

Онкология и радиология Казахстана

Т 13 № 3 (41) 2016

Главный редактор

Д.Р.Кайдарова, д.м.н., член-корреспондент НАН РК

Заместитель главного редактора

Ж.Ж.Жолдыбай, д.м.н., профессор

Редакционный совет

М. Зильберман, PhD (Израиль), И.Азинович, MD (Испания), К.Нараян, MD (Австралия),
М. Гультекин, MD, PhD (Турция), Е.Н.Имянитов, д-р мед.наук, проф. (Россия),
В.Ф.Семиглазов, д-р мед.наук, проф.(Россия), В.М.Моисеенко, д-р мед.наук, проф. (Россия),
Р.В.Орлова, д.м.н., д-р мед.наук, проф. (Россия), М.Д. Алиев, д-р мед.наук, проф. (Россия),
И.С.Стилиди, д-р мед.наук, проф. (Россия), С.А.Красный, д-р мед.наук (Белорусь),
М.Т.Джанжалия, д-р мед.наук (Грузия), А.О.Тананян, д-р мед.наук, проф. (Армения),
З.Х.Хусейнов, д-р мед.наук (Таджикистан), М.Н.Тилляшайхов, д-р мед.наук (Узбекистан),
Б.Б.Султангазиева, д-р мед.наук, проф. (Киргизия), Л.Б.Джансугурова, д-р мед.наук, проф.
(Казахстан), И.М.Омарова, д-р мед.наук, проф. (Казахстан)

Редакционная коллегия

М.Р.Кайрбаев, д-р мед.наук (Алматы)- (административный редактор)
Ж.К.Чингисова, д-р мед.наук (Алматы), Т.А.Адылханов, д-р мед.наук, проф.(Семей),
Р.К.Каракулов, д-р мед.наук, проф. (Алматы), А.Х.Досаханов д-р мед.наук, проф. (Астана),
А.А.Байназарова, д-р мед.наук (Алматы), Т.Г.Гончарова, д-р биол.наук(Алматы),
Н.Т.Балтабеков, д-р мед.наук (Алматы), Ш.Ж.Талаева, д-р мед.наук (Алматы), М.А.Кузикеев,
д-р мед.наук (Алматы), Д.Г.Адилбаев, канд.мед. наук (Алматы),Серикбаев Г.А., канд.мед.
наук(Алматы) А.Ж.Жылкайдарова, канд.мед.наук (Алматы)

Редакторы переводов

Н.Омарбаева (английский язык), С.Менбаев (казахский язык)

Ответственный секретарь –

Н.Т.Имангалиева (канд.биол.наук)

Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91 Тел. (327) 292 10 63
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК
«Онкология и радиология Казахстана», ISSN -1684-93X
Собственник - РГКП на ПХВ
«Казахский НИИ онкологии и радиологии» МЗСР РК
Свидетельство о регистрации - №10248-ж от 14.07.2009 г.
Подписной индекс 74684
Тип. «AxelaPrint», ул. Ауэзова 50 офис 5,
Тираж 300 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

УДК: 616.6-08-035.75

Д.Р. Кайдарова, Г.Ж. Кунирова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи»,
ОФ «Вместе против рака»

**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В КАЗАХСТАНЕ:
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ТЕКУЩИЕ ВЫЗОВЫ**

Аннотация. *Статья посвящена анализу текущей ситуации и перспектив развития сравнительно нового направления здравоохранения – паллиативной помощи – в контексте помощи incurable онкологическим пациентам. Рассматриваются важные этапы развития службы в Казахстане, формы оказания помощи и имеющиеся ресурсы. Анализируются факторы, препятствующие развитию паллиативной помощи в РК и рассматриваются пути преодоления барьеров.*

Ключевые слова: *паллиативная помощь, incurable пациенты, доступность опиоидных анальгетиков, дефицит подготовленных кадров, мультидисциплинарные команды, мобильные бригады, хосписная помощь.*

Введение. В Казахстане паллиативная помощь только начинает признаваться важной частью национальной системы здравоохранения. Рост онкологической заболеваемости (более 30 тыс. новых случаев в год, ежегодный прирост 3-5%), и высокий процент выявления заболеваний в распространенной форме (44,2%) указывают на необходимость разработки комплексной системы паллиативной помощи для неизлечимых пациентов с диагнозом рак [1]. Помимо 144 тыс. зарегистрированных онкологических пациентов, около 23 тыс. людей болеют туберкулезом, из которых около 8 тыс. страдают от мультирезистентных форм заболевания; 18 тыс. людей в Казахстане живут с ВИЧ [2]. От 35% до 67% пациентов с дыхательной, сердечной, печеночной недостаточностью, диабетом и множеством других хронических заболеваний нуждаются в паллиативных вмешательствах [3].

К сожалению, в Казахстане пока не существует специального регистра людей, которым требуется паллиативная помощь. В 2012 году Томас Линч, международный консультант по паллиативной помощи, провел анализ потребности в нашей стране и выявил, что в Казахстане, по самым скромным подсчетам, в паллиативной помощи нуждается от 94 200 до 97 900 пациентов в год, и, как минимум 15 500 пациентов в данный момент времени. Кроме того, поскольку, как правило, двое или более членов семьи непосредственно участвуют в процессе ухода за каждым пациентом, то количество бенефициаров от паллиативной помощи возрастает до 282 600 лиц ежегодно. Для того, чтобы должным образом обеспечить стационарную и амбулаторную паллиативную помощь,

т.е. как это рекомендует ВОЗ – всюду, где находится пациент, понадобится не только провести масштабное перераспределение городских и сельских специалистов, но и обучить и подготовить порядка 6 675 единиц персонала и организовать 825 паллиативных койко-мест [4].

Основные этапы развития паллиативной помощи в Казахстане

Первый хоспис был открыт в Алматы в 1999 году, и в течение трех последующих лет хосписы также были открыты в других пяти городах: Павлодаре, Караганде, Кустанае, Усть-Каменогорске и Семее. Однако законодательная основа для дальнейшего развития паллиативной помощи сформировалась только через 10 лет с включением паллиативной помощи в контекст национальной системы здравоохранения посредством принятия Кодекса о здоровье народа (2009 г.) и Государственной программы развития системы здравоохранения (2010 г.). Новая Национальная программа развития онкологии на 2012-2016 гг., разработанная в рамках данной Государственной программы, впервые предусматривала определенные индикаторы развития паллиативной помощи.

К 2012 году были приняты основные нормативно-правовые акты, устанавливающие категории пациентов, имеющих право на получение паллиативной помощи, категории медицинских и немедицинских работников, участвующих в процессе оказания паллиативной помощи, институты общественного здравоохранения и подразделения лечебно-профилактических учреждений, ответственные за организацию услуг, нормы материального обеспечения, формы медицинской документации т.д.

За последние годы в развитии паллиативной помощи в Казахстане отмечается значительный прогресс, во многом, благодаря усилиям общественных организаций и энтузиастов. Первый отчет комплексной оценки потребностей, подготовленный Доктором Линчем в 2012 году, при поддержке Фондов Открытое общество, повлек за собой разработку документа по регулированию паллиативной помощи. Совместная работа казахстанских и международных специалистов, Фонда Сорос-Казахстан (ФСК), Республиканского центра по развитию здравоохранения (РЦРЗ), Высшей школы общественного здравоохранения (ВШОЗ), местных неправительственных организаций и адвокатов паллиативной помощи, способствовали тому, что в декабре 2013 года Министерство здравоохранения и социального развития утвердило Национальные стан-

дарты паллиативной помощи.

Важным моментом является то, что данный документ предусматривает в качестве поставщиков паллиативной помощи не только государственные учреждения здравоохранения, но и организации неправительственного сектора. Паллиативная помощь больше не рассматривается как чисто медицинская проблема, но официально признается социальная и психологическая составляющая этого вида помощи. Кроме того, теперь паллиативную помощь можно получать не только в хосписах, но и амбулаторно: в дневном стационаре и на дому при помощи мобильных мультидисциплинарных команд. Поддержка членов семьи при утрате близких включена в контекст паллиативной помощи. Стандарты также выделяют роль волонтеров и членов семьи в обеспечении полноценной паллиативной помощи, и обязывают поставщиков паллиативной помощи рассматривать образовательную, юридическую, социальную и психологическую поддержку, помимо контроля над симптомами и облегчения боли. Особое внимание уделяется педиатрической паллиативной помощи: психологические потребности смертельно больных детей упоминаются отдельно, а их семьи называются бенефициарами услуг паллиативной помощи [5].

Однако, самого по себе принятия Национальных стандартов паллиативной помощи недостаточно для того, чтобы стали происходить существенные изменения в клинической практике лечебно-профилактических учреждений. Необходима планомерная работа по изменению нормативно-правовой базы, внедрению образовательных программ и повышению осведомленности о преимуществах паллиативной помощи среди всего населения.

Такой деятельностью занимается Объединение юридических лиц «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи» (КАПП), созданное в 2013 году по инициативе неправительственных организаций: ОФ «Вместе против рака» (Алматы), ОО «Кредо» (Караганда - Темиртау), ОО

«Адамгершилик» (Караганда), ОФ «Амазонки» (Тараз). В Ассоциацию могут входить не только НПО, но и государственные учреждения, поэтому одними их первых ряды членов ассоциации дополнили Алматинский онкологический центр и Алматинский центр паллиативной помощи. Расширяется и географический охват: в Ассоциацию вступили организации из Актобе, Усть-Каменогорска, Семей. Заключены меморандумы между КАПП и Лодзинской Ассоциацией хосписов, Российской Ассоциацией паллиативной медицины, Всеукраинской Лигой содействия развитию паллиативной и хосписной помощи, Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи.

На сегодняшний день КАПП играет лидирующую роль в продвижении идей и практики паллиативной помощи в Казахстане. Каждый из членов КАПП успешно реализуют проекты оказания паллиативной помощи в своих регионах, и кроме того занимаются образовательной и просветительской деятельностью. Благодаря этому вопросы развития паллиативной помощи все чаще включаются в повестку дня сессий Парламента, заседаний МЗСР РК, онкологических конференций и круглых столов в защиту прав пациентов.

