

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р. А.

Реферат на тему: Паллиативная помощь онкологическим больным

выполнил: клинический ординатор

Гафоров А. Д.

проверил: кафедральный руководитель

к.м.н., доцент Гаврилюк Д. В.

Красноярск 2022

Оглавление	
Введение.....	3
Определение	3
Организация паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями.	4
Паллиативные хирургические вмешательства.....	5
Купирование болевого синдрома	6
Оценка интенсивности боли и эффективности болеутоления	7
Заключение	16
Список использованной литературы:.....	17

Введение

Паллиативная медицина является областью здравоохранения, призванной улучшить качество жизни пациентов с прогрессирующими формами хронических заболеваний, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Другими словами, облегчить страдания пациентов в период финальной стадии заболевания.

Паллиативная медицина ориентирована на контроль симптомов, а не на излечение пациента. Помимо облегчения физических страданий, необходимы психосоциальная и духовная поддержка, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни неизлечимого больного – медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. «Мы не в силах продлить жизнь пациента, но и не вправе ее сокращать. Время, которое человеку осталось прожить, он должен прожить достойно» - говорит профессор Г.А. Новиков, один из основателей паллиативной медицины в России, президент Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни».

О паллиативной медицине в России на сегодняшний день недостаточно известно не только в общественных кругах, но иногда и в узких кругах врачей-специалистов. Она охватывает многие направления медицины, но у нас в стране прошла становление в онкологической службе Российской Федерации.

Начав развиваться лишь 20 лет назад, паллиативная медицина в Российской Федерации нуждается в дальнейшем совершенствовании и развитии. Сегодня далеко не все онкологические больные, нуждающиеся в паллиативной помощи, получают ее своевременно, а в ряде случаев не имеют к ней никакого доступа. Она требует не только финансовой поддержки государства, но также пересмотра действующего законодательства и подготовки нового поколения врачей-специалистов в этой области.

Определение

В 2002 г. эксперты ВОЗ сформулировали следующее определение паллиативной помощи: «Паллиативная помощь – это подход, который улучшает качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающими жизни заболеваниями, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике и безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем. Паллиативная помощь включает:

- обеспечение облегчения боли и других терзающих больного симптомов;
- утверждение жизни и принятие смерти как нормальных процессов;
- признание решения не торопить и не откладывать смерть;
- включение психологических и духовных аспектов в общий план ухода;
- предложение пациенту такой поддержки, которая позволит ему жить настолько активно, насколько это возможно, до самой смерти;

-предложение системы поддержки, которая поможет справляться с проблемами, возникающими в период болезни пациента и после его смерти в связи с горем утраты;

-использование междисциплинарного подхода для помощи пациентам и членам их семей, включая поддержку после смерти больного, если это необходимо;

-готовность улучшать качество жизни пациента и положительно влиять на течение болезни;

-подключение ее как можно раньше по ходу развития болезни, наряду с разными формами основного лечения, такими как химио- или лучевая терапия, которые ставят своей задачей продление жизни».

Таким образом, различные варианты паллиативной помощи детям могут и должны оказываться на различных этапах лечения и наблюдения больного ребенка и его семьи – от установления диагноза до его смерти и после нее. Следует подчеркнуть, что, согласно приведенной формулировке, важнейшей частью паллиативной помощи является комплексная реабилитация – физическая, психологическая, социальная, значимость и объем которой существенно разнятся в зависимости от периода и течения заболевания и основного лечения.

Организация паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Паллиативная помощь может быть организована на разных базах, преимущественно по месту жительства больного ребенка и его семьи, а при необходимости, и в стационаре, включая онкологический. При этом выделяются следующие основные направления деятельности: - активное агрессивное вмешательство, лечение (оно не является частью паллиативной помощи, но, в зависимости от выбранной модели, может совмещаться с ним во времени, тогда их соотношение зависит от состояния ребенка, или, в соответствии с другой моделью, отказ от активного лечения должен быть условием к переходу к паллиативной помощи.);

-паллиативная помощь;

-уход в период предстояния смерти;

-поддержка семьи после смерти ребенка. Организационно работа может быть выстроена по нескольким моделям, определяющим различное соотношение указанных элементов. По первой модели паллиативная помощь включается, когда активное лечение признаётся неэффективным, и по задачам и подходам структуры ее практически совпадают с хосписами. По второй модели паллиативную помощь начинают как можно раньше, значение её возрастает по мере ухудшения состояния пациента, и она становится основной после признания ребенка инкурабельным. Многие возможности паллиативной помощи могут и должны использоваться на всех этапах заболевания как компонент комплексного лечения злокачественных опухолей. В России обе представленные модели могут реализовываться в разных видах:

-отделение паллиативной медицины в детской многопрофильной больнице;

-специальное отделение в онкологической клинике, принимающее на паллиативное лечение детей с состояниями, подлежащими паллиативной помощи;

-хоспис, оказывающий помощь по месту жительства;

-хоспис, имеющий собственные койки для госпитализации.

