

Жизнь без боли

**Качество жизни онкологических
пациентов**

Статья 91. «Права пациентов»
утверждает, что пациенты имеют
право на «облегчение страданий
в той мере, в какой это позволяет
существующий уровень
медицинских технологий».

**Кодекс Республики Казахстан о
здоровье народа и системе
здравоохранения**

- * Обеспечить оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно.
- * Повышая качество жизни больного, мы тем самым улучшаем качество жизни целой группе людей.

ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Сильная боль катастрофически снижает качество жизни:

- ✓ снижение мобильности и обессиливание;
- ✓ утрата аппетита;
- ✓ депрессия и утрата способности общаться с другими людьми;
- ✓ расстройство иммунной системы.

ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНО?

Боль чревата социальными последствиями как для людей, страдающих от нее, так и для тех, кто осуществляет за ними уход, что может выражаться в нехватке сна, невозможности работать, ухаживать за детьми или другими членами семьи и принимать участие в общественной деятельности.

ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНО?

- страдание
- восприятие боли
- религиозность



- ответственность
- взаимоотношения
- привязанность/сексуальная активность
- внешний вид
- трудовая деятельность

- активность
- утомляемость
- качество сна
- тошнота
- аппетит
- запор

- беспокойство
- депрессия
- удовольствие/отдых
- счастье
- страх
- внимание

*Лечение хронической боли онкологического генеза. Учебное пособие.
Под ред. Новикова Г.А., Осиповой Н.А., Москва, 2006*

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

«Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или состояние, описываемое словами такого поражения».

[Международная Ассоциация по изучению боли - IASP, 1994 г.].

Определение

острая

- * Причиной могут быть внешние и внутренние повреждения
- * Выраженность зависит от инициирующего стимула
- * Обычно четко локализована
- * Имеет четкую функцию предупреждения и защиты

хроническая

- Сохраняется более 6 месяцев
- Нет связи с инициирующим стимулом
- Сама становится заболеванием
- Утрачена функция предупреждения и защиты

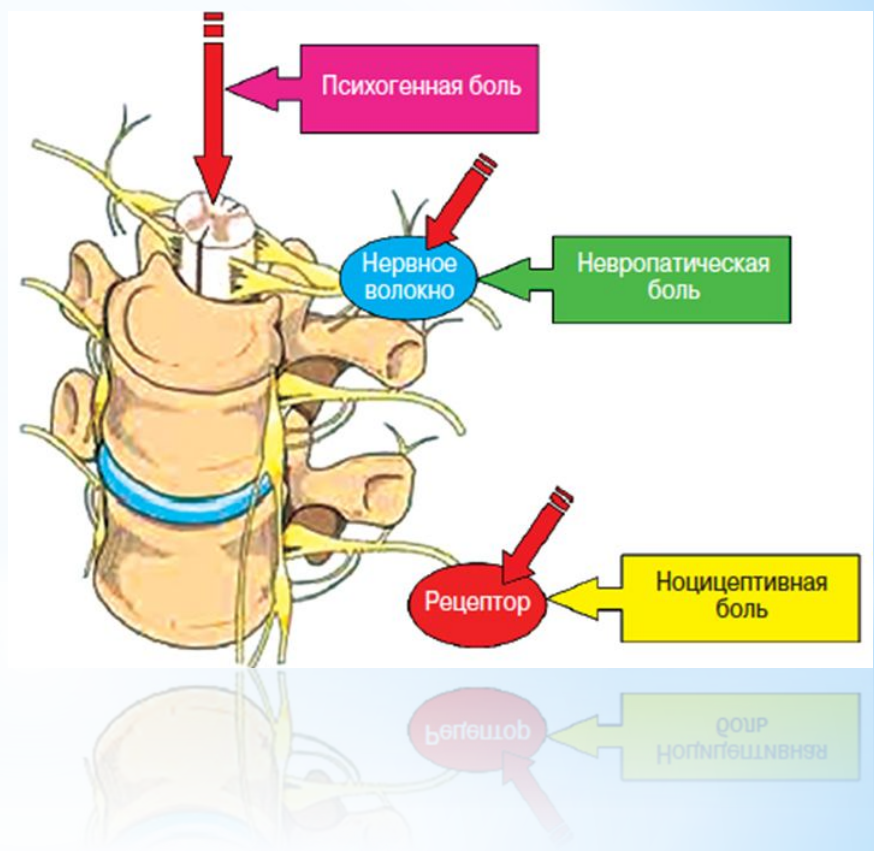
ТИПЫ БОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

