

**Київський міський клінічний онкологічний центр
Відділення паліативної медицини**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОХВОРИМ З
ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

**Лісецький В. А., Калачов О. В., Ключов О.М.,
Кужель І.Р.**

Київ – 2013

АКТУАЛЬНІСТЬ

- Прогресування онкологічного захворювання супроводжується зростанням дискомфортних тілесних відчуттів
 - Особливо психотравматичним є біль
 - Сприйняття болю індивідуальне та залежить від психофізіологічних та психологічних особливостей людини
- **БІЛЬ → РАК → СМЕРТЬ !**



МЕТА – ВИЗНАЧИТИ ПСИХОЛОГІЧНІ СТАНИ ТА ВРАХОВУВАТИ ЇХ ПРИ ПАЛІАТИВНІЙ ТЕРАПІЇ

- Було проведено аналіз психологічних чинників неефективного знеболення інкурабельних онкохворих на етапі стаціонарного лікування у відділенні паліативної медицини КМЖОЦ
- Визначено основні медико-психологічні заходи, спрямовані на підвищення ефективності протибольової терапії (ПБТ)
- В основу аналізу покладено досвід 12 років роботи хоспісу і лікування 3782 хворих



- У **94,9%** інкурабельних онкохворих діагностувався ХБС
- **87%** пацієнтів з ХБС скаржилися на недостатнє знеболення



ОСНОВНІ ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ

1. Первинні, викликані власне пухлинним процесом

- Компресія та інфільтрація нервових структур пухлиною
- Проростання пухлини в м'які тканини
- Здавлення та деструкція внутрішніх органів

2. Вторинні, обумовлені ускладненнями пухлинного процесу

- Патологічні переломи кісток
- Некроз та розпад пухлини
- Поліміозити

3. Паранеопластичні синдроми

- Канцероматозна сенсорна нейропатія
- Остеоартропатія

4. Больовий синдром, обумовлений лікуванням

- Ускладнення хірургічного лікування
- Ускладнення поліхіміотерапії
- Ускладнення променевої терапії

5. Больовий синдром, обумовлений супутньою патологією

- Остеохондроз хребта
- Цукровий діабет
- Поліартрит



Вплив ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ НА ПСИХІКУ ХВОРИХ

- Зниження настрою – **100%** пацієнтів
- Поява тривоги – **76%**
- Очікування наростання болю – **82%**
- Емоційна лабільність – **43%**
- Дратівливість – **27%**
- Зниження апетиту – **21%**
- Обмеження активності



БІЛЬ → ДЕПРЕСІЯ → СУЇЦИД

- Тривалий та неконтрольований біль сприяє розвитку депресії
- Антидепресанти використовують як ко-анальгетики у лікуванні ХБС
- ХБС – це один з факторів ризику суїциду
- Ознаки суїцидальних намірів проявляються у висловах та діях пацієнта (висловлює намір вчинити суїцид, прощається, роздарює власні речі, чинить конкретні дії, спрямовані на підготовку суїциду)
- До суїцидальних висловів пацієнта завжди треба ставитися серйозно !!!



ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

- Прийом ліків погодинно
- Лікування по висхідній
- Адекватне дозування та режим
- Пероральний прийом медикаментів
- Застосування ад'ювантних анальгетиків (коанальгетиків)
- Попередження побічних ефектів, а при потребі адекватне лікування



ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ ПРОТИБОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ

- Не залишати пацієнта на самоті з болем
- Відгородити від негативних емоцій (небажаних розмов, зустрічей та ін.)
- Співчутливо відноситися до пацієнта та його переживань
- Надавати пацієнту достовірну інформацію щодо захворювання та лікування, можливих побічних ефектів терапії
- Стимулювати активність пацієнта під час лікування
- Враховувати психологічну сумісність пацієнта та медичних працівників



ОСНОВНІ ЧИННИКИ НЕЕФЕКТИВНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ОНКОХВОРИХ

- недотримання основних принципів знеболюючої терапії (неправильно підібрані препарати, їх дози, режим призначення, поєднання з ко-анальгетиками та ін.)
- порушення прихильності хворих до лікування – комплаєнс (недотримання призначеної схеми ПБТ)
- психологічні реакції, пов'язані з лікуванням (напр., страх залежності чи побічної дії лікарських засобів)



НЕЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИБОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В НАСЛІДОК ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ

- страх виникнення залежності від опіатів як у хворого, так і родичів – 27,5%
- наявність у хворого виражених психогенних реакцій або психічних розладів (депресивний, тривожний стани та ін.) – 9,2%
- неадекватне пред'явлення пацієнтом скарг з приводу ХБС – 8,8%
- порушення хворими режиму лікування у вигляді зміни або відміни прийому призначених препаратів, їх дозування – 84,7%



МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ

- Плановий психологічний огляд хворих,
що включав вивчення:
 - факторів дистресу для інкурабельних онкохворих
 - психоемоційний стан хворого та його зміни в залежності від соматичного дистресу
 - психогенні реакції на захворювання та лікування;
 - симптоми психічних порушень
 - дезадаптуючі особистісні та характерологічні риси хворого

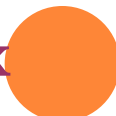


МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ

- Психоосвітні бесіди з пацієнтами та їх родичами щодо ПБТ
- Психологічний супровід лікування
- Створення емоційно позитивної обстановки
- Психофармакотерапія (лікування депресії, тривожного синдрому)



РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХОДІВ

- Зниження болю з 4 до 0–1 балів без потреби застосовувати інвазивні методи знеболення відбувалося у 72% хворих на 2 добу після госпіталізації, та у 89% на 3-4 добу
 - 11% госпіталізованих пацієнтів потребували більш тривалого терміну встановлення контролю над БС, що обумовлювалося особливостями клінічного перебігу захворювання, етіопатогенезом БС, а також наявністю у хворих змін у психічній діяльності, які вимагали проведення посиленних та довготермінових медичних та психологічних заходів
- 

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ, ОРІЄНТОВАНІ НА ПРОТИБОЛЬОВУ ТЕРАПІЮ

- введення планових психологічних оглядів пацієнтів
- визначення психологічних чинників, які впливають на ефективність ПБТ, та їх корекція
- проведення психоосвітніх заходів для пацієнтів та членів їх родини з метою підвищення прихильності до лікування, в тому числі дотримання схеми ПБТ
- психологічне консультування та психокорекція хворих з дезадаптуючими особистісними та характерологічними рисами, які впливають на сприйняття БС
- проведення психофармакотерпії та психокорекції у пацієнтів з вираженим психоемоційним компонентом



**ДЯКУЮ
ЗА УВАГУ!**

