

Nie godzę się na ból w chorobie nowotworowej.

Dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska

Ból zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jest doświadczeniem czuciowym i emocjonalnym, subiektywnie odbieranym jako nieprzyjemne. Ból związany jest z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. W ocenie bólu istotne jest respektowanie relacji chorego w kategoriach tego, co odczuwa, widzi i opisuje, dlatego w praktyce bólem jest to, co chory tak nazywa.

Do Poradni Paliatywnej zgłaszają się pacjenci na każdym etapie leczenia. Często są to pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową, u których leczenie przyczynowe zostało zaniechane z uwagi na brak lub niedostateczną odpowiedź na leczenie, obserwowany postęp choroby, lub po zakończonej terapii onkologicznej. Poza ogromnym lękiem pacjentów wynikającym z pogarszania się ich stanu zdrowia, poważnym problemem jest towarzyszący chorobie ból.

Pracując w opiece paliatywnej i mając styczność z chorym doświadczającym bólu wiem, że najważniejsze jest zbudowanie z Pacjentem relacji opartej na zaufaniu, takiej w której nie będzie się obawiał szczerze powiedzieć o aktualnych problemach związanych ze stanem zdrowia, jak i terapiach niekonwencjonalnych, które stosuje lub zamierza stosować. Otwarta rozmowa, w której Pacjent nie będzie się bał mówić o swoim bólu, doznaniach, obawach, objawach niepożądanych pozwala na lepsze dopasowanie terapii i zmniejszenie lęku związanego z chorobą podstawową i obawami przed nieskutecznym opanowaniem bólu. W mojej praktyce mogę stwierdzić, że obecnie każdy rodzaj bólu jesteśmy w stanie opanować i umożliwić funkcjonowanie chorym bez zbędnego cierpienia poprawiając jakości ich życia.

Istnieje wiele narzędzi pomagających określić nasilenie odczuwanego bólu. Skale oceny stopnia nasilenia bólu możemy podzielić na trzy grupy:

- **wizualne** – gdzie najbardziej popularna jest tzw. skala wzrokowo-analogowa (ang. Visual Analogue Score, VAS). Posługując się linijką długości 10 cm, pacjent określa nasilenie odczuwanego bólu, gdzie „0” oznacza całkowity brak bólu, natomiast „10” najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić

- **werbalne** – oceniające ból w sposób opisowy. W skalach tego typu chory może opisywać ból, posługując się czterema stopniami: brak bólu, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny lub – dodatkowo – stopień piąty: ból nie do zniesienia
- **numeryczne** – oceniające ból w skali liczbowej, gdzie „0” oznacza brak bólu, a „10” najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić.

Ból nowotworowy to ból związany z występowaniem choroby nowotworowej, najczęściej w stopniu zaawansowanym, spowodowany drażnieniem, uciskiem lub niszczeniem struktur nerwowych.

Bólem nowotworowym nazywamy każdy rodzaj poniższego bólu:

- związany z leczeniem przeciwnowotworowym (np. zabiegach chirurgicznych, chemioterapii, radioterapii, immunoterapii, terapii hormonalnej i molekularnej)
- występujący w przebiegu choroby nowotworowej związany z obecnością guza lub przerzutów
- ból pośrednio związany z przebiegiem nowotworu i jego leczeniem - zakażenia, zaburzenia równowagi metabolicznej, bóle mięśniowe
- koincydentny, czyli występujący u chorych na nowotwór, ale nie związany z nim bezpośrednio (np. bóle migrenowe głowy, bóle kręgosłupa).

Okolo 90 % pacjentów doświadcza bólu w zaawansowanych stadiach choroby.

Oprócz bólu podstawowego trwającego większą część dnia, pacjenci onkologiczni doświadczają bólu przebijającego (epizodycznego). Ból przebijający, to nagły wzrost natężenia bólu, trwający krótko, występujący spontanicznie lub w związku z określonymi sytuacjami u pacjenta, przy zachowaniu dobrej kontroli bólu podstawowego.

Ból przebijający możemy podzielić na ból idiopatyczny, czyli z niemożliwą do ustalenia przyczyną, lub incydentalny, najczęściej związany z ruchem (oddychanie, kaszel, kichanie, przemieszczanie się, zmiana pozycji ciała).

Ból przebijający cechuje się napadowym, przemijającym charakterem. Ponadto cechuje się szybkim w czasie narastaniem do natężenia maksymalnego i znacznym nasileniem w stosunku do bólu podstawowego.