В настоящее время в стране существует система лечебно-диагностической и диспансерной помощи детям-инвалидам со злокачественными новообразованиями, этапами которой в каждом регионе (область, край) являются: поликлинический – онкологический и гематологический кабинеты, стационарный – детские онкологические и гематологические отделения и центры (территориальные или региональные) на базе онкологических диспансеров и детских больниц. Каждый из этих звеньев имеет свои функциональные обязанности по диагностике, лечению и диспансерному обеспечению детей со злокачественными новообразованиями, которые предусмотрены приказом Министерства здравоохранения РФ. Ответственными за организационно-методическую работу в области детской онкологии данного региона является главный детский онколог (и гематолог при раздельном функционировании детской онкологической и гематологической служб) при тесном их контакте с главным педиатром регионального управления здравоохранения.

Паллиативные хирургические вмешательства

В онкологической хирургии проблемы возникают у больных с нерезектабельной опухолью. Истинная распространённость процесса нередко определяется только во время операции. Вопрос о паллиативных операциях возникает и в тех случаях рака, когда опухоль оказалась нерезектабельной из-за наличия метастазов и/или невозможности технически полностью удалить очаги поражения. В большинстве случаев эти вмешательства носят вынужденный характер и выполняются по жизненным показаниям (кровотечение из распадающейся опухоли, прободение стенки полого органа, декомпенсированный стеноз и др.). Паллиативной операцией в онкологии называют вмешательство, при котором не ставится цель полной ликвидации опухоли, т.е. радикальность R1-R2. Нерадикальность должна быть подтверждена гистологическим исследованием. Остатки опухоли по возможности помечают маркёрами для разметки зоны облучения, оценки эффективности дальнейшего лечения или слежения за прогрессированием процесса. Отсутствие морфологической верификации оставшихся очагов опухоли нередко ставит больного и врача в затруднительное положение. В зарубежной литературе к паллиативным (второго типа) относят также операции вне очагов опухоли (обходные анастомозы, наружные свищи для разгрузки или питания). В большинстве современных отечественных изданий вмешательства без резекции опухоли называют симптоматическими. Показания к паллиативной резекции возникают при высокочувствительных к лучевым и лекарственным методам лечения (например, лимфома). В таких

случаях хирург удаляет основной массив опухоли или метастазы, с надеждой на успех дополнительного лечения. Такие резекции обычно называют циторедуктивными. Паллиативная операция является компонентом комбинированного лечения. Со временем показания к паллиативным операциям в онкологии, особенно детской, расширяются по мере совершенствования лучевых и лекарственных методов лечения. При массивных злокачественных новообразованиях даже высокоэффективный препарат зачастую не оказывает заметного действия.

Купирование болевого синдрома

Боль остается серьезной и не решенной до конца проблемой здравоохранения во всем мире. Борьба с болью является одной из задач программы ВОЗ по борьбе с раком наряду с его профилактикой, ранним выявлением и лечением. Международная ассоциация по изучению боли дает следующее определение: «Боль - это неприятное сенсорное ощущение, связанное с имеющимся или возможным повреждением тканей. Боль - телесное ощущение, но также сопровождается тяжелым эмоциональным переживанием. Боль всегда субъективна, человек воспринимает ее через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни». Болевой синдром по механизмам возникновения и продолжительности разделяют на острый и хронический. Острый болевой синдром (ОБС) - это, прежде всего, послеоперационная и посттравматическая боль, вызванная хирургическим или травматическим повреждением тканей. ОБС отличается временным характером и снижением интенсивности по мере устранения причин его возникновения. Хронический болевой синдром (ХБС) сопутствует практически всем злокачественным новообразованиям в стадии генерализации. Отличается от острой боли длительностью, силой, различием проявлений, влиянием тяжелых психо-эмоциональных факторов и сложностью лечения, связанных с многообразием причин.

