

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л.Н. Кудряшова, А.А. Кудряшов, О.М. Петрова

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа
ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер

Кудряшова Любовь Николаевна,

зав. отделением паллиативной помощи РКОД, доцент кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО, гл. внештатный онколог г. Уфы, канд. мед. наук, 450054, Россия, Респ. Башкортостан, г. Уфа, Пр. Октября, д. 73/2, тел. 8 (347) 227-06-88,

e-mail: kudryashova-lyubov-777@mail.ru

Кудряшов Алексей Александрович,

врач-интерн кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ,

Петрова Ольга Михайловна,

врач-интерн кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ

В статье представлен материал о принципах лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных на примере опыта работы отделения паллиативной помощи Республиканского клинического онкологического диспансера г.Уфы. Подробно изложены структура отделения, методы и схемы лечения боли у больных генерализованными формами рака.

Ключевые слова: паллиативная помощь, боль, злокачественное новообразование, фармакотерапия.

TREATMENT OF THE CHRONIC PAIN SYNDROME AT THE INCURABLE ONCOLOGICAL PATIENTS

L.N. Kudryashova, A.A. Kudryashov, O.M. Petrova

Bashkir State Medical University, Ufa
Republican Clinical Oncological Dispensary

The material is presented in article about the principles of treatment of a chronic pain syndrome at oncological patients on the example of experience of office of the palliative help of the Republican clinical Oncology Dispensary of Ufa. The office structure, methods and schemes of treatment of pain at patients with generalized forms of a cancer are in detail stated.

Keywords: palliative help, pain, malignant new growth, pharmacotherapy.

Актуальность

Проблема хронической боли на сегодняшний день остается нерешенной не только в России, но и других экономически развитых странах. Это связано с тем, что 30-50% из общего числа онкологических больных испытывают постоянные болевые ощущения различной степени интенсивности, а у 78-87% пациентов с генерализованными формами заболевания боль является ведущим проявлением основной патологии, а это, в свою очередь, значительно снижает качество жизни больных [1,4].

Улучшение качества жизни пациентов, вопреки прогрессированию смертельного заболевания,

является целью паллиативной помощи, которая заключается в предупреждении и облегчении страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценки и купированию боли и других симптомов [2]. Одной из приоритетных задач паллиативной помощи является оказание полноценной обезболивающей терапии онкологическим больным. По заявлению экспертного комитета ВОЗ по терапии онкологической боли и активной паллиативной помощи: «Свобода от боли должна рассматриваться как право каждого онкологического больного, а доступность болеутоляющих средств – как выражение уважения к этому праву» (1990 г.). Несмотря на воз-

растающее внимание к этой проблеме в последние два десятилетия почти каждый третий онкологический больной (более 28%) не получает адекватного обезболивания даже в экономически развитых странах [1,3].

Важность проблемы обозначена в Приказе МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», где указано, что в паллиативном лечении нуждаются не только больные с генерализованными формами рака, но и пациенты с тяжелыми прогрессирующими заболеваниями терапевтического, неврологического и других профилей [5].

Материалы и методы

В основу статьи положены фактические данные об уровне оказания паллиативной помощи онкологическим больным в отделение паллиативной помощи (ОПП) Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) г. Уфы. При этом использовались официальные отчетные документы: формы 7 и 35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями» по Республике Башкортостан (РБ). Статистическая обработка и анализ данных производилась средствами Microsoft Windows XP с помощью компьютерных программ Microsoft Word XP, Microsoft Excel XP с применением методов аналитической и санитарной статистики [6].

Результаты и обсуждение

Хронический болевой синдром (ХБС) онкологического генеза отличается от всех других видов. Впервые появившаяся и постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием неизлечимо больного человека, взаимно подкрепляясь, создают сложный комплексный механизм так называемой патологической боли, отличающейся от физиологической боли, имеющей адаптивное значение и направленной на мобилизацию защитных сил организма. Хроническая боль у онкологических больных, длящаяся неделями и месяцами, сама превращается в тяжелую хроническую болезнь, угнетает кровообращение, дыхание, иммунитет, вызывает метаболические расстройства, депрессию, суицидальные мысли и настроения и, тем самым, сокращает как качество, так и длительность жизни [2].

