

Состояние и перспективы оказания паллиативной медицинской помощи в Воронежской области

Заместитель главного врача по сети БУЗ ВО «ВОКОД»,

главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Воронежской области Золотых Т.М.

Программа развития здравоохранения Воронежской области до 2020гг.

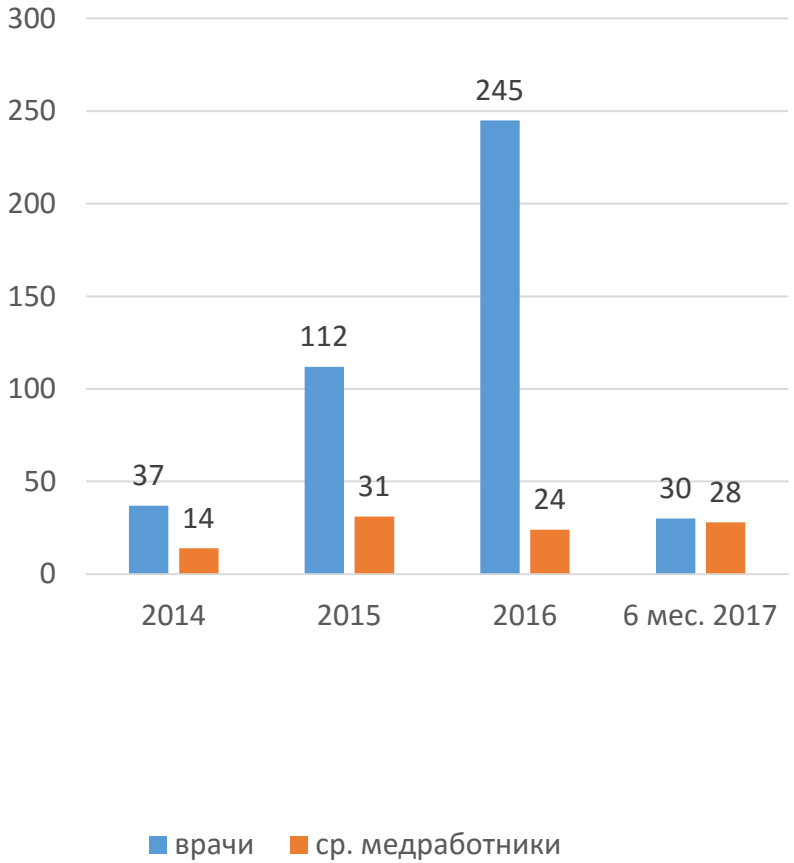
Подпрограмма 6.

«Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Коек паллиативной мед. помощи , в т.ч. сестринского ухода (с детскими) - всего	200	240	320	340	360	400	420	420
- на 100 тыс. нас.	0,86	1,03	1,37	1,46	1,54	1,72	1,8	2,08
Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения			0,055	0,061	0,067	0,073	0,081	0,089
ФАКТИЧЕСКИ :								
Коек паллиативной мед. помощи (взрослые)		64	46	81	81			
Койки паллиативной мед. помощи (детские)		10	10	10	10			
Койки сестринского ухода		555	600	600	600			
Кабинеты паллиативной мед. помощи				5	5			