* Ноцицептивная
(соматическая и
висцеральная)

* Нейропатическая

* Психогенная

* Смешанной этиологии



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ

соматическая

- * Поражение мягких тканей
- * Поражение костей
- * Мышечный спазм

висцеральная

- * Канцероматоз серозных оболочек
- * Гидроторакс, асцит
- * Перерастяжение стенок полых органов и капсулы паренхиматозных органов
- * Хроническая кишечная непроходимость

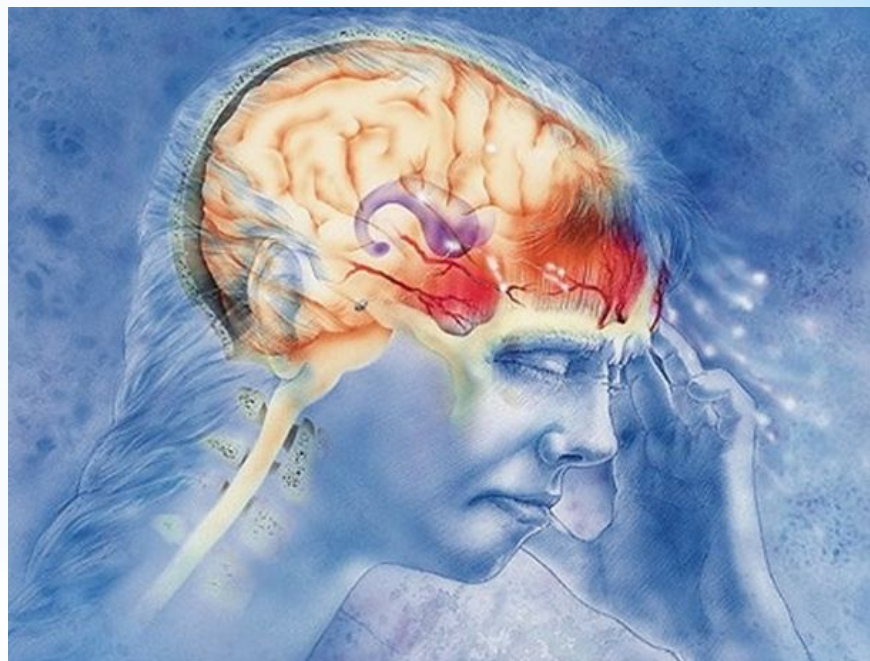
НОЦИЦЕПТИВНАЯ БОЛЬ

- * Боль, вызванная поражением нервной системы (периферической или центральной);
- * Следует подчеркнуть, что речь идет о боли, которая может возникнуть при нарушении не только в периферических чувствительных нервах (например, при невропатиях), но и при патологии соматосенсорных систем на всех ее уровнях от периферического нерва до коры больших полушарий.



НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ

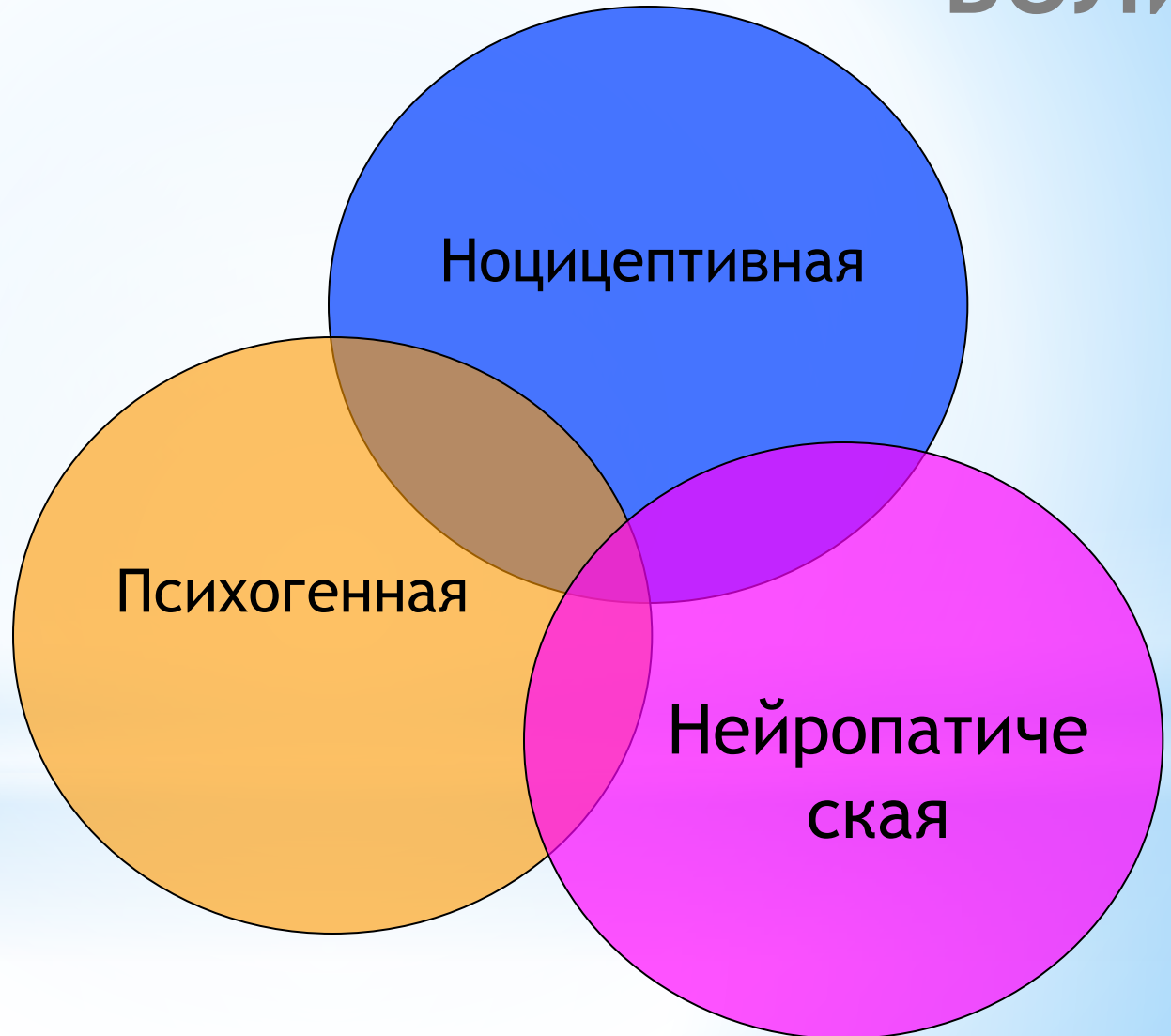
Совокупность расстройств, доминирующими симптомами которых являются боли психического происхождения. Это боли, возникающие в результате психической травмы и сопровождающиеся чувством тревоги или страха.



ПСИХОГЕННАЯ БОЛЬ

ПРИЧИНЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

Специфика онкологической боли в том, что большая часть онкологических пациентов страдают от нескольких видов боли одновременно.



- * Боль вызвана непосредственно опухолью;
- * Боль в результате противоопухолевой терапии;
- * Боль, как следствие общей слабости;
- * Боль при сопутствующих заболеваниях.



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ

- * Вербальная рейтинговая шкала
- * Лицевая шкала боли
- * Визуально аналоговая шкала
- * Числовая шкала боли
- * Различные варианты опросников

ОЦЕНКА БОЛИ



THE INSTITUTE FOR
PALLIATIVE MEDICINE
at San Diego Hospice

паллиативная помощь Шкалы оценки интенсивности симптомов



**Терапия
хронического
болевого синдрома**

* «НЕИНВАЗИВНОСТЬ»

* «ПО ЧАСАМ»

* «ПО ВОСХОДЯЩЕЙ»

* «ИНДИВИДУАЛЬНО»

