

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Ігнатишин Наталія Федорівна

На правах рукопису

УДК: 616-006.6:616.8-009.7]-083

Магістерська робота

**ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ НА ЕТАПАХ
МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ОНКОЛОГІЧНИМИ
ПАЦІЄНТАМИ**

223 Медсестринство

Науковий керівник:
канд. мед. наук, доц. Рега Н.І.

Тернопіль -2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. Огляд літератури.....	8
1.1. Основні принципи надання паліативної допомоги онкологічним хворим.....	8
1.2. Основні принципи лікування хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів.....	16
РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи дослідження.....	30
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	33
<hr/>	
3.1. Характеристика характеру і частоти хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів.....	33
3.2. Методика знеболення онкологічних пацієнтів у та оцінка її ефективності.....	44
3.3. Результати визначення потреби пацієнтів у психологічній допомозі.....	48
ВИСНОВКИ.....	54
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56
<hr/>	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІІ – інкурабельні пацієнти

ІХ – інкурабельні хворі

IASP – Міжнародна Асоціація вивчення болю (International Association for the Study of Pain)

ІАНРС – Міжнародна Асоціація з хоспісної та паліативної допомоги (International Association for Hospice and Palliative Care)

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЛЗ – лікарські засоби

ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади

МАПХД – Міжнародна Асоціація паліативної та хоспісної допомоги

МНСРС – Посібник з хоспісної та паліативної допомоги (Manual of Hospice Care and Palliative Care)

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НДР – науково дослідницька робота

НПЗЛЗ – нестероїдні протизапальні лікарські засоби

ОХ – онкологічні хворі

ОП – онкологічні пацієнти

ПД – паліативна допомога

ХД – хоспісна допомога

ПД – паліативна допомога

ХрБ – хронічний біль

ХрБС – хронічний больовий синдром

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

«Паліативна допомога (ПД) – це комплекс заходів, спрямований на покращення якості життя хворих з діагнозом, що загрожує їхньому життю, шляхом полегшення їхніх страждань» [1, 2]. ПД включає в себе медичні, психосоціальні, юридичні і духовні аспекти, пов'язані з безпосередньо небезпечними для життя захворюваннями [3]. ПД має фундаментальне значення для забезпечення охорони здоров'я, гідності людини та є основним її правом. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав стверджує, що «країни несуть зобов'язання поважати право на охорону здоров'я, зокрема, не відмовляючи або не обмежуючи рівний доступ усім особам... до профілактичних, лікувальних і паліативних послуг у сфері охорони здоров'я» [4]. ПД повинна надаватися з моменту діагностики невиліковного захворювання, а також в поєднанні з будь-якою лікувальною терапією. ПД повинна адаптуватися до потреб пацієнта в міру прогресування хвороби пацієнта аж до заключної її фази. ПД має включати психологічні та духовні послуги й іншу підтримку пацієнта в підготовці до смерті. Програми з ПД повинні також розглядати проблеми сім'ї невиліковних хворих протягом прогресування захворювання аж до тяжкої втрати, зокрема, юридичні послуги (оформлення довіреності або медичного розпорядження у сфері охорони здоров'я і допомогу у виконанні заповіту). Програми ПД мають тоді найбільшу ефективність, коли вони інтегровані в існуючі системи охорони здоров'я і присутні на всіх рівнях надання медичної допомоги. Програми ПД можуть бути розроблені як для надання послуг у лікарні або у спеціалізованій клініці, а також вдома в пацієнта або в іншому місці (наприклад, будинок престарілих). В ідеалі, програми з ПД повинні накладатися на традиційне лікування на всіх його рівнях. Програми ПД включають як використання медичних закладів як державного, так і приватного сектору, і можуть бути адаптовані до конкретних культурних, економічних і соціальних умов [2, 5]. Враховуючи вищевикладене, зрозуміло, що ПД зараз надається не тільки в хоспісах, відділеннях паліативної допомоги і онкодиспансерах, але і на всіх рівнях надання медичної допомоги,

тобто і у міських, районних лікарнях, поліклініках та на первинній ланці (сімейним лікарем).

Онкологічні хворі є найбільшою за чисельністю групою населення, яка потребує паліативної допомоги. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прогнозує, що глобальна смертність від злоякісних пухлин буде зростати, і збільшиться з 7,9 млн. у 2007 р. до 11,5 млн. у 2030 р. [6]. Крім того, нові вперше діагностовані випадки злоякісних пухлин за той же період, за оцінками ВООЗ, зростуть до 15,5 млн. у 2030 році, порівняно з 11,3 млн. у 2007 р. Понад половину нових випадків злоякісних пухлин щороку трапляється у менш розвинених країнах світу [7]. ВООЗ довела, що близько 90% пацієнтів із захворюванням на рак можуть отримувати адекватну терапію проти болю у вигляді опіоїдних анальгетиків. Проте частина пацієнтів не мають належного доступу до лікарських засобів, які зменшують біль, зокрема, до опіатів. Біль, пов'язаний з пухлинами, часто може бути нестерпним. Біль може бути викликаний як самим раком, причиною, що пов'язана з пухлиною, наслідками, викликаними або пов'язаними з лікуванням злоякісних пухлин, або і з захворюванням, що є супутнім одночасно з пухлиною [8]. ВООЗ розробила простий посібник про знеболення для людей, які страждають від болю, для використання практиками у сфері охорони здоров'я. ВООЗ також рекомендує лікування психологічних страждань онкологічних хворих, таких як тривога і депресія. ВООЗ зазначає: «Метою лікування є полегшення болю для задоволення пацієнта, щоб він або вона могли ефективно функціонувати і врешті-решт гідно померти без болю» [2].

Мета дослідження.

Враховуючи вищевикладене, метою нашої роботи стало вивчення наявності та ступеня вираженості больового синдрому у онкологічних пацієнтів, які знаходились на лікуванні у КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради та під спостереженням районного лікаря-онколога протягом 2019-2020 рр. та адекватності знеболення проблем з метою розробки рекомендацій щодо його покращення.

Об'єкт дослідження.

Об'єктом дослідження стали:

- локалізація больового синдрому у ОХ,
- вираженість больового синдрому у ОХ,
- адекватність знеболення больового синдрому у ОХ.

Завдання дослідження:

1. Вивчити локалізацію больового синдрому у ОХ з різною локалізацією пухлин.

2. Оцінити вираженість больового синдрому у ОХ з різною локалізацією пухлин.

3. Визначити перелік знеболюючих та ад'ювантних засобів, які використовуються у КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради та на первинній ланці.

4. Оцінити ефективність купування больового синдрому у ОХ з різною локалізацією пухлин з метою розробки рекомендацій щодо покращення знеболення.

Методи дослідження:

- теоретичні – історико-порівняльний аналіз наукової літератури і нормативних документів
- загальнонаукові методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція, абстрагування, систематизація, узагальнення, класифікація та ін.);
- емпіричні – анкетування, бесіда, тестування, самооцінювання;
- методи математичної статистики – якісний та кількісний аналіз результатів; їх математична, графічна обробка й інтерпретація.
- Соціологічні методи (аналіз спеціальної літератури, аналіз статистичних показників).

Наукова новизна: Вперше проведено вивчення наявності та ступеня вираженості больового синдрому у онкологічних пацієнтів, які знаходились на лікуванні у КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради та під спостереженням районного лікаря-онколога протягом 2019-2020 рр. та адекватності знеболення проблем з метою розробки рекомендацій щодо його покращення.

Практичне значення одержаних результатів: полягає у розробці практичних рекомендації щодо покращення знеболення ОХ із хронічним больовим синдромом.

Апробація результатів дослідження: результати роботи доповідалися на підсумкових науково-практичних конференціях ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» та публікувалися у науково-практичному журналі «Медсестринство».

Структура та обсяг. Робота викладена на 59 сторінках, складається зі вступу, розділу власних досліджень та їх аналізу, загальних висновків, списку 50 використаних джерел, містить рисунки і таблиці.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.3. Основні принципи надання паліативної допомоги онкологічним хворим.

ПД – це комплекс медичних, соціальних, психологічних і духовних міроприємств, спрямованих на поліпшення якості життя невиліковно хворих людей, або ж тих пацієнтів, життєвий прогноз яких є песимістичним, а також членів їхніх сімей.

Основні засади, на яких базується ПД:

- позбавлення болю та інших симптомів недуги;
- усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких проявів недуги, а також сприяння утвердженню у хворого життєствердної позиції й адекватного ставлення до смерті;
- неможливість прискорити або відтермінувати смерть;
- надавання інтегрованої медичної, психологічної, соціальної та духовної допомоги пацієнту та членам його сім'ї як в умовах спеціалізованого медико-соціального закладу – хоспісу, так і вдома;
- якомога довше підтримання повноцінного активного життя пацієнтів;
- навчання членів сім'ї пацієнта правилам полегшення страждань недужого та надавання їм допомоги після смерті пацієнта, полегшуючи страждання, пов'язані з втратою близької людини;
- використання мультидисциплінарного підходу для задоволення потреб невиліковного пацієнтів та їхніх родичів;
- поліпшення якості життя, а також, за можливості, позитивний вплив на перебіг захворювання;
- якомога раніше використання цього виду допомоги в поєднанні з такими видами лікування, що сприяють подовженню життя пацієнтів, зокрема, хіміотерапія, променева терапія, антиретровірусна терапія [2, 9].

Існує велика потреба в паліативній допомозі в усьому світі. З приблизно 58 млн. людей, які помирають щороку, щонайменше 60% є невиліковно

хворими і потребують паліативної допомоги. ПД могла б поліпшити якість життя 80% людям, які страждають на невиліковні недуги, особливо за рахунок зменшення болю і страждань в останні дні життя. На жаль для багатьох програми паліативної допомоги або недоступні, або недосяжні. ПД має бути доступна для всіх тих, хто страждає від помірного або сильного болю, але особливу увагу слід приділити пацієнтам з пухлинним процесом через величезну потребу в паліативній допомозі серед цієї групи хворих [2].

Важливою складовою частиною паліативної допомоги є вільний доступ пацієнта до основних ліків для полегшення болю. Для багатьох людей, що мають невиліковні захворювання, біль і страждання, викликані хворобою, виснажують їх. У 2007 р. Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги (МАХПД), у співпраці з 26 організаціями паліативної допомоги, розробила перелік основних лікарських засобів для паліативної допомоги [12]. ВООЗ розробила два списки ліків, які вона вважає необхідними для задоволення пріоритетних потреб охорони здоров'я населення, зокрема, знеболення. Вони називаються «Примірний перелік основних лікарських засобів» і «Примірний перелік основних лікарських засобів для дітей» [10]. Цими Переліками керуються при формуванні національних та галузевих переліків основних лікарських засобів [11]. З 34 відомих препаратів, тільки 14 були включені до Примірного переліку ВООЗ (останнє оновлення у 2011 р.), і морфін є єдиним сильним опіоїдним анальгетиком зі списку ВООЗ. Пероральний морфін має особливо важливе значення для паліативної допомоги, оскільки він забезпечує недорогий і зручний варіант для управління болем. Проте, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, доступні тільки опіоїдні препарати, які коштують дорожче і більш складні у використанні, такі як морфін для ін'єкцій. Висока вартість цих опіоїдів часто перешкоджає доступу до лікування [13].

Міжнародні договори з контролю за наркотиками визнають, що наркотичні засоби та психотропні речовини є незамінними для медичних і наукових цілей. Однак, незважаючи на численні зусилля Комітету та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також неурядових

організацій, їх доступність у більшості країн світу залишається дуже обмеженою, позбавляючи багатьох пацієнтів можливості отримати основні лікарські препарати [14].

У багатьох країнах світу існують перешкоди в доступі до основних знеболюючих лікарських засобів, зокрема, основними факторами, які впливають на доступність опіоїдів для медичних потреб є:

- стурбованість медиків та людей з приводу звикання до них,
- небажання призначати або зберігати контрольовані речовини в медичних установах,
- недостатня підготовка фахових кадрів для ПД,
- закони, що обмежують призначення опіоїдів,
- велика адміністративне навантаження,
- висока вартість ліків,
- труднощі в розповсюдженні ліків до хворих,
- недостатні поставки препаратів у медичні заклади,
- несприятлива державна політика в цілому [2, 14].

У сфері паліативної допомоги пацієнт має такі права, як на:

- зменшення болю;
- допомогу в подоланні фізичних і психологічних страждань;
- отримання необхідних лікарських засобів у сфері паліативної допомоги;
- отримання духовної та моральної підтримки;
- допомогу, спрямована на підтримку сім'ї паліативного хворого;
- допомогу, яку надають інші кваліфіковані спеціалісти, що мають підготовку у сфері паліативної допомоги;
- отримання допомоги вдома, помираючи, і, за бажанням, вмирання вдома;
- лікування недуги, а також відмову від розпочатого лікування або відмову від запропонованих методів лікування;
- отримання медичної інформації, в тому числі про діагноз, прогнози і здійснювані медичні, в т. ч. паліативні втручання;

- визначення довіреної особи, яка прийматиме рішення щодо її здоров'я та надання медичної допомоги;
- рівний доступ до медичної допомоги та надання послуг (в тому числі недискримінацію при отримання якісної і своєчасної ПД незалежно від віку, статі, соціально-економічного статусу, національності, життєвого прогнозу, діагнозу або шляхів інфікування);
- систему активної підтримки, щоб допомогти пацієнтам жити як можна більше активно до самої смерті;
- юридичні послуги для надання допомоги з питань нерухомості та іншого майна, опіки над дітьми, оформлення довіреності або інші правові послуги, необхідні для хворого;
- систему підтримки, щоб допомогти сім'ї протягом недуги хворого і в час важкої втрати;
- послуги з метою задоволення потреб пацієнтів і їхніх сімей, у тому числі консультування після тяжкої втрати [2].