Паллиативная медицинская помощь в Воронежской области

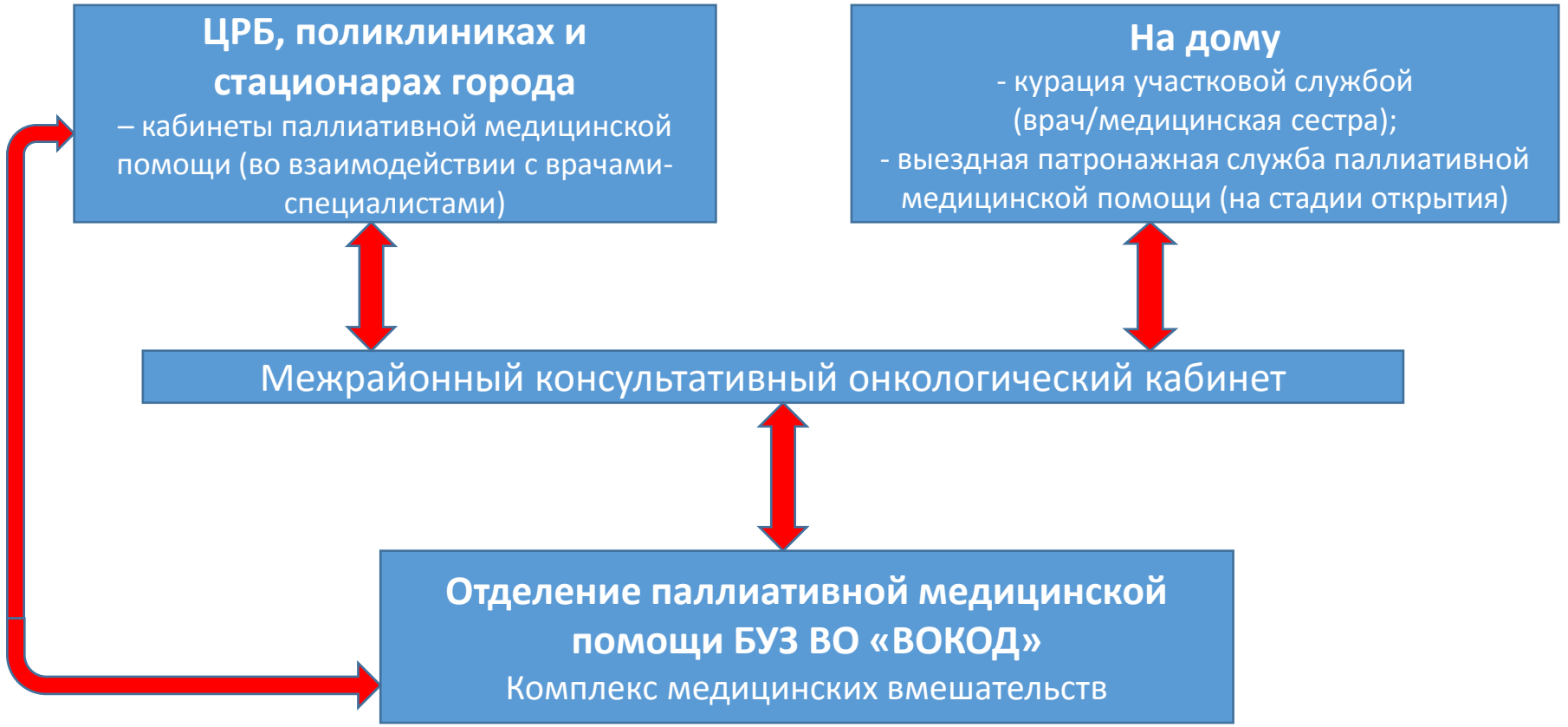
Обучение по паллиативной медицинской помощи (абс.)





Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения
(на 01.01.2017г.)
0,165

Маршрутизация онкологических пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в Воронежской области



Реорганизация КУЗ ВО «ВОСОБ» в отделение паллиативной медицинской помощи БУЗ ВО «ВОКОД»

Цель:

-практическое применение специальных методов лечения у генерализованных пациентов;

- повышение доступности стационарной медицинской помощи онкологическим больным в терминальной стадии;

- повышение качества жизни генерализованных онкологических пациентов, их родственников и удовлетворенность качеством медицинской помощи.





Основные показатели работы паллиативной койки

Год / Наименование показателя	2014	2015	2016	5 мес. 2017
Средняя занятость койки в году (факт/план)	320,14 (320)	301 (320)	309 (310)	133,0
Средняя длительность пребывания пациента на койке	27,3	24,4	20,3	14,3
Оборот койки	11,7	12,3	15,3	6,6
Летальность, %	36,2	39,3	38,6	20,16

Обезболивающая терапия

В Воронежской области умерло в 2015г. от ЗНО 4307 человека с зарегистрированными формами ЗНО.

В 2016 г. 3446 чел. (генерализованных больных) в Воронежской области нуждались в обезболивающей терапии (по расчетам ВОЗ)

В 2016 году по факту обезболивающую терапию в Воронежской области получили наркотическими анальгетиками 833 человека, что составляет 24,17 % от нуждающихся

Показатель обеспечения неинвазивными НС в ЦФО 2015 - 2016гг.