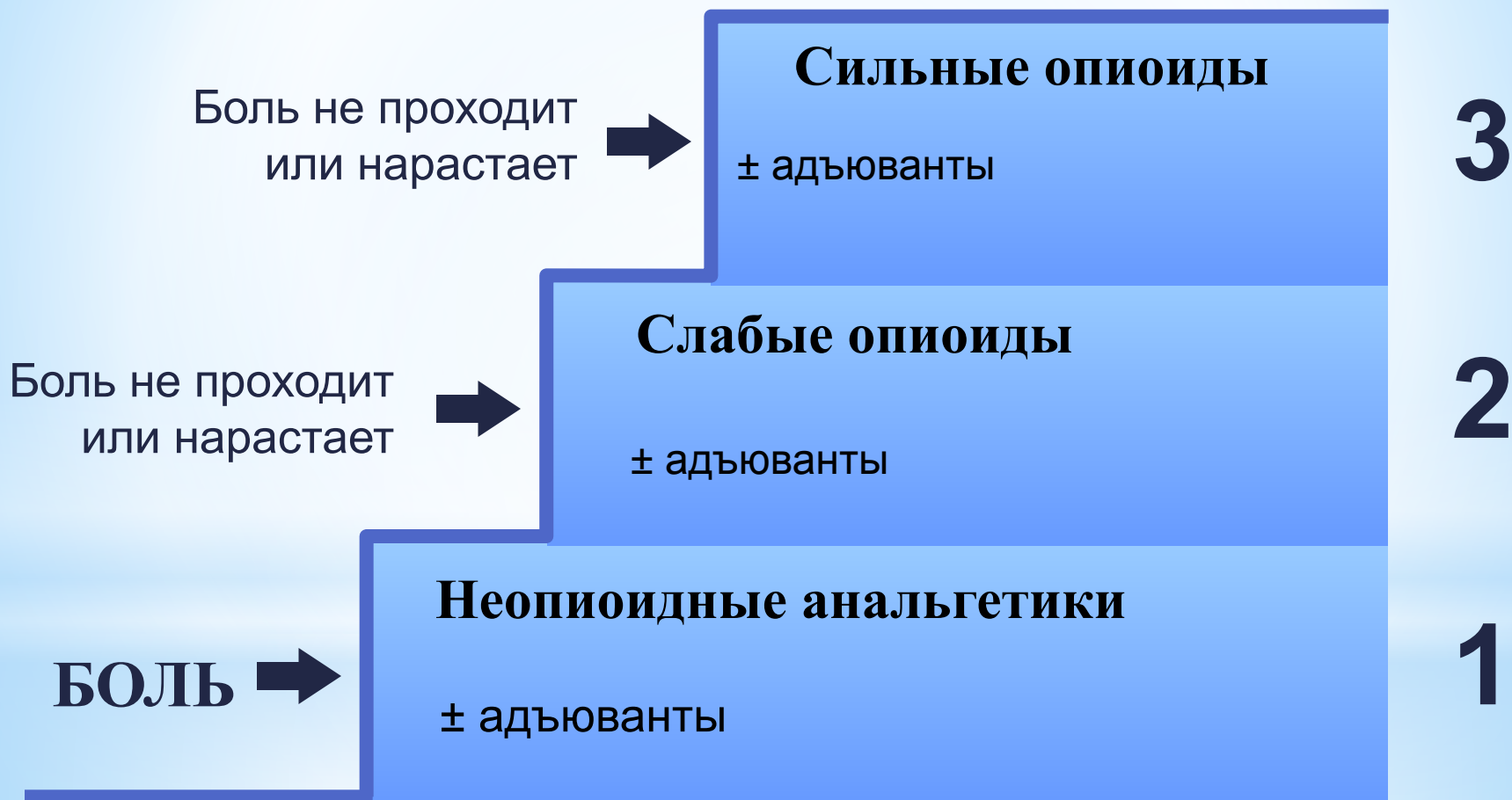
* «С ВНИМАНИЕМ К
ДЕТАЛЯМ»



**World Health
Organization**

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ



Неопиоидные анальгетики, в т.ч. НПВС

- * Этиопатогенетическая терапия при метастатическом поражении костей
- * Этиопатогенетическая терапия распространенных опухолевых процессах
- * Купирование прорывов боли на фоне длительной терапии опиоидами

**1-я ступень - СЛАБАЯ
БОЛЬ**

- * Ацетилсалициловая кислота
- * Диклофенак натрия
- * Ибупрофен
- * Индометацин
- * Кетопрофен
- * Кеторолак

- * Лорноксикам
- * Метамизол натрия
- * Напроксен
- * Нимесулид
- * Парацетамол
- * Целекоксиб

ПРЕПАРАТЫ

- * Со стороны ЖКТ (тошнота, диспепсия, язвы желудка и ДПК, ЖКК, диарея)
- * Со стороны почек (нефриты, почечная недостаточность, артериальная гипертензия)
- * Со стороны крови (коагулопатии, тромбоцитопении)
- * Прочее (головная боль, сердечная недостаточность, бронхоспазм и др.)