Протягом останніх років досягнуто певного прогресу в сфері надання паліативної допомоги, зокрема прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» у частині визначення ПД як виду медичної допомоги та організаційних засад її надання, закони України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012- 2016 роки», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу на 2014-2018 роки», які містять питання розвитку паліативного догляду. МОЗ розробило проект Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 р, і план заходів щодо її реалізації. Ця Стратегія визначає мету, завдання, першочергові пріоритети та індикатори становлення та розвитку паліативної допомоги в Україні та відповідає гарантіям держави, взятим відповідно до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про

права дитини, та напрямам розвитку, визначеним у Резолюції Шістдесят сьомої сесії Всесвітньої Асамблеї Здоров'я (2014) «Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими». Стратегія пропонує системно врегулювати організаційні основи надання паліативної допомоги, зокрема розробити правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я і забезпечують розвиток мережі паліативних установ охорони здоров'я. Також у Стратегії передбачено:

- подальший розвиток кадрового потенціалу для роботи стаціонарних і виїзних служб паліативної допомоги;
- створення ефективної системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу;
- створення нової спеціальності молодшого медичного працівника – «доглядальниця»;
- подальше проведення наукових досліджень нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей та внесення відповідних змін до чинних медичних стандартів і клінічних протоколів, розробка нових медичних стандартів і клінічних протоколів. [15].

В Україні також розроблена Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Її основним завданням є зниження рівня захворюваності на злоякісні пухлини в Україні шляхом профілактики, раннього виявлення, якісного лікування онкологічних хворих, покращення якості життя пацієнтів та зниження рівня смертності.

Для досягнення визначених завдань Національна стратегія передбачає кілька важливих напрямів роботи:

Забезпечити первинну профілактику онкологічних захворювань через зниження впливу факторів ризику та покращення поінформованості населення з залученням до активних дій.

Сприяти ранньому виявленню онкологічних захворювань.

Забезпечити рівноправний та постійний доступ до кваліфікованої мережі закладів охорони здоров'я для діагностики та лікування онкологічних захворювань.

Розвинути спроможну мережу надання високоякісного, скоординованого та доступного лікування онкології у дітей на основі мультидисциплінарного підходу із забезпеченням гідного догляду та підтримки дітей, хворих на злоякісні пухлини та їх сімей.

Забезпечити реабілітацію, догляд та паліативну допомогу онкохворим та підтримку їхнім доглядальникам на всіх рівнях.

Покращити інформаційні системи реєстрації хворих на злоякісні пухлини та спостереження за онкологічними хворими для відстеження динаміки та оцінки результатів міроприємств контролю за онкологічними захворюваннями.

Підвищувати рівень професійної освіти лікарів, середнього медичного персоналу та інших медичних працівників з метою збільшення кількості та якості кадрового потенціалу ПД.

Сприяти проведенню наукових досліджень з наступним використанням їх результатів для контролю онкологічних захворювань.

Профілактика та раннє виявлення онкологічних захворювань

Попередження онкологічних захворювань є одним із дієвих способів знизити рівень захворюваності. Для цього варто зосередити увагу на пропаганді здорового способу життя: відмова від шкідливих звичок, активний відпочинок, раціональне харчування. Також люди повинні постійно отримувати інформацію про ранні симптоми онкологічних хвороб та обов'язково інформувати сімейного лікаря, якщо з'являються відповідні скарги.

Важливо також зменшити або усунути специфічні фактори ризику для розвитку пухлин. Розглянуто можливість введення вакцинопрофілактики проти вірусу папіломи людини на національному рівні.

Стратегія передбачає, що буде впроваджено економічно доцільний та ефективний скринінг на рак шийки матки та колоректальний рак.

Реабілітація, догляд, ПД

Завдання цієї частини стратегії ґрунтуються на забезпеченні паліативною допомогою на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Також потрібно забезпечити наявність препаратів для лікування болю та інших симптомів на всіх рівнях.

Потрібно розробити та реалізувати програми підтримки людей, що пережили рак спільно з громадянським суспільством. Для координації цих процесів та якісної допомоги буде створена мережа взаємозв'язків між урядовими і неурядовими організаціями.

Лікування онкологічних хвороб у дітей .

В Україні щорічно у близько 1000 дітей діагностують злоякісні пухлини. Водночас зростання дитячої онкозахворюваності не спостерігається ні в Україні, ні в усьому світі.

Стратегія буде спрямована у першу чергу на реорганізацію процесу надання послуг для підвищення якості лікування. У цей процес буде включено як перебудову системи надання онкологічної допомоги, так і створення нових ланок, що допоможуть покращити якість надання допомоги онкохворим дітям.

Педіатрична ПД.

Інтегрована амбулаторна педіатрична гематологія/онкологія.

Планується запуск неродинних трансплантацій гемопоетичних стовбурових клітин дітям на базі НДСЛ "Охматдит", початок проведення аутологічних трансплантацій ГСК дітям в інших регіонах України.

У проєкті Стратегії зазначено, що повинна відбутися кваліфікована підготовка лікарів та іншого медичного персоналу. Це, зокрема, і структуроване навчання дитячих лікарів-гематологів-онкологів і медсестер з використанням міжнародних рекомендацій.

У 2018 році в Україні було зареєстровано близько 170 тис нових випадків злоякісних пухлин та 98 тис смертей від пухлин. Проєкт Стратегії визначає необхідність:

- Забезпечити постійний та рівноправний доступ до мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я для діагностики та лікування онкологічних хвороб у дорослих.

- Забезпечити рівний доступ до основних сучасних методів радіологічної, ендоскопічної, патоморфологічної та іншої діагностики.
- Створити маршрути хворого для комплексного лікування злоякісних пухлин у всій країні.
- Забезпечити доступність основних та допоміжних лікувальних лікарських засобів (в першу чергу хіміотерапія, гормональна та біологічна терапія).
- Підвищити якість лікування в спеціалізованих центрах шляхом розвитку та підтримки мультидисциплінарного командного підходу до ведення пацієнтів із залученням хірургів, променевих терапевтів, хіміотерапевтів, клінічних онкологів, дитячих онкологів, патологоанатомів та інших медичних фахівців.

- Важливою проблемою є створення в Україні системи підготовки кадрів, які беруть участь у наданні послуг паліативної та хоспісної допомоги. Не вистачає медичного персоналу з відповідною фаховою підготовкою з паліативної допомоги, медикаментів, обладнання тощо, не говорячи про невідповідні санітарно-гігієнічні умови, що в першу чергу зумовлено відсутністю відповідних стандартів і нормативів. Якщо провідні медичні ВНЗ країни запровадили програми до- та післядипломної підготовки лікарів та середніх медичних працівників з питань ПД, то практично відсутньою залишається система підготовки з питань ПД соціальних працівників, юристів, психологів, медичних капеланів та волонтерів.
- За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, за умови правильного застосування сильнодіючих анальгетиків пацієнт може повністю позбавитися від болю, однак в Україні лише 5-15 % осіб із невиліковними захворюваннями отримують адекватне знеболювання. [16].

Актуальність проблеми паліативної та хоспісної допомоги населенню суттєво зросла вже у другій половині, а особливо – наприкінці ХХ сторіччя у зв'язку із глибокими демографічними та соціальними змінами, які є характерними для більшості країн світу, у тому числі (в останні десятиріччя) і для України та характеризуються постійним зростанням кількості людей, що

вмирають від хронічних, тяжких, невиліковних хвороб. Вивчення світового досвіду в розвитку допомоги особам з важкими невиліковними хворобами та обмеженим терміном (прогнозом) життя дозволяє зробити висновок, що, згідно із сучасними концепціями, всі пацієнти, які підпадають до означеної категорії (а не тільки хворі в IV стадії онкологічного захворювання), в термінальному періоді життя (від 6 місяців до року) повинні обов'язково підлягати професійному паліативному медико-соціальному та психологічному нагляду та опікуванню, який здійснюється в спеціалізованих установах стаціонарного типу – хоспісах, так званих «паліативних» відділеннях ЗОЗ або в домашніх умовах [17].

1.2. Основні принципи лікування хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів.

Знеболення, як складова ПД хворого з ХрБС, зараз надається лікарями загальної практики / сімейними лікарями за територіальною ознакою в амбулаторних умовах (центр первинної медико-санітарної допомоги, поліклініка, сільська амбулаторія) та / або в умовах спеціалізованого медичного закладу з паліативної допомоги за місцем проживання хворого шляхом діагностики наявності та визначення ступеню больового синдрому, розробки та реалізації письмового комплексного плану контролю ХрБ у відповідності до потреб та переваг хворого за допомогою немедикаментозних та медикаментозних втручань.

Паліативна медична допомога в Україні хворому з ХрБС, купування якого не досягається на первинному рівні надання медичної допомоги (сімейними лікарями), надається в закладах вторинної медичної допомоги в амбулаторних умовах (спеціалізовані кабінети поліклінік) [23].

Клінічна характеристика ХрБС.

Біль є суб'єктивним відчуттям, яке виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень. З фізіологічної точки зору біль є біологічно важливим захисним механізмом, що сигналізує про життєву небезпеку та

сприяє збереженню організму. Разом з тим, біль надзвичайної сили та тривале больове подразнення, що спостерігається внаслідок росту злоякісної пухлини або з інших причин, формують стійкі патологічні реакції у периферичній та центральній нервовій системі. Хронічний біль являє небезпеку для організму, спричиняє нейрофізіологічні зміни та порушення гомеостазу організму. За тривалого перебігу сильного болю розвивається хронічний больовий синдром, що є притаманним багатьом хронічним хворобам та практично усім розповсюдженим видам злоякісних пухлин в III – IV клінічній стадії.

Типи хронічного болю.

Хронічний біль, в т.ч. при прогресуючому пухлинному процесі (III та IV-та клінічні стадії) може бути постійним або нападopodobним, залежно від локалізації патологічного осередку, його поширеності або попереднього лікування.

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний, дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль).

З урахуванням рекомендацій Міжнародної Асоціації вивчення болю (International Association for the Study of Pain; IASP) виділяють різні патогенетично обґрунтовані типи болю за джерелами виникнення. Кожен тип болю зумовлений різним ступенем ушкодження м'яких тканин, кісток та внутрішніх органів як самою злоякісною пухлиною, так і її метастазами. Розрізняють такі типи болю:

- Ноцицептивний біль

а) соматичний (подразнення ноцицепторів: ураження кісток; ураження м'яких тканин; м'язовий спазм);

б) вісцеральний (канцероматоз серозних оболонок; гідроторакс; асцит; перерозтягнення стінок порожнистих органів та капсули паренхіматозних органів)

- Нейропатичний (перезбудження або пошкодження нервових структур)

Каузалгія (біль, посилений симпатичними нервами – змішане порушення периферичної інервації у первинних ноцицептивних та постгангліонарних симпатичних волокнах за рахунок росту пухлини).

- Психогенний — біль без фізичних уражень, пов'язаний зі страхом, депресією, самонавіюванням пацієнта. З'являється в результаті сильних емоційних переживань і не піддається лікуванню знеболюючими засобами [48].

Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики.

Проблема оцінки та контролю сукупності клінічних симптомів, що викликають найбільші скарги пацієнтів в термінальний період життя, є важливим та складним клінічним завданням медичного працівника. Принциповим об'єктивним ускладненням щодо оцінки наявності та вираженості певного клінічного симптому у важко хворого в термінальній стадії є неможливість у більшості випадків застосувати певні стандартні діагностичні процедури з використанням додаткових (інструментальних та лабораторних) методів дослідження. У таких випадках лікар або медична сестра вимушені здебільшого орієнтуватися на суб'єктивні скарги хворого та його близьких або – у випадку непритомності хворого в останні дні та години життя – на свої власні спостереження та клінічний досвід.

Принципи та методи діагностики та оцінки хронічного больового синдрому.

Важливу роль у правильному виборі тактики лікування Хронічного больового синдрому відіграють правильна оцінка та методи діагностики типу, причин та інтенсивності хронічного болю з визначенням причин, які у пацієнтів слід будувати на основі:

- 1) простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю;
- 2) оцінки якості життя хворого;
- 3) оцінки індивідуальної реакції хворого на застосування анальгетичних ЛЗ чи інших симптоматичних методів лікування.

Враховуючи особливу фізичну та психологічну вразливість цієї когорти пацієнтів, виходячи із загальних гуманних та медико-етичних міркувань, застосування спеціальних інвазивних інструментальних та лабораторних методів дослідження в цій ситуації є обмеженим.

Комплекс діагностичних критеріїв для оцінки Хронічного больового синдрому

1) Анамнез ХБс (його тривалість, інтенсивність та тип проявів, локалізація, фактори, що підсилюють або послаблюють ХБс, засоби лікування, які застосовувалися раніше та ступінь їх ефективності) та дані клінічного огбстеження хворого, що надають інформацію про характер та поширеність пухлинного процесу або інших чинників болю, фізичний, неврологічний та психічний статус хворого.

2) Оцінка інтенсивності Хронічного больового синдрому.

Діагностика та його оцінка побудовані на застосуванні простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю і ефективності вживаних знеболюючих засобів. За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний / дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль). Оцінка інтенсивності болю на підставі суб'єктивних відчуттів хворого проводиться як до початку лікування, так і в процесі лікування болю для визначення ефективності знеболення. З цією метою в паліативній медицині найчастіше рекомендується використовувати 5-бальну шкалу вербальних оцінок інтенсивності хронічного болю, згідно з якою: 0 — болю немає, 1 бал — слабкий, 2 бали — помірний, 3 бали — сильний, 4 бали — найсильніший біль. Пропонується також застосування візуально-аналогової шкали інтенсивності болю від 0 до 100 % у вигляді лінії, завдовжки 10 см, на якій пацієнт сам позначає силу своїх больових відчуттів. Подібні шкали необхідні для кількісної характеристики динаміки інтенсивності Хронічного больового синдрому в процесі лікування та вибору необхідних знеболюючих засобів і схем їх застосування.

3) Оцінка якості життя хворого:

(1) - нормальна фізична активність;

(2) - фізична активність є дещо зниженою; при цьому пацієнт може самостійно відвідувати лікаря;

(3) - фізична активність помірно знижена (ліжковий режим менше 50% денного часу);

(4) - фізична активність значно знижена (ліжковий режим більше 50% денного часу);

(5) - мінімальна фізична активність (повний ліжковий режим). Для більш детальної оцінки больового синдрому та якості життя застосовується цілий комплекс критеріїв, який включає врахування ступеня соціальної активності людини, професійної діяльності, духовності, сексуальних функцій, задоволення лікуванням.

