Опыт применения схем противоболевой терапии у паллиативных пациентов.

Заведующая отделением паллиативной медицинской помощи

ГБУЗ «ООКПГВВ»

Смирнова Вилера Владимировна

г. Оренбург

22.03.2023г

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

Клинические рекомендации (пересмотр каждые 3 года), созданные при участии профессиональных ассоциаций:

- Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

- Ассоциация междисциплинарной медицины

- Обще6ство специалистов доказательной медицины

- Российское научное медицинское общество терапевтов

Код МКБ 10: **R52.1-R52.2**

Отделение паллиативной медицинской помощи на 30 коек открыто в Оренбургском областном клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов войн в феврале 2015г. Для отделения был построен отдельный 3-хэтажный корпус, полностью приспособленный для стационарного лечения немобильных пациентов.



Одна из наиболее важных задач, с которой сталкивается в своей практике врач по ПМП – это подбор противоболевой терапии. Для решения этой задачи очень важен сбор анамнеза; время возникновения боли, ее характер, частота и продолжительность приступов; назначаемые ранее схемы противоболевой терапии и их эффективность. Также важна оценка интенсивности болевого синдрома.



Боль – это не только симптом большинства заболеваний, но и сложный психофизиологичный феномен, в который вовлечены механизмы регуляции и формирования эмоций, моторные, гуморальные и гемодинамические проявления. Боль может быть соматическая, висцеральная, нейропатическая, фантомная; по длительности и выраженности течения также может быть острой, персистирующей, прорывной, хронической. Боль также может спровоцированной (движением, манипуляцией, приемом пищи) и эпизодической (связана с окончанием или недостаточностью действия анальгетиков). В этой связи необходимо помнить, что перед некоторыми процедурами (перевязки, санации) пациентов необходимо ситуационно обезболивать.

Хронический болевой синдром – заболевание, которое характеризуется стойким, плохо поддающимся терапии болевым синдромом длительностью более 3 месяцев. Такой болевой синдром в большинстве случаев является результатом соматического заболевания или последствием травм.

Структура ХБС по причинам его возникновения у пациентов, получивших лечение в ОПМП за 2020-2022 годы.

Нозология	2020г	2021г	2022г
Цереброваскулярные и вертеброгенные болезни (нейропатическая боль)	Всего 138чел С ХБС 102чел	Всего 207 чел С ХБС 158 чел	Всего 299чел С ХБС 188чел
Экстрапирамидная патология (дистоническая боль)	Всего 13чел С ХБС 7чел	Всего 18чел С ХБС 12чел	Всего 20чел С ХБС 12чел
Остеоартрозы, РА	6 (все с ХБС)	6 (все с ХБС)	6 (все с ХБС)
ЗНО (всего), в т.ч.	81	75	133
Органов пищеварения	24	28	42
Органов дыхания	14	18	34
Молочной железы	7	10	11
Женских половых органов	2	6	5
Мужских половых органов	2	2	10
Эндокринных желез	1	1	1

Оценка болевого синдрома у паллиативного пациента – задача не всегда простая и однозначная. Пациент, страдающий неизлечимым прогрессирующим заболеванием в терминальной стадии, зачастую имеют выраженный когнитивный дефицит, снижением критики к своему состоянию, речевые нарушения.



Обследование пациентов с нарушением когнитивных функций, речи или языковыми нарушениями (например, при деменции или афазии) может представлять определенные трудности. О наличии боли можно предполагать по гримасе лица, нахмуренному взгляду или частому морганию. Иногда ухаживающие лица могут описывать поведение пациентов, характеризующее страдание от боли (например, внезапное социальное отчуждение, раздражительность, гримасничанье). Наличие боли следует подозревать у пациентов с коммуникативными трудностями при необъяснимом изменении их поведения. В таких случаях для оценки боли можно использовать соответствующую шкалу. Например, для этих целей была валидирована функциональная шкала боли, которая может применяться у пациентов с уходом на дому и счетом по шкале MMSE 17 баллов и более.