Разберем принципы лечения ХБС у больных генерализованными формами рака на примере анализа работы ОПП РКОД г. Уфы за 2010 - 2012 гг.

Структура ОПП включают следующие подразделения:

I Стационарная служба – отделение паллиативной помощи на 22 койки.

II Амбулаторная служба – кабинеты паллиативной помощи (КПП) № 1, 2 с процедурными и манипуляционными кабинетами.

III Выездная служба – 2 бригады (врачебно-сестринская и сестринская).

Все структурные подразделения ОПП находятся в тесном функциональном взаимодействии и рабо-

тают как единое целое, что позволяет значительно увеличить объем медицинских услуг и улучшить качество оказания паллиативной помощи. Основные показатели работы стационара ОПП представлены в таблице 1.

Таблица 1
Основные показатели работы стационара ОПП за 2010 – 2012 годы

Показатели	Годы		
	2010	2011	2012
Всего пролечено больных	227	243	325
Выписано больных	220	227	313
Умерло больных	7	16	12
Летальность	3,0%	6,5%	3,6%
Проведено койко - дней	3178	3402	4656
Среднее пребывание больного на койке	14	14	15

За 3 года увеличилось количество больных получивших стационарное лечение в ОПП с 227 до 325 человек (на 30,2%), что связано с реорганизацией структуры паллиативной помощи и увеличением числа коек. Среднее пребывание больного на койке за три года не изменилось и составляло в среднем 14 койко-дней.

Анализ работы за данный период показал, что женщин получивших лечение в ОПП, немного больше по сравнению с мужчинами, показатель за 2012 год составил 50,5% и 49,5% соответственно. Из числа получивших лечение в стационарных условиях в 2012 году - 76,3% составили жители города Уфы, 22,5% - жители районов и других городов РБ и 1,2% - жители других городов России.

Распределение больных злокачественными опухолями, находящихся в ОПП на лечение по локализации опухолевого процесса представлены на рис. 1., а по возрасту – в таблице 2.



Рис. 1. Распределение больных, находящихся на стационарном лечении в ОПП, по локализации опухолевого процесса

Установлено, что основная доля больных ЗН, получивших симптоматическое лечение в ОПП в 2012 году, приходится на возрастные группы от 61 до 70 лет (36,6%) и от 51 до 60 лет (30,2%).

Таблица 5

Схема фармакотерапии сильной и нестерпимой боли (3–4 балла по ШВО)

Препараты	Время назначения (час.)																							
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24						
Морфин сульфат котинус 30 мг по 1 таб. 2 раза в сут.					+														+					
Кетонал-ретард 150 мг 1 таб. 2 раза в сут.				+															+					
Дексаметазон 5 мг по 2 таб. утром после еды, 2 таб. днем после еды			+					+																
Карбамазепин 200 мг по 1 таб. x 2 раза в день			+																	+				
Амитриптилин 25 мг по 1 таб. 2 раза в сут.				+															+					
Ивадал 10 мг 1 таб. на ночь																				+				

3. Анальгетики назначались «по часам», а не «по требованию», т.е. определив время действия анальгетика, предупреждали боль, а не боролись с ней после ее возникновения.

4. Дозу анальгетиков увеличивали в зависимости от времени суток (вечером, ночью) или при других, усугубляющих боль, условиях (например, при движении).

5. Особое внимание уделялось лечению бессонницы.

6. Предпочтение отдавали неинвазивному приему препаратов (per os, per rectum, под язык),

7. Активно назначались коанальгетики и другие вспомогательные средства, потенцирующие эффект анальгетиков и/или устраняющие их побочные эффекты и облегчающие другие мучительные симптомы рака.