**Часто встречаемые побочные
эффекты неопиоидных
аналгетиков**

Терапию начинают с рекомендованной в инструкции суточной дозой (и кратностью введения), которая в последующем не меняется.

При неэффективности препараты не меняют и дозы не увеличиваются, а переходят ко 2-й ступени обезболивания «лестницы ВОЗ».

Режим дозирования

ТРАМАДОЛ

- Растворы для инъекций
- Таблетки
- Таблетки ретард
- Капсулы
- Ректальные свечи

**2-я ступень -
УМЕРЕННАЯ БОЛЬ**

ДОСТОИНСТВА

- * слабо выраженные побочные эффекты опиоидов : тошнота, запоры, нет угнетения дыхания
- * минимальный наркогенный потенциал
- * не приводит к развитию лекарственной зависимости
- * высокоэффективен в терапии боли слабой и умеренной силы

НЕДОСТАТКИ

- * Эффективен только при умеренной боли
- * Максимально разрешенная доза 600 мг/сут.
- * Анальгетический потенциал 0,1

Характеристика трамадола

- * Нервная система (головокружение, головная боль, утомляемость, заторможенность, депрессия, нарушение координации движения и др.)
- * Желудочно-кишечный тракт (сухость во рту, тошнота, метеоризм, запоры и др.)
- * Сердечно-сосудистая система (тахикардия, гипотензия, обморок и др.)
- * Аллергические реакции (крапивница, зуд и др.)

* Прочее

**Побочные эффекты
трамадола**

Терапию начинают с минимальной дозы:

50 мг каждые 8 часов (3 р/сут)

Ежедневно оценивают эффективность и при необходимости увеличивают дозу до 600 мг/сут (максимальная суточная доза)

Режим дозирования

Морфина гидрохлорид

(1% раствор для инъекций)

Фентанил

(трансдермальная терапевтическая система)

Тримеперидин (промедол)

Фентанил (раствор для инъекций 0,005%)

**3-я ступень -
СИЛЬНЫЕ ОПИОИДЫ**

Анальгетический потенциал 1,0

достоинства

- * Сильный анальгетик
- * Аналгезия 4-6 часов
- * Нет «потолка» анальгетической дозы
- * Управляемая аналгезия, возможность быстрого подбора анальгетической дозы

недостатки

- * Активные метаболиты
- * Ярко выраженные классические для опиоидов побочные эффекты (особенно ЖКТ-ассоциированные)
- * Гистаминоподобные реакции (бронхоспазм, крапивница и др.)

Характеристика морфина

Трансдермальная
терапевтическая
система фентанила
(МАТРИФЕН)

12,5мкг/ч

25 мкг/ч

50 мкг/ч

75 мкг/ч

100 мкг/ч

ДОСТОИНСТВА

- * Наиболее сильный анальгетик (анальгетический потенциал=100)
- * Стабильный контроль боли (72 часа)
- * Нет «потолка» анальгетической дозы
- * Наркогенный потенциал ниже, чем у истинных опиатов
- * Неактивные метаболиты !!!
- * Реже, чем истинные опиаты вызывает расстройства функции ЖКТ (спазм сфинктера Одди, запоры)
- * Широкая линейка дозировок

недостатки

- * Длительный подбор дозы, но он облегчается наличием различных дозировок
- * Не следует применять при гипертермии, гипергидрозе
- * Возможен контактный дерматит

Характеристика фентанила

- * нейротоксичность метаболитов (нормеперидина), что оговорено в ряде зарубежных руководств, где разрешенная продолжительность терапии этим препаратом не превышает 2-3 дней
- * недостаточная продолжительность действия
- * недостаточная анальгетическая эффективность (анальгетический потенциал промедола составляет только 1/3 от потенциала морфина)

**Промедол не должен
использоваться при
терапии хронической боли**

приходящие

- * Тошнота, рвота
- * Сонливость
- * Ступор
- * Галлюцинации
- * Острая задержка мочи