Для оценки выраженности боли используются следующие шкалы:

- Шкала вербальных оценок (ШВО), которая подходит для оценки боли у пациентов в ясном сознании и сохраненной критике к своему состоянию. Измеряется в баллах (от 0 до 4) по результатам совместного решения врача и пациента.

- Визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Используется также в случаях, когда пациент может самостоятельно оценивать интенсивность своих болевых ощущений при помощи линейки.



painDETECT

ОПРОСНИК ПО БОЛИ

Дата: _____ г.

Пациент: _____

Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете **сейчас**, в настоящий момент?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боли нет									Максимальная

Как бы Вы оценили интенсивность **наиболее сильного приступа боли** за последние 4 недели?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боли не было									Максимальная

В среднем, насколько сильной была боль в течение последних 4 недель?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боли не было									Максимальная

Отметьте крестиком картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания боли в Вашем случае:

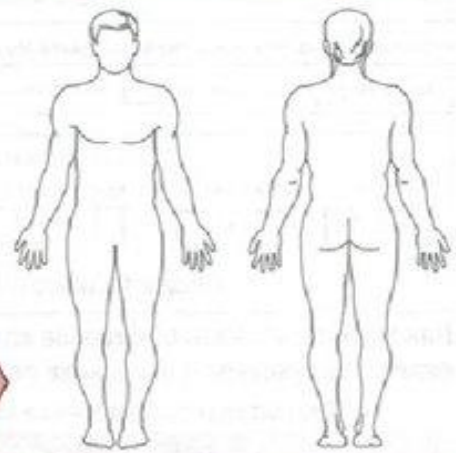

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности ☐


Непрерывная боль с периодическими приступами ☐


Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними ☐


Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними ☐

Пожалуйста, заштрихуйте на рисунке **одну область**, где Вы испытываете **наиболее сильную боль**.



Отдает ли боль в другие области тела? Да ☐ Нет ☐

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

Пожалуйста, подсчитайте количество баллов с учетом отмеченных типов боли, а также с учетом ответа на вопрос о распространении боли.

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности	0	
Непрерывная боль с периодическими приступами	−1	если отмечена эта картинка, или
Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними	+1	если отмечена эта картинка, или
Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними	+1	если отмечена эта картинка
Боль отдает в другие области?	+2	если отдает в другие области

Испытываете ли Вы ощущение жжения (например, как при ожоге крапивой) в области, которую отметили на рисунке?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Ощущаете ли Вы покалывание или пощипывание в области боли (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Возникают ли у Вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Возникают ли у Вас резкие приступы боли в указанной области (как удар током)?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Возникают ли у Вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда Вы моетесь)?

совсем нет ☐ едва заметные ☐ незначительные ☐ умеренные ☐ сильные ☐ очень сильные ☐

Ощущаете ли Вы онемение в указанной области?

совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное ☐

Вызывает ли боль легкое касание на указанную область (например, нажатие пальцем)?

совсем нет ☐ едва заметную ☐ незначительную ☐ умеренную ☐ сильную ☐ очень сильную ☐

Подсчет баллов (заполняется врачом)

совсем нет	едва заметно	незначительно	умеренно	сильно	очень сильно
☐ × 0 = 0	☐ × 1 = ☐	☐ × 2 = ☐☐	☐ × 3 = ☐☐	☐ × 4 = ☐☐	☐ × 5 = ☐☐

Общее количество баллов: ☐☐ **из 35**

Пожалуйста, укажите суммарное количество баллов, полученное в опроснике по боли: ☐☐

Результаты обследования на наличие невропатического компонента боли:

отрицательный	неопределенный	положительный
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
Наличие невропатического компонента боли маловероятно (< 15%)	Результат неопределенный, однако, возможно наличие невропатического компонента боли	**Высока вероятность наличия невропатического компонента боли (> 90%)**

Данный опрос не заменяет врачебной диагностики. Он используется для обследования на наличие невропатического компонента боли.

