

Проблемы боли у онкологических пациентов

Работу подготовила студентка 5 курса,
лечебного факультета

Евдокимова Екатерина Вадимовна

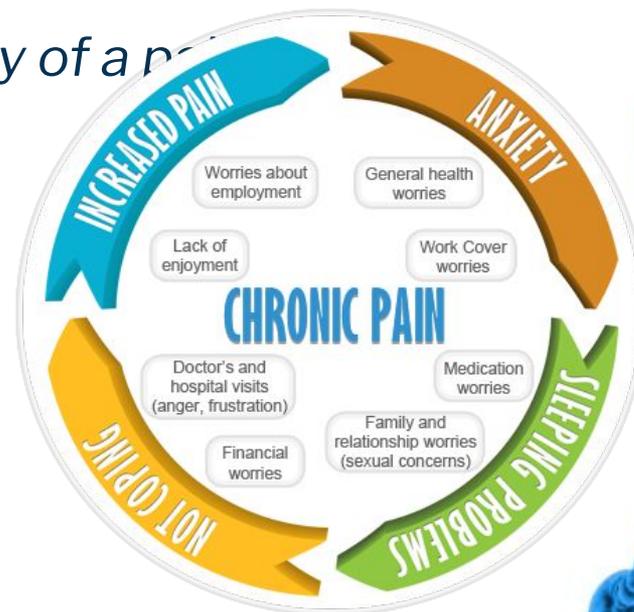


Проблема онкологической боли

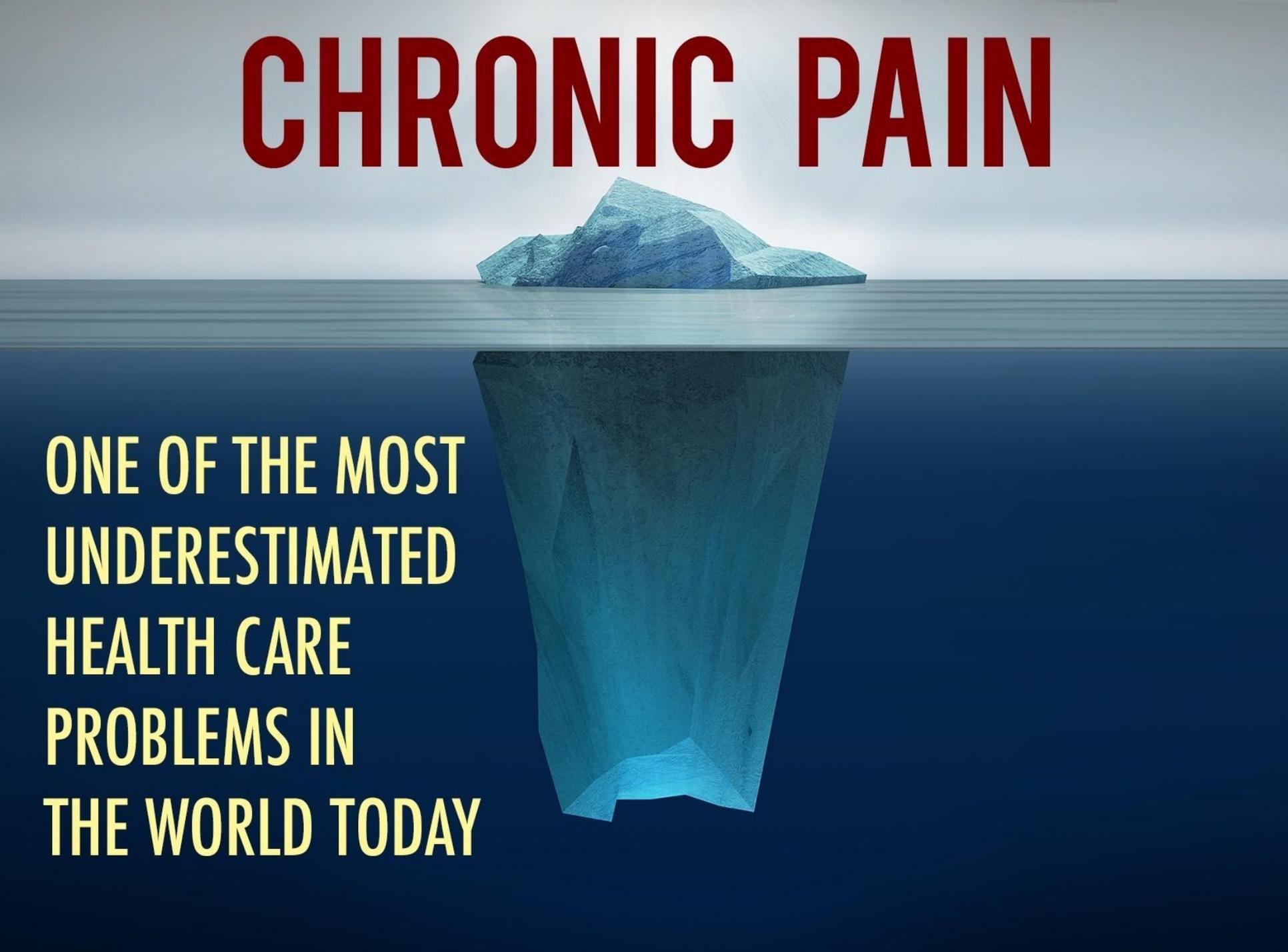
Международной ассоциацией изучения боли, боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным поражением тканей или описываемое в терминах такого поражения; *обусловлена химическим сигналом о таком повреждении*