Основные вызовы и перспективы дальнейшего развития

Основные проблемы в развитии паллиативной помощи в Казахстане включают: 1) ограниченный доступ к опиоидным анальгетикам и современным методам лечения боли, 2) дефицит обученных кадров и отсутствие системного обучения специалистов паллиативной помощи (включая немедицинские специальности), 3) недостаточное количество хосписов и паллиативных коек, низкий уровень развития амбулаторных услуг, недоступность паллиативной помощи в сельской местности, 4) низкий уровень общей информированности и недооценка экономических и клинических преимуществ паллиативной помощи.

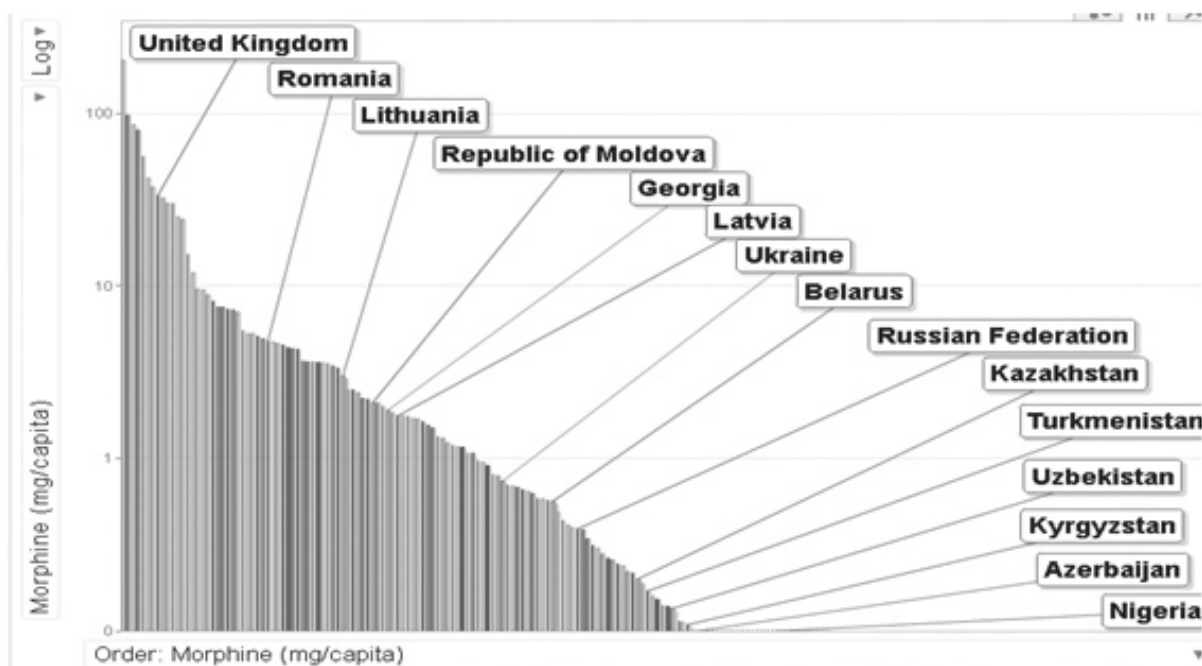


Рисунок 1 - Сравнительный график потребления опиоидов в медицинских целях в странах мира

Доступность опиоидов. В нашей стране существует много барьеров, ограничивающих доступность опиоидных анальгетиков и эффективного лечения боли. Казахстан входит в число стран с низким уровнем потребления опиоидов для медицинских и научных целей (рисунок 1). Общее количество опиоидов в пересчете на морфин составляет всего 0,1664 мг.на душу населения, что оставляет нашу страну на 130-м месте в мире (таблица 1). Данная проблема происходит из применения устаревшего метода оценки спроса на наркотические анальгетики, осно-

ванного на потреблении прошлых лет. Расчет страновой потребности, согласно рекомендации ВОЗ, должен основываться на: стандартной дневной дозе, расчете на количество населения, количестве коек. Данный вопрос продолжает подниматься на уровне МЗСР, однако несогласованность в действиях различных отделов данного ведомства препятствует эффективному диалогу по этому вопросу. Таким образом, не создается предпосылка для увеличения страновой квоты на опиоиды в Международном комитете по контролю над наркотиками (INCB) [6].

Таблица 1 - Суммарное потребление опиоидов в Казахстане

Вид опиоидов	мг на душу населения	эквивалент морфия (мг на душу населения)
Фентанил	0,0110	0,9185
Гидроморфон	--	--
Метадон	--	--
Морфий	0,2479	0,2479
Оксикодон	--	--
Петидин	--	--
ИТОГО в морфиновом эквиваленте:		0,1664

Перечень опиоидных анальгетиков в Национальном лекарственном формуляре изменился лишь незначительно в последние три года. Список доступных препаратов в основном включает внутривенные формы, что нарушает первый рекомендованный ВОЗ принцип обе-

зболивания – через рот. Количество ввозимого в страну фентанилового пластыря ничтожно мало, что является следствием низкой квоты РК на фентанил. Пероральные формы морфина все еще недоступны в Казахстане (таблица 2, 3) [7].

Таблица 2 - Перечень опиоидов, используемых для премедикации и в послеоперационный период

1.3.	Предоперационные лекарственные средства и седативные средства для проведения непродолжительных процедур	
14	Атропин	раствор для инъекций 1 мг/мл
15	Диазепам	раствор для инъекций 10 мг/2 мл; таблетки, таблетки покрытые оболочкой, 5 мг
16	Морфин	раствор для инъекций 1 %
17	Прометазин	раствор для инъекций 50 мг/2 мл; драже 25 мг
18	Фентанил	раствор для инъекций 0,005 %; система терапевтическая трансдермальная 12,5 мкг/час; 25 мкг/час, 50 мкг/час; 75 мкг/час и 100 мкг/час; таблетки сублингвальные 100мг, 200мг, 300мг, 400мг, 600мг, 800мг
19	Тримеперидин	раствор для инъекций 1 %, 2 %

Таблица 3 - Опиоидные анальгетики, входящие в национальный лекарственный формуляр

2.2.	Опиоидные анальгетики	
31	Морфин	раствор для инъекций 1 %
32	Тримеперидин	раствор для инъекций 1 %, 2 %
33	Трамадол	раствор для инъекций 100 мг/2мл, 50 мг/мл, 5 %; раствор для приема внутрь 100 мг/1 мл; капли 1000мг/10мл; таблетки, покрытые пленочной оболочкой 50 мг; таблетки ретард (покрытые пленочной оболочкой) 100 мг, 150 мг, 200 мг; капсулы 50 мг; суппозитории ректальные 100 мг
34	Фентанил	раствор для инъекций 0,005 %; система терапевтическая трансдермальная 12,5 мкг/час, 25 мкг/час, 50 мкг/час, 75 мкг/час, 100 мкг/час; таблетки сублингвальные 100мг, 200мг, 300мг, 400мг, 600мг, 800мг
35	Бупрофанол	раствор для инъекций 2 мг/мл
19	Тримеперидин	раствор для инъекций 1 %, 2 %

В странах Запада на сегодня зарегистрировано 23 молекулы сильнодействующих опиоидов и применяется до 60 неинвазивных форм опиоидов. Казахстан должен значительно расширить перечень препаратов в таких документах как «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан» (Приказ №32), «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами» (Приказ №786) и ряде других документах, включив в них не только таблетированные формы опиоидов короткого и пролонгированного действия, но и другие контролируемые препараты с доказанной эффективностью в терапии хронической боли – антидепрессанты, противосудорожные препараты и пр.

В то время как средняя доза морфина в развивающихся странах и странах с низким уровнем дохода составляет 60-75 мг в день, средняя дневная доза в Казахстане не превышает 30-40 мг. Данная проблема отражает недостаток знаний о приеме опиоидных препаратов и облегчению боли среди практикующих врачей. Боязнь опиоидных препаратов является распространенным явлением среди врачей, которые зачастую игнорируют различие между зависимостью и переносимостью, и склонны назначать неадекватно низкие дозы, неэффективные в облегчении боли.

Другим ограничением является то, что в Казахстане действуют слишком строгие процедуры лицензирования, транспортировки, хранения, предписания, выдачи и утилизации опиоидных анальгетиков. В результате лишь малое число аптек стремится получить лицензию и осуществлять отпуск наркосодержащих препаратов из-за

многочисленных проверок со стороны контролирующих органов.

В 2015 году в Приказ №32 внесены некоторые изменения, например, отменено требование сдачи пациентами пустых ампул и упаковок для выписки новой дозы препарата; увеличен срок действия рецепта до 15 дней, и т.д. В настоящее время МЗСР готовит новую редакцию Приказа №32, в который должны войти изменения, в том числе предложенные КАПП, которые направлены на дальнейшее сокращение маршрута пациента и устранение барьеров [8].

Вопросу доступа к обезболиванию в Казахстане были посвящены Круглый стол «Доступность препаратов для лечения боли: пути решения проблемы», прошедший 4 декабря 2012 г. в г. Алматы, а также Круглый стол «Доступные опиоиды – право каждого», прошедший в Астане 23 октября 2015 года. К обсуждениям, организованным КАПП были привлечены авторитетные международные эксперты, представители Министерства здравоохранения и социального развития, Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел, члены Парламента, врачи-онкологи, представители хосписов, общественных организаций, фармацевтических компаний. В продолжение обсуждений 22-23 сентября 2016 года в г. Астана пройдет Круглый стол по доступности опиоидов и Тренинг по противоболевой терапии под общим названием «Остановите мою боль!».

Проблема нехватки кадров и системного обучения. Еще одна большая проблема – низкий уровень знаний о паллиативной помощи как в обществе, так и среди медицинских работников.

В Казахстане был запущен ряд великолепных инициатив по обучению основам паллиативной помощи, при поддержке международных и местных организаций. От 150 до 200 энтузиастов паллиативной помощи, включая

врачей, медсестер, психологов, социальных рабочих и лидеров НПО, участвовали в курсах ELNEC, семинарах в Зальцбурге, курсах Европейской школы боли и других всемирно известных программах обучения. По крайней мере три мультидисциплинарные команды из Караганды, Алматы и Тараза при финансовой поддержке Фонда Сорос-Казахстан (ФСК) посетили зарубежные хосписы и ознакомились с работой отделений паллиативной помощи и выездных служб.