Субъекты РФ	% адекватно обезболенных в 2015г.	% адекватно обезболенных в 2016г.
Г. Москва	60	*70*
Брянская обл.	30	66
Смоленская обл.	52	42
Тамбовская обл.	3	40
Липецкая обл.	27	36
Калужская обл.	16	*26*
Белгородская обл.	6	**17**
Московская обл.	8	16
Воронежская обл.	**4**	**13**
Рязанская обл.	4	8
Курская обл.	4	7
В среднем по ЦФО	**10**	**18**
По Российской	20	28 (ДАННЫЕ МИНЗДРАВА РФ)

Симптоматическая терапия

Купирование тягостных состояний:

- БОЛЕВОГО СИНДРОМА;
- МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ;
- КОАГУЛОПАТИЙ;
- ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ;
- АНЕМИИ;
- ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА;
- ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ НЕЙТРОПЕНИИ;
- НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ.

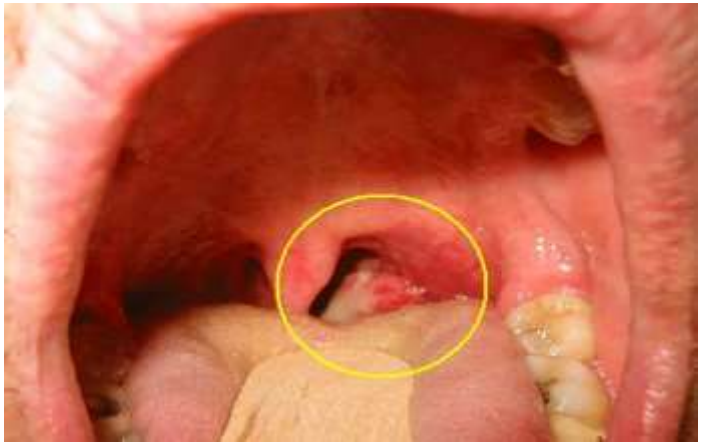
Дополнительные методы терапии онкологической боли:

- противоопухолевая терапия (лучевая, химиотерапия и др.);
- нефармакологическая терапия (психотерапия, гипноз, иглоукалывание и др.);
- региональная аналгезия;
- инвазивные методы (нейроаблация и др.).



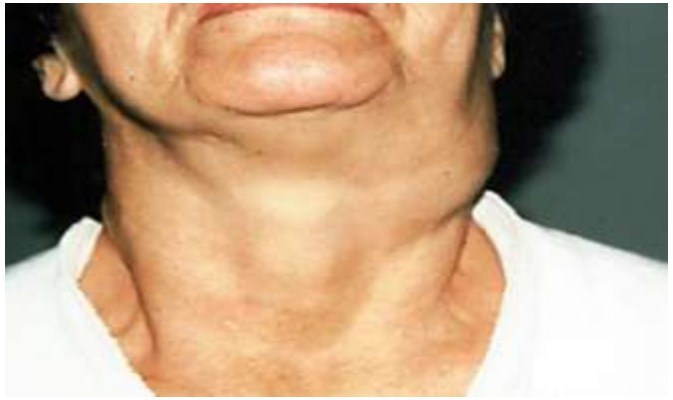


Внутриартериальная химиотерапия у исходно «инкурабельных» больных с опухолями ротоглотки III – IV стадий





- ✓ **Более 70 % пациентов при первом обращении уже имеют III или IV стадию заболевания**