International association study of a pain
1979

Боль один из самых распространенных симптомов рака, а депрессия одно из наиболее распространенных психических заболеваний, сопровождающих хронические боли

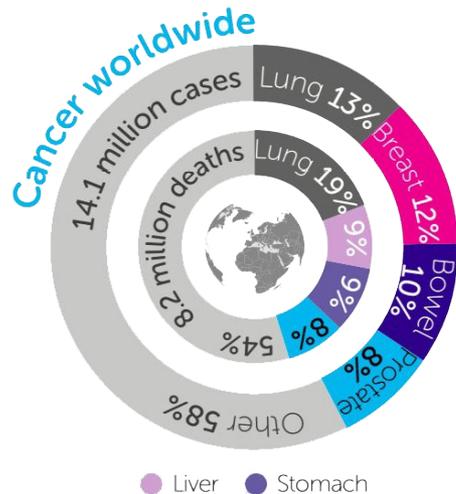


CHRONIC PAIN



ONE OF THE MOST
UNDERESTIMATED
HEALTH CARE
PROBLEMS IN
THE WORLD TODAY

Актуальность проблемы



Согласно данным международного агентства по изучению рака (МАИР, Франция), в 2012 было зарегистрировано 14.1 млн новых случаев и 8.2 млн случаев смерти от рака по всему миру. К 2030, количество новых случаев рака увеличится до 21.7 млн, а количество смертей до 13 млн в связи с ростом и старением популяции*

В 2015 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 589 341. прирост за 10- летний период 20,4%. В 2015 г. в России умерли 1 908 541 человек (второе место в структуре смертности населения России)**



*Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В 2015 ГОДУ

МНИОИ им. П.А. Герцена

Актуальность проблемы(1)

При существующей потребности обезболивания у 228 691 умирающих от рака или ВИЧ, **свыше 183 тыс. человек** или **80,3% нуждающихся в обезболивании уходят из жизни с нелеченой болью**

Место в регионе (Европа)	Страна	Фентанил	Морфин	Прочие	Итого
1	Германия	12 772	619	5 928	19 319
2	Австрия	10 252	4593	1 315	16 160
14	Франция	5 055	1024	685	6 764
17	Греция	4 217	14	39	4 270
	-				
37	Беларусь	118	14	24	156
38	<u>РОССИЯ</u> (82 место в мире)	75	12	20	107
39	Албания	28	20	21	69
40	Молдова	30	27	9	66
41	Украина	11	6	15	32
42	Македония	25	1	-	26

Доступ к лечению боли это базовое право

Согласно
основа
Федерал
боли,
медици

1 июля
№501
наркоти

- Опиоид
- пациент
- Миф о
- Отсутст
- Недост
- Недос

Полностью решить проблему обеспечения всех нуждающихся больных наркосодержащими и психотропными обезболивающими препаратами власти собираются не ранее 2018 года. В регулярном приеме таких лекарств нуждаются 1 млн россиян

Распоряжение Правительства РФ от 1 июля 2016 г. № 1403-р

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71339714/#ixzz4WTfz8aFa>



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ
ФОНД

ЛОГИИ

ЛИ.
Т РАЗРАБОТАТЬ
СТЬ.

онкологическое заболе-
данность. Боль можно и
и существенно их умень-
обезболивающие препа-
я, тянущая, жгучая и др.),

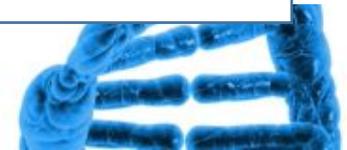
ЛЬЗЯ!

НАЯ
СТЕРПИМАЯ БОЛЬ
и сон нарушен из-за боли,
и опиоидные препараты
помогают на 3-4 часа.