Предоставленные ФСК гранты и сотрудничество с такими международными организациями как Евразийское общество онкологов (EAFO), Американское общество клинических онкологов (ASCO), Национальный институт рака США (NCI), Ближневосточный противораковый консорциум (MECC) дали возможность организациям, входящим в КАПП провести в Казахстане за последние несколько лет несколько конференций и семинаров, включая:

- Международную научно-практическую конференцию «Проблемы в развитии паллиативной помощи в Республике Казахстан» (7-8 декабря 2011 г., г. Караганда),
- Международный форум по паллиативной помощи в рамках Съезда онкологов стран СНГ (7 сентября 2012 г., Астана),
- Международную научно-практическую конференцию «Поддерживающая терапия и паллиативная помощь в онкологии» (5 декабря 2012 г., Алматы),
- Международную научно-практическую конференцию «Современные аспекты паллиативной помощи и сестринского ухода» (28-29 июня 2013 г., г. Караганда),
- Евразийский противораковый форум «Предикция, превенция и паллиативная помощь в онкологии» (10–11 октября 2013 г., Алматы),
- Мастер-класс для онкологов «Принципы оказания паллиативной помощи и лечения онкологических больных» (9- 14 июня 2014 г., Алматы),
- Семинар-тренинг для медсестер «Новые технологии оказания паллиативной помощи» (20-24 июля 2015 г., Алматы),
- Международная конференция «Паллиативная помощь: новое качество жизни» (22 октября 2015 г., Астана),
- Международный семинар IPCW 2016 с участием лекторов ASCO (11-13 мая 2016 г., Алматы).

Последний названный семинар, собравший 173 специалиста со всего Казахстана, выявил значительно возросший интерес к практическим вопросам оказания психологической, социальной, духовной помощи пациентам и их семьям, вопросам оценки и купирования боли и других симптомов, развитию коммуникативных навыков, методам психологической самопомощи и т.д. Еще два крупных проекта при поддержке Национального института рака и Казахского НИИ онкологии и радиологии планируется провести в 2016-2017 гг.

С 2011 года Карагандинский государственный медицинский университет ввел факультативный курс для медицинских студентов 4 курса и интернов. Данный курс обучения был разработан при поддержке польских коллег, и также может быть введен в других высших образовательных учреждениях или предложен Министерству образования и науки Республики Казахстан.

Проекты паллиативной помощи в Казахском Национальном университете им. С.Д. Асфендиярова сосредоточены на геронтологических пациентах и включают разработку организационно-функциональной модели помощи на дому и больничной помощи таким пациентам, а также разработку клинических протоколов для паллиативной помощи.

Краткосрочные курсы обучения организованы на нерегулярной основе такими образовательными учреждениями, как Казахская высшая школа общественного здравоохранения и Казахский медицинский институт непрерывного образования.

Информационные кампании и семинары продолжают регулярно проводиться организациями-членами КАПП во всех регионах Казахстана.

Министерством здравоохранения и социальной защиты ежегодно проводится конкурс на государственную закупку услуг по совершенствованию услуг паллиативной помощи и сестринского ухода в целях обучения лиц, нуждающихся в этих видах услуг и их родственников.

Однако всех этих образовательных усилий явно недостаточно для обеспечения растущей потребности в специалистах паллиативной помощи по всему Казахстану.

Проблема обучения специалистов должна быть признана на правительственном уровне. Национальный классификатор профессий должен включать такую специальность как «паллиативная помощь» или «паллиативная медицина». Отсутствие законодательной базы на включение паллиативной помощи в национальные стандарты образования препятствует внедрению программ обучения в практические занятия медицинских образовательных учреждений.

Необходимо разработать и внедрить методологическую базу, стандарты преподавания и оценочный процесс для обучения медицинских (врачи, медсестры) и немедицинских (социальные рабочие, психологи) специалистов по паллиативной помощи по трем уровням:

- Базовый (додипломный) уровень – для тех, кто будет иметь профессиональное отношение к медицине
- Средний (последипломный) – для профессиональных докторов, которые в своей практике столкнутся с вопросами паллиативной помощи, не являясь специалистами в данной области; и
- Продвинутой – для тех, кто захочет стать специалистом паллиативной помощи.

В организации обучения персонала паллиативной помощи может оказаться полезным богатый опыт работы неправительственного сектора и их интернет-ресурсы (например, сайт Казахстанской ассоциации паллиативной помощи www.palliative.kz, где в открытом доступе имеется русскоязычная библиотека с материалами для обучения и видео-семинарами) [9].

Также целесообразно было бы организовать на базе хосписов центры по обучению врачей, медсестер, психологов и социальных работников практическим основам паллиативной помощи, а также обучение санитаров, волонтеров и членов семей практическим навыкам ухода и психологической помощи.

Доступ к паллиативной помощи в условиях стационара, поликлиники, амбулатории и на дому



Вид помощи	2001 г.	2011 г.	2016 г.
Стационарные койки	200+	400+	800+
Регулярные мобильные бригады	0	3	6
Противоболевые кабинеты	0	2	10+

Рисунок 2 - Карта доступности различных форм паллиативной помощи в регионах Казахстана (по данным, собранным КАПП)

План развития онкологической помощи на 2012-2016 гг. предусматривал создание паллиативных коек в городах Астана, Петропавловск, Актобе и Кызылорда в 2013 году, а также открытие отделений паллиативной помощи в онкодиспансерах Талдыкоргана, Алматы, Уральска, Атырау, Шымкента и Тараза за период с 2014 по 2016 годы. На сегодняшний день, около 150 новых паллиативных коек были развернуты в рамках данного плана, в том числе открыты отделения терапии и паллиативной помощи для онкологических пациентов г. Астаны, Кызыл-Орды, Шымкента [10].

Таким образом, на сегодняшний день в Казахстане имеется 13 учреждений, где предоставляют стационарное лечение, включая хосписы, центры сестринского ухода и отделения симптоматического лечения и паллиативной помощи. Общее число койко-мест, согласно информации МЗСР РК, составляет более 800, однако и этого количества недостаточно для населения более 17 миллионов человек. Простая логика подсказывает, что в каждом городе страны должен быть свой хоспис, мощностью от 8 до 30 коек.

К сожалению, паллиативная помощь практически недоступна для пациентов, живущих в отдаленных районах. В сельских районах и маленьких городах целесообразно

развивать амбулаторные формы паллиативной помощи и помощь на дому.

Пациенты, страдающие от распространенных форм рака, выписанные из онкологических центров или больниц, попадают в компетенцию муниципальных амбулаторных клиник. Уход за ними переходит в зону ответственности врачей общей практики и штатных онкологов, которые не имеют необходимых навыков оказания паллиативной помощи для решения медицинских, психологических, социальных и духовных проблем таких пациентов. Как правило, они не располагают необходимыми ресурсами (транспорт, поддержка многопрофильной бригады, квалифицированные медсестры, психолог, социальный рабочий, волонтеры, специальные средства для ухода, расходные материалы, препараты и т.д.).

Четыре НПО: «Кредо» в Караганде и Темиртау, «Амазонка» в Таразе, «Вместе против рака» в Алматы и «Солярис» в Павлодаре, провели обучение для мультидисциплинарных команд и запустили проекты мобильной помощи для неизлечимых пациентов на дому. В Караганде и Темиртау МДК работали 4 года за счет гранта ФСК, один год за счет областного управления здравоохранения. В течение года проводились консультации специалистов по телефону для онкологических пациентов при

финансировании управления здравоохранения. В Алматы проект МДК финансировался в течение года ФСК, а с 2016 года мобильная бригада вошла в штат Алматинского онкологического центра. Таким образом, в Алматы удалось добиться устойчивости проекта, востребованность которого подтверждается ежедневно. Кроме того, Алматинский центр паллиативной помощи запустил свою собственную мобильную бригаду.

Развитие мобильных команд способствует необходимой преемственности между медицинскими учреждениями различных уровней, которые разделены административно. Наличие такой сети открывает больше возможностей для пациентов к получению доступа к консультациям специалистов узкого профиля, к диагностическим и лабораторным услугам, к малоинвазивным операциям и помощи психологов и социальных работников.

Заключение. Несмотря на имеющиеся положительные сдвиги в развитии паллиативной помощи в Респу-

блике Казахстан, имеется еще целый ряд проблем, требующих скорого решения.

Главным залогом улучшения качества жизни инкурабельных пациентов в Республике Казахстан является: 1) воля государства в развитии паллиативной помощи на основе лучшей мировой практики, 2) обеспечение доступности опиоидных анальгетиков, 3) создание многоуровневой системы обучения медицинских и немедицинских специалистов.

Казахстанская ассоциация паллиативной помощи была учреждена с целью объединения усилий всех структур казахстанского общества: Парламента, министерств и ведомств, медицинского сообщества, неправительственного сектора, фармацевтических компаний, образовательных учреждений, а также международных экспертов и партнерские организации с целью ускорения процесса развития паллиативной помощи в Казахстане.

Список литературы

- 1 Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год. – Алматы, 2015.
- 2 Официальный сайт МЗСР РК. www.mzsr.gov.kz
- 3 Паллиативная медицинская помощь //информационный бюллетень №402, ВОЗиюль 2015 г.
- 4 Оценка потребности в паллиативной помощи в Республике Казахстан, Томас Джеймс Линч, Программа общественного здравоохранения Фонда «Открытое общество», Международная инициатива по паллиативной помощи (IPCI), октябрь 2012 г.
- 5 Казахстан: утвержденные Национальные стандарты паллиативной помощи, Айнура Шакенова, Координатор программы правовой реформы и координатор развития паллиативной помощи, Фонд Сорос-Казахстан, 28 февраля 2014 г. www.ehospice.com
- 6 Интерактивная карта потребления опиоидов в медицинских и научных целях в странах мира. <https://ppsg.medicine.wisc.edu/chart>
- 7 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, 9 сентября 2011г. №593 Об утверждении Республиканского лекарственного формуляра (с дополнениями и поправками от 12 апреля 2013 года).
- 8 О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан»
- 9 Сайт Казахстанской Ассоциации паллиативной помощи www.palliative.kz
- 10 Национальная программа развития онкологии на 2012-2016 гг.

Тұжырым

Д.Р. Қайдарова, Г.Ж. Коңырова
Қазақ онкология және радиология ғылыми зерттеу институты
ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», ОФ «Вместе против рака»

**ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ПАЛЛИАТИВТІК КӨМЕК:
ДАМУ КЕЗЕҢДЕРІ МЕН АҒЫМДАҒЫ
СЫН-ТЕГЕУРІНДЕР**

Мақала ағымдағы жағдайды және денсаулық сақтаудың салыстырмалы түрде жаңа бағытының паллиативтік көмек-контекстінде онкологиялық науқастарға инкурабельдік көмектің даму перспективасын талдауға арналған. Қазақстандағы қызметті дамытудың маңызды кезеңдері, көмек көрсету формалары мен қолда бар ресурстар қарастырылады. ҚР паллиативтік көмекке кедергі болатын факторлар талданып, кедергілерді жеңу жолдары қарастырылады.

