

Боль в особых популяциях у онкологических больных

Невзорова Д.В.

ГБУЗ г. Москвы «Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой» Департамента здравоохранения г. Москвы

ВВЕДЕНИЕ

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет боль как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». Боль всегда субъективна, однако она является таковой до тех пор пока не становится объективной для больного. До 80% онкологических пациентов испытывают боль умеренной или сильной степени выраженности и нуждаются в назначении наркотических препаратов.

ЦЕЛЬ

Оценить количество онкологических пациентов с умеренной и сильной выраженностью хронического болевого синдрома, наблюдавшихся хосписом города Москвы в 2015 году с учетом особенности национального менталитета, малой информированности населения о причинах и методах борьбы с болью, сложностей в нормативно-правового регулировании норм назначения или выписки наркотических средств.

МАТЕРИАЛЫ

В исследование были включены онкологические больные, с опухолями различных локализаций с уровнем боли от 0 до 10 по рейтинговой шкале. Специализированное лечение данным пациентам не планировалось или было недавно завершено. Таким образом, нами исследовано 1157 онкологических паллиативных пациентов. Средний возраст женщин 78 лет (18 до 98), мужчин 72 года (18–89). Все исследуемые были поделены на группы: не испытывающие какой-либо боли, больные испытывающие слабые и эпизодические боли, купирующиеся приемом препаратов первой ступени обезболивания, пациенты с умеренной болью и пациенты с выраженным болевым синдромом. Количество пациентов в группах было непостоянным, так как они переходили из группы в группу в силу изменения боли.

Самым распространенным был рак молочной железы, наблюдавшийся в 99 случаях. Все больные имели метастатическую форму рака, явления анорексии и сочетание различных тягостных симптомов. Контроль боли и других тягостных симптомов регулярно осуществлялся у всех пациентов вплоть до самой смерти.

МЕТОДЫ

Среди 1157 человек, общее количество пациентов получающих наркотические препараты составило 620 человек (53,6%). Таким образом, 620 опиоидно наивных пациента с умеренной болью (ВАШ, от 4 до 6) и выраженной болью (ВАШ от 6 до 10) были включены в исследование. В качестве обезболивающих средств применялись.

Для лечения боли умеренной силы:

- российский препарат пиперединового ряда – просидол в виде защечных таблеток с мгновенным эффектом анальгезии, длящимся 4–6 часов. Максимальная суточная доза составляет 200–240 мг;
- трамадол, самый используемый в России препарат. Использовался в инъекционной и не инъекционной формах, в том числе пролонгированных. Применяемая максимальная дозировка 400 мг в сутки. При неэффективности максимальных доз, назначались малые дозы морфина гидрохлорида инъекционные, таб. морфина сульфата (20–40 мг/сут) или ТТС фентанила – 25 мкг/сут.
- кодеина в чистом виде в России в настоящее время нет для применения.

Для лечения выраженной боли применялись:

- бупренорфин (раствор), морфин (раствор, пролонгированные таблетки) и фентанил (ТТС)
- Для титрования дозы обезболивания и купирования прорыва боли использовался морфина гидрохлорид (инъекционные формы) и просидол. Приходится признать, что для этих целей не использовался пероральный раствор морфина в силу его отсутствия в стране.

Среднее время наблюдения пациентом хосписом до смерти составило 5 месяцев (от 1 дня до 16 мес). Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью шкалы вербальных (словесных) оценок (ШВО) и визуально аналоговой шкалы (ВАШ). Все данные отражались в медицинской документации при каждом посещении медицинского работника. Общее состояние пациентов оценивалось с использование оценок (шкал) Edmontona и Бартела.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 1157 пациентов, наблюдавшихся выездной службой хосписа, 53,6% получали опиоидные средства в качестве обезболивания при сильной и умеренной боли, когда препараты второй ступени были нэффективны. Среднее время приема наркотического средства составило 3 месяца.

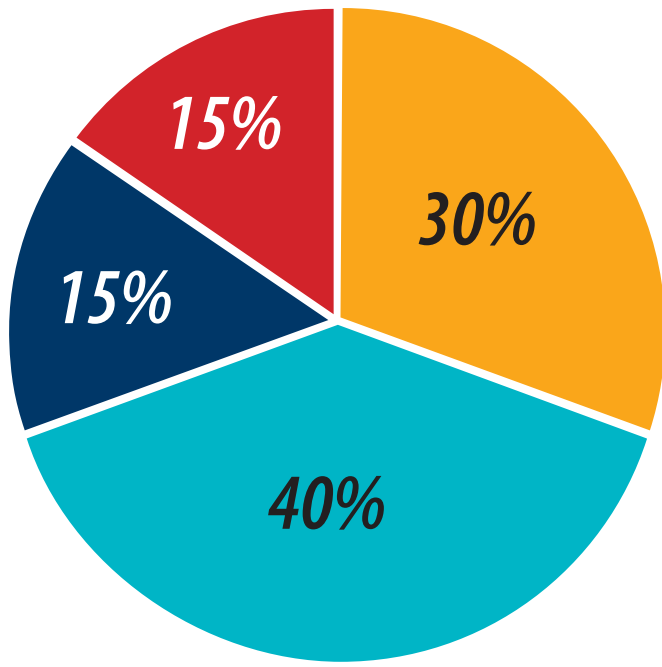
Следует отметить, что 735 человек из 1157 пациентов были госпитализированы в хоспис для продолжения лечения в стационарных условиях.



Вера Миллионщикова возглавляла хоспис в течение 16 лет.

В силу разных обстоятельств:

- в 30% случаев боль купировать в домашних условиях не удалось. Дальнейшее повышение дозировки опиоидов в домашних условиях было психологически проблематично для семьи и больного, и сложно для районных служб (так как дозы казались непривычно большими. В ряде случаев нужна была коррекция препарата, его дозировки или их побочных действий или проведение медицинских вмешательств.
- 40% пациентов были в тяжелом состоянии и находились в хосписе с целью не умереть дома.
- около 15% пациентов совершенно одинокие люди, уход за которыми на дому был невозможен.
- 15% пациентов, страдающими психическими расстройствами, уход за которыми в домашних условиях также затруднителен.



ВЫВОДЫ

В силу ряда культурных, социально-психологических, образовательных, политических, религиозных и материально-технических причин было выявлена неадекватная оценка самой боли, как острой, так и хронической пациентами, их близкими и медицинскими работниками.

Неэффективное лечение боли дома имело серьезные физиологические, психологические, экономические и социальные последствия для пациентов, их семей. Большая часть пациентов вынуждена была госпитализироваться в стационар хосписа в связи с невозможностью оказания должного полноценного ухода и обезболивания на дому.

Третья часть из обслуженных на дому была госпитализирована не в силу тяжести болевого синдрома, а в силу ряда социальных факторов.

Каждый врач, работавший с больными в хосписе, является специалистом по боли, однако, даже имея достаточно большой опыт, но неполный ресурс, боль он смог купировать не у 100% больных. В России имеет место влияние религиозных, культурных, социальных, образовательных, политических, географических, нормативно-правовых и материально-технических причин неадекватного оценивания и ведения боли, как в остром периоде, так и в хроническом. В этом анализе мы показали уровень применения наркотических препаратов у пациентов, проживающих и болеющих в самом обеспеченном городе страны.

