Интервенция боли. Есть ли место в паллиативе?

ЛОВКОВ И.А.

ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

Паллиативная помощь

это помощь 24 часа в сутки

1. *Обезболивание*
2. *Питание*
3. *Уход за ранами/стомами*
4. *Антибактериальная терапия и борьба с инфекцией*
5. *Психологическая поддержка*

Основная задача:

вместе с пациентом сформулировать реальные цели



Качество жизни:

- *Способность к самообслуживанию*
- *Ночной сон*
- *Возможность полноценного отдыха*
- *Полноценное общение с родственниками и окружающими*
- *Способность к работе*

Предикторы снижения качества жизни

- **Болевой синдром**
- Задержка жидкости/гиповолемия
- Гипоксемия - нарушение сна
- Иммобилизация
- Надостаточность питания/парез кишечника
- Утомляемость
- Психоэмоционнальный диссонанс

Неадекватное лечение боли в онкологии – неблагоприятный фактор раковой прогрессии

Kavanagh T., Buggy D.J. Current Opinion in Anaesthesiology, April 2012
Kurosawa S. Current Opinion in Anaesthesiology, June 2012

Эффективность «обезболивающей лестницы» ВОЗ
не превышает 79%

Foley KM. Evaluation «ladder analgesia» proposed by WHO on the results of 20 years of application. Cancer Pain Release. Cancer Pain Release. WHO Pain & Palliative Care Communication Program. 2006;19(1).

Инвазивные методы лечения боли

при безуспешной консервативной терапии

- регионарная анестезия
- химическая денервация
- продленная эпидуральная электростимуляция спинного мозга
- нейродеструкция
- хордотомия

Куда можно вводить местные анестетики и нейролитики чтобы они работали?

- Блоки отдельных нервов/сплетений

Ritchie ED, Tong D, Chung F, et al.//Anesth Analg 1997;84:1306–12
Brown AR, Weiss R, Greenberg C, et al.//Arthroscopy 1993;9:295–300

- Интраартикулярно

Smith I, Van Hemelrijck J, White PF// Anesth Analg 1991;73:536–9

- Интраперитониально и интраплеврально

Narchi P, Benhamou D, Fernandez H. // Lancet 1991;338:1569–70
Scott NB, Mogensen T, Kehlet H. //Acta Anaesth Scand 1989;33:535–9