Түйінді сөздер: паллиативтік көмек, жазылмайтын науқастар, опиоидты анальгетиктерге қол-жетімділігі, дайындалған кадрлардың жетіспеушілігі, мультидисциплинарды команда, мобильді бригада, хоспистік көмек.

Summary

D.R. Kaidarova, G.Zh. Kunirova
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», ОФ «Вместе против рака»

**PALLIATIVE CARE IN KAZAKHSTAN:
MAIN MILESTONES AND CURRENT CHALLENGES**

This article is analyzing the current situation and prospects of development of a comparatively new branch of public healthcare – palliative care – in the context of social-medical assistance to incurable cancer patients. Main milestones of the Kazakhstan palliative care development are being considered, as well as possible forms of care and available resources. The article also analyzes main factors preventing from introduction of efficient palliative care practices and suggests possible ways of eliminating the barriers.

Key words: palliative care, incurable patients, availability of opioid analgesics, deficit of trained personnel, multidisciplinary teams, mobile teams, hospice care.

УДК:616.6-08-035.75

Д.Р.Кайдарова^{1,2}, Г.А.Афонин², Г.Ж.Кунирова³, С.Субраманиан⁴, А.К.Абабакиев^{5,6}¹Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии²Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова³Казахстанская ассоциация паллиативной помощи (Алматы, РК)⁴Евразийская федерация онкологии (Москва, Российская Федерация)⁵Алматинский онкологический центр Управления здравоохранения г. Алматы⁶Казахский медицинский университет непрерывного образования

РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

Резюме: Служба паллиативной помощи является многоуровневой. Для эффективного функционирования системы паллиативной помощи в данном регионе необходимо наличие различных организационных форм с обязательным присутствием стационаро-замещающих видов помощи. Развитие региональных сетей организаций паллиативной помощи должно стать частью национальной стратегии здравоохранения с целью оказания максимально качественного и своевременного лечения такой тяжелой категории пациентов как неизлечимые онкологические больные.

Ключевые слова: онкологические больные, паллиативная помощь, региональные сети, стационаро-замещающая помощь.

Анализ структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Казахстан свидетельствует о стабильно высоком уровне т.н. «запущенных» форм при отдельных локализациях опухолей, что отражает мировые тенденции и показатели заболеваемости аналогичными видами рака в странах СНГ. Так, в 2014 году в республике было выявлено 34352 впервые диагностированных случаев злокачественных новообразований (в 2013 г. – 33029, в 2012 г. – 32005). Удельный вес запущенных форм (IV стадия) к моменту установления диагноза составил в 2014 г. в среднем 12.5% для всех выявленных злокачественных новообразований (в 2013 г. – 14.1%, в 2012 г. – 14.6%). Относительно большая доля запущенных форм отмечена при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы (36.1%, в 2013 г. – 37.3%), печени (23%, в 2013 г. – 27.4%), желудка (22.7%, в 2013 г. – 25.6%), легкого (23.1%, в 2013 г. – 24.0%), ободочной кишки (15.7%, в 2013 г. – 17.0%) и саркомах костей (15.1%, в 2013 г. – 16.2%) [1]. В целом показатель заболеваемости злокачественными опухолями в республике не имеет существенной тенденции к снижению и составил в 2014 г. 198.7‰ (в 2013 г. – 193.9‰, в 2012 г. – 190.6‰) с темпом прироста 2.5%.

Несмотря на то, что абсолютное число больных с IV

стадией рака в динамике снижается, общее количество лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования и лиц, состоящих на диспансерном учете, неуклонно повышается. Так, если в 2003 году в Казахстане было выявлено 28834, а на учете состояло 110592 больных со злокачественными новообразованиями, то в 2011 году количество больных стало равно 144899, при этом в указанном году было впервые выявлено 30139 лиц со злокачественными опухолями. Каждый год это число увеличивается на несколько тысяч человек с параллельным ростом индекса накопления. Кроме того, Казахстан относится к странам с ускоренными темпами старения, и к 2050 году приблизительно ¼ населения будет представлена лицами пожилого и старческого возраста, следовательно, будут увеличиваться и показатели заболеваемости пациентов старших возрастных групп. Практически это означает то, что онкологи все чаще будут иметь дело с пациентами со сложными и угрожающими жизни состояниями (развившимися в силу возраста, сопутствующей патологии и истощающихся резервов организма), многие из которых будут нуждаться в паллиативном и симптоматическом лечении.

Для эффективного функционирования современной системы паллиативной помощи принципиальными являются практика адекватной клинической оценки и распределение «потоков» больных в соответствии со стратификацией риска и учетом наличных возможностей для оказания оптимального вида помощи.

В Республике Казахстан, как и в большинстве постсоветских стран, процесс оказания паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным организационно не дифференцирован. Так, в РК отсутствует градация по уровням оказания помощи и не внедрена практика направления пациентов на лечение в соответствии с уровнями риска, ожидаемой продолжительностью жизни, с учетом возраста и состояния организма больного. Между тем, в настоящее время в развитых странах паллиативная помощь оказывается в зависимости от уровня организации учреждений, что способствует

ет эффективному лечебному процессу и оптимизации комфорта пациента, а также снижению нагрузки на больного и бюджет системы здравоохранения.

В большинстве документов рекомендательного и нормативного характера, опубликованных в Европе до 2009 года описывается двухуровневая градация паллиативной помощи, представленная т.н. паллиативным подходом и специализированной паллиативной помощью. Однако разработчики «Стандартов и норм хосписной и паллиативной помощи в Европе» под руководством таких признанных специалистов в области паллиативной помощи как Франко де Конно, Карл-Йохан Фюрст и Джеффри Хэнкс, приводят четыре уровня функционирования паллиативной помощи: паллиативный подход, общая паллиативная помощь, специализированная паллиативная помощь и т.н. центры передового опыта [2].

Паллиативный подход – это применение принципов и методов паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании таковой. Данный уровень оказания паллиативной помощи может быть использован врачами общей практики и сотрудниками общетерапевтических клиник и больниц сестринского ухода и домов-интернатов. Для возможности реализации паллиативного подхода необходимо качественное изменение программ подготовки медицинских кадров с включением предмета паллиативной помощи в образовательные стандарты обучения врачей (особенно общей практики) и медсестер.

Общая паллиативная помощь оказывается медицинскими работниками первичного звена (т.е. в данном случае – районными онкологами и врачами онкологической амбулаторно-поликлинической службы) и специалистами, имеющими достаточные знания и навыки в области паллиативной помощи. Специалистам, которые в своей практике сталкиваются с пациентами с угрожающими жизни состояниями (например, онкологам и гериатрам), но для которых паллиативная помощь не является их основной специальностью, как правило требуется специализация и дополнительная подготовка. Этот уровень может быть реализован в отделениях паллиативной помощи онкологических центров и крупных многопрофильных больниц.

Специализированная паллиативная помощь (СПП) оказывается службами, основной деятельностью которых является паллиативная помощь в составе мультидисциплинарных команд. Функционирование данного уровня паллиативной помощи происходит, как правило, на базе хосписов и заключается в оказании помощи пациентам, нахождение которых в домашних условиях невозможно, и членам их семей. Сотрудники таких служб должны иметь более высокий уровень образования и подготовки по паллиативной помощи (и быть обязательно сертифицированными именно в этой области медицины). Кроме того, для работы таких команд требуется гораздо большее число специалистов и дополнительные ресурсы. Службы СПП, основной задачей которых является адекватный контроль и активное купирование симптомов угрожающего жизни состояния, должны в идеале быть доступными всем больным с прогрессирующими онкологическими заболеваниями.

На данном уровне оказания паллиативной помощи проводится широкий спектр терапевтических вмешательств и хирургических манипуляций (проведение торако- и лапароцентеза, эпидуральной анестезии, трахеостомии, наложение гастро-, эпицисто- и нефростом, имплантация внутривенных портов длительного доступа). Для безопасного проведения этих манипуляций в составе служб СПП должно быть необходимое количество подготовленного персонала. Деятельность служб СПП требует применения мультидисциплинарного подхода, при этом лечение пациентов должно осуществляться специалистами, основным родом деятельности которых является паллиативная помощь. Именно этот уровень реализации паллиативной помощи может являться тем уровнем, где «пересекаются» различные направления лечения: собственно противоопухолевая терапия, паллиативная помощь, и помощь, оказываемая при возникновении неотложных состояний.

Центры передового опыта являются примером учреждений четвертого уровня оказания паллиативной помощи. Такими центрами могут быть учреждения как стационарные, так и амбулаторные, оказывающие помощь пациентам на дому и учреждения, которые занимаются подготовкой специалистов, разработкой стандартов и проведением клинических исследований. Место таких центров в многоуровневой системе паллиативной помощи зависит от конкретной национальной системы здравоохранения и модели паллиативной помощи в целом. В качестве примера можно привести получившую мировую известность службу «стационар паллиативной помощи на дому» города Болонья, в которой круглосуточно работают 120 врачей и 12 психологов, обслуживающие за день около 2500 пациентов [3].

Практически весьма важно учитывать не только уровень, на котором будет оказываться помощь пациенту, но и все аспекты ее организации. Применительно к онкологическим больным процесс предоставления паллиативной помощи предполагает соблюдение принципов, определенных ВОЗ в качестве ключевых [4]: заблаговременное планирование помощи, непрерывность оказания помощи, доступность помощи, выбор необходимого именно данному пациенту места оказания помощи.

Мы отдаем себе отчет, что рассматриваемые принципы организации паллиативной помощи являются осуществимыми только в системе хорошо развитой отрасли здравоохранения, как и то, что для Республики Казахстан реализация части этих принципов в настоящее время является все еще более или менее отдаленной перспективой. Но мы также осознаем, что без устремления в будущее с намерением реализовать эти принципы мы вряд ли достигнем баланса между ожиданиями и потребностями наших пациентов и теми условиями, которые должны этим ожиданиям и потребностям отвечать. То есть между реальной практикой оказания помощи в каждом конкретном случае. Это касается и неразвитой в государстве в настоящее время системы альтернативных форм оказания помощи больным и того факта, что пациентам по сути не из чего выбирать место получения помощи, поскольку система ее оказания в своих организационных формах представлена почти исключительно

центрами паллиативной помощи (стационарными хосписами).