© Pfizer Pharma GmbH 2006

1. R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle, CurrMed ResOpin, Vol 22, 2006, 1911-1920.
2. Методические рекомендации по диагностике и лечению невропатической боли. Под ред. Н.Н. Якно. М.: Издательство РАМН, 2008. С.28.

DFNS

pain

ООО «Пфайзер». 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С).
Тел.: +7 495 287 50 00. Факс: +7 495 287 53 00

WRU1R01140910

Широкое распространение в мировой онкологической практике имеет также шкала ECOG (Eastern Cooperative Group), оценивающая физическую активность пациентов по следующим критериям:

- процентное соотношение ФА и постельного режима в течение дневного времени (от 1 до 4 баллов). Также важна оценка следующих критериев:

- оценка качества ночного сна;

- оценка эффективности противоболевой терапии;

- оценка переносимости противоболевой терапии (при наличии побочных эффектов – степень их выраженности).

NB! При формулировке диагноза обязательно указывать болевой синдром, степень его выраженности, а в дневниках – оценку динамики болевого синдрома на фоне проводимой противоболевой терапии.

Всем нам хорошо известна трехступенчатая схема обезболивающей терапии, предложенная ВОЗ, и используемая на территории РФ с 1986г.



Принципы терапии хронического болевого синдрома

- ступенчатый подбор анальгетиков

- индивидуальный подбор дозы по нарастающей

- прием препаратов «по часам» а не по «требованию пациента»