РЕННАЯ БОЛЬ
и сон нарушен из-за боли,
и анальгетики помогают
4-х часов.

АЯ БОЛЬ
и сон не нарушен из-за боли,
и анальгетики помогают
часов.

ос паллиативная медицина.





Изменения в закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»

СТАРЫЙ ЗАКОН



выписывал рецепт
врач-онколог
ставил печать:
участковый врач
главный врач



рецепт действителен
5 дней



родственники
обязаны сдавать
пустые ампулы
и обезболивающие пластыри,
которые использовались трое суток
и срок действия которых окончен

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОН



выписывает рецепт
и ставит печать
врач-онколог



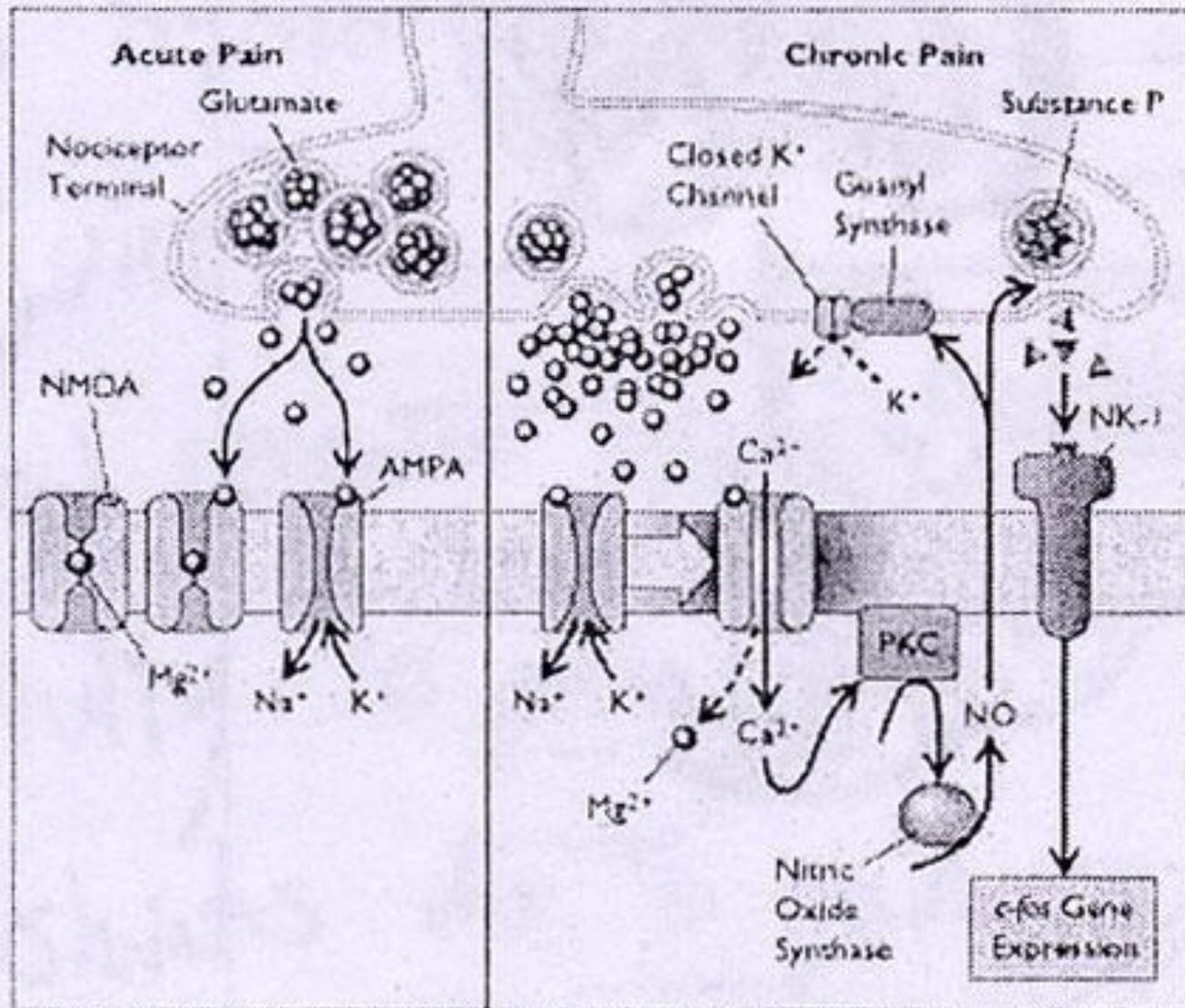
рецепт действителен
30 дней



можно не сдавать
пустые ампулы
и обезболивающие
пластыри



Acute vs. Persistent Pain

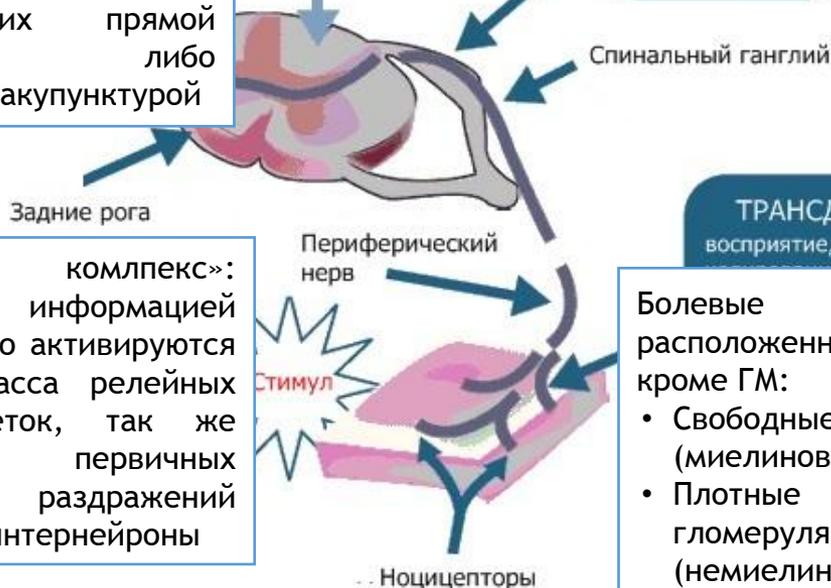


Болевой синдром

Два обстоятельства могут закрыть ворота: импульсы, проходящие по толстым (“тактильным”) волокнам и определённые импульсы, нисходящие из высших отделов нервной системы. Второй механизм (закрытие ворот изнутри) вступает в действие в случае активации нисходящих тормозных волокон из ствола мозга, либо их прямой стимуляцией, либо гетеросегментарной акупунктурой



Теория “воротного контроля”: импульсы, проходящие по тонким (“болевым”) периферическим волокнам открывают “ворота” в нервную систему, чтобы достичь её центральных отделов



«Заднероговой комплекс»: ноцицептивной информацией прямо или косвенно активируются два основных класса релейных заднероговых клеток, так же большое число первичных афферентных раздражений передаются через интернейроны

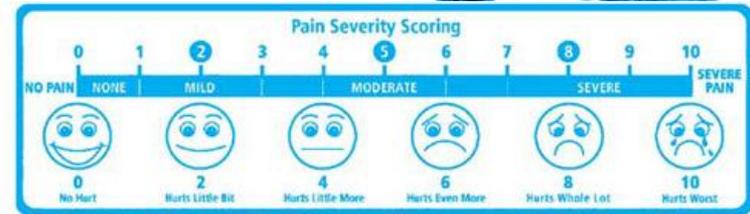
ТРАНСДУКЦИЯ восприятия,

Болевые рецепторы, расположенные по всему телу, кроме ГМ:

- Свободные нервные окончания (миелиновые волокна)
- Плотные некапсулированные гломерулярные тельца (немиелиновые волокна)

Классификация боли

- По времени: острая и хроническая
- Количественная: слабая, умеренная, сильная
- Физиологическая:



• Ноцицептивная

- Соматическая
- (тупая, острая, ноющая, четко локализована)

• Висцеральная

- (диффузная, глубокая, сжимающая + вегетативные симптомами (тошнота, рвота, потоотделение) + типичные зоны иррадиации)

• Неноцицептивная

- Нейропатическая
- (незнакомые ощущения (жжение, онемение))

- Психогенная

Виды боли

Боль всегда субъективна!

Острая

Необходимый биологический приспособительный сигнал о возможном (при наличии болевого опыта), начинающемся или уже произошедшем повреждении

**Разный
подход
к
терапии
и**

Хроническая

Боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления

Острая боль - всегда симптом, а хроническая боль может становиться самостоятельной болезнью

Ноцицептивная

«Отражённая боль»: следует по классическим анатомическим путям. Ноцигенный тип боли терапевтически чувствителен к морфину и другим наркотическим анальгетикам и может контролироваться состоянием “ворот”

Нейропатическая

Боль вследствие повреждения периферической или центральной нервной системы и не объясняется раздражением ноцицепторов. «Тупая, пульсирующая или давящая». невосприимчива к морфину и другим опиатам в обычных анальгетических дозах. Имеет много клинических форм: постгерпетическая невралгия, диабетическая невропатия, неполное повреждение периферического нерва

Психогенная

Широко известно, что личность пациента формирует болевое ощущение. Боль часто ведёт к появлению тревожности и напряжённости, которые сами увеличивают восприятие боли.