4) Оцінка реакції організму хворого на терапію ХБс, зокрема наявності переносимості, побічних ефектів лікарських засобів та інших лікувальних процедур. Найчастіше доводиться оцінювати побічні ефекти знеболювальних засобів за їх характером, вираженістю та частотою. Вираженість побічних ефектів може бути оціненою за такою шкалою:

- 0 - відсутні побічні ефекти;
- 1 - побічні ефекти слабо виражені;
- 2 - побічні ефекти виражені помірно,
- 3 - побічні ефекти сильно виражені.

При оцінці побічних ефектів ЛЗ необхідно також мати на увазі, що багато симптомів, схожих з побічними ефектами препаратів (поганий апетит, нудота, блювання, запори та ін.), мають місце у пацієнтів з Хронічним больовим синдромом внаслідок самої недуги і не пов'язані з введенням знеболювальних засобів.

5) Показники фізичного стану хворого можуть бути діагностованими в різному обсязі залежно від умов перебування хворого (стаціонар або вдома), найчастіше це: маса тіла в динаміці, клінічні показники кровообігу, дихання, сечовиділення, загальні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи крові, рентгенологічні дослідження тощо.

6) Спеціальні дослідження, в основному спрямовані на оцінку реакції організму хворого на анальгетичну дію ЛЗ та побічних ефектів знеболювальних засобів та інших засобів лікування болю (сенсометрія, електроенцефалографія, спірографія, визначення рівнів у плазмі показників стресу – кортизолу,

соматотропного гормону, глюкози та ін.) проводяться рідко і тільки за згодою хворого.

На підставі анамнестичних, задокументованих та діагностичних даних встановлюються причина, тип, інтенсивність больового синдрому, локалізація болю, наявність супутніх ускладнень та психічних порушень. Всі ці критерії повинні ставати за основу для розробки індивідуального клінічного протоколу (клінічного маршруту) лікування хронічного больового синдрому у даного хворого.

Лікування Хронічного больового синдрому.

Існують немедикаментозні (застосовуються, переважно, при слабкому або помірному болю) та медикаментозні (фармакологічні) методи контролю Хронічного больового синдрому в ПД.

Загальні клінічні підходи до лікування (контролю) Хронічного больового синдрому:

1. Етіологічна терапія: фармакологічна, хірургічна, променева.
2. Системна фармакотерапія: переважно неінвазивна (оральна, сублінгвальна, ректальна, трансдермальна), а також парентеральна.
3. Локальна фармакотерапія: епідуральне, інтратекальне, інтравентрикулярне введення знеболювальних засобів.
4. Блокада нервів, нейролізис, кріоаналгезія.
5. Електростимуляційна анальгезія: черезшкірна, спинальна, церебральна.
6. Деструктивна нейрохірургія: термокоагуляція ганглію Гасера, висока черезшкірна хордотомія, відкрита хордотомія.
7. Психотерапія та психотерапевтичні методи: зняття напруги, метод «зворотнього зв'язку», гіпноз та ін.

8. Допоміжні засоби: корсети, протези, протипролежневі пристрої.

Схема та лікарські препарати для медикаментозного лікування Хронічного больового синдрому.

Комплекс фармакологічних міроприємств, спрямованих на контроль Хронічного больового синдрому, ґрунтується на уявленні про те, що, виходячи з можливостей сучасної клінічної медицини, зокрема фармакотерапії

високоєфективними анальгетиками, біль може бути ліквідований у 80-90% пацієнтів (включно пацієнтів з IV стадією пухлинного процесу). Фармакологічне протибольове лікування побудоване на застосуванні таких класів ЛЗ:

1. Нестероїдних протизапальних лікарських засобів (НПЗЛЗ) та ненаркотичних знеболювальних засобів;
2. Наркотичних (опіоїдних) знеболювальних засобів;
3. Допоміжних (ад'ювантних) ЛЗ, дія яких спрямована на підсилення та оптимізацію дії знеболювальних засобів. Разом з тим, висновки експертів ВООЗ свідчать про те, що ефективно зарадити сильному болю можна лише при застосуванні опіоїдних знеболювальних засобів.

Рівні знеболення в паліативній онкології згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Сучасна концепція фармакотерапії Хронічного больового синдрому ґрунтується на уявленні про певні рівні (етапи) знеболення та покладені в основу трьох етапів – так званих «3-х сходинок» ВООЗ (англ. ladder – сходинки) – лікування хронічного болю у паліативній онкології, розробленого і запропонованого ВООЗ.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та ІАРНС (2008), існують три основних рівні знеболення при Хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів:

1 рівень – за наявності слабкого болю – призначають ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби з анальгетичною дією, за необхідності з використанням додаткових (допоміжних, ад'ювантних) ЛЗ, спрямованих на потенціювання дії знеболювальних засобів та контроль інших симптомів недуги, зокрема препаратів заспокійливої дії.

2 рівень – за наявності помірного болю та неефективності одних лише ненаркотичних знеболювальних засобів додатково до препаратів 1-го рівню призначають слабкі наркотичні (опіоїдні) анальгетики. Зазвичай це трамадол і кодеїн. Болезаспокійливий ефект досягається за рахунок впливу на опіатні рецептори центральної нервової системи і заміщення ендорфінів — «гормонів радості», вироблення яких при інтенсивних болях зменшується.

3 рівень – за наявності сильного та нестерпного болю та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають препарати потужних опіоїдних знеболювальних засобів з групи морфіну, не виключаючи при цьому ненаркотичних знеболювальних засобів та необхідних допоміжних (симптоматичних) лікарських засобів. Підбір доз опіоїдних знеболювальних засобів здійснюється за висхідним принципом (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармакотерапевтичного ефекту. Медикаменти третього етапу — це сильні опіати, ключовий з яких — морфін. Однак є речовини більш щадні, що викликають менше звикання. Це бупренорфін ; піритрамід, фентаніл.

Лікування Хронічного больового синдрому неопіоїдними анальгетиками.

НПЗЛЗ - група препаратів, що включає нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби, які ефективні лише в початковій (локальній) фазі розвитку злякисного новоутворення, тобто фазі подразнення ноцицепторів, що відповідає переважно слабкому та помірному болю. До них належать парацетамол, ібупрофен, аспірин, мелоксикам та ін. При болю в м'язах і суглобах — диклофенак, етодолак та ін. У перші дні препарати можуть викликати загальну втому і сонливість, що проходить самостійно або коригується зміною дозування. Якщо прийом таблеток не дає потрібного результату, переходять до ін'єкційного введення препаратів [48, 49, 50].

Лікування Хронічного больового синдрому опіоїдними анальгетиками

При хронічному болю, що не піддається дії ненаркотичних знеболювальних засобів та НПЗЛЗ призначають опіоїдні анальгетики. Головним представником («золотим стандартом») знеболювальних засобів цього класу є морфін. Фундаментальний принцип якісної медичної практики полягає у лікуванні болю з застосуванням найменш інвазивних медичних втручань, Підкреслюючи переваги для паліативної медицини пероральних форм морфіну, слід також зазначити, що саме вони забезпечують пацієнту, що знаходиться поза межами ЗОЗ, можливість самостійно (або за допомогою членів родини) купірувати біль при його виникненні або посиленні, зокрема в нічний період, не чекаючи прибуття медичного працівника, а також уникнути ін'єкцій, особливо болісних при генералізованому больовому синдромі. Тим

більше неприпустимим з етичної точки зору є положення, коли обмеження в застосуванні опіоїдних знеболювальних засобів застосовуються до хворого в термінальній фазі під приводом можливості виникнення у нього залежності. Абсолютно зрозуміло, що як із суто клінічного погляду, так і з міркувань загальної гуманності, питання про безпеку виникнення хворобливої залежності в цих умовах вже не є актуальними і не мають сенсу (WHO. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986).

Принципи лікування Хронічного больового синдрому опіоїдними анальгетиками.

Для прогнозування на тривале отримання опіоїдної аналгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з пухлинним процесом, використовується оцінка DIRE

Важливі принципові рекомендації застосування опіоїдних знеболювальних засобів запропоновані Національною фундацією боротьби з болем (США) (National Foundation for the Treatment of Pain; USA) [<http://www.paincare.org/>], головні з яких полягають у таких положеннях:

1. При застосуванні опіоїдів повинні виконуватися стандартні фармакологічні принципи, а саме:

а. Лікарський засіб, що застосовується, повинен застосовуватися згідно з рекомендованою ВООЗ концепцією «сходинок» (ladder), тобто починатися з початкового доступного опіоїду і рухатися «наверх» до більш потужних препаратів опіоїдної групи на підставі виключно клінічної ефективності застосування попереднього препарату. Доза та схема застосування препарату повинна також титруватися «наверх» з поступовим раціональним збільшенням дози, уважним контролем клінічного ефекту, ускладнень та побічної дії.

б. Побічні ефекти та ускладнення повинні суворо контролюватися та реєструватися і враховуватися в схемі подальшого дозування препарату. Побічні ефекти та застереження: Поширені: закріпи, сухість в роті, нудота/блювання, виділення поту, седація. Такі, що рідко зустрічаються: галюцинації під час сну, дисфорія, делірій, міоклонічні судоми, сверблячка/уртикарії, бронхоспазм, затримка сечі, пригнічення дихання.

2. При виборі препарату опіоїдів повинні враховуватися рекомендації відомих міжнародних фармакологічних ресурсів.

а. Максимальна доза ЛЗ з класу опіоїдів, що застосовується в паліативній медицині, повинна обґрунтовуватися лише досягненням необхідного клінічного ефекту.

б. Пригнічення дихання є головним побічним ефектом опіоїдів, тому саме цей ефект повинен суворо контролюватися. Інші побічні ефекти, такі, як седація, нудота, сверблячка та закріп повинні лікуватися симптоматично. Якщо ці реакції не усуваються, необхідно перейти до вживання іншого опіоїду.

в. Пацієнт повинен бути проінформований про можливість фізіологічної залежності та її чітку відмінність від аддиктивних порушень.

г. Псевдоаддикція полягає в ситуації, коли пацієнт змушений вимагати додаткової дози ЛЗ, оскільки призначена доза опіоїду є недостатньою для повного вгамування болю.

д. Пацієнтів не можна дезінформувати в тому сенсі, що споживання опіоїду обов'язково призведе до виникнення аддиктивної залежності, оскільки це не підтверджено науково обґрунтованими доказами.

є. Пацієнтів не можна дезінформувати, що опіоїди обов'язково спричиняють органотоксичність та ушкодження головного мозку.

3. Опіоїдні ЛЗ повинні застосовуватися для полегшення болю і страждань тільки в разі:

а. Надійного встановлення діагнозу захворювання, що є причиною больового синдрому.

б. Боротьбу з болем треба проводити, використовуючи всі можливі медичні підходи: фармакологічні, фізіотерапевтичні, психіатричні, психологічні, хірургічні та інші. Лікар повинен вжити всіх сил для якнайшвидшої ліквідації больового синдрому у хворого.

4. Для ліквідації нестерпного болю треба застосовувати ін'єкції анальгетичних засобів [49, 50].

Лікарські препарати ад'ювантної дії.

На усіх етапах знеболювання при лікуванні Хронічного больового синдрому необхідним є призначення ад'ювантної (додаткової, допоміжної) фармакотерапії. Ця група ЛЗ нейро- та психотропної дії, що можуть збільшувати ефективність дії лікарських засобів з суто анальгетичними ефектами, розширювати терапевтичний діапазон дії останніх. Ад'ювантні ЛЗ потенціюють дію знеболювальних засобів та мають самостійну анальгетичну дію при ноцицептивному та, особливо, невропатичному болю. До таких засобів належать ЛЗ з класів антидепресантів, протисудомних засобів, анксиолітиків, нейролептики, снодійні та седативні препарати, антигістамінні засоби, місцеві анестетики, агоністи центральних альфа-адренорецепторів.

Контроль невропатичного болю

Особливого значення застосування ад'ювантних ЛЗ має за умов нестерпного невропатичного болю, що не може бути купіруваним класичними ЛЗ анальгетичної дії. В цій клінічній ситуації рекомендується застосовувати такі групи препаратів:

1. Опіюїдні анальгетики.
2. Глюкокортикостероїди.
3. Ад'ювантні ЛЗ.

Біль при ураженні кісткової тканини

Причиною важкого та нестерпного болю у онкологічних пацієнтів часто стають метастази в кістки, що супроводжуються остеокластичною резорбцією кісток, гіперкальціємією та патологічними переломами. З метою зменшення патологічного процесу в кістковій тканині та, відповідно, полегшення больового синдрому, в паліативній допомозі застосовують препарати бісфосфонатів та кальцитоніну, що є інгібіторами остеокластичних процесів. Знеболююча дія бісфосфонатів зумовлена зменшенням остеокластичної активності та гіперкальціємії та клінічно підтверджена при кістковому болю внаслідок метастазів пухлин молочної залози та пухлин передміхурової залози.

Оцінка DIRE: Відбір пацієнтів для тривалого отримання опіюїдної анальгезії

Оцінка DIRE — це клінічний рейтинг, який використовується для прогнозування на тривале отримання опіоїдної аналгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з пухлинним процесом. Вона складається з 4 факторів, які оцінюються окремо, а потім складаються, щоб створити оцінку DIRE: діагностика, непіддатливість, ризик і ефективність. Фактор ризику розбивається на чотири підкатегорії, в яких рейтинг визначається окремо; потім бали складаються, щоб отримати показник. Підкатегорії ризику — це психологічне здоров'я, хімічне здоров'я, достовірність і соціальна підтримка. Кожен фактор оцінюється за шкалою від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливому випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник використовується для визначення того, чи є пацієнт підходящим кандидатом для опіоїдної аналгезії. Результати можуть варіюватися від 7 балів, як найнижчий показник (пацієнт отримує всі 1) до 21 бали, як найвищий показник (пацієнт отримує все 3). У дослідженні надійності та достовірності більш високі бали (14 або вище) свідчать про більш успішний процес призначення щодо податливості хворого та ефективності лікування.

Загальний бал D+I+R+E = _____

Бали 7-13: Не підходящий кандидат для довготривалої опіоїдної аналгезії

Бали 14-21: Може бути належним кандидатом для довготривалої опіоїдної аналгезії [21, 24-38].

Онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато більш серйозних психосоціальних наслідків, ніж будь-яке інше захворювання. Це пояснюється тим, що воно асоціюється з потужними множинними стресами, котрі виникають із різних джерел, причому ці стреси впливають на людину на різних етапах розвитку захворювання [39]. Хвороба стає причиною психічних переживань, розладів, що виявляються у формі хронічного стресу і впливають на виникнення та перебіг пухлинного процесу. Депресія та відчуття безнадійності, знижують імунітет, зменшують проліферацію лімфоцитів [40]. Має місце модель перебігу реакції онкологічного недужого, яка складається з п'яти фаз реакції: заперечення, агресії, фаза прийняття діагнозу, депресії і апатії

[41]. Особливе місце в моделюванні процесу формування в організмі людини злоякісної пухлини посідає модель виникнень та регресії пухлин, яка дає можливість зрозуміти, як саме відбувається патологічний процес, та на його основі побудувати не тільки медичну, але й психосоціальну допомогу онкологічним хворим [42]. У процесі надання допомоги онкологічному хворому застосовують технологічні підходи з арсеналу психотерапії, які використовують з метою допомогти пацієнтові впоратися з реакцією на діагноз і на стандартне лікування, на подолання депресії та тривоги, котрі виникають у людей із пухлинною хворобою. Психотерапія здійснюється шляхом застосування технологічних прийомів, серед них:

1. Поведінкова терапія (модифікація поведінки). Спрямована на заміну проблематичної моделі поведінки недужого більш здоровою відповіддю на ситуацію, яка виникла, використовують прийоми на розслаблення м'язів [39, 43].

2. Тілесно-орієнтована терапія. Різновид терапії, котрий заснований на вірі в те, що емоції зберігаються в організмі й можуть проявлятися у вигляді фізичного напруження, обмежень. З метою допомогти онохворим «відпустити» негативні емоції, які накопичились в організмі, у цій терапії використовують дихальні техніки, рухи, управління артеріальним тиском [39, 44].

3. . Когнітивна терапія (когнітивно-поведінкова терапія). Психотерапевт допомагає онкологічним хворим навчитися перепрограмувати шкідливі внутрішні повідомлення й створювати позитивні розмови із самим собою, мати позитивний внутрішній діалог [39, 45].

4. Групова психотерапія. Різновид соціальної роботи у групі, до котрої належать онкологічні хворі або інваліди, які перенесли стандартне лікування з приводу злоякісної пухлини. Мета групової терапії – надати корисну інформацію, обмінятися, навчитися необхідним навичкам, допомогти зменшити занепокоєння та поділитися загальною турботою, емоційною підтримкою для поліпшення якості життя [39, 45, 46, 47].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Нами було обстежено 94 онкологічних пацієнти, які знаходились на лікуванні у КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради та під спостереженням районного лікаря-онколога протягом 2019-2020 рр.

У 94 хворих на злоякісні пухлини для діагностики хронічного больового синдрому нами використано прості, загальнодоступні, неінвазивні методи, які не вимагали складних досліджень і не погіршували стану пацієнтів.

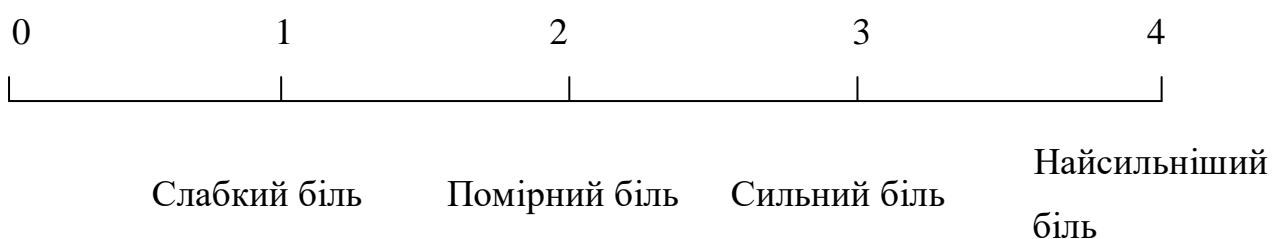
При поступленні на стаціонарне лікування нами вивчались скарги пацієнтів, дані анамнезу хвороби, здійснювалось об'єктивне обстеження хворого за органами і системами, усім хворим проводили загальний аналіз крові та загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, визначали групу крові, та резус-факторь. Для з'ясування ступеня поширеності пухлинного процесу проводили рентгенографію, комп'ютерну томографію, УЗД.

Для оцінки хронічного больового синдрому нами використані такі методи дослідження:

Анамнез болю. Визначали тривалість, локалізацію, інтенсивність, характер болю, ефективність методів знеболення, які застосовувались, залежність болю від інших факторів.

Огляд недужого. Оцінювали характер і розповсюдженість пухлинного процесу; можливі причини болю; фізичний, неврологічний і психічний статус хворого.

Оцінка інтенсивності болю. Інтенсивність або тяжкість болю ми оцінювали за шкалою вербальних оцінок (ШВО) (рис. 2.1).



Нами було обстежено 94 пацієнтів з різними локалізаціями болю та різними больовими синдромами. Найчастіше зустрічались вісцеральний больовий синдром, плексопатія та остеопатія.

Також нами визначено перелік ненаркотичних анальгезуючих препаратів, які використовуються в КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради.

В роботі ми оцінювали ефективність знеболюючої терапії до лікування і на третій день лікування. Отримані результати були оцінені статистично за непараметричними показниками.

Для визначення потреби пацієнтів у немедикаментозній терапії, зокрема, у психологічній допомозі, ми пацієнтам пропонували дати відповіді на такі запитання:

1. Чи зросла у Вас напруженість у сімейних відносинах у зв'язку із Вашим захворюванням?
2. Чи збузилося коло Вашого спілкування у зв'язку із Вашим захворюванням?
3. Чи впевнені Ви у правильності призначеного Вам лікування?
4. Чи відчуваєте Ви почуття провини за свою хворобу?
5. Чи відчуваєте Ви себе тягарем для родини?
6. Чи звертались Ви до нетрадиційної медицини у зв'язку із Вашим захворюванням?
7. Чи маєте Ви почуття тривоги?
8. Чи Ви дратівливі?
9. Чи маєте Ви порушення сну?
10. Чи боїтеся Ви загрози смерті?

Відповідь повинна була бути «Так» або «Ні».

В роботі також використані такі методи наукового дослідження:

- теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, класифікація, прогнозування);
- епідеміологічний,
- демографічний,

- математичної статистики – для обробки результатів експериментальної роботи, перевірки їх валідності та достовірності.

У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з теми роботи.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили згідно методу варіаційної статистики, а також за допомогою ліцензованої програми Microsoft Office 2019.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

3.1. Характеристика характеру і частоти хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів.

Нами обстежено 94 хворих на злоякісні пухлини, які знаходились на лікуванні у КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради та під спостереженням районного лікаря-онколога протягом 2019-2020 рр.

За результатами проведеного дослідження, у значної частини хворих (45 пацієнтів) больовий синдром був в основному пов'язаний з метастатичним ураженням кісток.

Характеристика локалізацій злоякісних пухлин, статі пацієнтів та їх віку наведена в таблиці 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Групи хворих, у яких діагностували метастази в кістки
(розподіл за локалізаціями, статтю і віком)

№ п/п	Локалізація злоякісних новоутворень	К-сть хворих	%	Число хворих за статтю		Число хворих за віковими групами		
				чол.	жін.	30-45 рр.	46-60 рр.	61-75 рр.
1	Рак молочної залози	16	35,5	–	16	2	8	6
2	Рак легенів	13	28,9	9	4	1	7	5
3	Са кісток	1	2,2	1	-	–	–	1
4	Рак стравоходу	1	2,2	1	–	–	1	
5	Рак передміхурової залози	10	22,2	10	–	–	1	9
6	Інші	4	8,9	3	1	2	1	1
7	Всього	45	100,0	24	21	5	18	22

Найчастіше в кістки метастазує рак молочної залози, передміхурової залози, рак щитоподібної залози, легень, нирок.

Вважається, що кістковий біль є результатом подразнення періостальних ноцицепторів. Наростаючий біль у кістках нижніх кінцівок, навіть при відсутності рентгенологічних ознак місцевого прогресування процесу, повинен розглядатися клініцистом як стан з потенційною загрозою патологічного перелому. Ураження кісток метастатичним процесом часто супроводжується іррадіацією болю у віддалені ділянки тіла.

За походженням кістковий больовий синдром розділяють на:

а) біль, спричинений збільшенням об'єму кісткового мозку (це характерно для плоских кісток) або інфільтрацією кісткового мозку з періостальною реакцією (характерно для трубчастих кісток). Діагностика в даному випадку досить складна, тому що рентгенологічні дані і, навіть дані комп'ютерної томографії важко на початку інтерпретувати вірно. Крім того, біль має мігруючий характер і його інтенсивність залежить від хіміотерапії чи вживання кортикостероїдів. Найчастіше такий біль спостерігається в плоских кістках при гострій лейкемії, мієломній хворобі, рідше внаслідок дифузної інфільтрації кісткового мозку солідними пухлинами (рак молочної залози, меланома). Тоді біль, як правило, локалізується в довгих трубчастих кістках, однак може уражатися також і хребет. Клінічно це проявляється локальною суб'єктивною болючістю та болем при перкусії і пальпації;

б) вертеброгенний больовий синдром. Хребет є найчастішим місцем метастатичного ураження кісткової тканини. Грудний відділ хребта уражається більш ніж у 2/3 випадків, попереково-крижовий – у 20 %, шийний відділ – у 10 % випадків. Біль при хребцевих метастазах проявляється інтенсивніше в лежачому положенні, ніж сидячому (при грижах міжхребцевого диска – навпаки). В уражених місцях відмічається також спазм м'язів і болючість хребта при пальпації. Часто біль іррадіює в нижні кінцівки, при цьому симптом Ласега може бути позитивний без клінічних проявів радикулопатії. Основні ускладнення метастатичного ураження хребта: деструкція хребців, радикулопатії, епідуральна компресія спинного мозку. Деструкція хребців

найбільш характерна для грудного і поперекового відділів хребта. Значно виражені больові відчуття (здавлюються нервові корінці) і локальна деформація хребта вказують на зростаючий ризик компресії спинного мозку.

в) епідуральна компресія спинного мозку (ЕКСМ) – найбільш небезпечне ускладнення метастатичного ураження хребта, яке катастрофічно погіршує якість життя хворого. ЕКСМ трапляється в 5-10 % онкологічних хворих. Метастази солідних пухлин, проростаючи тіло хребця, уражають структури спинного мозку. При больовому синдромі без неврологічної симптоматики за рентгенологічними змінами в хребті в 60 % випадків можна передбачити епідуральну інвазію пухлини. Злоякісна лімфома, парагангліома і нейробластома інфільтрують епідуральний простір і міжхребцеві отвори. При цьому в 70 % пацієнтів не виявляють змін в хребті під час рутинного рентгенологічного обстеження. Без лікування ЕКСМ спричиняє пара- або тетраплегію. Отже, своєчасна діагностика є вирішальною в ефективності лікувальних міроприємств й попередженні параплегії. ЯМР – візуалізація ураження спинного мозку є найбільш чутлива і специфічна. Комп'ютерна томографія та мієлографія – альтернативні методи дослідження. Сканування і рентгенографія використовуються як скринінгові тести, однак вони є неспецифічними і менш чутливими, ніж ЯМР чи КТ.

Нами проведена візуалізація отриманих даних (рис. 3.1.1).

Як ілюструє рис.3.1.1, переважно больовий синдром був в основному пов'язаний з метастатичним ураженням кісток при пухлинах молочної залози, пухлинах ленень та передміхурової залози.

На рис. 3.1.2 наведено розподіл пацієнтів за статтю.

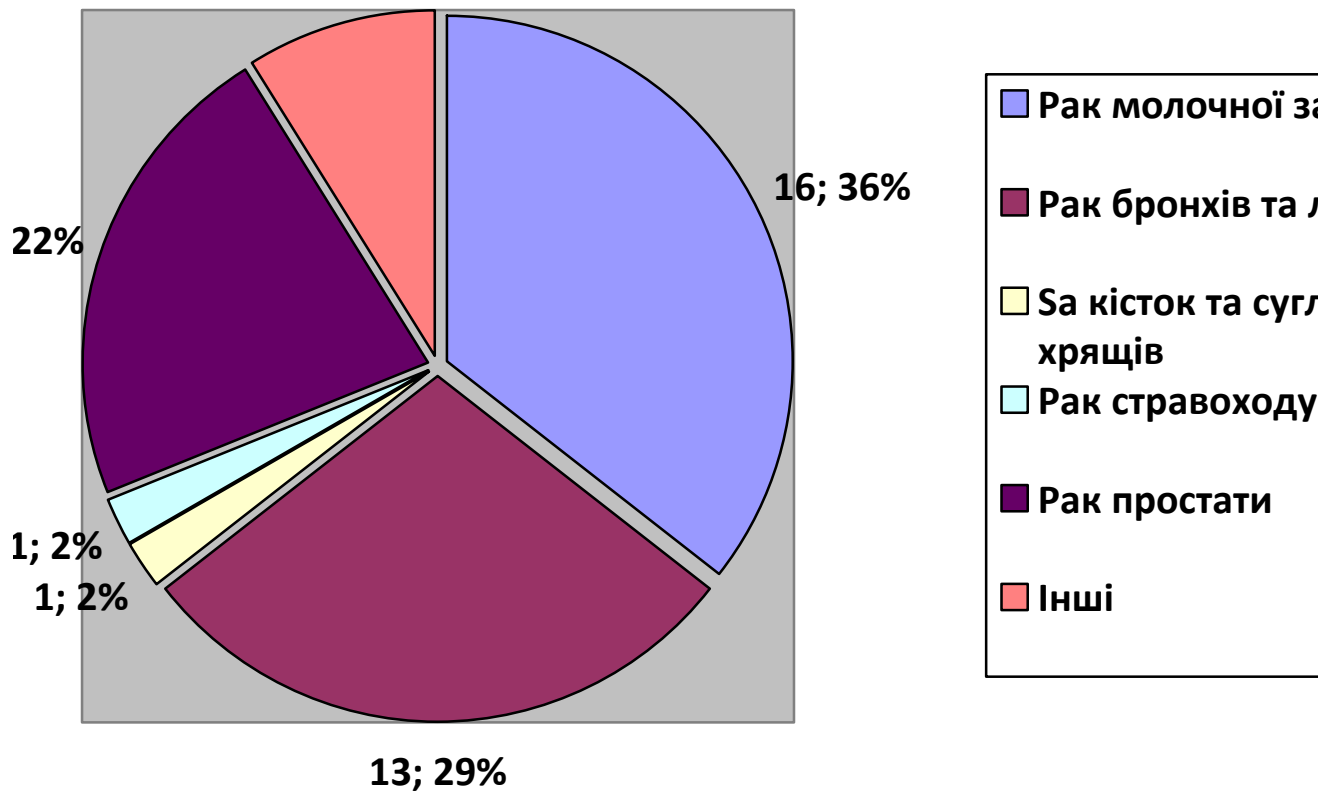


Рисунок 3.1.1. Розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за локалізаціями пухлини.