I. Группа исходно «инкурабельных» больных с опухолями ротоглотки III - IV ст. $T_{3-4}N_{1-2}M_0$

N= 18 больных (2 жен., 16 муж.), возраст от 43 до 76 лет

III ст. $T_3N_1M_0$ n = 10

IV ст. $T_{3-4}N_2M_0$ n = 8

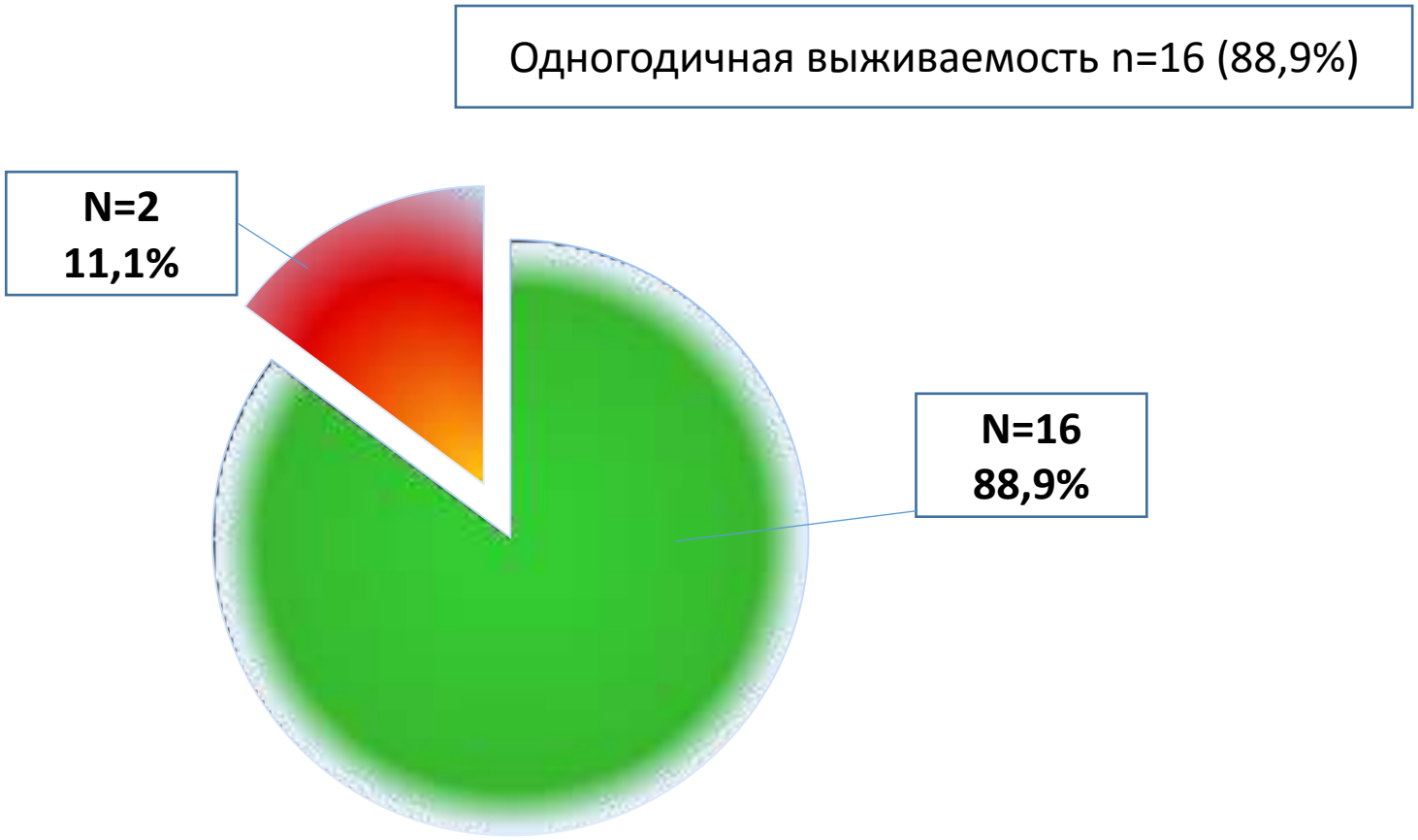
Преимущественная локализация:

- **область небной миндалины и небной дужки 7 (38,9%);**
- **корень языка 4 (22,2%);**
- **боковая стенка глотки 7 (38,9%).**

Морфологическое подтверждение диагноза в 100% случаев:

- **плоскоклеточный рак N = 16 (88,8%);**
- **рак солидного строения N = 1 (5,6%);**
- **веретеноклеточная плоскоклеточная карцинома N = 1 (5,6%).**

Выживаемость исходно инкурабельных больных раком ротоглотки при использовании локорегиональной терапии (n=18)



2 – х летняя выживаемость n = 6 пациентов (33,3%)
Через 2,5 года живы n=5 пациентов (27,8%)

II. Селективная внутриартериальная химиотерапия и химиоэмболизация при лечении неоперабельного рака языка

ВАХТ + эмболотерапия при раке языка


до лечения


1.


2.


3.