Причины боли

1. Боль, вызванная самой опухолью (поражение костей, мягких тканей, кожи, внутренних органов, окклюзия сосудов и др.)
2. Боль при осложнениях опухолевого процесса (патологический перелом, некроз, изъязвление, воспаление, инфицирование тканей и органов, тромбозы)
3. Боль при паранеопластических синдромах (артро-, нейро-, миопатии)
4. Боль как следствие астенизации (пролежни, трофические язвы, запор)
5. Боль, обусловленная противоопухолевым лечением:
 - a) При осложнениях хирургического лечения (фантомная боль, боли при спайках, рубцах, отеках)
 - b) При осложнениях химиотерапии (мукозиты, полинейропатия, генерализованная миалгия, астенический некроз, артралгии)
 - c) При реакциях и осложнениях лучевой терапии (поражения кожи, слизистых оболочек, костей, фиброз, неврит, плексит, миелопатия и др.)

Эффективный контроль боли

1. **Регулярное обследование**
2. **Правильная характеристика боли для выявления патофизиологического механизма, который существенно влияет на тактику лечения**
 - Боль острая или хроническая?
 - Причиной является сама опухоль, противоопухолевое лечение, другие причины или их комбинация?
 - Является ли боль соматической, висцеральной, нейропатической или смешанной?
 - Есть ли сопутствующая патология?
 - Это «прорывная» боль? (breakthrough pain, приступ неконтролируемой боли)
3. **Определение того, требует ли боль фармакологического и/или другого метода лечения. Боль, как правило, многофакторный процесс, поэтому нужно учитывать факторы, которые смогут модулировать выраженность боли (дистресс, употребление психоактивных веществ и др.)**
4. **Определение оптимальных фармакологические и немедикаментозные методы лечения, в том числе направления к специалистам, если это необходимо**
 - Предыдущие методы лечения боли
 - Прогноз пациента
 - Прогностические факторы для контроля боли (например, психологический дистресс)
 - Влияние на возможности человека
 - Сопутствующие заболевания (например, почечной или печеночной недостаточности)
 - Риск злоупотребления или пристрастия к обезболивающим
 - Предпочтения пациента
5. **Обеспечение надлежащего образования о лечении, в том числе о введении лекарственных средств, ожидаемых побочных эффектах и связанных с ними процедурах, а также, обговорить когда пациент может ожидать улучшения**
6. **Наблюдение за пациентом, внесение необходимых корректировок**



Методы оценки боли

painDETECT **ОПРОСНИК ПО БОЛИ**

Имя: _____

Дата: _____ Пациент: _____ Состояние: _____

Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Пожалуйста, загляните на рисунки ниже области, где Вы испытываете наиболее сильную боль.

После того как Вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 4 недели? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

В среднем, насколько сильно была боль в течение последних 4 недель? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Обозначьте крестиком картину, которая наиболее точно отражает характер протекания боли в Вашем случае.

Непрерывная боль, немного уменьшающаяся по интенсивности

Непрерывная боль, периодически присутствующая

Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними

Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними

Отдает ли боль в другие области тела? Да Нет

Если отдает, пожалуйста, укажите стрелочкой, в каком направлении.

Испытываете ли Вы ощущение жжения (например, как при ожоге крапивой) в области, которую отметили на рисунке? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Ощущаете ли Вы покалывание или пощипывание в области боли (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Возникают ли у Вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеждой)? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Возникают ли у Вас резкие приступы боли в указанной области, как удар током? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Возникают ли у Вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда Вы моетесь)? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Ощущаете ли Вы свечение в указанной области? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

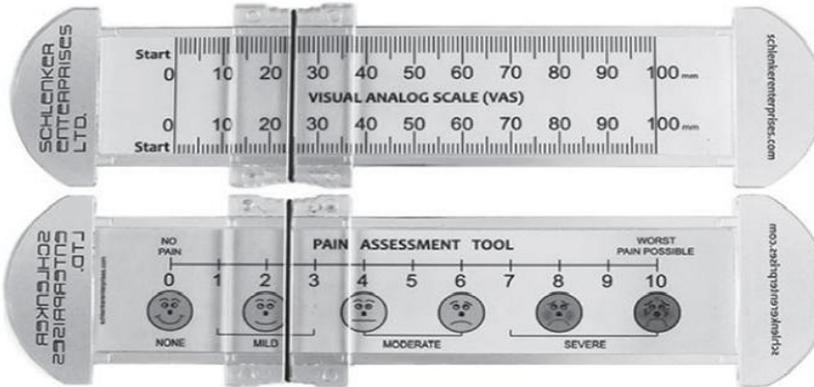
Вызывает ли боль легкое нажатие на указанную область, например, нажатие пальцем? совсем нет едва заметно незначительно умеренно сильно очень сильно