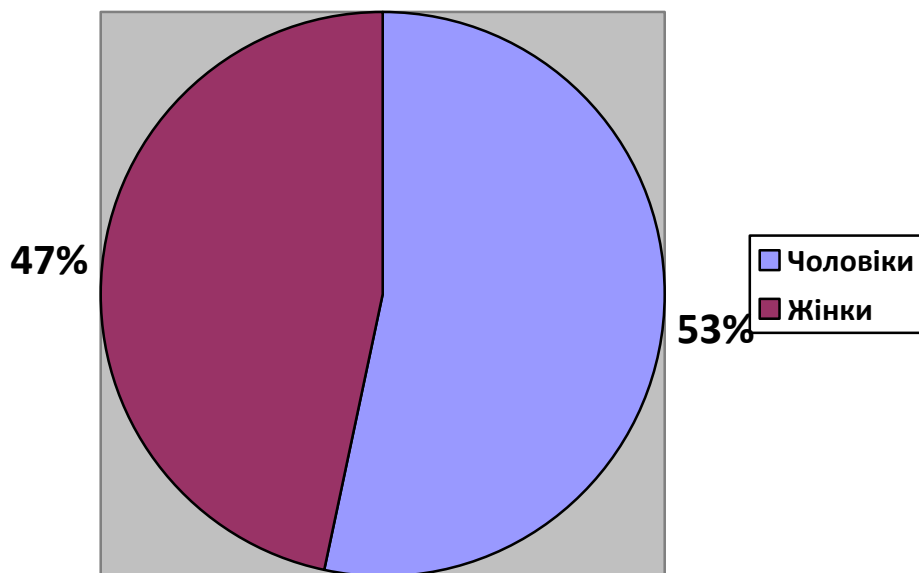


Рисунок 3.1.2. Розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за статтю.

Отже, розподіл пацієнтів за статтю був при близьно однаковим.

На рис. 3.1.3 наведено розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за статтю відповідно до локалізації первинної пухлини.

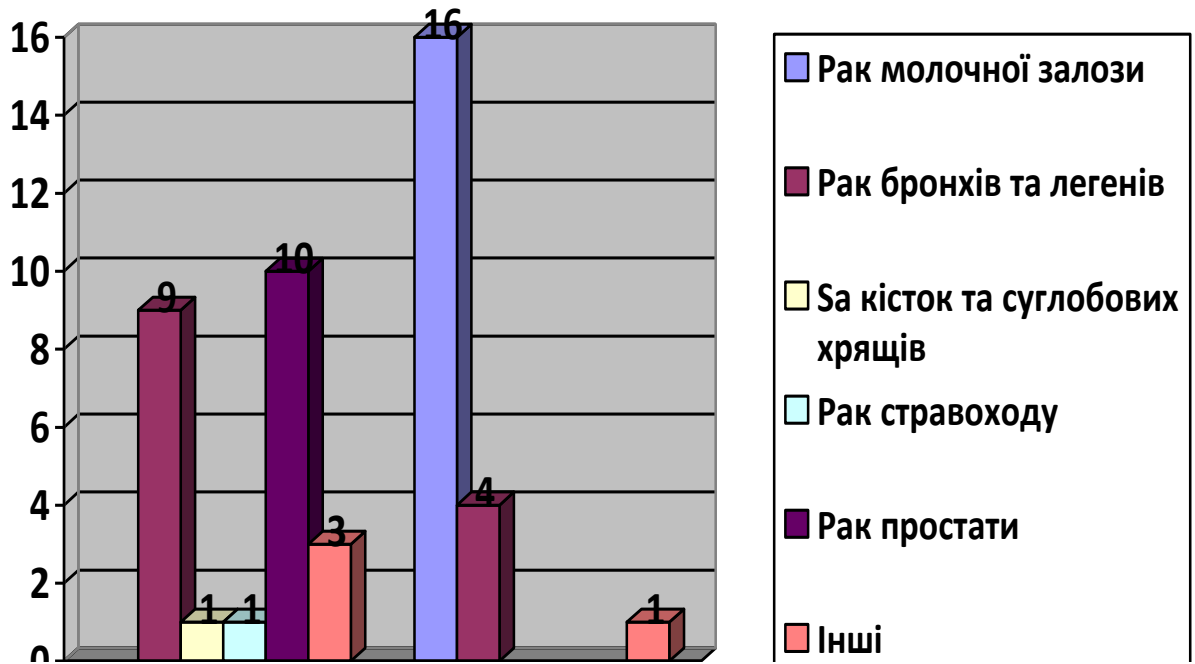


Рисунок 3.1.3. Розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за статтю відповідно до локалізації первинної пухлини.

Як ілюструє малюнок, серед чоловіків переважали пацієнти із пухлинним процесом легень та передміхурової залози, у жінок – із пухлинним процесом молочної залози, хоча досить високим показником відмічався і рак легень.

На рис. 3.1.4 наведено розподіл пацієнтів за віком.

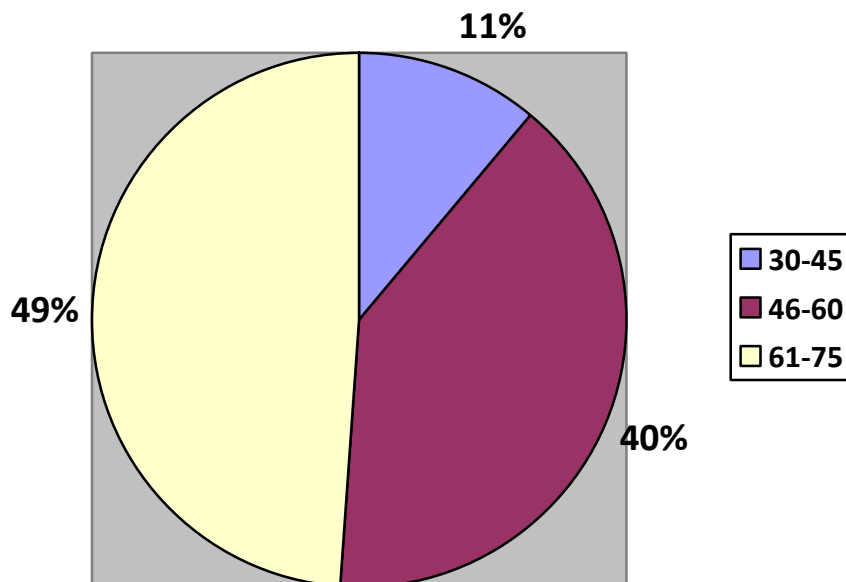


Рисунок 3.1.4. Розподіл пацієнтів за віком.

Як видно із рис. 3.1.4, переважали пацієнти старшої вікової групи.

На рис. 3.1.5 наведено розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за віком відповідно до локалізації первинної пухлини.

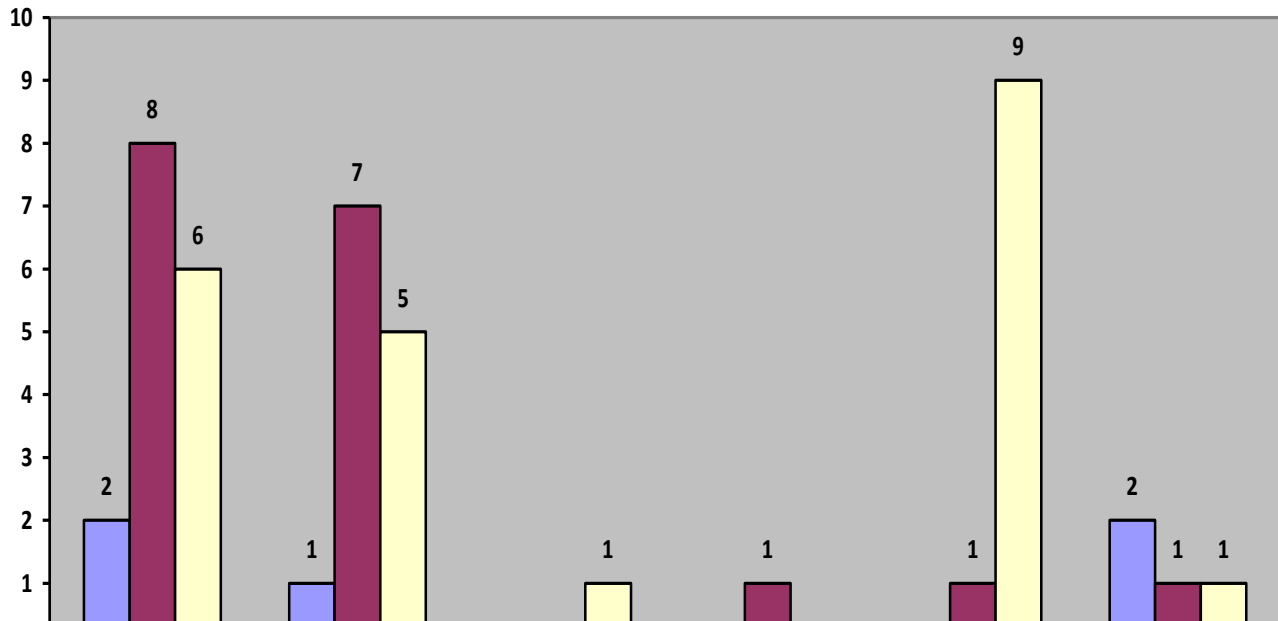


Рисунок 3.1.5. Розподіл хворих із метастатичним ураженням кісток за віком відповідно до локалізації первинної пухлини.

Згідно даних, наведених в таблиці 3.1.5, серед жінок з пухлинами молочної залози переважали особи віком 46 – 75 років. Також ситуація спостерігалась і у пацієнтів із пухлинним процесом легень. Для чоловіків із пухлинним процесом передміхурової залози було характерне переважання осіб старшої вікової групи (65 – 70 років). Щодо інших локалізацій пухлин (гемобластози), то переважали пацієнти відносно молодого віку (30 – 45 років).

За результатами проведеного дослідження, у частини хворих (12 пацієнтів) больовий синдром спостерігався у вигляді плексопатії.

Плексопатія – це біль, спричинений пухлинною інфільтрацією нервових сплетень.

Шийна (цервікальна) плексопатія виникає як результат прямого ураження шийного нервового сплетення пухлинами голови і шиї або збільшеними лімфатичними вузлами шиї внаслідок метастатичного ураження.

Брахіальна плексопатія. Найчастішою причиною брахіальної плексопатії є метастази пухлин молочної залози, легень і лімфоми. Ураження на рівні C₇-

Th₁ є найбільш типовими. Біль у 85% випадків є першим симптомом, що на декілька тижнів чи місяців передує появі інших неврологічних симптомів. Епідуральна інвазія зустрічається в 30 % випадків й асоціюється з панплексопатією чи синдромом Горнера. Тому МРТ- або КТ-зображення епідурального простору необхідні перед початком променевої терапії.

Люмбосакральна плексопатія виникає переважно при злоякісних пухлинах тазових органів. Больовий синдром – є першою ознакою метастатичного ураження в більшості випадків. Неврологічні прояви залежать від локалізації ураження : L₁-L₄ верхня плексопатія; L₄-S₁ – нижня; L₁-S₃-панплексопатія.

За результатами проведеного дослідження, у значної частини хворих (12 пацієнтів) больовий синдром був в основному пов'язаний з плексопатією.

Характеристика пацієнтів наведена в таблиці 3.1.2.

Таблиця 3.1.2.

Групи хворих, у яких діагностували плексопатію
(розподіл за локалізаціями, статтю і віком)

№ п/п	Локалізація злоякісних новоутворень	К-сть хворих	%	Число хворих за статтю		Число хворих за віковими групами		
				чол.	жін.	30-45 рр.	46-60 рр.	61-75 рр.
1	Рак кореня язика	1	8,3	1	–	–	–	1
2	Рак привушної залози	2	16,6	2	-	-	-	2
3	Рак глотки	3	25,0	3	–	–	2	1
4	Рак гортані	3	25,0	3	–	–	1	2
5	Рак щитовидної залози	3	25,0	2	1	–	1	2
6	Всього	12	100,0	11	1	0	4	8

На рис. 3.1.6 зображено розподіл хворих із плексопатією за локалізацією основної пухлини.

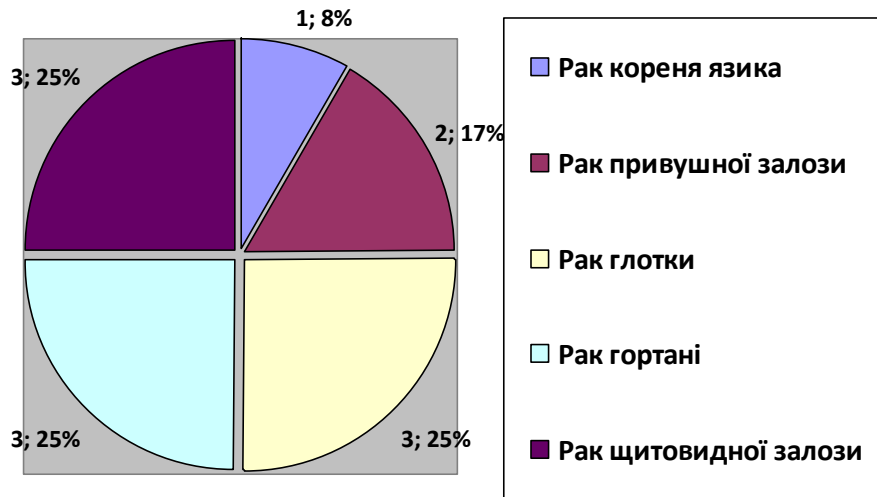


Рисунок 3.1.6 Розподіл хворих із плексопатією за локалізацією основної пухлини.

