

**ГБУЗС «Севастопольский городской онкологический диспансер
им.А.А.Задорожного»**

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ СГОД**

*С. М.Токарев
В.Д.Виливчук
И. В.Касьянова
А.И.Коровяковский*

Актуальность

Развитие хронического болевого синдрома (ХБС) – одна из наиболее важных и сложных проблем на терминальной стадии онкологического заболевания

В г. Севастополе ежегодно от злокачественных новообразований умирает около 900 онкобольных

Лишь часть онкологических пациентов с ХБС получает адекватное обезболивание

Подход в лечении ХБС

**Использование неопиатных
анальгетиков и опиатов**

Назначение адъювантных препаратов

**Последовательное применение
анальгетиков возрастающей силы
действия при увеличении
интенсивности боли**

**Начало фармакотерапии с появлением
первых признаков боли**

Цель работы

Провести анализ факторов проведения неэффективного обезболивания

Очертить типовой алгоритм подбора противоболевой терапии (ПБТ) для инкурабельных онкологических больных на этапе стационарного лечения

Определить основные медицинские и медико-психологические факторы, влияющие на выбор эффективной схемы ПБТ

Материалы и методы

**Анализ клинического опыта
обезболивания инкурабельных
онкологических больных, которые
проходили лечение в отделении
паллиативной помощи
Севастопольского городского
онкодиспансера с 2009 по 2014 годы
(1100 пациентов).**

**Оценка БС и эффективности
обезболивающей терапии проводилась
по 5-бальной шкале – ШВО**

**(0 – нет боли, 1 – слабая боль, 2 – умеренная, 3 –
сильная, 4 – нестерпимая боль).**

Основные причины неэффективного обезболивания

- нарушение **графика обезболивания** в амбулаторных условиях – 71,2%;
- **самостоятельный отказ больного от приема назначенных анальгетиков** или смена **схемы ПБТ** на фоне достижения обезболивания – 70,0 %;
- **недостаточное использование или неиспользование ко-анальгетиков** (антидепрессанты, антиконвульсанты, глюкокортикоиды) – 68,3 %;
- назначение обезболивающих препаратов по просьбе, а **не плановое обезболивание** – 48,3 %;
- назначение **слабодействующих анальгетиков в больших суточных дозах в противовес** анальгетикам с более выраженным протиболевым эффектом – 38,4 %;
- отмена эффективных препаратов **при появлении побочных эффектов** – 31,2%;
- **отмена обезболивающих препаратов I-ой ступени (НПВС)** при назначении опиатов – 28,1 %;
- отказ от назначения опиатов в связи со страхом возникновения зависимости – 27,5 %;

Основные причины неэффективного обезболивания (продолжение)

- недооценка или переоценка БС в его длительности и интенсивности, то есть длительный период **неадекватного обезболивания** – 18,2%;
- назначение анальгетиков с одинаковым **механизмом обезболивания** или одной фармакологической группы – 10,0 %;
- **неадекватная оценка характера боли** и причин её возникновения, то есть, отнесение боли, не связанной со злокачественным процессом, к разряду «опухолевых» – 9,7 %;
- наличие у больного выраженных **психогенных реакций** или **психических расстройств**, отягощающих течение болезни (реактивные депрессии, в т. ч. с суицидальными намерениями, тревожные расстройства, психопатии и характерологические изменения) – 9,2 %;
- **неадекватное предъявление пациентом жалоб по поводу ХБС** (психические расстройства при метастазировании в головной мозг, дисиммуляция, низкий уровень образования) – 8,8 %.

Принципы и алгоритм лечения ХБС

1. Проводился согласно основным принципам обезболивания
2. Подбирался индивидуально для каждого пациента
3. Типичный алгоритм ПБТ включает ряд последовательных этапов:
 - комплексная оценка БС
 - подбор схемы обезболивания
 - мониторинг её эффективности
 - коррекция в зависимости от индивидуальных особенностей проявлений ХБС и ответа пациента на назначенную терапию

Лечение опиатами

Опиаты получали – **87%**

- **31 %** - на догоспитальном этапе
- **56 %** - опиаты впервые были назначены в стационаре отделения

13 % - проводилось лечение ХБС неопиатными анальгетиками совместно с ко-анальгетиками

Переход на опиатное обезболивание выполнялся **после истощения противоболевого резерва препаратов I-ой и II-ой ступени обезболивания (за ВОЗ).**

Средняя суточная доза морфина гидрохлорида 1% - 40–80 мг/сутки.

- **40 % - в суточной дозе 20 – 40 мг/сутки**
- **45% - от 50 до 120 мг/сутки**
- **15% больных – больше 130 мг/сутки**

Наивысшие назначенные суточные дозы морфина гидрохлорида 1% составляли 240 – 320 мг/сутки (1,7 %).