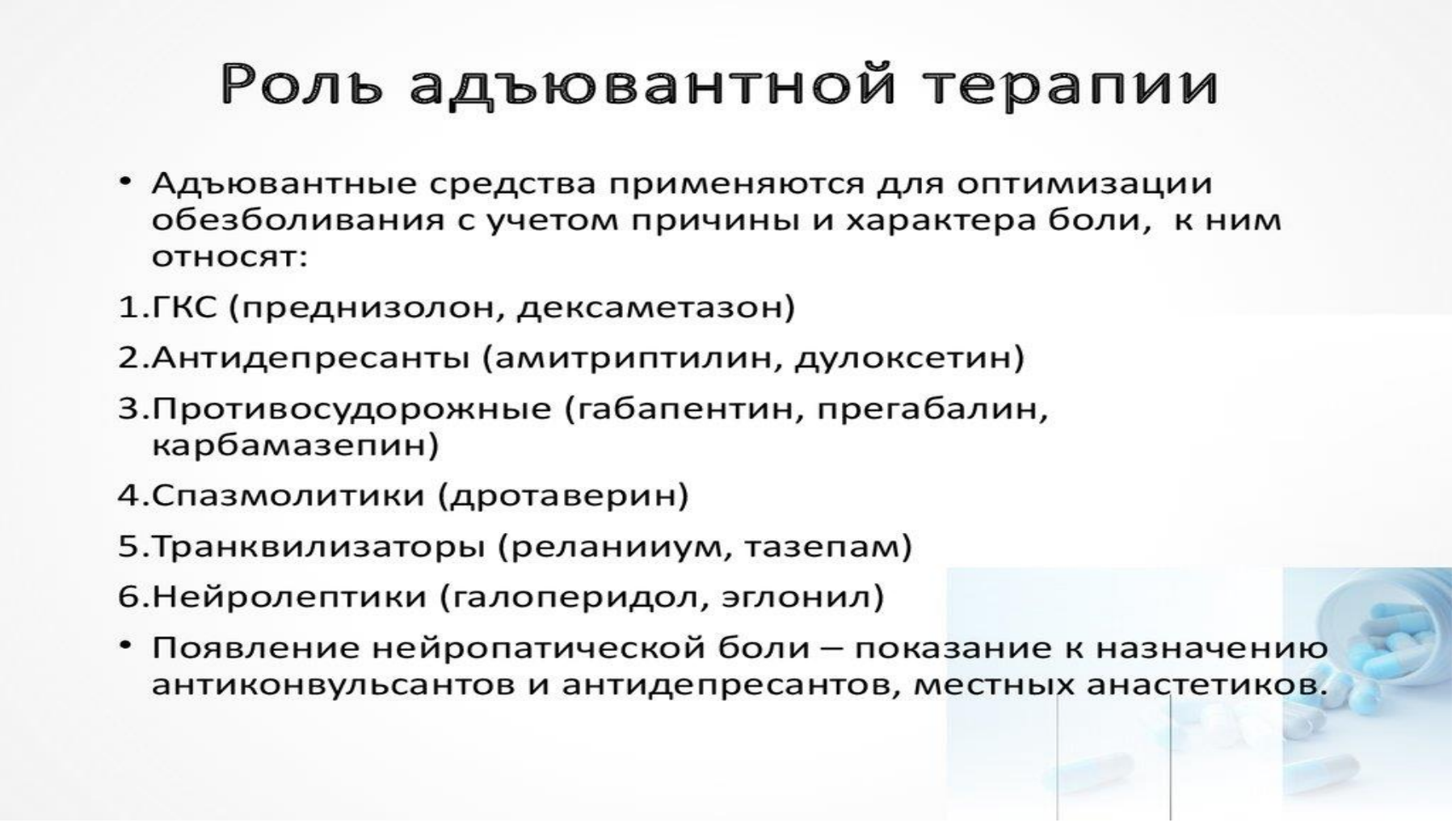
- активное применение адъювантов

- приоритетное назначение неизвазивных форм лекарственных препаратов

Перечень препаратов, применяемых для купирования болевого синдрома в ОПМП «ООКПГВВ»

1. Анальгин 50%-2,0 для в/м введения; 500мг таб. для перорального приема;
2. Дротаверин 20мг/мл-2,о для в/м введения; 40мг таб. для перорального приема;
3. Спазган 5,0 амп. для в/м и в/в введения;
4. Диклофенак 25мг/мл-3,0 для в/м введения; 100мг таб. для перорального приема;
5. Лорноксекам 8мг/мл в амп. Для в/м и в/в введения;
6. Кеторолак 30мг/мл для в/м и в/в введения; таб 10мг для перорального приема;
7. Нимесулид 100мг таб. для перорального приема;
8. Мелоксикам 10мг/мл-1,5мл амп. Для в/м введения;
9. Парацетамол 500мг таб.

НПВП могут быть как самостоятельным препаратом для купирования болевого синдрома, так и входить в состав комплексной противоболевой терапии. Основной недостаток: короткий курс применения согласно клиническим рекомендациям (от 3 до 10 дней). Как и все лекарственные препараты нуждаются в тщательной оценке противопоказаний (тромбоцитопения, эрозивно-язвенные повреждения слизистой ЖКТ, декомпенсированная ХСН, тяжелая почечная и печеночная недостаточность) и требуют параллельного назначения препаратов из группы ингибиторов протонной помпы. Применяются самостоятельно на 1-й ступени обезболивания.



В рамках адъювантной терапии применяются различные медикаментозные и немедикаментозные препараты и методики. Это

- борьба с интоксикацией, тошнотой, рвотой (противорвотные средства, препараты янтарной кислоты, гепатопротекторы);

- борьба с запорами (слабительные средства, чаще всего осмотическое - лактулоза, микроклизмы типа Микролакс);

- борьба с тревогой, бессонницей и депрессией (анксиолотики: алпразолам 0,25мг-1,0мг на ночь, антидепрессанты амитриптиллин от 25мг до 50мг 2-3 раза в сутки, препараты группы СИОЗИС; индивидуальные и групповые занятия с медицинским психологом и психотерапевтом);

- физиотерапевтическое лечение трофических нарушений кожи, воспаленных суставов, паретичных конечностей и пр.