В зависимости от причин, приведших к развитию болевого синдрома, различают два типа боли:

1. Ноцицептивная - вызванная раздражением чувствительных нервных окончаний (ноцицепторов), делится на соматическую и висцеральную;
2. Нейропатическая (деафферентационная) - вызванная поражением нервных стволов и сплетений, спинного и головного мозга.

Типы боли при раке и причины их развития

Ноцицептивная

Соматическая: Поражение костей и суставов; спазм скелетных мышц; повреждение (или растяжение) сухожилий, связок; прорастание в мягкие ткани (кожа, подкожная клетчатка)

Висцеральная: Повреждение внутренних органов; растяжение полых и капсул паренхиматозных органов; повреждение серозных оболочек, гидроторакс, асцит; запоры, кишечная непроходимость; сдавление кровеносных и лимфатических сосудов

Нейропатическая (деафферентационная)

Повреждение периферических нервных стволов, сплетений; поражение спинного, головного мозга.

У больных с генерализацией опухоли может одновременно наблюдаться несколько причин и типов боли (смешанные боли), дифференциальная диагностика которых бывает затруднена. Таким образом, болевой синдром онкологического генеза разнообразен по причинам и клиническим проявлениям, а главное, не имеет каких-либо специфических черт, кроме постоянства и прогрессирующего характера. Это определяет необходимость ранней диагностики и комплексного лечения.

Оценка интенсивности боли и эффективности болеутоления

Важную роль в выборе комплекса методов лечения ОБС и ХБС играет тщательная оценка интенсивности боли (алгометрия) и эффективности проводимой противоболевой терапии (анальгезиметрия). Измерить и стандартизировать боль трудно, прежде всего, потому, что боль - субъективное чувство, которое невозможно выразить количественно во всей полноте ощущений. В связи с этим на сегодняшний день не существует простых и доступных для использования в практике методов объективной оценки боли. Поэтому во всем мире с успехом используют шкалы субъективной оценки силы болевых ощущений. Шкала вербальных (словесных) оценок (ШВО) - шкала, ориентированная на субъективную оценку пациентом силы болевых ощущений. Алгометрия - оценка интенсивности боли:

- ◆ 0 баллов - нет боли,
- ◆ 1 балл - слабая боль,
- ◆ 2 балла - умеренная (средняя) боль,
- ◆ 3 балла - сильная боль,
- ◆ 4 балла - нестерпимая боль.

Анальгезиметрия - оценка эффективности проводимой противоболевой терапии: после оценки исходной интенсивности боли проводится подбор болеутоляющих средств и повторная оценка ШВО на фоне противоболевой терапии. Например, исходная боль нестерпимая (4 балла) на фоне анальгезии морфином в дозе 10 мг через 40 мин снизилась до слабой (1 балл). Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой градуированную линию, на левом конце которой отмечено отсутствие боли (0 баллов), на правом – сильнейшая боль (10 баллов). Больной отмечает на шкале интенсивность ощущаемой им боли до и после обезболивания.

Опиаты и другие центральные анальгетики Наркотические анальгетики являются основным средством лечения сильных болевых синдромов в разных областях медицины. В последние годы наркотические анальгетики принято называть опиатами, так как источником их получения является сок опийного мака, а синтетические центральные анальгетики, близкие по фармакологическому эффекту к опиатам, принято называть опиоидами (опиатоподобными). ВОЗ рекомендует врачам использовать термин «опиаты», так как термин «наркотический» анальгетик носит скорее юридический, чем медицинский, характер («Обезболивание при раке», Женева, 1989). По силе анальгетического эффекта опиаты значительно превосходят ненаркотические

анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства - НПВС), оказывающие действие на уровне периферических рецепторов. Болеутоляющий эффект опиатов реализуется через воздействие их на опиатные рецепторы ЦНС (мю-, сигма-, дельта-, эpsilon-, каппа-, эн-рецепторы), поэтому их еще называют центральными анальгетиками. Опиаты и опиоиды оказывают на опиатные рецепторы агонистическое воздействие (преимущественно на мю- и сигма-рецепторы). Эффект же смешанных агонистов-антагонистов - результат разнонаправленного действия (агонистического и антагонистического) на различные типы опиатных рецепторов, что позволяет достичь болеутоления при минимуме побочных эффектов. При назначении опиатов при ОБС необходимо помнить о возможной депрессии ЦНС и вентиляции легких при передозировке опиатов, вызванной несоответствием суточной дозы препарата интенсивности болевых ощущений. Для предупреждения подобных осложнений необходимы: индивидуальный подбор дозы по принципу постепенности («по нарастающей»), контроль эффективности анальгезии и длительности ее действия.