Категория пациентов, которые требовали опиоидного обезболивания в больших дозах:

- **больные с выраженным нейропатическим болевым синдромом;**
- **пациенты с опухолевым или/и метастатическим поражением головного мозга;**
- **пациенты с выраженной психоэмоциональной нестабильностью;**
- **при наличии распространенного опухолевого процесса;**
- **при наличии опухолевого процесса с обширной зоной распада;**

К использованию “высоких доз” опиатов

Осложнения в виде остановки дыхания не отмечались

Чрезмерная седатация возникла у 6 %

Придерживаемость основных принципов лечения ХБС, доказали свою эффективность и безопасность в лечении онкологических пациентов с ХБС

Постепенное повышение дозы препарата было связано с увеличением болевой импульсации на фоне прогрессирования онкопатологического процесса.

Такие побочные эффекты, как сонливость, снижение концентрации внимания, тошнота, кожный зуд в большинстве случаев возникали с начала назначения опиатов и нивелировались у большинства пациентов через 2 – 4 дня.

Ограничение увеличения дозы опиатов при усилении БС и отсутствие выраженных побочных проявлений лимитировалось только уменьшением частоты дыхания меньше 10 дых./мин.

Роль психоэмоционального статуса

У всех инкурабельных онкобольных ХБС сочетается с **изменениями в психоэмоциональном состоянии пациента.**

Возникновение боли сопровождается:

- Снижением **настроения – 100 %** пациентов
- Появление тревоги – **76 %**
- Ожидание появления боли – **82%**
- Эмоциональной лабильностью – **43%**
- Ограничением деятельности – **от 37 до 82 %** (в зависимости от выраженности ХБС)

Роль психоэмоционального статуса

(продолжение)

Вот почему, в случае наличия ХБС, особенно важной была **нормализация психоэмоционального состояния** больного, что реализовывалось в назначении **психофармакотерапии** (антидепрессанты, дневные транквилизаторы, нейролептики, снотворные) совместно с психокоррекцией.

С целью оценки клинико-психологического состояния больного в клиническую практику отделения планируется введение **планового психологического осмотра** пациентов, ориентированного на **выявление медико-психологических факторов**, которые влияют на оказание помощи пациенту.

В **19 %** случаев проводилась **психофармакотерапия** аффективных расстройств совместно с **психокоррекцией**, что способствовало более быстрому и полному **установлению контроля** БС и улучшало качество жизни пациентов.

Важно создать **«терапевтическую» обстановку** вокруг пациента – благоприятное отношение, сопереживание, понимание, поддержка, ограждение больного от

В целом, для улучшения ситуации с обезболиванием инкурабельных онкобольных было бы внедрение **в клиническую практику неинвазивных форм опиатов пролонгированного действия, которое:**

- **уменьшит зависимость больного от медицинского персонала**
- **обеспечит непрерывное обезболивание при уменьшении первичной и суточной дозы опиатов и кратности их приема**
- **уменьшит затраты на проведение адекватного обезболивания дома**
- **уменьшит необходимость в госпитализации для обезболивания**
- **качественно повлияет на состояние больного**
- **уменьшит негативную психологическую нагрузку на родственников пациента**

Эффективное лечение ХБС у инкурабельных онкобольных

- **назначение ПБТ** в соответствии с принципами лечения ХБС, регламентированных ВОЗ и другими международными организациями
- при развитии ХБС, который не снимается неопиатными анальгетиками назначение **опиатов** на ранних этапах прогрессирования боли и в таких суточных дозах, которые обеспечивают достаточное обезболивание больного
- **сочетанное назначение анальгетиков и ко-анальгетиков**
- проведение **психофармакотерапии и психокоррекции** у пациентов с выраженным психоэмоциональным компонентом
- лечение ХБС должно быть **комплексным и системным**, что означает применение всех доступных методов и способов, направленных на уменьшение ХБС – медикаментозное лечение БС непосредственно, психофармакотерапия, психокоррекция, «терапевтическая» обстановка, их реализация на каждом из этапов лечения – от амбулаторной помощи до стационара.
- **информирование специалистов**, участвующих в лечении онкологических больных, о основных принципах обезболивания

На наш взгляд, для улучшения адекватного обезболивания инкурабельных онкобольных, согласно мирового и отечественного опыта необходимо:

- **оптимизация нормативных актов** для увеличения дозирования и учета наркотических лекарственных средств
- более широкое использование неинвазивных **продолгованных форм опиатов**
- **распространение информации среди специалистов** о основных принципах обезболивания инкурабельных онкобольных



Спасибо за внимание.