Широко (особенно для лечения нейропатической боли) применяются антиконвульсанты благодаря их свойству потенцировать действие анальгетиков и частично свойству седации. В нашей практике чаще всего мы применяем Карбамазепин от 100мг до 400мг 2 раза сутки и Прегабалин (антиконвульсант + анальгетик + анксиолитик) от 150мг до 300мг 2 раза в сутки.

Неэффективность фармакотерапии 1 ступени – показание к переходу на 2 ступень.

Когда боль у онкологических пациентов усиливается, несмотря на увеличение дозы обезболивающих препаратов, наступает **второй этап** лечения боли – добавление мягких опиоидных анальгетиков. Это трамал, трамадол, кодеин, дионин.

•Трамадол используют в виде ретардных форм (10-12ч), капсул (50мг) или инъекционных форм (50 мг в 1 мл), действие которых не превышает 6ч. Суточная доза не должна быть более 400 мг.

- В случае усиление ХБС и неэффективности трамадола, следующим является просидол. Таблетки 10, 20 мг, действие через 15-20 мин, длительность эффекта 4-6ч, раствор для инъекций 1% в ампулах по 1 мл. Начальная доза 20-40 мг.
- Возможна комбинация НПВС и слабых опиоидов. Залдиар (парацетомол 325 мг + 37,5мг), солпадеин (парацетомол 500 мг + кодеин 8 мг + кофеин 30 мг).



Для 2-й ступени обезболивания применяются слабые опиоиды: трамадол, кодеин, дигидрокодеин (таблетки пролонгированного действия ДГК Континус 60,90 и 120мг), декстрапропоксифен (эффективен в сочетании с парацетамолом). В нашей практике наиболее часто используется трамадол как инъекционный, так и таблетированный. Его обезболивающий эффект и наличие побочных действий (наиболее частое – тошнота и рвота, а также спутанность сознания) индивидуальны и весьма вариабельны. Однако нами замечено, что диспепсические осложнения от приема данного препарата возникают рандомно, независимо от возраста, пола и основного заболевания. В то время как спутанность сознания, дезориентация возникают чаще всего у пациентов старшей возрастной группы (70+) с ранее скомпрометированной когнитивной сферой. 74% таких пациентов составляют женщины.

Для 3-й ступени обезболивания применяются сильные опиоиды.Предпочтение отдается неинвазивным препаратам. Это трансдермальные системы Фентанил (Дюрогезик), Бупренорфин (Транстек). За счёт разных дозировок легко титруется доза. Действуют 72 часа, удобны и эффективны в применении.

- Таблетированные формы также широко представлены:

*Бупренорфин (Нопан) таблетки сублингвальные;

* Морфина сульфат (МСТ Континус) 10мг, 30мг, 60мг и 100мг капсулы и таблетки пролонгированного действия, прием 2 раза в сутки.

* Пропионилфенилэтоксиэтилперидин (Просидол) таблетки буккальные.

* Тампентадол (Палексия) таблетки пролонгированные.

* Оксикодон+налоксон (Таргин) таблетки пролонгированного действия.

Относительно препарата ***Таргин*** по наблюдениям коллектива врачей ОПМП могу сказать, что препарат удобно тировать (дозы от 5мг+2,5мг до 40мг+20мг); у препарата хороший профиль эффективности обезболивания (в 88% случаев применения фиксировалось снижение интенсивности болевого синдрома с 7-8 баллов по ВАШ до 1-2); за счет наличия в комплексе налоксона у пациентов значительно реже наблюдаются осложнения в виде спутанности сознания (по сравнению с морфином на 36%, по сравнению с трамадолом на 67%) и реже возникают опиоид-индуцированные запоры)). Данный препарат применялся в условиях нашего отделения для пациентов в основном с онкопатологией. Его эффективность зафиксирована при заболеваниях поджелудочной железы, предстательной железы, мочевого пузыря, легких, молочной железы, оссалгиях при диссеминации процесса в кости скелета.