- Локально

Capelle W. // Dtsch.Z.Chir.,1935, 246, 466

- Эпидурально и интратекально

Устройства для постоянной инфузии

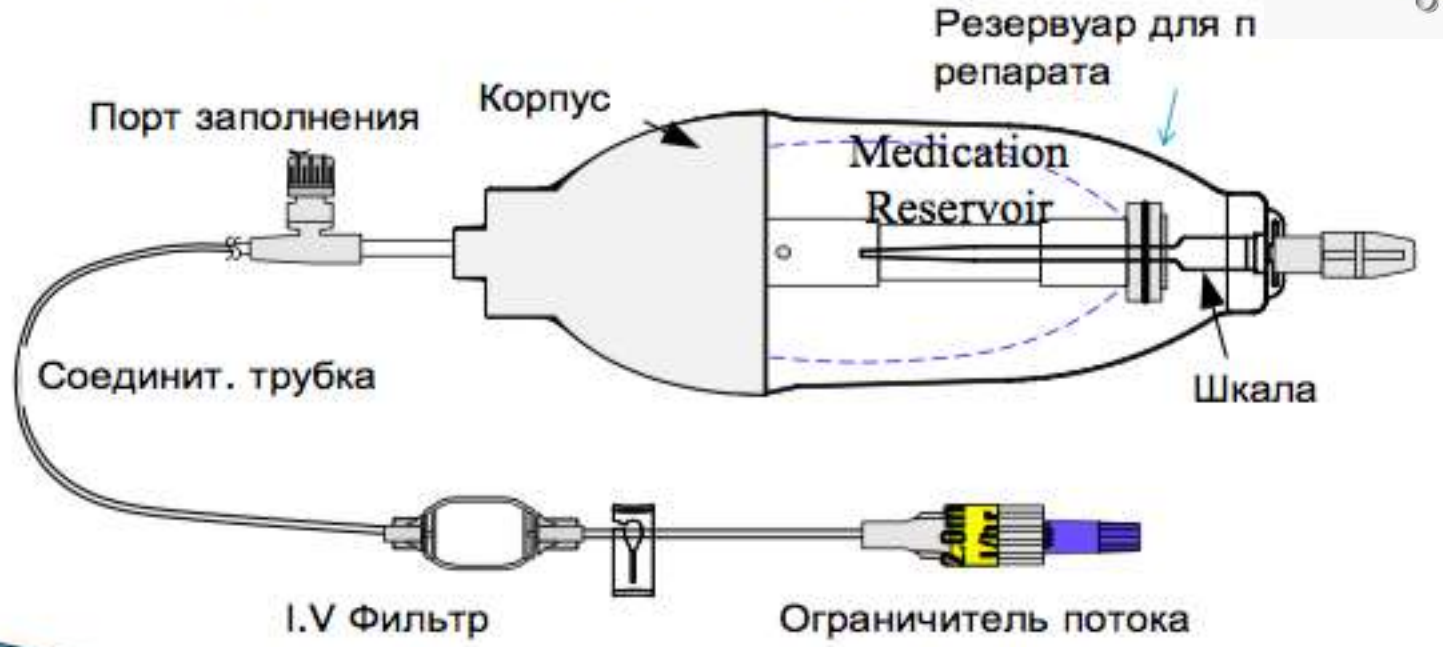


Устройства для постоянной инфузии



Accufuser

1-1. Непрерывный (форма и структура)



ПРЕИМУЩЕСТВА

- *не нуждается во внешнем источнике энергии*
- *легкий вес и бесшумность работы*
- *применение в амбулаторных и домашних условиях*
- *введение растворов с заданной скоростью до ∞ суток*
- *возможность болюсного введения*