Як видно із рисунку, переважну більшість плексопатій були спричинені пухлинним процесом гортані, глотки та щитовидної залози.

На рис. 3.1.7 наведено розподіл пацієнтів із плексопатією за статтю.

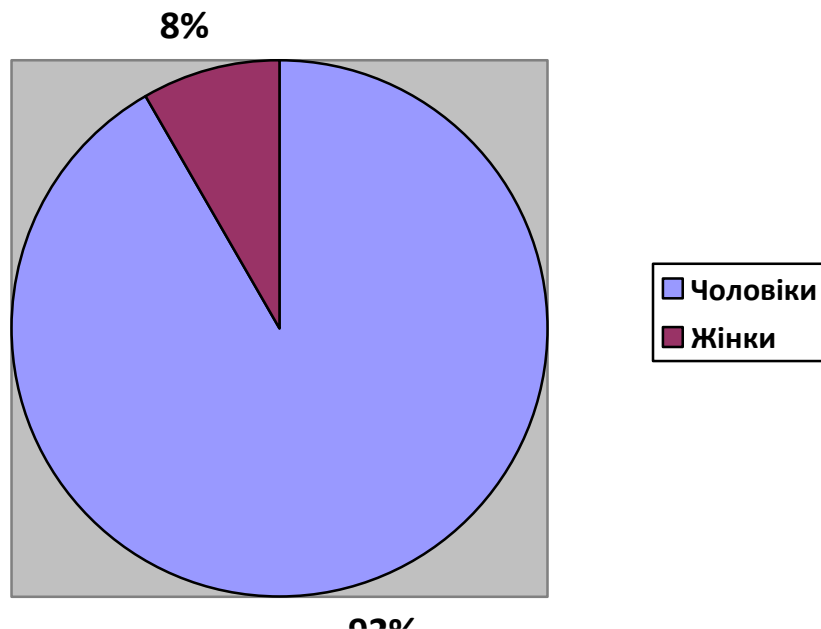


Рисунок 3.1.7. Розподіл хворих із плексопатією за статтю.

Як ілюструє рисунок, серед пацієнтів переважали особи чоловічої статі.

На рис. 3.1.8 наведено розподіл пацієнтів із плексопатією за віком.

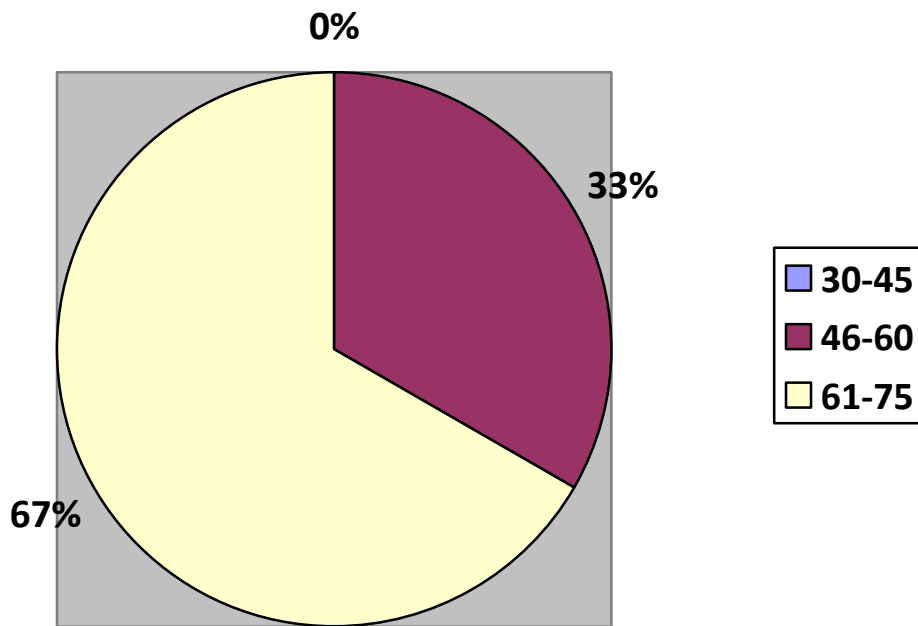


Рисунок 3.1.8. Розподіл пацієнтів із плексопатією за віком.

Як видно із рисунку, переважали пацієнти старшої вікової групи.

За результатами проведеного дослідження, у значної частини хворих (37 пацієнтів) больовий синдром був в основному пов'язаний з вісцеральним больовим синдромом.

Вісцеральний больовий синдром має свої характерні особливості залежно від ураженого органа.

Пухлини стравоходу – характерний медіастинальний больовий синдром: біль за грудиною та в епігастрії з іррадіацією під лопатки; біль підсилюється при ковтанні.

Пухлини підшлункової залози, шлунку – епігастральний больовий синдром з іррадіацією в поперекову ділянку.

Пухлини печінки - больові відчуття локалізуються в правому верхньому квадранті черевної порожнини з іррадіацією в праву лопатку, праву половину шиї і надпліччя. Швидке наростання болю часто може бути результатом кровотечі або хіміоеMBOLІЗАЦІЇ. При втягненні жовчних шляхів в патологічний процес з'являється колькоподібний біль.

Селезінка (спленомегалія) – біль локалізується у лівому верхньому квадранті черевної порожнини.

Больові синдроми часто виникають у результаті перфорації чи пенетрації пухлиною стінки порожнистих органів (наприклад, шлунка, товстої кишки), обтурації просвіту кишки (гостра кишкова непрохідність) чи сечовидільних шляхів, стиснення магістральних судин (синдром верхньої порожнистої вени).

Характеристика пацієнтів, у яких було діагностовано вісцеральний больовий синдром наведена в таблиці 3.1.3.

Таблиця 3.1.3.

Групи хворих, у яких діагностували вісцеральний больовий синдром
(розподіл за локалізаціями, статтю і віком)

№ п/п	Локалізація злюкисних новоутворень	К-сть хворих	%	Число хворих за статтю		Число хворих за віковими групами		
				чол.	жін.	30-45 рр.	46-60 рр.	61-75 рр.
1	Рак шлунка	6	16,2	4	2	1	2	3
2	Рак ободової кишки	6	16,2	2	4	–	2	4
3	Рак прямої кишки	7	18,9	3	4	1	2	4
4	Рак печінки	1	2,7	–	1	–	1	–
5	Рак жовчевого міхура	1	2,7	–	1	–	–	1
6	Рак підшлункової залози	1	2,7	1	-	–	-	1
7	Рак шийки матки	3	8,1	–	3	2	1	–
8	Рак тіла матки	2	5,4	–	2	–	–	2
9	Рак яєчників	5	13,5	–	5	–	2	3
10	Рак яєчка	1	2,7	1	–	1	–	–
11	Рак нирки	2	5,4	1	1	–	1	1
12	Рак сечового міхура	2	5,4	2	–	–	-	2
	Всього	37	100,0	14	23	5	11	21

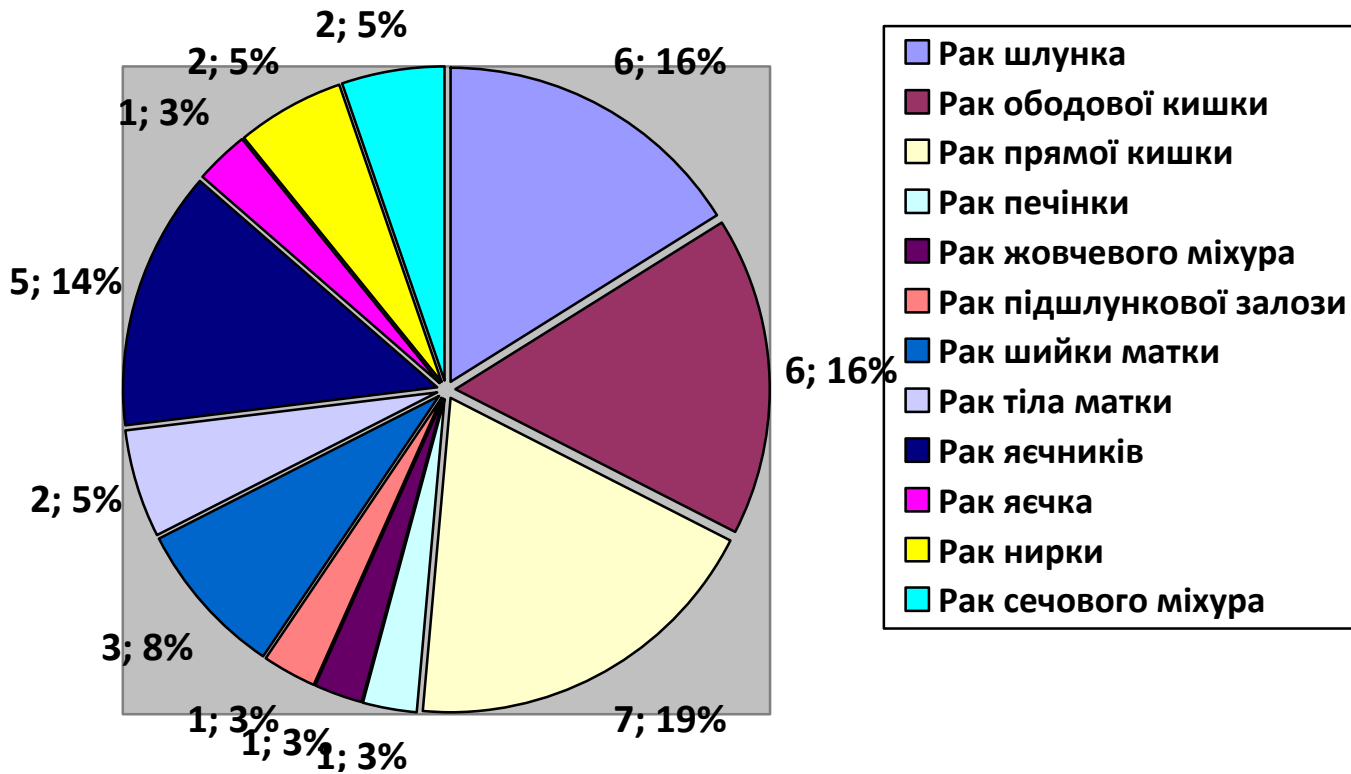


Рисунок 3.1.9 Розподіл хворих із вісцеральним больовим синдромом за локалізацією основної пухлини.

На рис. 3.1.9 зображено розподіл хворих із вісцеральним больовим синдромом за локалізацією основної пухлини.

Як видно із рисунка, головне місце займали пухлини товстого кишечника (прямої і ободової кишки), рак шлунка та рак яєчників.

На рис. 3.1.10 наведено розподіл пацієнтів із вісцеральним больовим синдромом за статтю.

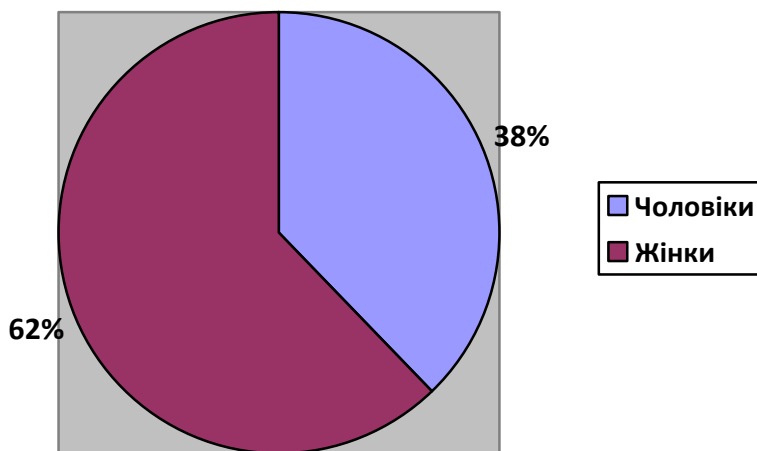


Рисунок 3.1.10. Розподіл хворих із вісцеральним больовим синдромом за статтю.

Як ілюструє рисунок, серед пацієнтів переважали особи чоловічої статі.

На рис. 3.1.11 наведено розподіл пацієнтів із вісцеральним больовим синдромом за віком.

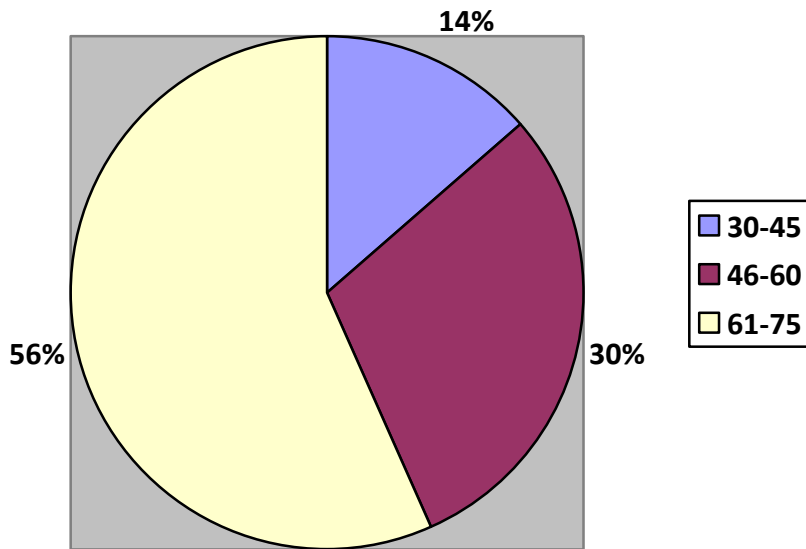


Рисунок 3.1.11. Розподіл пацієнтів із вісцеральним больовим синдромом за віком.

Як видно із рисунку, переважали пацієнти старшої вікової групи.

На рис. 3.1.12 зображена частота різних типів хронічного больового синдрому.