постоянные

- * Запоры
- * Сухость во рту
- * Физическая зависимость
- * Угнетение дыхания
- * Миоз
- * Потливость

Побочные ^{*Зуд} эффекты ОПИОИДОВ

Младше 65 лет

- * 10 мг морфина при нормальной функции почек каждые 6 часов
- * Повышение интервала до 8, 12 часов при нарушенной функции почек

Старше 65 лет

- * 5 мг морфина при нормальной функции почек каждые 6 часов
- * Повышение интервала до 8, 12 часов при нарушенной функции почек

Режим дозирования морфина

- * Препарат вводится через равные промежутки времени вне зависимости от наличия боли
- * При «прорыве» боли дополнительно вводится 1/6 суточной дозы морфина
- * На следующий день проводится переоценка лечения (суммируется суточная доза и дополнительные дозы при «прорывах» боли) и полученная доза равномерно распределяется на сутки

Титрование дозы морфина

*Терапию начинают с дозы 25 мкг/ч
(для пациентов старше 65 лет -
12,5 мкг/ч)

*Переоценку производят через 3-е
суток и по необходимости
увеличивают дозу на 25 мкг/ч
каждые 72 часа (для пациентов
старше 65 лет - на 12,5 мкг/ч)

Режим дозирования фентанила (матрифена)

- * После аппликации ТТС фентанила - в течение 12 часов продолжают введение инъекционного опиоида в назначенной дозе
- * Затем в течение от 12 до 24 часов дозу уменьшают вдвое
- * И с 24 часов (после аппликации) инъекционную форму отменяют

Перевод с инъекционных форм опиоидов на трансдермальную терапевтическую систему

Терапия нейропатической боли

- * опухолевые повреждения ЦНС и периферических нервов
- * осложнения опухолевого процесса (переломы, язвы, лимфостаз и др.)
- * осложнения противоопухолевого лечения:
 - хирургического лечения (фантомный, постмастэктомический синдромы);
 - лекарственного лечения (химиоиндуцированная полинейропатия);
 - лучевой терапии (лучевая миелопатия);
 - фотодинамической терапии (обширные ожоговые повреждения)
- * системные метаболические нарушения (неопластические и паранеопластические).

Причины нейропатической боли

* Антikonвульсанты

* Антидепрессанты

* Местные анестетики

* Агонисты α -2 адренорецепторов

* Опиаты

* Неопиоидные анальгетики

**Группы
лекарственных
препаратов**

*Прегабалин по схеме:

- 1-3 день - 75 мг 2 р/д

- 4-7 день - 150 мг 2 р/д

Через неделю проводится переоценка терапии и при недостаточной эффективности дозу увеличиваем вдвое, то есть по 300 мг 2 р/д (максимальная суточная доза - 600 мг)

Режим дозирования на примере антиконвульсантов

*Габапентин по схеме:

-1 день 300 мг на ночь

-2 день 300 мг 2 р/д

-3-7 день 300 мг 3 р/д

Через неделю проводим переоценку терапии и при недостаточном эффекте увеличиваем дозу вдвое (максимальная суточная доза - 3600 мг)

**Режим дозирования
на примере
антиконвульсантов**

1. Интраспинальные методики (установка портов или помп):
 - * эпидуральное введение анальгетиков (лидокаин, маркаин, бупивикаин, морфин)
 - * интратекальное введение анальгетиков
2. Выполнение блокад периферических нервов и нервных сплетений под УЗИ, КТ, R-навигацией
3. Нейролизис химический, феноловый, алкогольный, высокочастотный и криодеструкция нервных структур
4. Нейростимуляция на уровне спинного мозга и периферических нервов
5. Микрохирургическая криодеструкция корешков спинного мозга

Инвазивные технологии в терапии хронического болевого синдрома

Лекарственные препараты, которые дополняют и усиливают действие первичных анальгетиков:

- * Антидепрессанты
- * Противосудорожные средства
- * Кортикостероиды
- * Местные анестетики
- * Миорелаксанты
- * Антигистаминные препараты

**Адьювантные
анальгетики - или
коанальгетики**



**Дайте возможность
Пациентам увидеть жизнь в
красках...без боли!**

**Благодарю за
внимание!**