8. Регулярно проводился контроль за динамикой состояния пациента, эффективностью анальгезии (аналгезиметрия) с целью своевременной коррекции назначений. Аналгезиметрию проводили через 45–60 мин. после первого введения анальгетиков (для оценки эффекта анальгезии), через несколько часов (для определения длительности анальгезии), через 1–2 дня после первых назначений, а в дальнейшем – еженедельно.

С целью купирования ХБС в условиях стационара также проводились: региональные блокады – 29,2% больных; тотальная внутривенная тиаминизация – 12% больных, цианокобаламиновая анестезия – 30,2% больных. При сильной и нестерпимой боли, как правило, невропатической боли использовалась пролангированная эпидуральная опиат – анальгезия с подкожным туннелированием катетера (1,5%).

С целью детоксикации широко использовалась инфузионная терапия, в том числе с использованием раствора гипохлорита натрия 3%, приготовленного на аппарате "ЭДО – 4", а также озонотерапия.

В отделении у данной категории пациентов проводились: торакоцентез – 30,2% больных, лапароцентез – 18,8% больных с последующей длительной катетеризацией полостей. Кроме того имели место мероприятия по стимуляции деятельности кишечника и диуреза (таблица 6).

Таблица 6
Основные манипуляции, проведенные
больным в ОПП (амбулаторно, в стационаре, на
дому)

Вид манипуляции	Амбулаторно	В стационаре	На дому
Фармакотерапия болевого синдрома	3979	325	1383
Пролангированная эпидуральная опиат – анальгезия с подкожным туннелированием катетера	2	5	-
Региональные блокады	214	95	55
Тотальная внутривенная тиаминизация	8	319	-
Цианокобаламиновая анестезия	60	98	30
Внутривенная детоксикация раствором гипохлорита натрия 3% аппарат "ЭДО-4"	422	35	32
Озонотерапия	35	182	19
Торакоцентез, в том числе с длительной катетеризацией плевральной полости	169	98	13
Лапароцентез, в том числе с длительной катетеризацией брюшной полости	145	61	7
Паллиативная и симптоматическая полихимиотерапия	4	163	-
Паллиативная и симптоматическая лучевая терапия	5	129	-
Длительная катетеризация центральных вен	2	21	-
Катетеризация периферических вен	71	412	-
Инвазивная фармакотерапия (инфузионная терапия, в/в, в/м, п/к инъекции)	8788	54031	480
Мероприятия по стимуляции деятельности кишечника	-	182	36
Стимуляция диуреза, катетеризация мочевого пузыря	5	365	36
Перевязки	2178	84	103
Психотерапия, инструктаж	8086	325	1383
Медики – социальный уход за больным	-	-	1383

Следует отметить, что за все время нахождения в стационаре с больными и родственниками проводились сеансы психотерапии.

Помимо перечисленного для лечения больных генерализованными формами рака в стационарных условиях с целью купирования ХБС и улучшения качества жизни в 2012 году использовались и специальные методы лечения: химиотерапия – 41,8% (136 больных); лучевая терапия – 31,4% (102 больных); хирургическое – 1,2% (4 больных); химио-лучевое – 8,3% (27 больных); симптоматическая терапия – 100% (325 больных) (рис. 4).

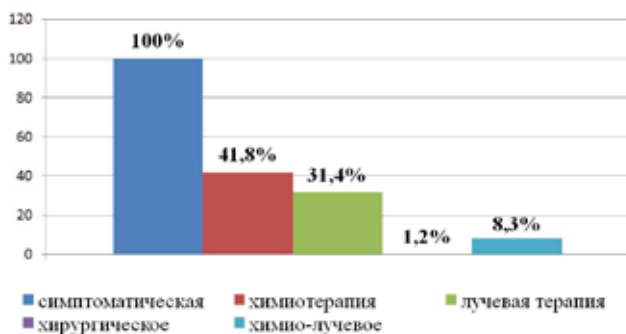


Рис. 4. Виды специальных методов лечения, проводимых в стационаре ОПП

Одним из важных направлений работы ОПП является амбулаторный прием инкурабельных онкологических больных. Как было сказано выше, консультация больных осуществляется в двух кабинетах, расположенных в поликлиниках №№ 1, 2 РКОД.