Препарат удобен и прост в применении, за счет чего на фоне подобранной дозе противоболевой терапии, пациент и в домашних условиях будет получать обезболивание беспрепятственно.

Отдельного рассмотрения требует вопрос прорывной боли. Как и в каждом случае формирования схемы противоболевой терапии, осуществляется индивидуальный подход. Мы чаще всего (в 68% случаев выраженного болевого синдрома) применяем раствор морфина гидрохлорид в/м; менее эффективно в таких случаях работает раствор промедола; малоэффективен в таких ситуациях трамалдол. В случае Если в течение суток прорывная боль случает 2 раза и более, ставится вопрос о пересмотре схемы противоболевой терапии: замене основного препарата или увеличении его дозы.

При переходе с одного опиоидного препарата на другой мы обязательно учитываем такие критерии как: уровень сознания и сохранность у пациента акта глотания, пораженность ротовой полости и ЖКТ, эффективность предыдущей схемы лечения и необходимость перерасчета эквипотенциальных доз препаратов.

ТАБЛИЦА
ПЕРЕСЧЕТА ЭКВИПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОЗ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ

Анальгетический потенциал рассчитан по отношению к морфину гидрохлориду (парентерально), где анальгетический эффект морфина принят за 1 (Freye, 1986).
Для безопасного перехода с одного опиоидного анальгетика на другой (ротации опиоида) необходимо выбранную эквипотенциальную дозу нового препарата при первом приеме снизить на 30 - 50%, а затем, при отсутствии неблагоприятных эффектов, постепенно повышать до необходимой.

Препарат	Анальгетический потенциал препарата <*>	Форма выпуска	Доза, мг/сут. (мкг/ч для ТТС)						
Трамадол	0,05 - 0,15	Капсулы, таблетки-ретард, свечи, ампулы	100 - 200	200 - 300	400	-	-	-	-
Дигидрокодеин	0,2	Таблетки-ретард	120	120 - 240	240 - 480	-	-	-	-
Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин	0,3	Таблетки защечные	40	40	80 - 100	160	240	-	-
Тримеперидин	0,4 - 0,5 <**>	Ампулы	40	40	80	160	-	-	-
Тапентадол	0,4	Таблетки продленного действия	100	200	300	500			
Морфин	0,3	Таблетки и капсулы продленного действия	30	60 - 90	120	120 - 240	240 - 320	320 - 410	500 - 600
Морфин	1	Ампулы	10	20	40	80	100	120	-
Бупренорфин	30 (20 - 60)	Таблетки сублингвальн/	0,4 - 0,6	0,8	1,2 - 1,6	2,4	3,2	-	-
Бупренорфин	30 (20 - 60)	Ампулы	0,3	0,6	0,9 - 1,2	1,8	3,0 - 3,6	-	-
Бупренорфин	30 - 50	Пластырь ТТС мкг/ч	35	52,5	70	70 - 140	140	-	-
Фентанил	100 (100 - 300)	Пластырь ТТС мкг/ч	12,5	12,5 - 25	25 - 50	50	75	100	150

Помимо лекарственной терапии наши пациенты получают психологическую помощь (индивидуальные и групповые занятия с медицинским психологом, психотерапевтом). Большую помощь в решении психологических проблем у наших пациентов играют молодые медики-волонтеры. Стабилизация и подъем эмоционального фона весьма благоприятно сказываются на динамике заболевания. Не остаются наши пациенты и без духовной поддержки.

Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики» на протяжении всего текущего времени

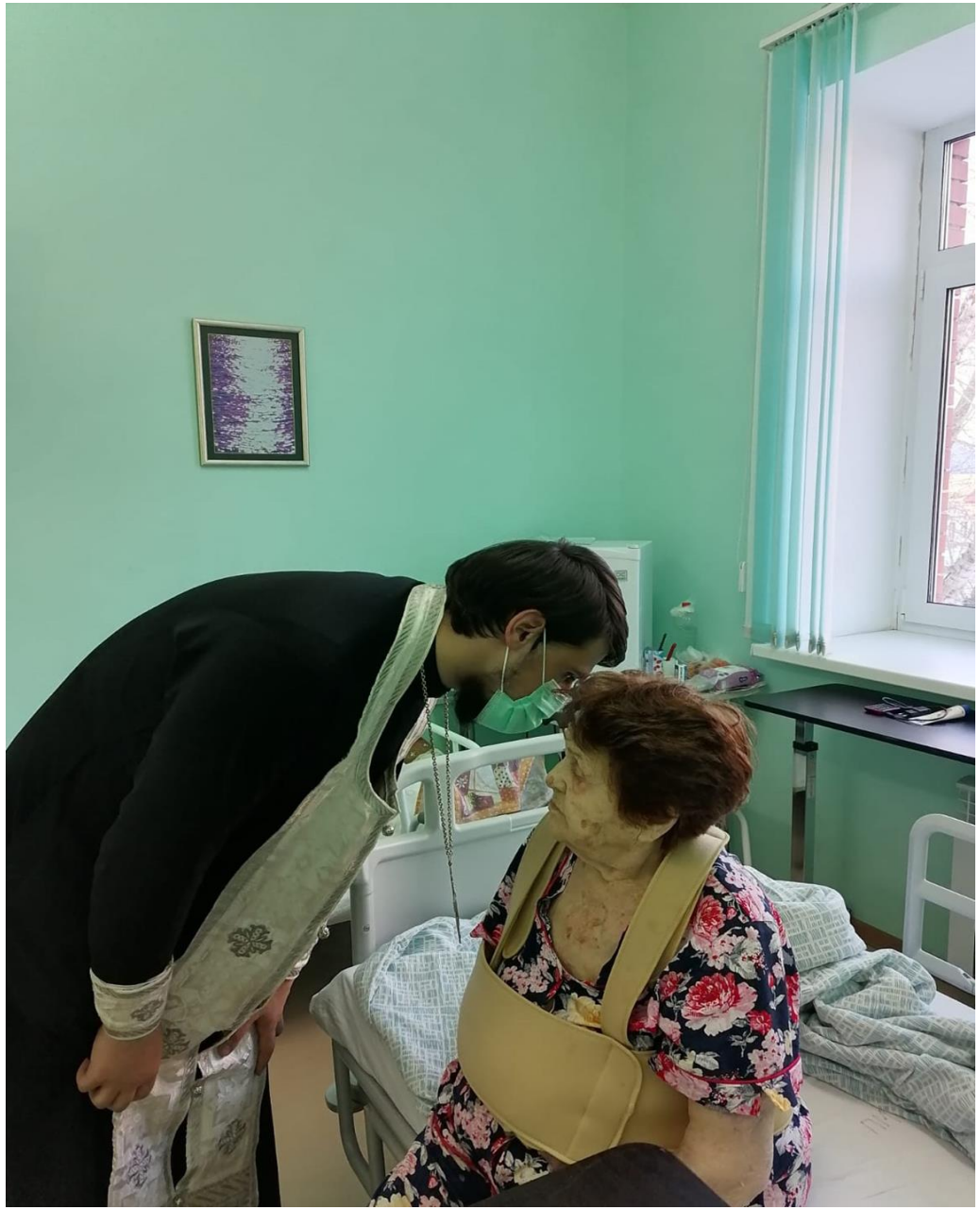
(2019г.- 2022г.) принимали участие в жизни отделения (помощь по уходу за пациентами) и проводили мероприятия в рамках дня Победы, дня пожилого человека, дня пациента, Нового года, передавали сувениры и подарки.



В 2022 году состоялось

более 30 встреч со священником,

около 120 пациентов получили духовную поддержку.



Спасибо за внимание!