Каждый пациент, впервые получающий наркотический анальгетик, должен находиться под наблюдением врача и среднего медицинского персонала. Лечение острого и хронического болевых синдромов Многообразие причин и механизмов возникновения болевых синдромов побуждает клиницистов применять широкий перечень методов, которые могут быть направлены как на устранение причин боли, так и на процессы, связанные с периферической рецепцией, проведением и центральным восприятием болевой импульсации. К методам радикального устранения боли и ее причин в онкологической практике относится противоопухолевое лечение (хирургические операции, химио-, лучевая терапия). Однако в случаях генерализации опухоли возможности радикального лечения исчерпаны, и единственным способом купирования боли становится фармакотерапия. Фармакотерапия является универсальным и эффективным методом купирования ОБС и ХБС. Проф. Осипова Н. А. (2001) выделила общие принципы лечения ОБС и ХБС.

Общие принципы фармакотерапии острых и хронических болевых синдромов:

1. Использование единой тактики оценки силы боли, с использованием шкалы вербальных оценок (0 баллов - нет боли; 1 балл - слабая боль; 2 балла - умеренная (средняя) боль; 3 балла - сильная боль; 4 балла - нестерпимая боль).

2. Использование единой тактики противоболевой терапии, основанной на строгом соответствии болеутоляющих препаратов интенсивности боли. При слабой боли (1 балл) основными анальгетиками необходимо считать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС, ненаркотические анальгетики) в адекватной дозе в сочетании с адъювантной (то есть вспомогательной) терапией (психотропные, антиконвульсанты, глюкокортикоиды и др.). При неэффективности НПВС и наличии умеренной боли (2 балла) назначается трамадол (синтетический опиоид центрального

действия, не являющийся наркотическим средством) или кодеин (слабый опиат, содержащийся в некоторых болеутоляющих). Сочетание их с НПВС и адьювантами обязательно. Сильнодействующие наркотические средства (сильные опиаты) используются только при сильной или нестерпимой (3-4 балла) боли (ОБС или ХБС). Эти препараты (морфин, фентанил, бупренорфин или др.) также назначаются в сочетании с НПВС и адьювантами. Такая тактика назначения средств болеутоления позволяет предотвратить неоправданное назначение наркотических средств и избежать возможных осложнений, связанных с угнетением ими жизненно важных функций. Максимальная продолжительность лечения сильнодействующими опиатами определяется тяжестью, длительностью и особенностями течения болевого синдрома и для типичных ситуаций имеет установленные пределы. 3. Лечение боли должно быть этиопатогенетическим в той мере, в которой это возможно, то есть направленным на устранение причины боли. Это наиболее радикальный подход, дающий быстрый положительный результат. Исключением является симптоматическая противоболевая терапия у инкурабельных онкологических больных.

Доза и режим введения анальгетических средств должны быть эффективны и безопасны для пациента, то есть должны устранять боль на приемлемый отрезок времени (не менее 4-6 ч), не вызывая серьезных побочных эффектов. В случае неэффективной анальгезии боль нарастает за счет суммации болевых стимулов и перевозбуждения проводящих нервных структур, формируется стойкий болевой синдром, сопровождающийся осложнениями: симпатoadреналовой активацией, нарушением микроциркуляции крови, метаболическими расстройствами, снижением показателей качества жизни и др. С другой стороны, существует риск назначения наркотических анальгетиков при наличии слабой или умеренной боли: известны случаи депрессии ЦНС и дыхания с последующей гипоксией у пациентов в ранние сроки после малых оперативных вмешательств в результате избыточного назначения морфина, омнопона, других сильных опиатов.

Монотерапия наркотическими анальгетиками нецелесообразна (особенно при сильной боли). В целях повышения эффективности и безопасности болеутоления обязательным следует считать сочетание опиатов с НПВС и адьювантными средствами. Дозы, режим и продолжительность назначений наркотических средств определяются врачом с учетом причин и интенсивности болевого синдрома, индивидуальных потребностей пациента. В случае необходимости высоких доз опиатов у инкурабельных онкологических больных в связи с нарастающей толерантностью (устойчивостью) доза и режим введения всегда могут быть согласованы и приняты коллегиально в пользу пациента.

Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков различны при острых и хронических болевых синдромах. В целях повышения эффективности лечения болевых синдромов высокой интенсивности и уменьшения осложнений, связанных с длительным применением высоких доз

опиатов, следует руководствоваться методическими указаниями «Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков» (МЗ РФ, Осипова Н. А., 2001). В них предусматривается дифференцированный подход к назначению опиатов с учетом характера и степени тяжести болевого синдрома, сочетание опиатов с ненаркотическими анальгетиками и адъювантами, соответствующими патогенезу болевого синдрома. Лечение острого болевого синдрома (ОБС) Пусковым механизмом послеоперационного или посттравматического ОБС является возбуждение множества периферических рецепторов (ноцицепторов) аллогенными химическими агентами (простагландины, кинины и др.), выделяющимися в пораженных тканях. В связи с этим важным компонентом обезболивания являются ингибиторы этих аллогенов - анальгетики периферического действия (ненаркотические анальгетики, НПВС). Наиболее эффективные и доступные из них - нестероидные противовоспалительные препараты (кеторолак, диклофенак, анальгин, баралгин и др.), назначаемые с учетом индивидуальных показаний. В плановой хирургии целесообразно профилактическое назначение НПВС непосредственно перед операцией. Это препятствует чрезмерному раздражению периферических болевых рецепторов, уменьшает интенсивность последующей послеоперационной боли и потребность в наркотических анальгетиках.

1. После малых хирургических вмешательств зачастую не возникает необходимости в назначении сильнодействующих опиатов. Эффект обезболивания может быть достигнут НПВС в высоких терапевтических дозах. В случае недостаточного болеутоления их следует сочетать с трамадолом (трамалом) в удобной для пациента лекарственной форме (инъекции, капсулы, свечи).

2. При ОБС умеренной интенсивности после наружных и небольшого объема внутриполостных операций (радикальная мастэктомия, овариэктомия и др.) следует применять один из опиоидов средней потенции в сочетании с НПВС. Оптимальными в этих случаях необходимо признать трамадол и просидол, как наиболее эффективные и безопасные. При этом длительность применения просидола, относящегося к списку наркотических средств, не должна превышать 5 сут, после чего, в зависимости от индивидуальной выраженности боли, сохраняют терапию НПВС или сочетают его с трамадолом. Сроки терапии трамадолом могут не лимитироваться.

3. При сильном ОБС, обусловленном перенесенным обширным внутриполостным хирургическим вмешательством и патологическими состояниями, требующими применения сильного наркотического анальгетика, последний также следует сочетать с НПВС. Среди сильнодействующих опиатов предпочтение следует отдавать бупренорфину, который отличается от морфина меньшей депрессией жизненно важных функций при передозировке. Продолжительность применения бупренорфина и других сильнодействующих опиатов для послеоперационного (посттравматического) обезболивания обычно не превышает 5-7 сут. После этого, по мере снижения интенсивности боли, следует переходить на менее сильный и более безопасный трамадол, продолжая сочетать его с НПВС и

постепенно сокращая дозы анальгетиков. Показания к более длительному назначению сильнодействующих наркотических средств могут возникнуть в случае повторного оперативного вмешательства.

4. При острой боли другого (не операционного) генеза (спастическая, ишемическая, воспалительная) главным патогенетическим средством обезболивания является лекарство, устраняющее спазм, ишемию или оказывающее противовоспалительное действие. Например, атропин, платифиллин - при гладкомышечном спазме, НПВС - при суставной и другой боли воспалительного происхождения. При сильной боли эти препараты дополняются опиатами. При подборе суточной дозы наркотического анальгетика для ослабленного или пожилого пациента необходимо помнить о риске, связанном с депрессией ЦНС и дыхания. Обязательным при этом является постоянное наблюдение за пациентом.

5. Эффективными методами послеоперационного обезболивания являются регионарные: эпидуральная, спинальная блокады с использованием современных местных анестетиков, которые позволяют уменьшить потребность в системном введении опиатов.