В соответствии с международными (прежде всего европейскими) стандартами, пациенты, их близкие и команда, оказывающая паллиативную помощь, «могут совместно обсуждать вопросы планирования и предоставления помощи, принимая во внимание предпочтения больного, имеющиеся ресурсы и рекомендации квалифицированного специалиста» (Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи, 2003). Естественно, что изменение состояния пациента, его функциональных возможностей приводит к изменению и режима лечения, что требует постоянного обсуждения и адаптации индивидуального плана оказания помощи на всем протяжении болезни. Однако по мере прогрессирования заболевания происходит ухудшение когнитивных функций и физического состояния больных, и наступает момент, когда они больше не в состоянии принимать решения. Поэтому паллиативная помощь должна включать условия для заблаговременного ее планирования, а пациенты могли получить при желании лечение и уход в соответствии со своими предпочтениями. Стоит заметить, что юридические установки относительно заблаговременного планирования помощи согласно практике развитых стран включают составление распоряжения пациента о его лечении на перспективу и привлечение доверенного лица. Правовая основа в Республике Казахстан, как и в странах СНГ для этого до сих пор не создана.

Что касается доступности, то службы паллиативной помощи должны быть доступны всем пациентам при первой необходимости вне зависимости от того, когда и где такая потребность возникнет. Исходя из содержания основополагающих государственных нормативно-правовых актов, касающихся паллиативной помощи, команды паллиативной помощи должны работать так, чтобы помощь была доступна пациентам всех возрастов и социальных групп, с любым диагнозом и во всех медицинских учреждениях, а также на дому, что закреплено соответствующими статьями Конституции Республики Казахстан. Общедоступность или «равный доступ» имеют значение глобального принципа, и закреплены, в частности в Декларации ВОЗ [6], а организационные и правовые аспекты конкретизированы например, для масштаба национальной системы в Клинических рекомендациях по паллиативной помощи Национального консенсусного проекта США (NationalConsensusProjectforQualityPalliativeCare.ClinicalPracticeGuidelinesforQualityPalliativeCare, 2009). При многих различиях европейской или американской и казахстанской систем здравоохранения, рациональное зерно, содержащееся в этих документах стоит использовать в отечественной практике, и основным мотивом в пользу этого является тот факт, что до сих пор в Казахстане живет некоторое число людей (точное их количество не поддается учету), лишенных доступа к любому, даже самому простому виду паллиативной помощи. Это в первую очередь лица БОМЖ, контингент пенитенциарной системы, лица, не имеющие прикрепления к организации ПМСП через РПН, одинокие лица, находящиеся в домах престарелых и интернатах для психоневротиков, законные права которых представляются

исключительно органами социальной опеки.

Основное требование при оказании паллиативной помощи – непрерывность ее оказания на всем протяжении заболевания в различных учреждениях здравоохранения. Непрерывность определяется не только наличными региональными ресурсами, но и динамической оценкой состояния пациента и типом лечебного учреждения. Соблюдение этого принципа помогает «избежать ошибок и предотвратить бессмысленное страдание пациентов с угрожающими жизни заболеваниями» [8]. Уникальность паллиативной помощи в том, что она является интегральной частью многих учреждений системы здравоохранения – многопрофильных больниц и онкологических клиник, амбулаторно-поликлинической службы, стационаров сестринского ухода и служб оказания помощи на дому, домов престарелых и интернатов для лиц с ограниченными возможностями, наконец, собственно отделений паллиативной помощи и хосписов. Именно поэтому для соблюдения принципа непрерывности необходимо эффективное взаимодействие членов команды с близким окружением больного и лицами, осуществляющими уход. Делается это с целью координации действий по оказанию помощи в стационарных условиях и на дому.

В настоящее время признано, что в дополнение к специализированной стационарной помощи как можно большему числу нуждающихся должна оказываться паллиативная помощь на дому. Так как время жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, ограничено, врачи должны иметь возможность при необходимости быстро перенаправить их из одной службы в другую. Это касается как специализированных, так и неспециализированных служб.

Если рассматривать структуру медицинской помощи Республики Казахстан вообще, то неспециализированными учреждениями, оказывающими паллиативную помощь могут выступать: районные службы сестринского ухода, сеть общей врачебной практики, амбулаторные службы сестринского ухода, отделения больниц общего профиля, интернаты для престарелых.

Аналогично службами специализированной паллиативной помощи могут являться: стационарные отделения паллиативной помощи, стационарные хосписы, команды, оказывающие паллиативную помощь на дому, а также хосписные команды, оказывающие помощь по месту проживания пациента. Последние включают: «дневные» хосписы, стационары на дому, амбулаторные клиники.

Очевидно, что сегодня, также как и в перспективе, большая часть паллиативной помощи будет оказываться неспециализированными службами, особенно если принять во внимание количество нуждающихся и ресурсы системы здравоохранения. До настоящего времени официальной статистики общей потребности в паллиативной помощи в Казахстане не ведется. Однако, согласно рекомендациям ВОЗ, количество хосписных коек должно составлять не менее 30 на 300–400 тыс. населения. Несложно посчитать, что на 17 млн. 700 тыс. населения количество стационарных коек должно быть порядка 1.5–1.7 тысяч, то есть в четыре–пять раз больше, чем имеется в настоящее время. В Республике Казахстан эта ситуация усугубляется нехваткой медицинских кадров и

специализированных коек, проблемами с обеспечением современными лекарственными средствами для терапии болевого синдрома, особенно таблетированными и трансдермальными формами анальгетиков центрального действия.

В республике не существует официального регистра лиц, которым требуется паллиативная помощь, однако в 2012 году международный эксперт по паллиативной помощи Томас Линч провел приблизительную оценку потребности, которая обнаружила, что ежегодно в паллиативной помощи нуждаются от 94000 до 97000 пациентов. На момент исследования число этих (т.е. нуждающихся в помощи в данный момент времени) больных составляло, по меньшей мере, 15500. Кроме того, учитывая, что в уходе за больным обычно задействованы два или более человека из числа близких, помощь необходимо оказывать еще приблизительно 282600 лицам ежегодно. Естественно, что только стационарной (хосписной) помощью эти потребности удовлетворить невозможно. Для того чтобы обеспечить паллиативную помощь в первую очередь в амбулаторных условиях (на дому) и в стационарах в таких масштабах, понадобится существенное перераспределение человеческих ресурсов в городских и сельских районах. Это является существенной проблемой в условиях реформирования национальной системы здравоохранения и дефицита кадров, поскольку для полного покрытия этих потребностей, согласно отчету программы International Palliative Care Initiative необходимо, по крайней мере, «6675 единиц персонала и 825 койко-мест для оказания паллиативной помощи».

Процесс оказания паллиативной помощи должен быть организован таким образом, чтобы пациенты имели возможность обращаться в различные учреждения в соответствии с клиническими показаниями и личными предпочтениями. Это означает, что службы паллиативной помощи должны быть не изолированными структурами, а работать в виде системы, состоящей из различных форм учреждений, среди которых должны быть стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы. Решение этой проблемы нам видится в развитии т.н. «региональных сетей» организаций паллиативной помощи по примеру некоторых стран Европейского союза.

Региональные сети учреждений и организаций паллиативной помощи могут включать в себя широкий спектр учреждений и служб, деятельность которых должна эффективно координироваться. Публикации ведущих экспертов по вопросам качества паллиативной помощи свидетельствуют о том, что центром региональной сети паллиативной помощи должно быть стационарное отделение (Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004, Jünger S., Pestinger M., Elsner F., 2007). При

этом качество помощи в отдельном регионе определяется не только качеством помощи в отдельных учреждениях или службах. Оно определяется также координацией деятельности специализированных служб и подразделений первичной медицинской помощи. Если службы организованы в рамках единой региональной сети, это позволяет улучшить доступ к паллиативной помощи, повысить ее качество и непрерывность оказания [9,10]. Для того чтобы такая сеть функционировала эффективно, должны быть выполнены два условия: нормальная координация работы и наличие более или менее широкого спектра учреждений и служб. Эффективное взаимодействие, в частности, может быть установлено через специалиста, ответственного за оказание помощи данному больному, осуществляющему так называемый *casemanagement*, т.е. ведение больного. Этот специалист занят передачей информации и обеспечивает преемственность предоставления помощи в учреждениях различного уровня, включенных в региональную сеть. Для организации эффективной работы, службы обеспечивающие координацию должны работать 24 часа в сутки, 7 дней в неделю [10,11].

Развитие региональных сетей согласуется с принципами, заложенными в Государственной программе развития здравоохранения на 2016-2019 годы «Денсаулық» («Здоровье») одним из главных направлений которой является формирование интегрированной модели оказания медицинской помощи при основных социально-значимых неинфекционных заболеваниях, заболеваниях, существенно влияющих на демографическую ситуацию в стране, в том числе злокачественных новообразованиях. Важным для развития помощи онкологическим больным является направление по внедрению системы прогнозирования и управления рисками и заболеваниями, прогнозирование динамики факторов риска общей смертности. Программа управления заболеваниями предусматривает персонифицированный учет, профилактику и квалифицированную медицинскую помощь. Еще одной важной для развития региональных сетей особенностью является заложенные в программе кластерный подход, который предполагает, что весь цикл диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и медико-социальных мероприятий будет концентрироваться по каждому конкретному направлению.

Кроме координации оказания помощи, хорошо функционирующая сеть согласованно определяет цели и разрабатывает стандарты качества, разрабатывает единые критерии госпитализации и выписки из стационара на всех уровнях оказания помощи, внедряет и использует единые методы оценки и единую терапевтическую стратегию, основанную на доступных доказательствах.