Суммируйте баллы по следующим шкалам:

Совсем нет Едва заметно Незначительно Умеренно Сильно Очень сильно

X 0 = 0 X 1 = 1 X 2 = 2 X 3 = 3 X 4 = 4 X 5 = 5

Общее количество баллов _____ из 35



- Применяется морфин (обычно в таблетках парентерального действия) или пластырь с фentanолом. Если их нет, целесообразно вводить морфин или опиоиды подкожно или внутривенно.
- Применяется слабый опиоидный анальгетик – трамадол. Трамадол не является наркотиком, сочетает в себе действие обезболивающего и антидепрессанта. При возможности приема таблеток или непереносимости трамадола используют препараты локального действия: таблетки или фentanyl в виде пластыря, или морфин в таблетках.
- Применяется аналгетики, наркотики и нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, кеторофен, перококсиб и др.)

Дополнительно на 2-3-ей ступени применяются адъювантные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, депрессанты, антидепрессанты и антиэпилептики, спазмолитики и другие симпатомиметические средства по показаниям.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ АНАЛЬГЕТИКОВ

Каждое из лекарств, применяемых для лечения боли, имеет свои побочные действия. Обычно они указаны в инструкции по применению препарата, с которой надо ознакомиться перед началом использования лекарств. О возможных побочных эффектах надо обязательно сообщать врачу!

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ

Со временем доза анальгетика, назначаемая врачом, может перестать помогать. Это происходит потому, что боль усиливается, или потому, что развивается толерантность к препарату. В этих случаях доктор рекомендует небольшое увеличение дозы лекарства или применение другой анальгетики.

Развитие толерантности не означает, что развивается зависимость от опиоидов. Опиоидные анальгетики, как правило, не вызывают физической зависимости, если они назначены врачом и применяются корректно. Если вы заметили, что у вас развивается зависимость, сообщите об этом врачу.



No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Pain

June 7, 2013 9:14AM

Аching **Burning** **Dull** **Electrical** **Freezing** **Heavy** **Pinching** **Pins**

Pounding **Shooting** **Sharp** **Stabbing** **Stiffness** **Squeezing** **Throbbing** **Other**

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Предостережение. Никогда самостоятельно не повышайте дозу анальгетика, назначенную врачом. Предостережение: длительное использование анальгетика может вызвать нарушение дыхания.

Отмена. Резко прекращать прием опиоидов нельзя, это может привести к ухудшению общего самочувствия. Доктор поможет вам постепенно снизить дозу препарата, чтобы избежать неприятных симптомов.

Алкоголь. Употребление алкоголя на фоне приема опиоидных препаратов может вызвать осложнения. Прокон-

сультируйтесь с врачом о возможности сочетания вашего обезболивателя с алкоголем. Также без консультации врача нельзя вводить опиоидные анальгетики совместно с транквилизаторами, антидепрессантами и другими препаратами, обладающие седативным действием.

Хранение. Опиоидные препараты необходимо хранить в местах, недоступных для детей. Нельзя также допускать передачу лекарств другим людям. Лекарство, примененное без врачебного назначения, может оказаться очень опасным, особенно для детей.

КУДА ОБРАТИТЬСЯ, ЕСЛИ ВОЗНИКЛИ ТРУДНОСТИ С НАЗНАЧЕНИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО?