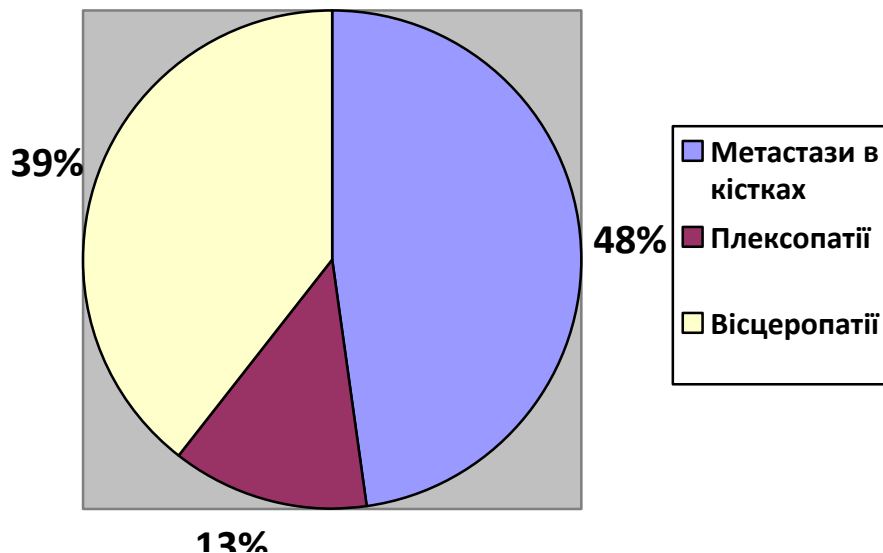


Рисунок 3.1.12. Частота різних типів хронічного больового синдрому.

Отже, найчастіше больовий синдром був зумовлений метастатичним ураженням кісток і відносно найрідше – плексопатіями.

3.2. Методика знеболення онкологічних пацієнтів у та оцінка її ефективності.

Згідно уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі існує перелік ЛЗ для контролю Хронічний больовий синдром:

1. Анальгетичні засоби – опіоїди.
2. Неопіоїдні анальгетики (інші анальгетики та антипіретики).
3. Протиепілептичні засоби (протисудомні засоби).
4. Психолептичні засоби.
5. Анксіолітики.
6. Снодійні та седативні препарати.
7. Психоаналептики (Антидепресанти).
8. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби.
9. Протиблювотні засоби та препарати, що усувають нудоту.
10. Гормональні засоби для системного застосування (крім статевих гормонів та інсулінів.
11. Антигістамінні засоби для системного застосування.
12. Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток
13. Діуретики

Порядок обігу ЛЗ наркотичних засобів та психотропних речовин, що застосовуються для лікування Хронічний больовий синдром, регламентується такими нормативно-правовими актами:

1. Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» № 60/95-ВР;
2. Наказом МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в у 28 закладах охорони здоров'я України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27.05.2010 за № 347/17642;
3. Наказом від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські препарати і вироби медичного

призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20.07.2005 за № 782/110624 [18-20, 22].

Нами було вивчено перелік ненаркотичних анальгезуючих препаратів, які використовуються в КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради, за призначенням районного лікаря-онколога та лікарів первинної ланки. Результати наведені в табл. 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

Перелік ненаркотичних анальгезуючих препаратів, які використовуються в КНП «Виноградівська районна лікарня» Виноградівської міської ради

Хімічний клас	Назва	Вища доза
Некислотні похідні	анальгін	разова 1 г, добова 2 г (в/в, в/м), 3 г per os
	ацетамінофен	разова 0,5 г, добова 1,5 г
	німесулід	разова 200 мг, добова 400 мг
	мелоксікам	разова 7,5 мг, добова 15 мг
Похідні саліцилової кислоти	аспірин	разова 1 г, добова 1,5 г
Похідні фенілпропіонової кислоти	ібупрофен	разова 0,4 г, добова 1,6 г
	напроксен	разова 25 мг, добова 75 мг
	кетопрофен	разова 100 мг, добова 300 мг
Похідні індолоцтової кислоти	індометацин	разова 75 мг, добова 150 мг
	суліндак	разова 0,2 г, добова 0,4 г
	диклофенак	разова 50 мг per os, 75 мг в/м, добова 300 мг per os, 150 мг в/м
	кеторолак	разова 30 мг, добова 120 мг
Оксикамові похідні	піроксікам	разова 20 мг, добова 20 мг

Похідні антранілової кислоти	мефенамінова кислота	разова 0,5 г, добова 3 г
------------------------------------	-------------------------	--------------------------

Використання саме цих препаратів зумовлене переважно їх доступністю.

Нами була проведена оцінка інтенсивності больового синдрому, пов'язаного з метастазуванням у кістки до початку знеболюючої терапії і через тиждень після неї. Оцінка проводилась за ШВО болю. Результати наведені в табл. 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

Оцінка больового синдрому за шкалою ШВО хворих, у яких діагностували метастази в кістки

№п/п	Локалізація злякисних новоутворень	К-сть хворих	Оцінки інтенсивності болю за ШВО (бали) $M \pm m$		P
			до лікування	після лікування	
11	Рак молочної залози	16	3.04±0.21	1.15±0.09	<0.01
22	Рак легенів	13	3.61±0.08	1.35±0.04	<0.01
33	Рак передміхурової залози	10	3.64±0.09	1.38±0.07	<0.01

Як видно із таблиці, знеболення у всіх хворих було достатньо ефективним.

Також нами була проведена оцінка інтенсивності больового синдрому, пов'язаного з плексопатією, до початку знеболюючої терапії і через тиждень після неї. Оцінка проводилась за ШВО болю. Результати наведені в табл. 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Оцінка больового синдрому за шкалою ШВО хворих з плексопатією.

№ з/п	Локалізація злякисних новоутворень	К-сть хворих	Оцінки інтенсивності болю за ШВО (бали) $M \pm m$		P
			до лікування	після лікування	
1	Рак кореня язика	1	3,0±0.00	2±0.00	

2	Рак привушної та слинної залози	2	3,59±0.09	1,64±0.04	<0.01
3	Рак глотки	3	3,58±0.08	1,68±0.04	<0.01
4	Рак гортані	3	3,62±0.09	1,63±0.04	<0.01
5	Рак щитовидної залози	3	3.57±0.07	1.61±0.04	<0.01

Як видно із таблиці, знеболення у всіх хворих було достатньо ефективним.

Нами була проведена оцінка інтенсивності больового синдрому, пов'язаного з вісцеральним больовим синдромом, до початку знеболюючої терапії і через тиждень після неї. Оцінка проводилась за ШВО болю. Результати наведені в табл. 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Оцінка больового синдрому за шкалою ШВО хворих з вісцеральним больовим синдромом.

№ п/п	Локалізація злюксісних новоутворень	К-сть хворих	Оцінки інтенсивності болю за ШВО (бали) M±m		P
			до лікування	після лікування	
1	Рак шлунка	6	3.65±0.06	1.68±0.07	<0.01
2	Рак ободової кишки	6	3.63±0.07	1.57±0.09	<0.01
3	Рак прямої кишки	7	3.58±0.09	1.35±0.11	<0.01
4	Рак яєчників	5	3.72±0.10	1.58±0.05	<0.01
5	Рак нирки	2	3.97±0.19	2.09±0.09	<0.01

Як видно із таблиці, знеболення у всіх хворих з вісцеральним больовим синдромом було достатньо ефективним.

Слід відмітити, що проблеми лікування ХБс в Україні підсилюються відсутністю сучасних лікарських форм опіоїдних знеболювальних засобів (таблетованих, аплікаційних форм, препаратів із поступовим вивільненням), нових ефективних препаратів анальгетичної дії; також існують клінічно необгрунтовані обмеження щодо дозування опіоїдних ЛЗ, що є особливо неприйнятним у паліативній медицині.

3.3. Результати визначення потреби пацієнтів у психологічній допомозі.

Нами проведене опитування 94 пацієнтів із злоякісними пухлинами різних локалізацій та вираженим больовим синдромом.

Для визначення потреби пацієнтів у немедикаментозній терапії, зокрема, у психологічній допомозі, ми пацієнтам пропонували дати відповіді на такі запитання:

1. Чи зросла у Вас напруженість у сімейних відносинах у зв'язку із Вашим захворюванням?
2. Чи збулося коло Вашого спілкування у зв'язку із Вашим захворюванням?
3. Чи впевнені Ви у правильності призначеного Вам лікування?
4. Чи відчуваєте Ви почуття провини за свою хворобу?
5. Чи відчуваєте Ви себе тягарем для родини?
6. Чи звертались Ви до нетрадиційної медицини у зв'язку із Вашим захворюванням?
7. Чи маєте Ви почуття тривоги?
8. Чи Ви дратівливі?
9. Чи маєте Ви порушення сну?
10. Чи боїтеся Ви загрози смерті?

Результати опитування наведені в таблиці 3.3.1 та проілюстровані на рис. 3.1.1 – 3.1.6.

Результати опитування пацієнтів.

№	Запитання	Відповідь, %	
		Так	Ні
1	Чи зросла у Вас напруженість у сімейних відносинах у зв'язку із Вашим захворюванням?	61	33
2	Чи звузилося коло Вашого спілкування у зв'язку із Вашим захворюванням?	55	39
3	Чи впевнені Ви у правильності призначеного Вам лікування?	45	49
4	Чи відчуваєте Ви почуття провини за свою хворобу?	33	61
5	Чи відчуваєте Ви себе тягарем для родини?	33	61
6	Чи звертались Ви до нетрадиційної медицини у зв'язку із Вашим захворюванням?	13	81
7	Чи маєте Ви почуття тривоги?	100	0
8	Чи Ви дратівливі?	100	0
9	Чи маєте Ви порушення сну?	100	0
10	Чи боїтеся Ви загрози смерті?	100	0

Як видно із таблиці 3,31, у онкохворих є суттєві прояви тривоги та депресії. Про це свідчить позитивна відповідь всіх опитаних пацієнтів на запитання «Чи маєте Ви почуття тривоги?», «Чи Ви дратівливі?», «Чи маєте Ви порушення сну?», «Чи боїтеся Ви загрози смерті?».

Всі пацієнти відмічали невмотивовану тривогу, нервозність, роздратованість, поганий сон та неспокійні думки про загрозу смерті.

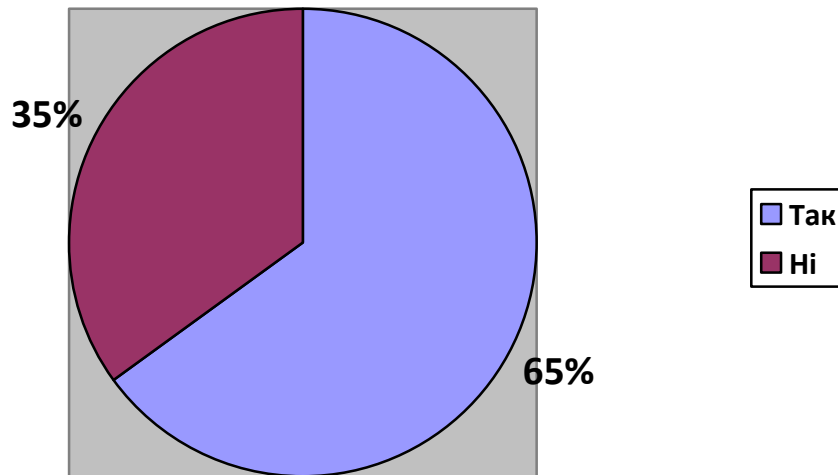


Рисунок 3.1.1. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи зросла у Вас напруженість у сімейних відносинах у зв'язку із Вашим захворюванням?»

Як ілюструє рисунок 3.1.1, через тяжку невиліковну хворобу і пов'язані з нею тривожні і депресивні явища у переважної кількості пацієнтів (65 %) погіршувались внутрішньосімейні стосунки. Виникали проблеми як у самих пацієнтів, так і у членів їхніх сімей.

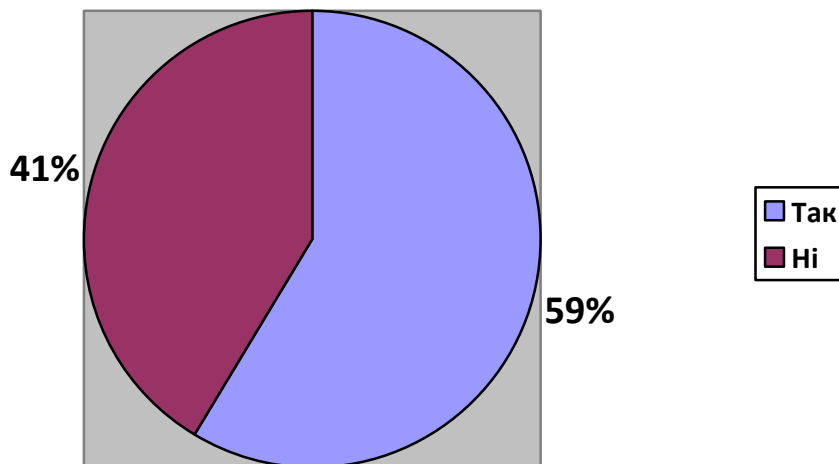


Рисунок 3.1.2. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи звузилося коло Вашого спілкування у зв'язку із Вашим захворюванням?»

Як ілюструє рисунок 3.1.2, у більше половини хворих (59 %), через хворобу спостерігалось звуження кола спілкування до членів сім'ї та близьких

друзів, з'явилося дистанціювання від оточення, що також знижувало якість життя.

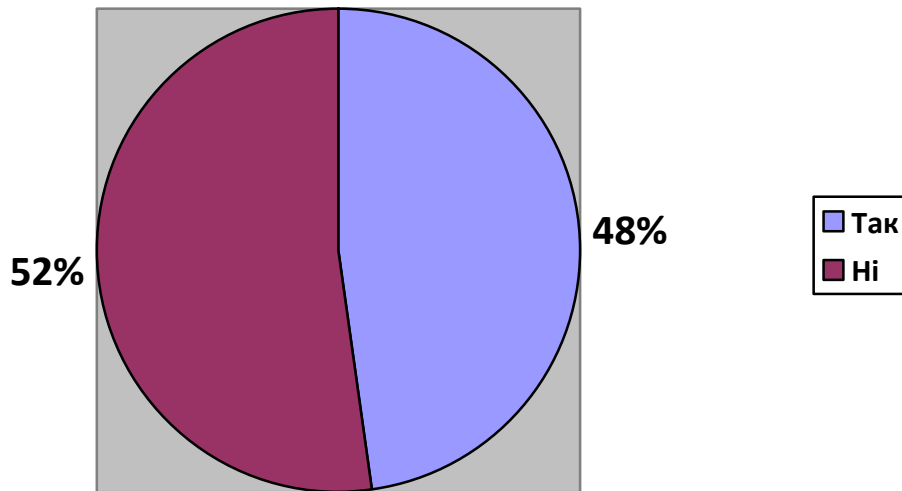


Рисунок 3.1.3. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи впевнені Ви у правильності призначеного Вам лікування?»