Список литературы

1. Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Аuezова Э.Т. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год (статистические материалы.- Алматы, 2015. – С. 92-117.
2. Jünger S., Payne S., Radbruch L. et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe // European J. of Palliative Care. -2010. – Vol. 17. – №1. – P. 22-33.
3. Tanneberger S., Catane R., Cherny N.I. et al (eds). Palliative care in advanced cancer. In: ESMO Handbook of advanced cancer care. -London and New York, Taylor&Francis, 2006. – P. 5.
4. Centeno C., Clark D., Lynch T. et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force // Palliative Medicine.- 2007. – Vol. 21. – P. 463-471.
5. Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003 года на 860 заседании уполномоченных представителей министров./Перевод Е.С.Введенской. Н., Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородская областная общественная организация «Паллиативная помощь», 2003. – С. 6.
6. Stjernsward J., Clark D. Palliative Medicine: A global perspective, In Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2004. –p. 1197-1224.
7. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. National Institute for Health and Clinical Excellence.-2004. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.
8. Jünger S., Pestinger M., Elsner F. et al. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams // Palliative Medicine.- 2007. – Vol.21. – P. 347-354.
9. Schroder C., Seely J.F. Pall-Connect: a support network for community physicians // J. Palliat. Care.- 1998. – Vol. 14. – P. 98-101.
10. Mitchell G., Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model // Aust. Fam. Physician. -2001. – Vol. 30. – P. 59-62.
11. Ferris F.D., Balfour H.M., Bowen K. et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice // J. Pain Symptom Manage. -2002. – Vol. 24. – P. 106-123.

Тұжырым**Summary**

Д.Р.Кайдарова, Г.А.Афонин, Г.Ж.Кунирова, С.Субраманиан, А.К.Абабакиев
Қазақтың онкология және радиология ғылымизерттеу институты
С. Д. Асфедияров атындағы Қазақтың Ұлттық медициналық университеті
«Қатерлі ісікке қарсы біргеміз» қоғамдық фонды.
Денсаулық сақтау басқармасының Алматылық онкологиялық орталығы
Қазақтың үздіксіз білім беру медициналық университеті Евразиялық онкология федерациясы
(Мәскеу, РФ)
Емгекке лайық онкологиялық науқастарға ұлттық стратегия бойынша паллиативтік көмек көрсету деградациялық мәселелерді дамыту

D.R.Kaidarova, G.A.Afonin, G.Zh. Kunirova, S.Subramanian, A.K.Ababakiev
Endoscopic endolaryngeal microsurgery in the treatment of precancer lesions and early forms of cancer of the throat

Kazakh institute of oncology and radiology
Kazakh national medical institute S.D.Asfendiyarov
Kazakh association of palliative care
European federation of oncology
Almaty oncology center
The Kazakh medical university of continuing education

АЙМАҚТЫҚ БӨЛІМШЕЛЕРДІҢ ДАМУЫ –
ОНКОЛОГИЯДАҒЫ ПАЛИАТИВТІ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ
ҰЛТТЫҚ СТРАТЕГИЯНЫҢ БІР БӨЛІГІ

DEVELOPMENT OF REGIONAL NETWORKS AS THE
PART OF NATIONAL STRATEGY OF PALLIATIVE CARE IN
THE ONCOLOGY

Паллиативті көмек көрсету қызметі көп салалы болып табылады. Паллиативті көмек көрсету қызметін қолайлы атқару үшін аймақта стационар алмастыру бөлімі бар ұйымдардың болғаны қажет. Жазылмайтын онкологиялық науқастарға дер кезінде сапалы көмек көрсету мақсатында аймақтық паллиативті көмек көрсету бөлімшелердің дамуы ұлттық денсаулық сақтау стратегиясының бір бөлігі болып табылу керек.

The service of palliative care is multilevel. For efficient functioning of system of palliative care in this region requires existence of various organizational forms with obligatory presence of hospital-replacing types of the help. Development of regional networks of the palliative care's organizations has to become a part of national strategy of health care for the purpose of rendering the most high-quality and well-timed treatment of such heavy category of patients as incurable oncological patients.

Түйінді сөздер: онкологиялық науқастар, паллиативті көмек, аймақтық бөлімшелер, стационар алмастыратын көмек.

Keywords: oncological patients, palliative care, regional networks, hospital-replacing help.

препринт

Andrew Davies, Ulrich R. Kleeberg, Jerzy Jarosz, Sebastiano Mercadante, Philippe Poulain, Tony O'Brien, H el ene Schneid, Hans G. Kress Received

Improved patient functioning after treatment of breakthrough cancer pain: an open-label study of fentanyl buccal tablet in patients with cancer pain

Andrew Davies & Ulrich R. Kleeberg & Jerzy Jarosz & Sebastiano Mercadante & Philippe Poulain & Tony O'Brien & H el ene Schneid & Hans G. Kress

Received: 31 July 2014 / Accepted: 18 December 2014

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Abstract

Purpose This open-label study evaluated the effects of fentanyl buccal tablet (FBT) on functioning and mood in cancer patients with breakthrough cancer pain (BTcP).

Methods Opioid-tolerant patients in seven European countries with up to four BTcP episodes/day received FBT doses (100–800 µg) identified during open-label titration to treat up to eight BTcP episodes during an open-label treatment period. In countries where FBT was not commercially available, patients could enter an open-label continuation phase. Functionality and satisfaction assessments included change from baseline to the end of the treatment period in the modified Brief Pain Inventory (BPI-7S) seven-item interference subscale, patient's global assessment of satisfaction and ease of use, and Patient's Global Impression of Change (PGIC). Safety was also assessed.

Results Of 330 randomized patients, 218 completed the treatment period and 88 entered the continuation phase. Median background pain intensity was 4.0 (mild) throughout the study. After the treatment period, mean (SD) global modified BPI-7S score improved from 39.7 (15.9) at baseline to 31.6 (16.8) for a mean change of –8.6 (95 % confidence interval CI –10.5, –6.7; $P < 0.0001$), and 74.5 % of patients reported improvement in overall status (PGIC) compared with 25.5 % who reported no change or worsening ($P < 0.001$). Treatment-related adverse events (≥ 2 patients) during the continuation phase were application site erythema (6.9 %), application site swelling (4.6 %), and vertigo (4.6 %).

Conclusions FBT may improve patient functioning, mood, and overall satisfaction in the management of BTcP. Long term data did not indicate new safety concerns with FBT doses up to 800 µg.

This study was previously presented at (1) The 15th World Congress of Pain Clinicians (WSPC); June 27–30, 2012; Granada, Spain; (2) The International Association for the Study of Pain's (IASP) 14th World Congress on Pain; August 27–31, 2012; Milan, Italy; and (3) The European Society for Medical Oncology (ESMO) 2012 Congress; September 28–October 2, 2012; Vienna, Austria.

A. Davies (*)

Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, Egerton Road, Guildford, GU2 7XX Surrey, UK e-mail: adavies12@nhs.net

U. R. Kleeberg

H ematologisch-Onkologische Praxis Altona, Struensee-haus, Hamburg, Germany

J. Jarosz

Mossakowski Medical Research Centre Polish Academy of Sciences, Warsaw, Poland

S. Mercadante

Casa di Cura di Alta Specialit , La Maddalena, Terapia del Dolore e Cure Palliative, Palermo, Italy

P. Poulain

Polyclinique de l'Ormeau, Tarbes, France

T. O'Brien

Department of Palliative Medicine, Marymount Hospice and Cork University Hospital, Cork, Ireland

H. Schneid

Teva Laboratoires, La D efense, France

H. G. Kress

Department of Special Anaesthesia and Pain Therapy, Medical University/AKH, Vienna, Austria

Keywords Break through pain . Chronic pain . Fentanyl buccal tablet . Opioid analgesic . Pain management . Cancer patients

Introduction

Cancer patients with chronic pain controlled by maintenance analgesics commonly experience breakthrough cancer pain (BTcP), defined as a transitory exacerbation of pain occurring in the presence of otherwise controlled, background pain [1]. The prevalence of BTcP among patients with controlled, background chronic cancer pain ranges from 33 to 89 %, depending on clinical setting [1–6], how BTcP was defined [6–8], differences in BTcP diagnostic criteria, and inclusion of patients with poorly controlled background pain [4,6]. Cancer patients with BTcP may experience substantial impairments in physical (e.g., walking, sleeping), psychological (e.g., anxiety, depression), and social (e.g., work, relationships) functioning compared with those with controlled, background chronic cancer pain without BTcP [2,9,10]. Not surprisingly, BTcP negatively affects quality of life (QOL) [9] and satisfaction with pain management [4]. Thus, effective management of BTcP has the potential to improve functional status and QOL in relevant patients with chronic cancer pain.

Fentanyl buccal tablet (FBT; Effentora[®], Fentora[®], Teva Pharmaceuticals Industries Ltd., Petah Tikva, Israel) is a rapid-onset opioid indicated for the management of BTcP in adults with cancer who are "opioid tolerant" [11, 12]. FBT was shown to reduce BTcP intensity and was generally well tolerated in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain in two double-blind, randomized, placebo-controlled studies [13,14] and a long-term, open-label safety study [15].

A pan-European, multicenter, phase 3b/4 clinical study in patients with BTcP was conducted to evaluate dose titration of FBT starting with 100 vs. 200 µg. Non-inferiority was established with the percentage of patients achieving an ef-

fective dose starting titration at 200 µg (81.4 %) compared with the 100-µg (75.2 %) starting dose. Primary results from this study have been reported elsewhere [16]. In this report, we present the effects of FBT on patients' functional status and mood, as well as the long-term safety of FBT from the aforementioned study.

Patients and methods

Study design

This open-label, randomized, dose-titration, non-inferiority study was conducted at 135 centers in France, Germany, Spain, Ireland, Italy, Poland, and the UK (Eudract CT number 2008-001841-24). The study was conducted in full accordance with the Good Clinical Practice: Consolidated Guideline approved by the International Conference on Harmonisation [17] and applicable national and local laws and regulations. The protocol was approved by the institutional review boards, and written informed consent was obtained from patients before screening.

Detailed methods, eligibility criteria, and primary efficacy results from this study have been previously published [16]. Men and women ≥ 18 years of age with histologically documented cancer and stable background pain due to cancer who were experiencing an average of up to four BTcP episodes per 24 h were enrolled. All patients had used oral morphine ≥ 60 mg/day, transdermal fentanyl ≥ 25 µg/h, oxycodone ≥ 30 mg/day, hydromorphone ≥ 8 mg/day, or an equianalgesic dose of another opioid as maintenance therapy for their background pain for at least 1 week before enrollment. Patients were excluded if they had uncontrolled or rapidly escalating pain, respiratory depression, or chronic obstructive pulmonary disease.