Лечение хронического болевого синдрома (ХБС) Сильный и нестерпимый ХБС, требующий длительного применения наркотических средств, часто возникает при онкологических заболеваниях в стадии генерализации. В большинстве стран мира используется предложенная экспертами ВОЗ стратегия фармакотерапии онкологической боли, основанная на применении ненаркотических анальгетиков, слабо- и сильнодействующих опиатов по 3-ступенчатой схеме «обезболивающей лестницы» (1989). Суть метода заключается в последовательном, ступенчатом применении анальгетиков возрастающей силы действия по мере увеличения интенсивности боли. Специалисты Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена (Осипова Н. А., 2001), модифицировав эту схему, предложили 5-ступенчатую схему фармакотерапии ХБС, соответствующую пяти градациям интенсивности боли (шкале вербальных оценок). Применяемые на каждой ступени анальгетики (ненаркотические и наркотические) должны сочетаться с теми или иными адъювантными средствами по показаниям (глюкокортикоиды, психотропные, антиконвульсанты, другие средства симптоматической терапии). При слабой боли (1-я ступень) применяются ненаркотические анальгетики в сочетании со вспомогательной (адъювантной) и симптоматической терапией (седативные, снотворные, глюкокортикоиды, спазмолитики, слабительные и др.).

Применение опиатов начинается со 2-й ступени (умеренная боль). Основным средством на этой ступени являются анальгетики средней силы действия: наркотически безопасный синтетический опиоид трамадол (трамал) или слабый опиат кодеин. Продолжительность эффективной терапии трамалом может составлять несколько месяцев. Просидол в защечных таблетках несколько превосходит трамадол по анальгетическому потенциалу и назначается следующим после трамала при недостаточной эффективности последнего. Просидол занимает промежуточное положение между 2-й и 3-й

ступеню терапии ХБС. Несмотря на принадлежность к наркотическим средствам, просидол отличается хорошей переносимостью и редко вызывает серьезные побочные эффекты. Продолжительность успешной терапии может достигать нескольких месяцев. При усилении боли до сильной следует применять анальгетик 3-й ступени бупренорфин. Побочные эффекты его менее выражены, чем у морфина; он также отличается от морфина медленным развитием толерантности, при хорошей эффективности и переносимости может применяться месяцами. В случае дальнейшего нарастания ХБС и недостаточного обезболивания бупренорфином в максимальной суточной дозе следует переходить на анальгетики 4-й ступени морфин или трансдермальную терапевтическую систему фентанила (ТТС фентанила). Среди препаратов морфина предпочтительны таблетки морфина сульфата продленного действия МСТ-континус, длительность действия которого составляет 12 ч. Последним достижением неинвазивной терапии тяжелого ХБС у онкологических больных является ТТС фентанила (пластырь). При наклеивании пластыря ТТС на кожу пациента фентанил медленно проникает через кожу, поступая в кровоток и создавая длительную эффективную анальгезию - до 72 ч. ТТС фентанила и МСТ-континус могут вызывать побочные эффекты, присущие всем наркотическим средствам. Наиболее опасным из них является депрессия дыхания. Сильная и нестерпимая боль у инкурабельного онкологического больного лечится сильными опиатами - 3-й или 4-й ступени; лечение продолжается столько, сколько требуется для облегчения страданий больного. Для повышения эффективности обезболивания и уменьшения побочных эффектов наркотических средств они назначаются в сочетании с ненаркотическими анальгетиками, адъювантными и симптоматическими средствами (по показаниям). При особо тяжелом нейропатическом ХБС наркотические средства могут быть малоэффективны и не являться основным средством болеутоления. В этих ситуациях опиаты - временное или дополнительное средство лечения боли на фоне специальной патогенетической терапии. Ко-анальгетики За рубежом глюкокортикоиды, антидепрессанты и противосудорожные средства принято объединять в группу так называемых «ко-анальгетиков» из-за их существенного анальгетического эффекта, связанного с мощным противоотечным, противовоспалительным, успокаивающим, ингибирующим синтез аллогенов эффектом. Рекомендуется активно применять их в сочетании с другими анальгетиками.

1. Глюкокортикоиды (дексаметазон) применяют при наличии явлений перифокального отека, воспаления, поражения периферической и центральной нервной системы, лимфостазе, поражениях костей и суставов (соматическая боль).

2. Антидепрессанты (амитриптилин) применяют при сопутствующей заболеванию депрессии, бессоннице, для облегчения нейропатической боли с парестезией и дизестезией (жжение, приступообразная «пробивающая ток», стреляющая боль на фоне онемения и др.).