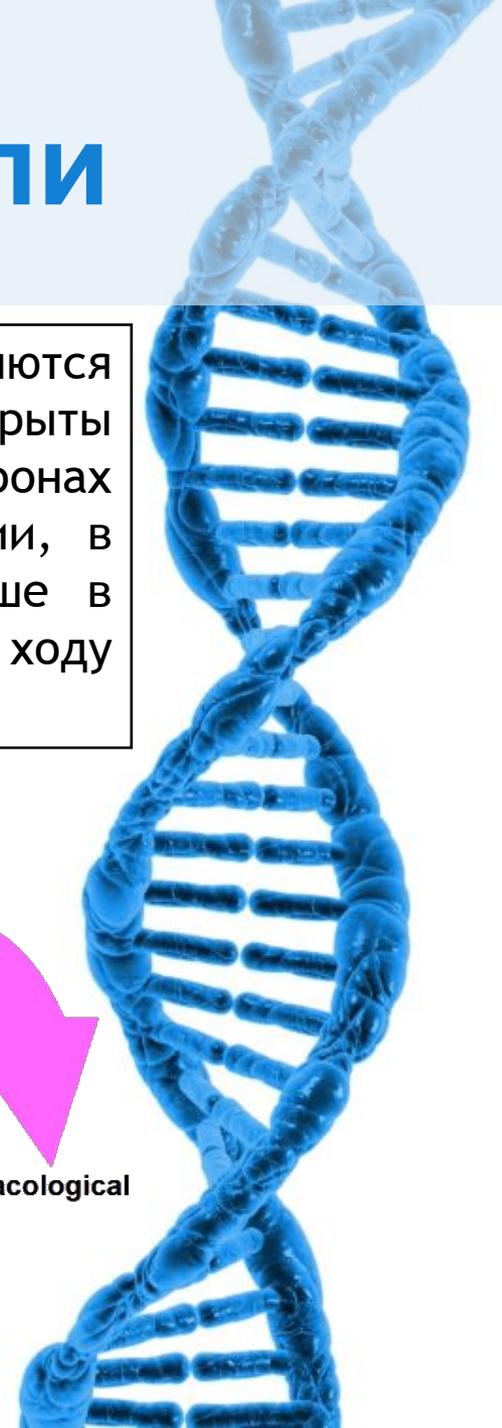
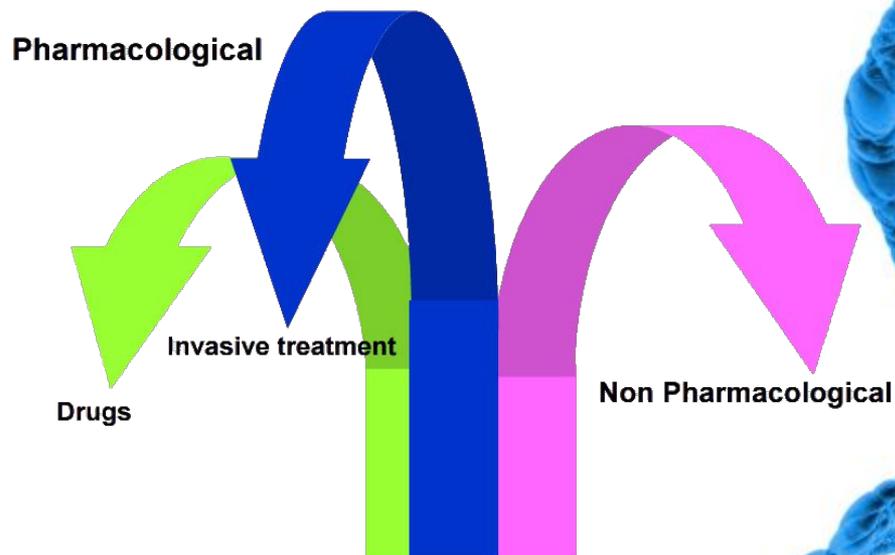
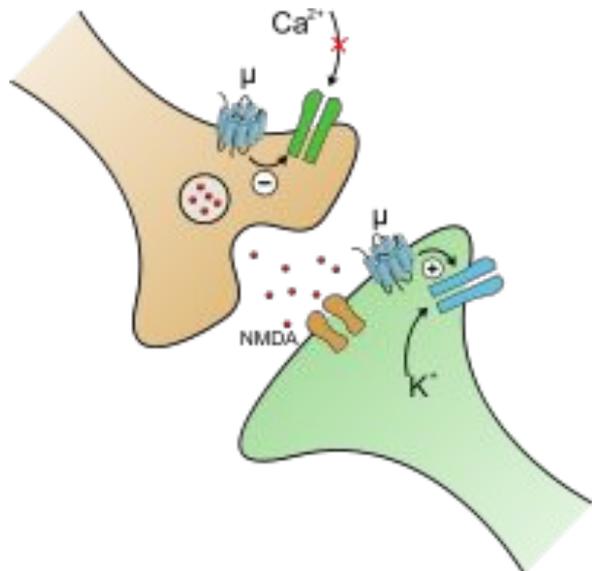
Департамент здравоохранения г. Москвы
Орловский переулок, д. 43,
тел. +7 (499) 251-83-00
<http://www.mmgzdrav.ru>

Главный специалист по паллиативной помощи
Департамента здравоохранения г. Москвы
Дачная Владимирова/Улановская
тел. +7 (499) 245-59-49
info@pmp.ru

Благотворительный фонд помощи хосписам «Феникс»
тел. +7 (495) 372-57-72
fund@pmp.mos.ru