Устройства для постоянной инфузии









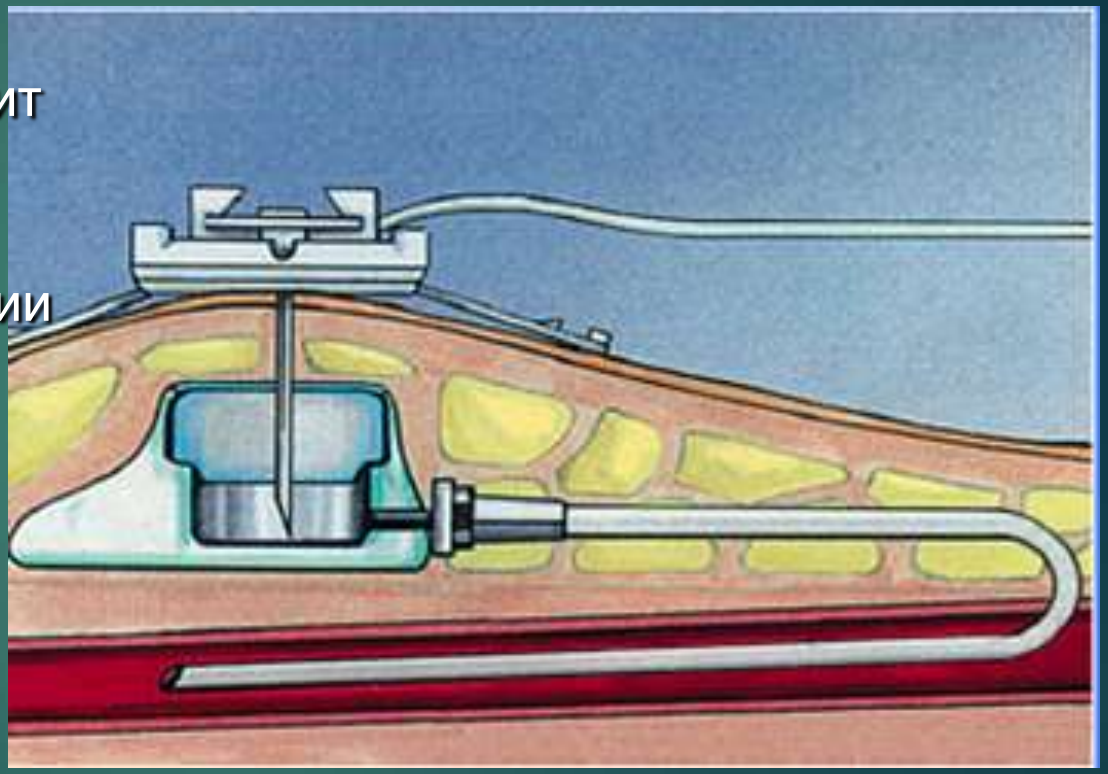

I
+

Имплантируемые порты для купирования хронического болевого синдрома



Принцип использования порта

Использование порта сводит эпидуральную инъекцию к простой подкожной инъекции



Принцип использования порта





Принцип использования порта
обучение пациента



Интервенционные методы





Интервенционные методы





Интервенционные методы



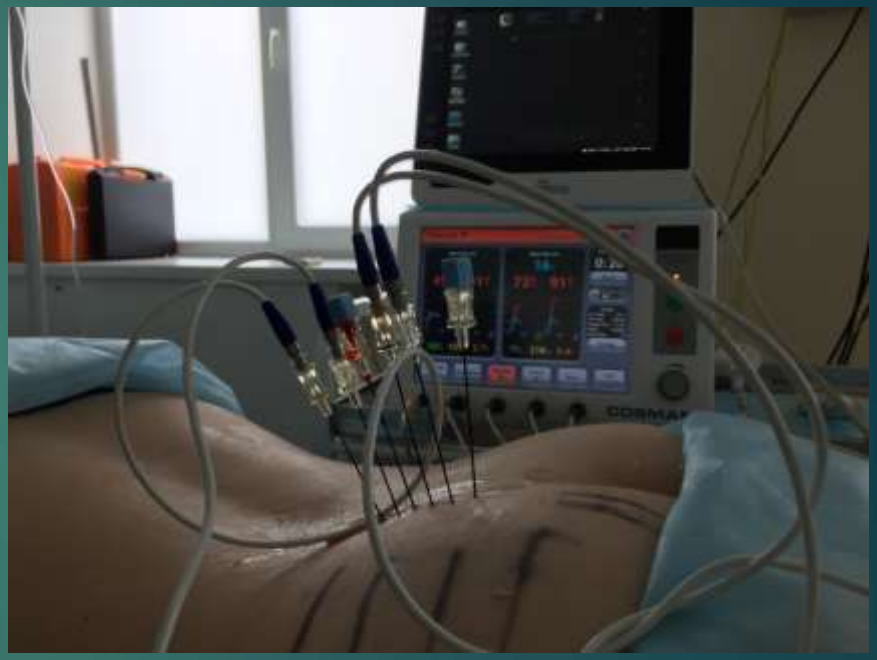
Интервенционные методы





Интервенционные методы





Интервенционные методы

Celiac Plexus *(Coeliac Plexus; Plexus Coeliacus; Solar Plexus)*





Интервенционные методы

Celiac Plexus *(Coeliac Plexus; Plexus Coeliacus; Solar Plexus)*



Практические рекомендации. Версия 2017

RUSSCO

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Коллектив авторов: Когония Л.М., Волошин А.Г., Новиков Г.А., Сидоров А.В., Шаймарданов И.В.

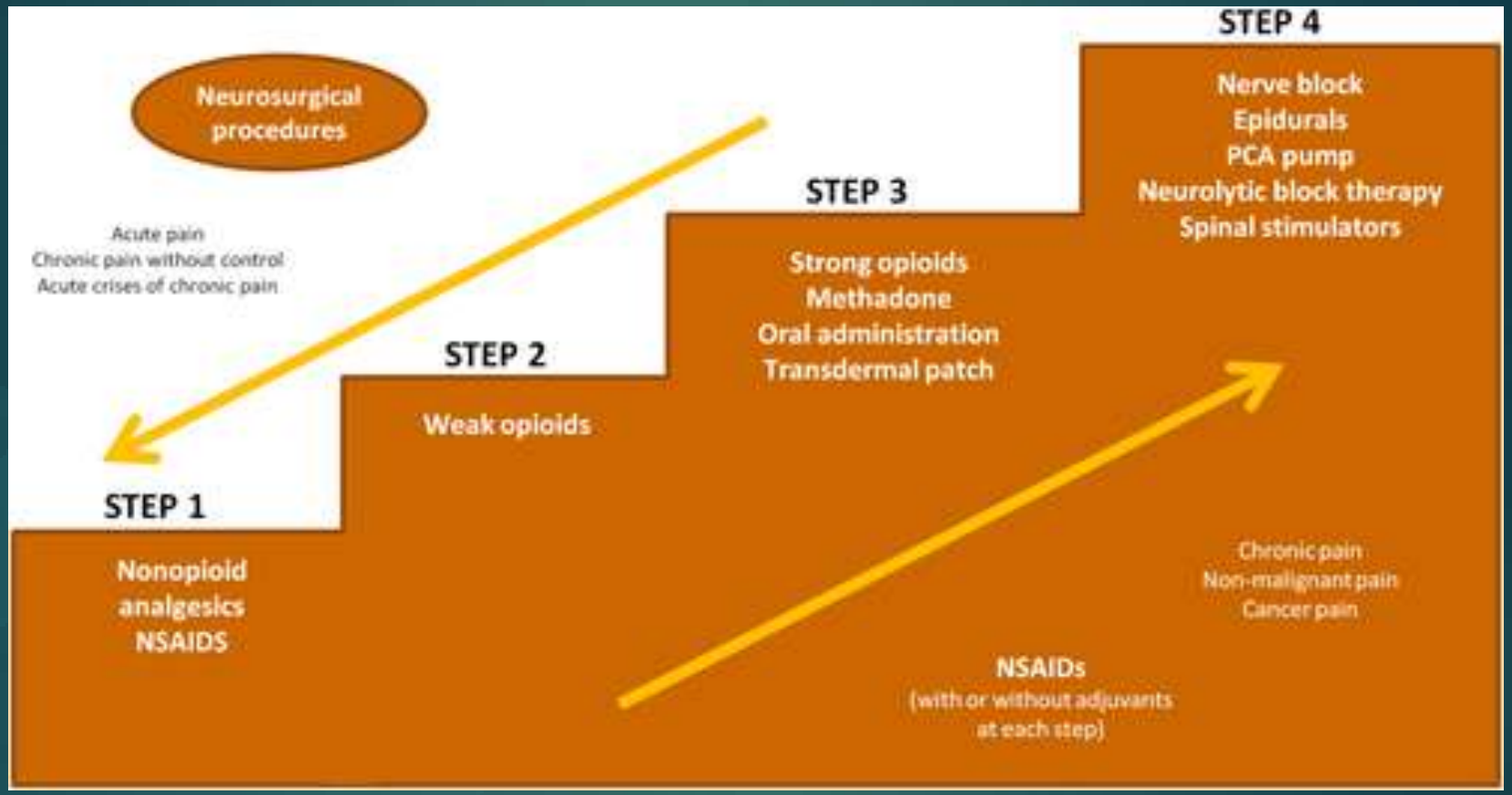
DOI: 10.18027 / 2224–5057–2017–7–3s2–566–581

3. ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Принципы терапии хронического болевого синдрома

3.2. Интервенционное лечение

Оптимальный контроль боли у онкологических пациентов в современном представлении



A Cancer Journal for Clinicians, Volume: 68, Issue: 3, Pages: 182-196, First published: 30 March 2018, DOI: (10.3322/caac.21453)

Выбор времени интервенции может повлиять на результаты

…у пациентов, перенесших блок до развития сильной боли, боль была менее длительной и отсроченной.

Zhong W, Yu Z, Zeng JX, et al. Celiac plexus block for treatment of pain associated with pancreatic cancer: a meta-analysis. Pain Pract.2014;14(1):43–51.

JPSM JOURNAL OF PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT
Advancing Palliative Care, Hospice, and Symptom Research
November 2014 Volume 48, Issue 5, Pages 944–956.e2

Neurolytic Sympathectomy in the Management of Cancer Pain—Time Effect: A Prospective, Randomized Multicenter Study

Yasser M. Amr, MD, Mohamed Y. Makharita, MD
Departments of Anesthesiology and Surgical Intensive Care, Faculty of Medicine, Tanta University, Tanta
Departments of Anesthesiology and Surgical Intensive Care, Faculty of Medicine, Mansoura University, Mansoura City, Egypt

Раннее выполнение симпатэктомии (до второй ступени) лестницы ВОЗ, показало большую эффективность в борьбе с болью.

Результат - снижение потребления опиоидов, а также улучшение качества жизни у онкологических пациентов, по сравнению с десимпатизацией, выполняемой на этапе четвертой ступени лестницы ВОЗ.

Pain Medicine

Pain Medicine 2013; 14: 1140–1163
Wiley Periodicals, Inc.

Review Article

Celiac Plexus Neurolysis for Abdominal Cancer Pain: A Systematic Review

Химический нейролизис должен быть предложен онкологическим пациентам

Отбор пациентов на интервенционные методики

Шкала ECOG - балла	Шкала Карновского -
0	Пациент полностью активен, способен выполнять всё, как и до заболевания (90-100% по шкале Карновского)
1	Пациент неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу, 70-80% по шкале Карновского)
2	Больной лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно – в вертикальном положении (50-60% по шкале Карновского)
3	Больной способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования (30-40% по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10-20% по шкале Карновского)

British Journal of Pain SAGE

Барьеры сотрудничества Pain Management и врача паллиативной медициной

1. Короткая выживаемость пациентов после обращения в службы паллиативной помощи
2. Финансирование услуги и стоимость имплантируемых устройств
3. Время со стороны специалистов Pain Management для правильной оценки
4. Средства для проведения манипуляции могут быть недоступны в данном ЛПУ
5. Обучение персонала управлению насосами, помпами, катетерами
6. Вопросы фармации; закупка растворов / наличие опиоидов без консервантов / отсутствие стерильных средств для приготовления инфузий
7. Кто собирается управлять нейроаксиальными вливаниями в домашних условиях
8. Недостаток доступности специалистов Pain Management в нерабочее время
9. Врач паллиативной помощи может не знать о потенциальных преимуществах методов интервенции
10. Специалист по боли может быть не обучен управлению раковой болью / выбору подходящей техники

Br J Pain . 2014 Nov; 8(4): 163–171.



Институт паллиативной помощи

Ливерпульский онкологический исследовательский центр Ливерпульского университета

Спасибо за понимание…