после 1 курса

Пациент М., муж., 1972г.рожд.
Диагноз: Рак языка ст. III T3N1M0, кровотечение из опухоли, постгеморрагическая анемия

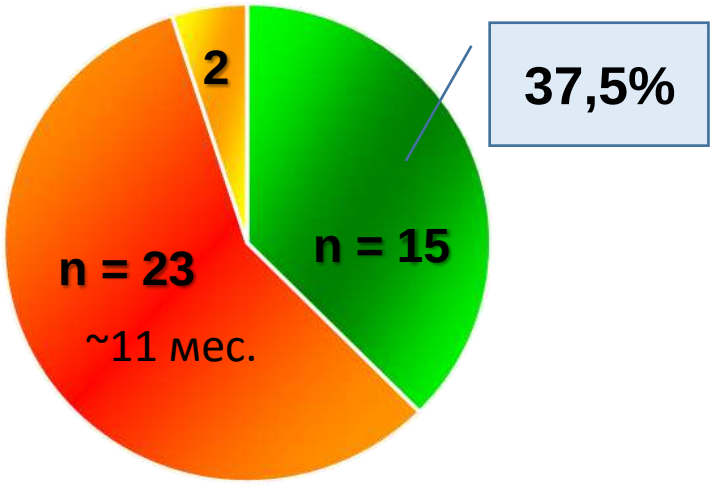
14.03.2014 цисплатин 150мг + эмболотерапия
17.04.2014 цисплатин 100мг + паклитаксел 30 мг
27.05.2014 цисплатин 150мг + 5-ФУ 500 мг
25.06.2014 доцетаксел 80мг + карбоплатин 600мг

Был доставлен из хосписа с Hb 32 г/л.
В настоящее время живет дома, Hb 110 г/л.

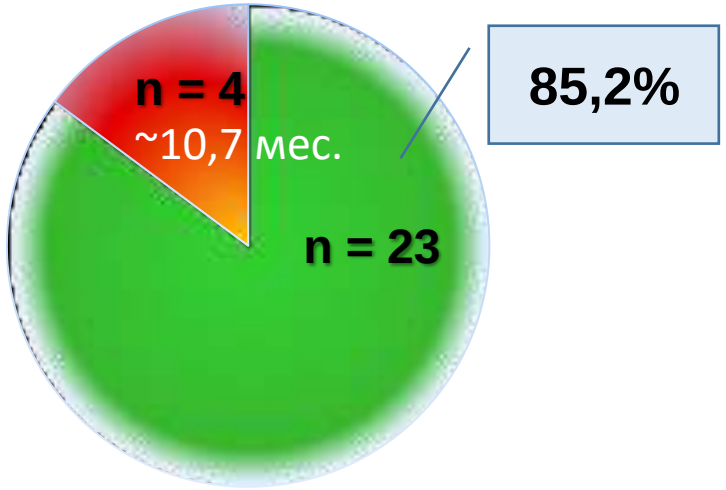
2-х летняя общая выживаемость больных III-IV ст. рака языка в зависимости от используемой схемы химиолучевого лечения

(данные БУЗ ВО «ВОКОД»)

Внутривенная ПХТ +ДЛТ
n = 40



Внутриартериальная ХТ + ДЛТ
n = 27



живы

умерли от онкопатологии

умерли от других заболеваний

Роль локорегионарной терапии

«Использование внутриартериальной регионарной химиотерапии в комплексном лечении позволяет существенно улучшить результаты лечения больных опухолями данных локализаций.»

А.М. Сдвижков, М.Р. Финкельштерн, И.В. Солдатов, Н.В. Панкина, 2006

О паллиативном лечении рака головы и шеи с использованием внутриартериальной химиотерапии нужно постоянно помнить, поскольку оно имеет подтвержденную высокую эффективность и пользу при лечении инкурабельных пациентов.

K. T. Aigner, F.O. Strephens, 2016

«Регионарная болюсная химиотерапия с эмболизацией ветвей наружных сонных артерий эффективно останавливает опухолевое кровотечение; в комбинации с лучевой терапией вызывает положительный ответ на лечение у большинства больных с местнораспространенным раком орофарингеальной зоны.»