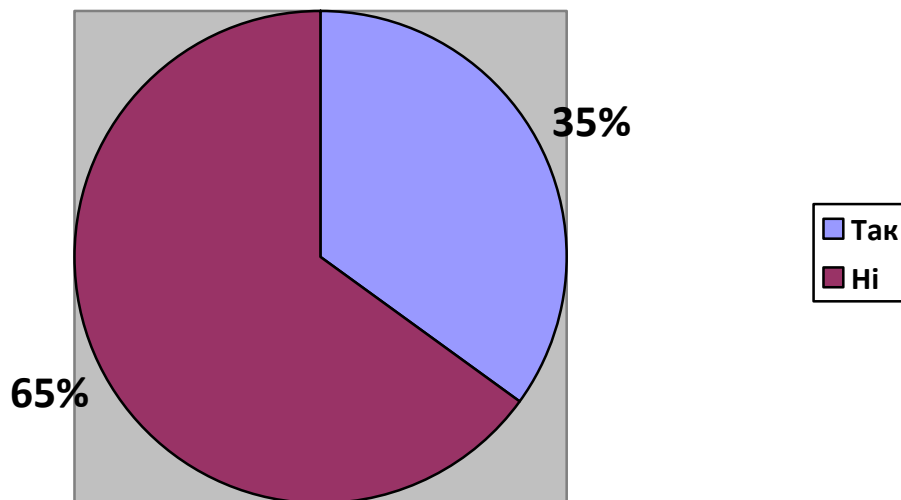


Рисунок 3.1.4. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи відчуваєте Ви почуття провини за свою хворобу?»

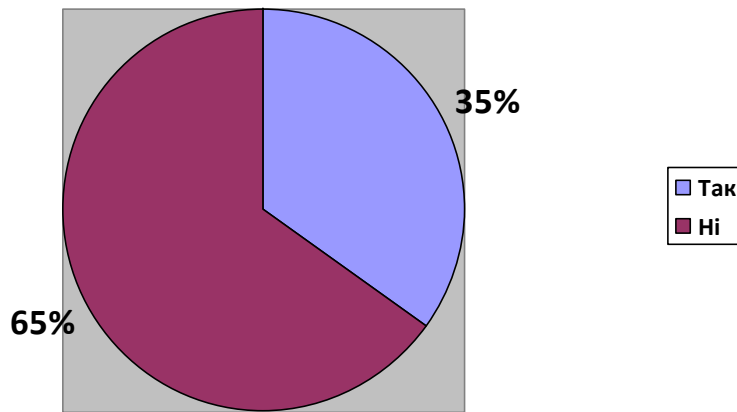


Рисунок 3.1.5. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи відчуваєте Ви себе тягарем для родини?»

Як ілюструють рисунки 3.1.4 і 3.1.5, більше третини пацієнтів (35 %) відчувають себе непотрібними близьким, вважають себе тягарем для сім'ї і мають відчуття провини перед близькими через свою хворобу, що підтверджує депресивний стан онкологічних хворих і потребу у психологічній допомозі.

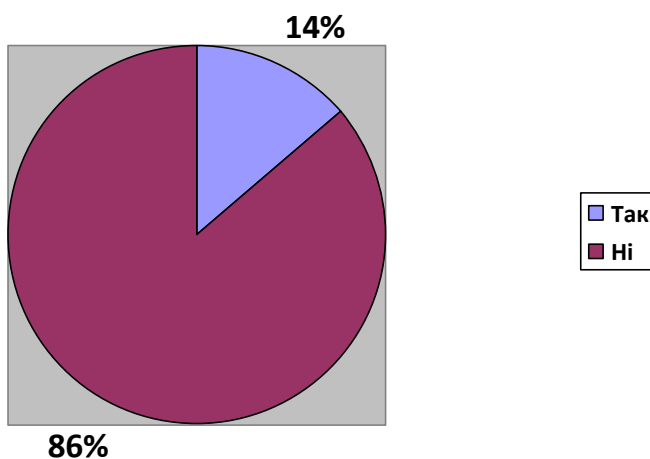


Рисунок 3.1.6. Відповіді пацієнтів на запитання «Чи звертались Ви до нетрадиційної медицини у зв'язку із Вашим захворюванням?»

Частина онкохворих пацієнтів із больовим синдромом (14%) через недостатню ефективність знеболювальної терапії перестала довіряти традиційним методам лікування і зверталась до нетрадиційної медицини у зв'язку із захворюванням.

Всі ці дані свідчать про значне погіршення якості життя у онкологічних пацієнтів із хронічним больовим синдромом і потребу у психологічній допомозі.

ВИСНОВКИ

1. Якість надання ПД у більшості випадків визначається в першу чергу ефективністю знеболення. Основна увага тут приділяється суб'єктивному відчуттю паліативного недужого. Оцінка пацієнтом (або його доглядальником у разі неможливості отримання відповіді від хворого) якості надання ПД є головною для розробки міроприємств із покращення ефективності системи знеболення та якості надання паліативної допомоги в цілому.

2. За умови правильного застосування сильнодіючих знеболювальних засобів пацієнт може повністю позбавитися від болю, однак в Україні лише невелика частина осіб із невиліковними захворюваннями отримують адекватне знеболювання.

3. Проблеми лікування ХБс в Україні підсилюються відсутністю сучасних лікарських форм опіоїдних знеболювальних засобів (таблетованих, аплікаційних форм, препаратів із поступовим вивільненням), нових ефективних препаратів анальгетичної дії; також існують клінічно необґрунтовані обмеження щодо дозування опіоїдних ЛЗ, що є особливо неприйнятним у паліативній медицині;

У пацієнтів хронічним больовим синдромом є суттєві прояви тривоги та депресії, що свідчить про значне погіршення якості життя у онкологічних пацієнтів і потребу у психологічній допомозі.

4. Застосування схеми трисходинкової терапії при купуванні хронічного больового синдрому має клінічно підтверджену ефективність.

5. Важливим елементом у сфері надання паліативної допомоги є питання медичної освіти та професійного вдосконалення вже наявних спеціалістів. Впровадження додаткових курсів та тренінгів з надання паліативної допомоги. дозволяє раціонально використати систему підготовки нових кадрів для ПД.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

- 1.** Підключення паліативної допомоги ОХ слід здійснювати якомога раніше протягом розвитку недуги, поряд із різними формами основного лікування, такими як хіміо- або променева терапія, що ставлять завдання подовження життя.
- 2.** Полегшення страждань та симптомів слід здійснювати незалежно від стадії захворювання або інших чинників (наприклад одночасне призначення хіміо- або променевої терапії), а не лише у термінальній стадії недуги.
- 3.** Для купування хронічного больового синдрому доцільно використовувати не тільки ін'єкційні засоби, а перевагу слід надавати сучасним лікарським формам опіїдних знеболювальних засобів (таблетованих, аплікаційних форм, препаратів із поступовим вивільненням).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Генеральна Асамблея ООН (ГА ООН). Доповідь Спеціального доповідача (СД) з питань охорони здоров'я, А/65/255 (6 серпня 2010 р.). <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/91/PDF/N1047791.pdf?OpenElement>.
2. Охорона здоров'я і права людини: Ресурсний посібник // Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства. – 2015. - Розділ 5. ПД та права людини. – 75 с.
3. Фонд відкритого суспільства (OSF). ПД як право людини. www.soros.org/sites/default/files/palliative-care-human-right-20110524.pdf.
4. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП). Загальний коментар КЕСКП № 14, Е/С.12/2000/4, п. 34 (11 серпня 2000 р.).
5. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Знання для боротьби з пухлинним процесом на практиці: Керівництво ВООЗ для розробки ефективних програм (2007). http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547345_eng.pdf.
6. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Кількість випадків захворювання на рак збільшується або зменшується у світі» (1 квітня 2008 р.). www.who.int/features/qa/15/en/index.html
7. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Національні програми щодо боротьби з пухлинним процесом: політики і керівництва для управління (2002). <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Знеболення пухлин: керівництво про доступність опіоїдів (1996): 5. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>.
9. ВООЗ, 2002. Дефініція паліативної допомоги. Електронний ресурс. Режим доступу: www.who.int/cancer/palliative/definition/en.
10. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Лікарські препарати: Примірний перелік основних лікарських засобів. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/.

11. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Лікарські препарати: основні лікарські препарати.
www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html.
12. Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги (МАХПД). Перелік основних лікарських засобів для паліативної допомоги (2007).
<http://hospicecare.com/resources/palliative-care-essentials/iahpc-essential-medicines-for-palliative-care/>.
13. Паллум, Індія. Маніфест морфіна (2012). <http://palliumindia.org/manifesto/>.
14. Міжнародний комітет з контролю за наркотиками. Доповідь Міжнародного комітету з контролю за наркотиками про наявність наркотиків, які знаходяться під міжнародним контролем з метою забезпечення належного доступу для медичних і наукових цілей (2010).
http://www.unodc.org/documents/southerncone/noticias/2011/03-marco/Jife/Report_of_the_Board_on_the_availability_of_controlled_substances.pdf.
15. Курницька Г.М. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року /Г.М.Курницька //Медсестринство. – 2018. – №2. – с.42-45.
16. Курницька Г.М. Підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги /Г.М.Курницька //Медсестринство – 2018. – №1. – С.78-81.
17. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. – 2012 р. Наказ Міністерства охорони здоров'я України “25” квітня 2012 р. № 311.
18. Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» № 60/95-ВР;
19. Наказ МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в установах охорони здоров'я України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27.05.2010 за № 347/17642;
20. Наказ від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські препарати і виробу медичного

призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20.07.2005 за № 782/110624.

21. Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2012 р
22. Губський Ю.І., Хобзей М.К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти. – Київ. Здоров'я, 2011. – 345 с.
23. Методичні рекомендації «Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». – Київ, 2010 р.
24. Електронний документ «Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах». – Київ, 2011. – 262 с.
25. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» № 3611-VI. Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги. Стаття 35-4. ПД. Закон України «Про лікарські препарати» № 123/96-ВР зі змінами і доповненнями.
26. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо розбудови ефективної наркополітики (2000 р.). WHO/EDM/QSM/2000.
27. Паризька хартія боротьби з пухлинним процесом. 4 лютого 2000 року. Стаття VIII. Офіційний переклад. - <http://www.ua-info.biz/legal/baseyp/ua-zmejat.htm>.
28. Рекомендации Res (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003 г. на 860 заседании уполномоченных представителей министров. // Carl Johan Furst, Sylvia Sauter. Восточно-европейский координационный центр Европейской Ассоциации паллиативной помощи. Стокгольм, Швеция. CM(2003)130. – 92 с.

- 29.Резолюція Парламентської Асамблеї Ради Європи: «Palliative care: a model for innovative health and social policies» (2008).
- 30.World Health Organization: National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 31.The Declaration of Venice. Palliative Care Research in Developing Countries. www.hospicecare.com/dv/english.html (Last accessed March 16, 2007).
- 32.Approaching Death: Improving Care at the End of Life.// Marilyn J. Field and Christine K. Cassel, Editors; Committee on Care at the End of Life, Institute of Medicine. The National Academies Press. – 1997. - 456 p.
- 33.Choosing an Analgetic /Guideline. The Institute of Palliative Medicine at San Diego Hospice (2008).
34. Derec Doyle, Roger Woodruff. Manual of Hospice Care and Palliative Care. 2008. – www.hospicecare.com/iahpc-manual
- 35.Doyle, D, G. W. Hanks, and N. eds MacDonald. 1998. Oxford Textbook of Palliative Care. 2nd ed. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press
- 36.Hanks, G. W. et al., "Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations," Br.J.Cancer 84 (5): 587-593 (2001).
- 37.Паллиативная помощь // Под редакцией Elizabeth Davies, Irene J.Higginson. – Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. – 2005 г. – 32 с.
- 38.Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям // Под редакцией Elizabeth Davies, Irene J.Higginson. – Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. 2005 г.– 40 с.
- 39.С. А. Місяк Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих, які потрібно враховувати при реабілітації №1 (94) 2016 І С. 91-96.
- 40.Moreno-Smith M. Impact of stress on cancer metastasis / M. Moreno-Smith, S.K. Lungendorf, A.K. Sood // Future Oncol. – 2010. – Vol. 6. – №12. – P. 1863–1881.

41. Barone J.E. Resident work hours: the five stages of grief / J.E. Barone, M.E. Ivy // *Academic Medicine*. – 2004. – Vol. 79. – №5. – P. 379–38.
42. Мисяк С.А. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов / С.А. Мисяк. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Херсон : Айлант, 2002. – 216 с
43. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting / D.R. Hopko, J.L. Bell, M. Armentano, et al. // *Behavior Therapy*. – 2008. – Vol. 39. – №2. – P. 126–136.
44. Koch S.C. International dance/movement therapy research: theory, methods, and empirical findings / S.C. Koch, I. Brauninger // *Am. J. Dance Therapy*. – 2005. – Vol. 27. – P. 37–46.
45. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial / D. Spiegel, L.D. Butler, J. Giese-Davis et al. // *Cancer*. – 2007. – Vol. 110. – P. 1130–1138.
46. Greenstein M. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer / M. Greenstein, W. Breitbart // *Am.J.Psychother.* – 2000. – Vol. 54. – №4. – P. 486–500.
47. Мисяк С.А. Методологія проведення індивідуальної програми реабілітації хворого з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру / С.А. Мисяк // *Онкологія*. – 2015. – Т. 17. – №4(66). – С. 292–295.
48. Лященко О.В. Больовой синдром при онкологічних захворюваннях та способи боротьби з ним // «Медицина невідкладних станів». – 2019. - № 3 (98)\. – С. 169-172.
49. Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: Evidence-based Recommendations from the EAPC // *Lancet Oncol.* — 2012. — 13. — P. 58-68.
50. Twycross R.D. Strong opioids and the relief of cancer pain/ Information for patients, families and friends / Printed by Lightning Source, UK., 2013. — P. 45. palliativedrugs.comLtd