W badaniach klinicznych obserwowany był w grupie od 43 do 90 % chorych. W 43% epizodów maksymalne natężenie bólu jest osiągnięte w ciągu 3 min a czas trwania jest krótki, najczęściej poniżej 30 min, chociaż ból może utrzymywać się nawet do kilku godzin.

Ból przebijający jest złożonym problemem klinicznym, którego leczenie często stanowi duże wyzwanie. Powszechnie stosowana jest całościowa ocena kliniczna chorych, którą można uzupełnić o kwestionariusze oceny bólu. Leczenie bólu przebijającego powinno być prowadzone z zastosowaniem leku, którego droga podania zapewnia optymalne stężenie leku dostosowane do charakterystyki bólu, chorób współistniejących i preferencji pacjenta.

Najodpowiedniejszym wyborem terapeutycznym w przypadku bólu przebijającego (szybki początek i krótki czas trwania) są szybko działające preparaty fentanylu podawane przez śluzówkowo (śluzówka nosa lub jamy ustnej).

Zindywidualizowana terapia powinna koncentrować się na przeciwdziałaniu występowaniu napadów bólu i poprawie jakości życia pacjentów i ich rodzin.

Leczeniem bólu nowotworowego w największym stopniu zajmują się lekarze Poradni Paliatywnych. To właśnie do Poradni Paliatywnej powinien trafić każdy cierpiący Pacjent zmagający się z chorobą nowotworową niezależnie od etapu leczenia onkologicznego.

Właściwa kontrola bólu jest warunkiem skuteczności leczenia onkologicznego, a w sytuacji zakończenia leczenia przyczynowego jest to niezbędny element dobrej jakości życia Pacjenta.

To właśnie jakość życia, czyli subiektywna ocena własnego stanu zdrowia dokonywana przez Pacjenta jest największym wykładnikiem skuteczności terapii.

Leczenie bólu powinno być wielokierunkowe. Podstawą jest tu właściwe rozpoznanie i wdrożenie skutecznej farmakoterapii.

Niemniej istotne jest wsparcie psychologiczne – bardzo ważny element w przebiegu choroby nowotworowej. W poradniach paliatywnych jest możliwość konsultacji psychologicznej i wielu Pacjentów z niej korzysta. Dobry kontakt lekarz - pacjent, lekarz - rodzina pozwala rozpoznać subtelne objawy wskazujące np. lęk, bezsenność, depresję lub sygnały dotyczące braku akceptacji czy niezadowolenie z dotychczasowych efektów leczenia. Wprowadzenie innych leków przeciwbólowych, zmodyfikowanie dawek lub form ich podania, niekiedy dodanie leków przeciwdepresyjnych, czy działań takich jak psychoterapii czy rehabilitacji pozwala na opanowanie bólu w stopniu zadowalającym pacjenta i umożliwia mu lepsze funkcjonowanie.

W Polsce mamy refundację praktycznie wszystkich zarejestrowanych na świecie leków opioidowych, co wiąże się bezpośrednio z tym, że terapia leczenia bólu nie jest dla Pacjenta dodatkowym obciążeniem

finansowym. Istniejącym nadal problemem skutecznego leczenia bólu jest opioidofobia, czyli lęk przed stosowaniem leków opioidowych.

Nieuzasadniony lęk przed tymi lekami, często wzmacniany przez najbliższych członków rodziny chorego powoduje, że pacjenci czasami w obawie przed objawami ubocznymi rezygnują z leków opioidowych lub samodzielnie ograniczają ich stosowanie. Dodatkowo istnieje stygmatyzacja leków opioidowych sugerująca, że są to preparaty przepisywane wyłącznie osobom umierającym. W sposób nieuzasadniony powoduje to zwiększenie obaw pacjentów i ich rodzin przed stosowaniem tej grupy farmaceutyków.

W takich sytuacjach bliski kontakt lekarz – Pacjent - rodzina, niekiedy pomoc psychologiczna pozwala na stosowanie tych leków w sposób racjonalny, umożliwiającą pełną kontrolę bólu.

Moje kilkunastoletnie doświadczenie zawodowe w leczeniu bólu wskazuje jednoznacznie, że nawet najsilniejszy i dotychczas nieadekwatnie kontrolowany ból jesteśmy w stanie skutecznie opanować i nie musimy kojarzyć choroby nowotworowej z niepotrzebnym cierpieniem i bólem.

Właściwa kontrola bólu to nie tylko lepsza jakość życia, ale również lepsze funkcjonowanie społeczne, lepsze radzenie sobie z chorobą, dłuższe przeżycie, a w sytuacjach choroby możliwej do wyleczenia również zdecydowanie lepsze wskaźniki wyleczeń.