Ю.В. Суворова, В.П. Сокуренко, П.Г. Таразов, Л.И. Корытова, 2011

Использование электрохимического лизиса опухоли (ЭХЛ) в паллиативном лечении онкологических больных.

Мошуров И.П., Михайлов А.А., Золотых Т.М.

VIII Международный медицинский конгресс
«Паллиативная медицина в здравоохранении
Российской Федерации и стран СНГ»
22 - 23 июня 2017 г., г. Москва

Использование ЭХЛ в ЛПУ России

- **МНИОИ им П.А.Герцена** акад. Чиссов В.И., Соколов В.В.
- **ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет**, кафедра хирургии проф.Матвеев Н.Л., Панченков Д.Н., Алиханов Р.Б., Вередченко А.В., Панкратов А.Ю., Черняк М.В.
- **ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия, *МЛПУ КБ1, областной онкодиспансер, Смоленск*.**

  Борсуков А.В., Соловьев В.И., Щаева С.Н., Коваленко Е.С. и др.
- **Калужский филиал «МНТК «Микрохирургия глаза» им. Акад. Федорова С.Н.** Белый Ю.А., Терещенко А.В., Молоткова И.А., Шацких А.В.
- **МРНЦ РАМН, г. Обнинск** Е.В.Горанская, М.А.Каплан, В.Н.Капинус, М.В.Таибова, С.Д.Фомин
- ***Онкологический центр ОАО РЖД***. *Л.З. Вельшер, М.Л. Стаханов, Н.В. Юдина, Ю.Ю. Горчак*
- **БУЗ ВО ВОКОД**
- **Другие наши колеги**

Биоэлектротерапия опухолей аппарат ВЕТ-7

Рак предстательной железы 2-3 Ст.

Первичные и метастатические опухоли печени (в том числе множественные и с очагами больше 6 см)

Рак кожи (в т.ч рецидивный)

Меланома кожи

Рак молочной железы

Опухоли мягких тканей

Первичные и метастатические опухоли костей

Первичный рак легкого

Внутрилегочные метастазы опухолей

Метастатические поражение лимфатических узлов

Доброкачественные опухоли







Пациенты с тотальным /субтотальным поражением печени (21 пациент)

- Для всех пациентов в процессе лечения определяется смешанный субъективно- личностный эффект.
- уменьшаются симптомы интоксикации.
- У больных с билиарной гипертензией стихают явления холангита, стабилизируются биохимические показатели,
- улучшение аппетита,
- повышении работоспособности,
- стабилизации нервно-психической сферы. Пациенты очень активно включаются в процесс лечения, ведут «дневник» физиологических изменений.
- Если ранее был возможен только пассивный путь симптоматической терапии, то с реализацией биоэлектротерапии объективный и субъективный ответ на лечение положительно воспринимается больными как улучшение **«качества жизни».**



- При явлениях асцита отмечен выраженный стабилизирующий брюшину эффект.
- Скорость накопления асцита значительно замедляется.
- В некоторых случаях (4) нами отмечено муцинозное состояние асцитической жидкости, в то время как до лечения было стандартное серозно-геморрагическое.

Лапароцентез не требовался

Непосредственные результаты лечения больных с опухолевым поражением печени

оценка по лабораторным данным, УЗ,СКТ и МРТ.

Срок наблюдения до 18 месяцев.

- частичный регресс 14,3%
- Стабилизация 38%
- Прогрессирование на фоне лечения 47,6%.

- При тотальном поражении печени средний срок жизни составил 9,8 мес., 19% больных прожили более 14 месяцев и продолжают лечение в настоящее время.

Выводы:

- использование биоэлектротерапии/электрохимического лизиса опухоли открывает новые возможности в паллиативном лечении больных, ранее однозначно признававшимися инкурабельными.

- Распространенные опухоли кожи и мягких тканей, резистентные к специфическим онкологическим вариантам лечения, и обширные метастатические опухоли печени получают новую опцию высокотехнологичной помощи.

Перспективы развития

- Развитие выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи в системе здравоохранения Воронежской области.
- Повышение квалификации всех медицинских работников по вопросам современной методологии лечения хронической боли.
- Широкое внедрение в клиническую практику современных неинвазивных лекарственных форм опиоидных анальгетиков, доказавших свою эффективность и безопасность.

Спасибо, за внимание!

Все в наших руках…