Методы контроля боли

Одним из основных механизмов контроля боли являются эндогенные опиатные системы. Опиатные рецепторы (открыты в 1973 г.) расположены в окончаниях В и С-волокон, в нейронах задних рогов спинного мозга, желатинозной субстанции, в стволе мозга, таламусе, лимбической системе, меньше в гипоталамусе, ретикулярной формации, т.е. по ходу ноцицептивной проводящей системы



Методы контроля боли (1)

ВОЗ, 1992

- per os
- по часам - согласно графику
- по восходящей:
высокая доза слабого анальгетика к низкой дозе сильного
- индивидуально
- внимание к деталям (эффективность, побочные действия)

**Мультимодальная системная
терапия боли***

**Осипова Надежда Анатольевна СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ // Анестезиология и реаниматология . 2014. №2*

Лестница обезболивания ВОЗ

Акупунктура
, массаж,
группы
поддержки,
медитация,
йога и т.д.

I степень острая/легкая

Парацетамол
НПВС (Целекоксиб,
Диклофенак,
Ибупрофен,
Кетопрофен,
Кеторолак)
+ Адьювантные
препараты

II степень хроническая /умеренная

Кодеин
Трамадол
Гидрокодон
или более
низкие дозы
сильных
опиоидов

III степень хроническая/ сильная

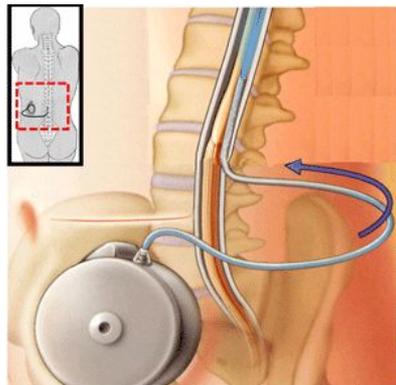
Бупренорфин
Метадон Морфий
Фентанил,
Оксикодон
+Прегабалин,
габапентин
+ТЦА
+кортикостероиды
+бисфосфонаты

Сильные опиоиды
и инвазивные
вмешательства

- проводниковая анестезия
- эпидуральная анестезия
- контролируемая пациентом анальгезия
- Хордотомия
- Стимулятор позвоночника

Чем мы можем им помочь? или функциональная нейрохирургия в лечении «трудной боли»

Нейрохирургия



Функциональная
нейрохирургия



Деструктивные
методики

Нейромодуляция

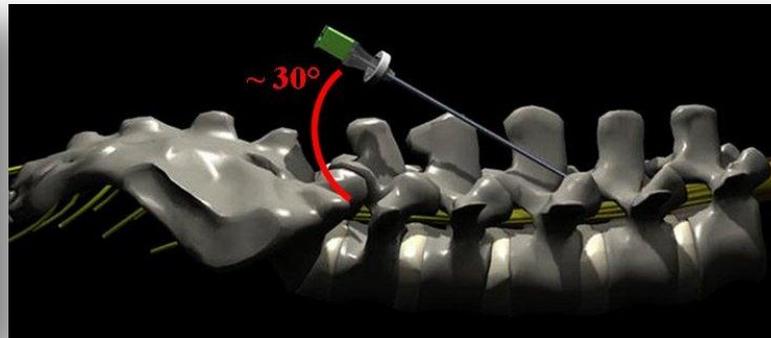
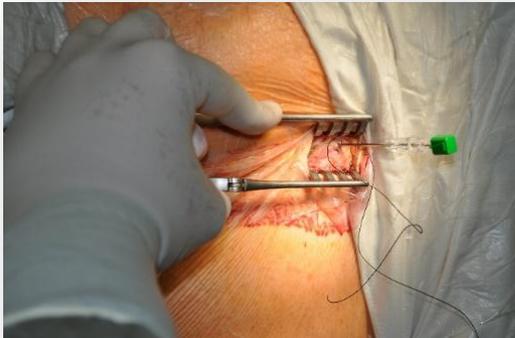
Нейростимуляция

Длительная
интратекальная
терапия



Микроинфузионная помпа

Инфузионные помпы повышают качество жизни, предоставляя пациенту возможность свободно передвигаться и ухаживать за собой. При этом инфузионные помпы надежно обеспечивают точное введение необходимых лекарственных препаратов



Визуализация помпы

Передняя
брюшная стенка



Поясничная
область



Спинальный сегмент
на рентгенограмме



Насос помпы на
рентгенограмме



Спинальный катетер в
субарахноидальном
пространстве (МРТ)

Носимые программируемые помпы



Стационарное
решение

Программируемые помпы для
продолжительной анальгезии



Амбулаторное
решение