The study consisted of a screening phase, randomized dose titration period, treatment period, and continuation phase. After screening, enrolled patients were randomized 1:1 to receive FBT 100 or 200 µg as a starting dose. Patients self administered FBT and titrated to an effective dose (100, 200, 400, 600, or 800 µg) that provided adequate analgesia and minimized undesirable effects within the first 30 min of administration for two consecutive episodes of BTcP. Patients then entered an 8-day treatment period during which they treated up to eight BTcP episodes with the effective FBT dose identified during the titration period.

Patients completing the open-label treatment period in countries where FBT was not commercially available (France, Italy, Poland, and Spain) had the option of entering an open label continuation phase after visit 4. During the continuation phase, patients were supplied with FBT at their effective dose for 4 weeks. Patients were instructed to wait at least 4 h before treating another BTcP episode with FBT. If another episode occurred within 4 h, patients were permitted to use their usual supplemental medication. Patients were required to return to the study site every 4 weeks for safety assessments. The continuation phase ended when FBT became commercially available in the country.

Assessments

Cancer history, background cancer pain, and BTcP characteristics

At screening, investigators recorded cancer site, time since diagnosis, extent of disease, and treatment received for primary and secondary solid tumor and/or hematologic malignancy.

Background cancer pain and BTcP were evaluated at screening. Evaluation included anatomic location(s), etiology of pain, and time since onset. Patients rated average overall background pain intensity during the preceding week using an 11-point numeric rating scale (0=no pain and 10=pain as bad as you can imagine), as well as current medication(s). Patients also assessed background pain every evening during each of the three study periods (screening, titration, and treatment) and recorded their assessments in patient diaries.

Patients described episodes of BTcP in terms of average daily frequency, time from onset to peak intensity (without any treatment), duration, and need for medication. The average daily frequency of BTcP episodes was also assessed at enrollment using patient diary entries.

Modified BPI-7S questionnaire

Patients rated the impact of BTcP on their functional status at baseline and after the treatment period using the seven-item interference subscale of the modified Brief Pain Inventory Short Form (BPI-7S) adapted to specifically assess BTcP. This subscale measures pain interference with general activity, mood, walking ability, normal work, relationships with others, sleep, and enjoyment of life on a 0- to 10-point numeric scale (0=does not interfere and 10=completely interferes). These ratings are summed to create a global score to indicate pain interference with overall function [18].

Patient's global assessment of satisfaction

Patients completed a Global Assessment of Satisfaction at baseline and after the treatment period. The patient's global assessment of satisfaction with treatment included eight questions related to medication performance and safety and ease and comfort of use [19]. Patients responded to questions using a five-point numeric scale (0=not at all, 1=a little bit, 2=somewhat, 3=quite a bit, and 4=very much).

Patient's global assessment of ease of use

Patients rated ease and convenience of FBT use after the treatment period by responding to the question, "Did you find this treatment easy/convenient to use for treatment of your BTcP episodes?" using a four-point numeric scale (0=poor, 1=fair, 2=easy, and 3=very easy).

Patient's Global Impression of Change (PGIC)

Patients rated overall status after the treatment period by responding to the question, "Since the start of the study my overall status is...?" using a seven-point scale (1=very much improved, 2=much improved, 3=minimally improved, 4=no change, 5=minimally worse, 6=much worse, and 7=very much worse) [20].

Safety

Safety during the continuation phase was assessed by evaluating reported adverse events (AEs), including withdrawal from the study because of AEs, serious AEs, and oral mucosal examination findings. AEs were also assessed according to type of opioid maintenance therapy (fentanyl based vs. other opioid). All AEs were coded in accordance with the Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA) terminology, version 13.0.

Statistical analysis

Data collected for cancer history, background cancer pain characteristics, and BTcP characteristics were summarized using descriptive statistics. Change from baseline to the end of the treatment period in interference subscale and

global scores on the modified BPI-7S questionnaire were calculated, as well 95 % confidence intervals (CIs) for global scores. The mean change in global score was calculated by summing the mean changes in subscale scores for each patient. The number and percentage of patients recording each response for each question on the patient's global assessment of satisfaction were calculated for baseline and the end of the treatment period; the number and percentage of patients recording each response on the patient's global assessment of ease of use and the PGIC were calculated for the end of the treatment period. All patients who took at least one dose of FBT during the dose titration period and recorded a response on the relevant questionnaires were included in these analyses.

All randomized patients who took at least one dose of study medication during the continuation phase were included in the safety analyses. AEs were summarized separately for each study period by frequency, intensity, and relationship to study drug; serious or otherwise significant AEs were also noted. Analyses were performed using SAS® version 9.2 (SAS

Institute, Cary, NC).

Post hoc statistical analyses

A series of unplanned post hoc analyses were performed to determine whether the observed effects of FBT on assessments of QOL and patient satisfaction were statistically significant. For modified BPI-7S and the patient's global assessment of satisfaction scores, paired t-tests were used to compare change from baseline (visit 2) to final visit. For PGIC, patients were categorized as "improved" (scores of 1–3 indicating at least minimal improvement) or "not Im-

proved" (scores of 4–7 indicating no change or worsening) at the final visit. The number of patients in each category was compared using the binomial test. For the paired data, only observed data were used. For the PGIC, patients with missing responses were counted as non-responders. All analyses were two-sided, and $P \leq 0.05$ was the threshold for significance.

Results

Of the 442 patients screened, 330 were randomized, 281 entered the treatment period, 223 received at least one dose of FBT in the treatment period, and 218 completed the treatment period (Fig. 1). Of the 88 patients eligible for the open label continuation phase, 87 (99 %) received at least one dose of study medication and were evaluated for safety in the continuation phase. The median duration of treatment with FBT during the continuation phase was 115 days (mean 204.2 days; range 1–684 days).

Patients had a mean (SD) age of 59.8 years (11.3) and mean (SD) body mass index of 24.6 kg/m² (4.9).

Baseline cancer characteristics are summarized in Table 1. Median time since first background cancer pain was 8.3 months. Etiology of background cancer pain was cancer in the majority of patients (85.5 %) and a result of treatment of malignancy in 11.8 % of patients. Background cancer pain was located most frequently in the back (31.8 %), abdomen (20.3 %), and chest (19.7 %). Background pain intensity was stable throughout the study, with median scores of 4.0 across the screening, titration, and treatment periods. All patients were receiving opioid maintenance therapy. The most common opioid pain medications taken by patients were transdermal fentanyl (n=151; 45.8 %), oral morphine (n=75; 22.7

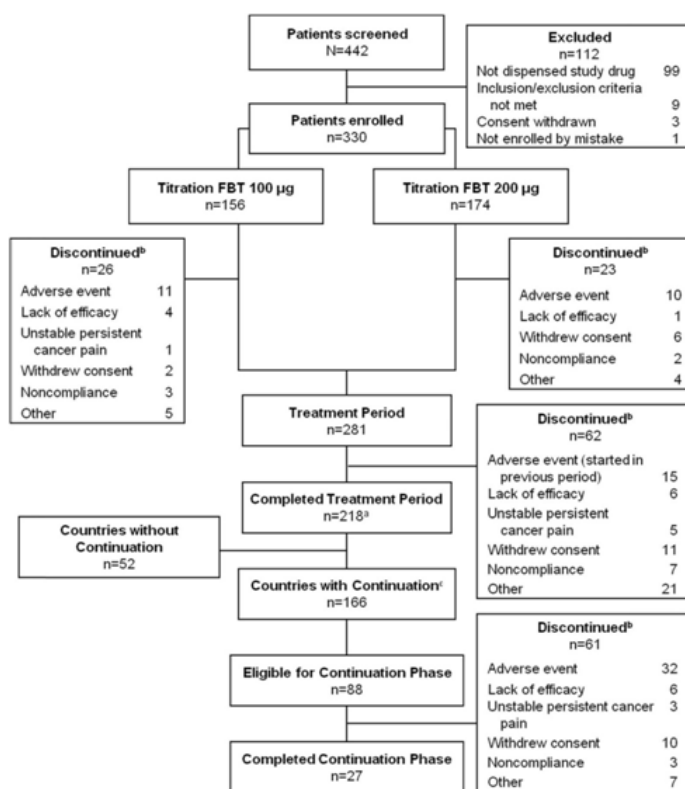


Fig. 1 Patient disposition. aOne patient was not included in the total number of patients who completed the study as a result of a discrepancy in the data recorded at visit 4 (final visit). bPatients may have had more than one reason for discontinuing the study. cFBT was not available after visit 4 at sites in France, Italy, Poland, and Spain

%), oral oxycodone (n=62; 18.8 %), and oral hydromorphone (n= 22; 6.7 %); a patient could have been counted more than once if they were using combination therapy.

Table 1 Base line cancer characteristics

Characteristic	Total (N=330)
Site of primary malignancy, n (%)	
Breast	67 (20.3)
Lung	47 (14.2)
Colon/rectum	40 (12.1)
Prostate	25 (7.6)
Head/neck	24 (7.3)
Pancreas/stomach	24 (7.3)
Myeloma	9 (2.7)
Esophageal	6 (1.8)
Leukemia/lymphoma	6 (1.8)
Other	82 (24.8)
Extent of disease, n (%)	
Local	134 (40.6)
Metastatic	
Bone	151 (45.8)
Liver	69 (20.9)
Lung	65 (19.7)
Other	93 (28.2)
Ongoing cancer treatments, n (%)a	
Chemotherapy	87 (26.7)
Hormonal therapy	32 (9.8)
Radiotherapy	13 (4.0)
Other	10 (3.1)

Percentages are of patients providing information about treatments received (n=326)

The median time since first episode of BTcP was 4.8 months (range 0–230.8 months). The relationship of BTcP to persistent cancer pain was most frequently reported as flare up of persistent cancer pain (80.9 %), the physiology as mixed (53.3 %), and the type of BTcP as spontaneous (66.2 %). The average daily frequency of BTcP was two to three episodes for 64.2 % of patients. The average time from onset to peak intensity (without any treatment) was up to 30 min for 79.4 % of patients, and the average duration of BTcP episodes (without any treatment) was reported as >30 min for 47.3 % of patients, 10 to 30 min for 33 % of patients, and 0 to 10 min for 3.9 % of patients; the average duration was unknown in 15.8 % of patients. Most patients (93.6 %) took medication to treat BTcP at baseline. The most commonly used analgesics prior to study initiation included morphine (26.7 %) and fentanyl (17.8 %).