За 2012 год было принято 3979 онкологических больных с ХБС, из них 1036 первичных и 2943 повторных пациентов (таблица 7).

**Таблица 7
Количество больных, получивших лечение в кабинетах противоболевой терапии**

Место консультации	Первичные пациенты	Повторные пациенты	Всего больных
Противоболевой кабинет	1036	2943	3979
Стационар (РКОД и др. ЛПУ)	125	552	677
На дому	461	922	1383

На амбулаторном приеме с целью купирования ХБС больным так же проводился: подбор схем фармакотерапии (100%); региональные блокады – 5,4% (214 больных), цианкобаламиновая анестезия – 1,5% (60 больных), пролонгированная эпидуральная опиат – анальгезия с подкожным туннелированием катетера – 0,1% (2-е больных) (таблица 6). Для снятия интоксикации дыхательной недостаточности в амбулаторных условиях так же как и в стационаре широко использовалась инфузионная терапия, в частности, гипохлоридом натрия 3% и озонотерапия. За 2012 год проведено: торакоцентезов – 4,2% (169 больных); лапароцентезов – 3,6% (145 больных).

Для оказания помощи самой тяжелой категории больных, не имеющих возможности посетить врача в поликлинике, осуществляется выезд на дом, где и оказывается необходимая помощь. Для этих целей сформированы врачебная и врачебно – сестринская бригады.

В течение 2012 года осуществлено 1383 выездов на дом (таблица 6). При этом на дому осуществлялся подбор схем лечения боли (100%), проводились региональные блокады – 4,0% (55 больных), лапароцентезы – 0,5% (7 больных), торакоцентезы – 1,0% (13 больных), а также инфузионная терапия направленная на поддержание жизненно важных функций. При отсутствии эффекта противоболевой терапии, больные госпитализировались в ОПП на стационарное лечение. При выезде на дом со всеми пациентами, а так же их родственниками, проводилась психотерапия.

Выводы

1. Основным методом лечения ХБС у инкурабельных онкологических больных является фармакотерапия (100%).

2. Современное лечение ХБС должно иметь комплексный, мультимодальный характер, подбираться строго индивидуально и основываться на принципах предупреждающей анальгезии.

3. При сильной и нестерпимой хронической боли (3 – 4 балла по ШВО), имеющей, как правило, невропатический характер, использовался комплексный подход в лечении с применением специальных методов лечения (химиотерапии, лучевой терапии, хирургических методов), а также проводниковой анестезии.

Список литературы

1. Абузарова Г.Р. Фармакотерапия боли у онкологических больных при паллиативной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения / Г.Р. Абузарова, Л.М. Александрова, В.Л. Тюрин, Н.М. Николаева. - М: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. – 36 с.

2. Ганцев Ш.Х. Амбулаторно-поликлиническая онкология / Ш.Х. Ганцев с соавт. // Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медия, 2012. – 448 с.

3. Кудряшова Л.Н. Хроническая боль у онкологических больных / Л.Н. Кудряшова, В.Н. Ручкин, А.К. Гайсин, А.В. Мельничук. – Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2011. – 44 с.

4. Паллиативная помощь онкологическим больным / Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. – М: – 2006. – 190 с.

5. Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1343 «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

6. Харисова И.М. Статистические методы в медицине и здравоохранении: учебно-методическое пособие / И.М. Харисова, Н.Х. Шарифутдинова. – Уфа, 1999. – 146 с.