индивидуальный подход и тщательное обследование пациента, позволяющие врачу оценить эффективность метода, его целесообразность и возможные риски. Медики прочно утвердились в мысли, что болевой синдром необходимо лечить независимо от прогнозов по основному заболеванию. Устранение боли позволит предотвратить ее разрушительное действие на физическое, моральное и психическое состояние пациента, а также сохранить его социальную значимость.

Куда можно обратиться для назначения обезболивания при раке?

Этот вопрос мы адресовали Эльхану Кямрановичу Ибрагимову — врачу-онкологу, химиотерапевту, заведующему отделением онкологии крупного московского медицинского центра «Медицина 24/7»:

«Больше половины наших пациентов — на III–IV стадии рака. И помощь таким людям в первую очередь включает в себя купирование болей, с чем мы успешно справляемся, благодаря опыту и профессионализму наших врачей. Главное, что я хотел бы донести, — не надо терпеть боль и нельзя опускать руки. Могу заверить: даже на последних стадиях рака есть возможность сохранить человеку ясное сознание и нормальное качество жизни.

Основной принцип обезболивания в клинике «Медицина 24/7» — постепенность, то есть плавный переход от слабых методов к сильным. Казалось бы, такой подход очевиден и логичен. Но, к сожалению, нередко пациенту раньше времени назначаются мощные препараты, а это в дальнейшем приводит к необходимости увеличения дозировок, что может быть опасно для жизни. Возможная причина такой ситуации — банальная нехватка нужных препаратов, что, как бы ни было грустно признавать, не редкость для государственных медучреждений.

Помимо инъекций, в клинике «Медицина 24/7» применяются и другие виды обезболивания. В их числе кожное применение лекарственных препаратов (фентаниловый пластырь), спинальная и эпидуральная анестезия, радиочастотная абляция. Словом, мы готовы оказать различные виды помощи.

Обратиться в центр «Медицина 24/7» можно как по записи, так и в экстренных случаях, когда помощь врачей нужна незамедлительно».

Р. S. Подробнее о работе клиники «Медицина 24/7» можно узнать на сайте лечебного учреждения, там же можно записаться на прием.

* ООО «Медицина 24/7» осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии ЛО-77-01-019790 от 18 марта 2020 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы.

Вся информация, касающаяся медицины и здоровья, представлена исключительно в ознакомительных целях и не является поводом для самодиагностики и самолечения.

Каадзе Анастасия Геннадьевна
Ответственный редактор

МНЕНИЕ РЕДАКЦИИ

Многие пациенты страдают болями различной тяжести уже к моменту постановки коварного диагноза, а на III и IV стадиях рака испытывают боли по уровню интенсивности от умеренных до сильных. Поэтому недооценивать данную проблему недопустимо. Однако пациентам следует помнить, что максимальные дозы и сильнодействующие препараты, назначаемые преждевременно, не оставляют резерва для продолжения эффективного обезболивания. Именно поэтому и существуют медицинские протоколы, опираясь на которые врач вырабатывает индивидуальную программу анальгезии. Оригинал статьи:

<https://www.kp.ru/guide/obezbolivanie-pri-onkologii.html>

* * *