3. Антikonвульсанты (карбамазепин) также применяют при нейропатической боли с приступами стреляющего иколющего характера. Принципы фармакотерапии хронической боли

Эксперты ВОЗ рекомендуют при лечении ХБС у онкологических больных:

1. Подбирать анальгетики «по восходящей», ступенчато от более слабого к более сильному.

2. Дозу анальгетика подбирать индивидуально, увеличивать ее «по нарастающей», то есть по мере нарастания боли. Эффективной дозой анальгетика считать такую, которая адекватно снижает боль на приемлемый период времени (более 4-6 ч).

3. Принимать анальгетики «по часам», а не «по требованию больного», то есть, определив время действия анальгетика, принимать его за 15-20 мин до ожидаемой боли. Стараться предупредить боль, а не бороться с ней после ее возникновения.

4. Дозу анальгетиков увеличивать в зависимости от времени суток (вечером, ночью) или при других усиливающих боль обстоятельствах (например, при движении).

5. Бессонницу лечить энергично. Часто боль усиливается ночью, лишая больного полноценного сна.

6. Предпочтение стараться отдавать неинвазивному приему препаратов {per os, per rectum, под язык), так как инъекции - тоже источник боли; больной становится зависимым от персонала, производящего инъекции, что ухудшает качество его жизни.

7. Активно назначать ко-анальгетики и адъювантные средства, усиливающие действие анальгетиков, устраняющие их побочные эффекты и другие мучительные симптомы. 8. Оценивать эффект проводимой анальгезии (анальгезиметрия) с целью своевременной коррекции назначений. Возможные осложнения фармакотерапии боли, их профилактика и купирование. Показаниями к назначению наркотических средств в медицинской практике является сильный ОБС или ХБС (у онкологических больных).

Основными показаниями для кратковременной (до 7 дней) терапии опиатами являются: сильный болевой синдром после обширных операций, тяжелых травматических повреждений, при почечной и печеночной колике; ишемическая боль в сердце, не купируемая нитратами при инфаркте миокарда. Длительное, не лимитируемое по времени лечение сильнодействующими центральными анальгетиками показано при сильном ХБС у инкурабельных онкологических больных.

Противопоказано назначение наркотических средств пациентам с клиникой нетения ЦНС любого генеза и нарушениями дыхания при отсутствии возможности непрерывного наблюдения за пациентом, проведения искусственной вентиляции легких, применения антагониста опиатов налоксона. Не показано назначение наркотических средств при слабой или умеренной боли, в том числе после небольших по объему оперативных

вмешательств, ввиду опасности угнетающего действия на ЦНС и дыхание. В этих случаях допустимо назначение трамадола в сочетании с ненаркотическими анальгетиками, спазмолитиками и другими в зависимости от характера боли. В случае передозировки опиатов, проявляющейся угнетением дыхания и сознания, следует немедленно восстановить проходимость верхних дыхательных путей (запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть), активизировать пациента командой «дышите!»; при неэффективности этих мероприятий следует тут же начать вспомогательную или искусственную вентиляцию легких (вначале «рот ко рту», затем ручную или автоматическую ИВЛ), вызвать бригаду реаниматологов, ввести антагонист опиатных рецепторов налоксон (0,4-0,8 мг в/в).

Назначение анальгетиков из ряда НПВС (кетопрофен, кеторолак, диклофенак и др.) не показано пациентам с сопутствующей язвенной болезнью, бронхиальной астмой, тромбоцитопенией, клиническими проявлениями повышенной кровоточивости.

При непродолжительном применении всех рассмотренных анальгетиков периферического действия в терапевтических дозах осложнений не возникает, и все перечисленные выше ограничения к их применению можно рассматривать как относительные. Следует с осторожностью назначать НПВС пациентам в состоянии гиповолемии, при сниженном диурезе - это может привести к токсическому поражению почек и печени. При соблюдении правил назначения этих препаратов, играющих важную роль в профилактике и лечении болевых синдромов, осложнений не возникает. Одной из основных проблем длительного лечения ХБС у инкурабельных больных является развитие «толерантности» к опиатам, то есть прогрессирующей устойчивости к ним опиатных рецепторов. Это приводит к снижению анальгетического эффекта, требующему все больших доз опиатов. Толерантность может достигать такого уровня, что разовой дозой морфина 200 мг порой не удастся достичь удовлетворительной анальгезии. Поэтому онкологический больной, страдающий ХБС, вынужден требовать увеличения доз опиатов (особенно на фоне прогрессирования заболевания и усиления интенсивности боли), что часто расценивается врачом как развитие у пациента наркотической зависимости. Ошибочным в этой ситуации является снижение либо отмена анальгетика, так как это обрекает больного на страдания. Известно, что сильный ХБС и связанная с этим потребность в опиатах чаще возникают у больных в терминальной стадии заболевания, длительность жизни которых ограничена. А поэтому соотношение факторов риска развития зависимости и приносимому больному облегчения является минимальным. Эксперты ВОЗ подчеркивают: контроль за наркотиками не должен создавать препятствий для больных при получении необходимых им болеутоляющих средств. Необходимо отметить, что депрессия жизненно важных функций (сознания, дыхания, гемодинамики), являющаяся актуальной при применении опиатов для купирования ОБС, несколько теряет свою актуальность при лечении ХБС у онкологических больных. Исследования показали, что при постепенном увеличении доз опиатов «по нарастающей» (от меньших к большим) эти

тяжелые осложнения не возникают из-за постепенного развития резистентности ЦНС к действию центральных анальгетиков. Поэтому опасаться назначения высоких доз опиатов необходимо лишь в первые дни и недели лечения ХБС. При возникновении же таких побочных действий опиатов, как тошнота, рвота, запоры, задержка мочи, вялость, сонливость, необходим соответствующий комплекс вспомогательных симптоматических средств (антиэметики, слабительные и др). Коррекция диспепсических расстройств У многих онкологических больных на фоне прогрессирования заболевания либопосле выполнения специфической терапии могут развиваться диспептические расстройства к которым относятся: -тошнота и рвота, - икота, - диарея (реже запоры), - мукозиты. Наиболее опасным является их сочетание, приводящие к нарушению водно-электро-литного баланса вследствие избыточного выделения жидкости и электролитов со стулом и рвотными массами, нарушенного всасывания в желудочно-кишечном тракте и ограничением приёма пищи из-за болей в полости рта и пищеводе. Следствием таких нарушений могут быть кахексия и повышение риска развития инфекционных осложнений, ухудшение результатов специфического лечения. Как известно, тошнота и рвота являются одним из наиболее частых симптомов у онкологических больных. Основными их причинами являются: - распространение и рост опухоли в области желудочно-кишечного тракта, печени, центральной нервной системе, - эметогенная лекарственная цитостатическая терапия - лучевая терапия в области желудочно-кишечного тракта, печени или головного мозга, - терапия препаратами опиия, - опухолевая интоксикация, - запоры, - инфекция или септицемия, - почечно-печёночная недостаточность, - гиперкальциемия, - психический фактор. В возникновении рвоты выделяют периферический и центральный механизмы. 2—3 раза в день в 3—5 мл 0,25% раствора новокаина, иногда только взрослым не старше 60 лет в той же дозе внутривенно с добавлением 3—5 мл изотонического раствора натрия хлорида). Последний препарат, как и перечисленные выше, уменьшает напряженность, снижает страх, тревогу, улучшает сон и усиливает, и удлиняет действие наркотических анальгетиков и снотворных. Порой при преобладании тревожно-депрессивной симптоматики целесообразно прибегать к применению антидепрессантов широкого спектра, из которых самым безопасным с точки зрения сочетания с наркотическими анальгетиками (опиатами) является амитриптилин (по 25 мг/сут с постепенным увеличением дозы на 25—50 мг до суточной дозы 125—175 мг, максимум до 300 мг). С транквилизаторами, антидепрессантами и опиатами вполне сочетаются широко распространенные седативные средства — беллоид, настойка валерианы или отвар корневища валерианы, настойка пустырника в обычных дозах.

Заключение

Проблема обеспечения паллиативного лечения – это сложный и многогранный процесс, требующий определенной материально-технической базы, участия многих квалифицированных специалистов со средним и высшим медицинским образованием, а также для осуществления психологической и социальной реабилитации семьи. К сожалению, эти вопросы разработаны и решены в России крайне недостаточно.

Список использованной литературы:

1. Ганцев Ш. Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с: ил.

2. Онкология : учебник с компакт-диском / под ред. В. И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой . – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.

3. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным./ под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. — Том I. — М.: 2004. — 656 с.: ил.

4. <http://palliativ.ru/>

5. http://4java.org/ppci/ru/publications/setting_up_ppc_system.html

6. <http://www.painstudy.ru/conf2002/novikov.htm> 7.

7. <http://netoncology.ru/news/298/>