Results for the primary efficacy measure have been reported elsewhere [16]. A total of 245 patients (78.5 %) reached an effective dose after titration; the most frequent effective doses of FBT, as assessed by investigator, were 200 µg (39.6 % of patients) and 400 µg (26.9 % of patients). Assessments

Modified BPI-7S questionnaire

Mean scores on all seven items of the interference sub-

scale of the modified BPI-7S (general activity, mood, walking ability, normal work, relations with other people, sleep, and enjoyment of life) were significantly decreased from baseline to the end of treatment period (all P<0.0001) (Fig. 2). The largest improvement was seen for enjoyment of life (mean change 1.5), and the smallest improvement was seen for walking ability (mean change –0.9). Mean global score for the modified BPI-7S decreased from 39.7 (95 % CI 37.5, 41.8; n=210) at baseline to 31.6 (95 % CI 29.3, 33.8; n=206) at the end of the treatment period (mean decrease –8.6; 95 % CI –10.5, –6.7; P<0.0001), indicating a statistically significant improvement in patients’ functional status after treatment with FBT.

Patient’s global assessment of satisfaction and ease of use Patient satisfaction was significantly improved after treatment with FBT, based on six of eight items on the patient’s Global assessment of satisfaction (Fig. 3). Changes from baseline indicated statistically significant improvements with FBT vs. baseline BTcP treatment on the items patient-reported satisfaction with medication safety, comfort with use in public, quick relief of pain allowing the patient to sleep, adequate relief, ability to work fast, and overall satisfaction with FBT compared with prior BTcP medication (each P<0.0001) (Fig. 3). Likewise, the majority (83.3 %) of patients at the end of the treatment period responded that FBT was “very easy” (32.1 %) or “easy” (51.2 %) to use when asked, “Did you find this treatment easy/convenient to use for treatment through your BTcP episodes?” Only 3.3 % of pa-

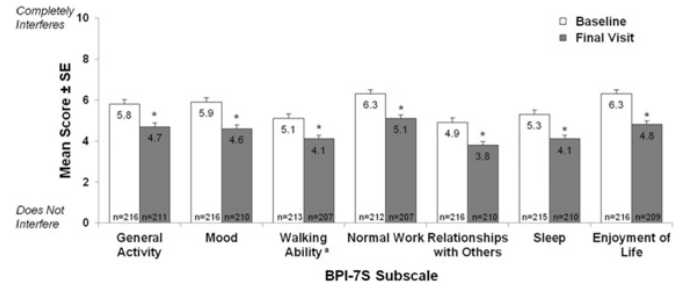


Fig. 2 Mean (SE) modified BPI-7S scores at baseline and the end of the paired t-test. aValues for baseline and final visit were determined by treatment period. BPI-7S=seven-item interference subscale of the rounding, and change between values before rounding is –0.9353 modified Brief Pain Inventory. *P<0.0001 vs. Baseline, based on a

tients reported that the ease/convenience of use was “poor” for FBT.

PGIC

Responses to the PGIC showed that 155 out of 208 patients (74.5 %) considered their overall status to have improved from baseline at the end of the treatment period vs. 53 (25.5 %) who reported no change or worsening (P<0.001).

Safety and tolerability of FBT

Safety data from the titration and treatment periods have been previously reported [16] and did not show any major concerns for the use of FBT at doses up to 800 µg. Nausea, vomiting, somnolence, and dizziness were the most frequent treatment related AEs in the titration period, and

application site erythema and application site swelling were the most frequent treatment-related AEs in the treatment period.

Patients included in the continuation safety analysis (n=87) had received FBT treatment for a median of 115.0 days. During the continuation phase, treatment-related AEs considered by the investigator to be possibly, probably, or definitely related to study medication were reported for 14 patients (16.1 %). The most common treatment-related AEs included application site erythema (6.9 %), application site swelling (4.6 %), and vertigo (4.6 %) (Table 2). The percentage of patients with abnormal oral mucosal findings was low throughout the continuation phase (generally ≤5 % patients at each visit).

The majority of serious AEs in the continuation phase

were considered by the investigator to be related to underlying disease. Serious AEs were reported in 37 (42.5 %) patients (Table 2). Among the serious AEs, fatal outcomes were reported for 29 (78.4 %) patients. The primary cause of death in the continuation phase was malignant neoplasm progression (n=15). A total of 25 (28.7 %) patients had an AE leading to withdrawal from the continuation phase of the study; the most common AE leading to withdrawal was malignant neoplasm progression and/or development of new cancer in 12 patients (13.8 %).

Discussion

Findings from the present pan-European, multicenter study indicate that in opioid-tolerant cancer patients with well controlled background pain, open-label treatment of

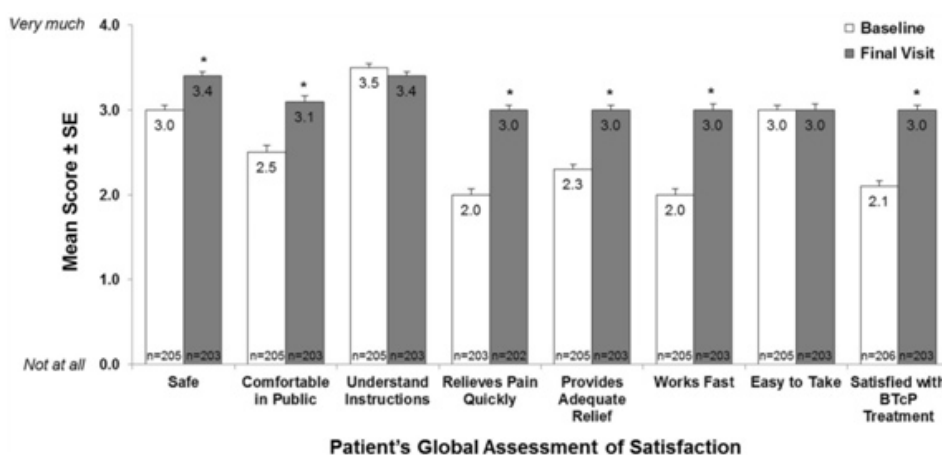


Fig. 3 Mean (SE) scores on patient's global assessment of satisfaction Responses were made on a five-point numeric scale (0=not at all, 1=a with breakthrough pain medication at baseline and with fentanyl buccal little bit, 2=somewhat, 3=quite a bit, and 4=very much). BTcP tablet at the end of the treatment period. Values reflect scores at baseline breakthrough cancer pain. *P<0.0001 vs. baseline, based on a paired t(with previous BTcP medication) and at the final visit (with FBT). test

BTcP Table 2 Treatment-related and serious adverse events reported in ≥2 patients administering fentanyl buccal tablet in the continuation phase

No. of patients (%)	Continuation phase (n=87)
Patients with ≥1 treatment-related adverse event	
14 (16.1)	
Application site erythema	6 (6.9)
Application site swelling	4 (4.6)
Vertigo	4 (4.6)
Nausea	2 (2.3)
Somnolence	2 (2.3)
Constipation	2 (2.3)
Patients with ≥1 serious adverse event	
37 (42.5)	
Malignant neoplasm progression	15 (17.2)
New malignant neoplasm or metastases	8 (9.2)
Anemia	3 (3.4)
Dyspnea	3 (3.4)
Vomiting	3 (3.4)
Ileus	2 (2.3)
Pyrexia	2 (2.3)
Urinary tract infection	2 (2.3)
Back pain	2 (2.3)
Renal failure	2 (2.3)

episodes with FBT (100 to 800 µg) significantly decreased interference of BTcP in daily function; at the end of the 4week open-label treatment period, significant improvements in global and subscale scores of the modified BPI-7S questionnaire were observed, with the greatest improvement reported for enjoyment of life. At the end of the 4-week treatment period, most patients indicated they were satisfied with FBT treatment of BTcP and most reported an improvement in overall status.

The majority of patients in the present investigation reported experiencing two to three BTcP episodes per day at screening. This level of BTcP had a significant negative effect on daily functioning and QOL based on responses on the modified BPI-7S. Patients at baseline reported that BTcP interfered the most with normal work, enjoyment of life, mood, and general activity. This is consistent with previous findings in patients [2,9]. In these studies, scores on the BPI-7S demonstrated that patients with cancer and BTcP had significant impairment across all domains of functioning compared with patients with cancer and no BTcP, with the greatest effect on normal work, mood, and general activity. Similarly, broad impairments in functioning and QOL due to breakthrough pain have been described based on BPI scores in patients with non-cancer chronic pain [19]. Such findings underscore the need for improving the management of

BTcP.

After treatment with FBT for BTcP in the present study, the mean modified BPI-7S global score decreased significantly (i.e., improved) by -8.6 points from baseline to the end of the treatment period, with statistically significant decreases seen in all scores on the interference subscale. The greatest relative improvement from baseline was reported for enjoyment of life (-1.5 points); other subscales that showed improvements of a generally similar magnitude were mood (-1.4), sleep (-1.4), and normal work (-1.3). These findings suggest that managing BTcP episodes with FBT can reduce the negative effects of BTcP on physical, psychological, and social functioning. Similar improvements in QOL have been observed in clinical studies of other rapid-onset opioids [19, 21–23]. The effect of FBT (100 to 800 μg) on pain-related anxiety was evaluated in a multicenter, open-label study in opioid-tolerant patients with chronic pain (primarily non cancer pain) experiencing one to four BTcP episodes daily [21]. The study did not statistically significantly reduce Pain Anxiety Symptoms Scale total score (primary outcome measure) but did show significant improvements from baseline to 4 weeks in measures of cognitive anxiety, depression, and pain interference [21]. In another study in opioid-tolerant cancer patients, BPI scores significantly improved from baseline after 6 months of BTcP treatment with open-label sublingual fentanyl orally disintegrating tablet (ODT) [22]. Similarly, a phase 4 study of sublingual fentanyl ODT for BTcP in opioid-tolerant cancer patients demonstrated statistically significant improvements in daily functioning and reductions in the prevalence of anxiety and depression over a 28-day observation period [23]. Hence, the current findings are consistent with a growing body of literature indicating that effective management of BTcP can significantly improve patient QOL.

In the current study, 83 % of patients found FBT easy/very easy to use, and levels of satisfaction with FBT were significantly greater than they were at baseline with prior therapy. Patients also reported greater satisfaction with rapidity and adequacy of pain relief with FBT compared with previous BTcP medication. These findings are consistent with those reported for other rapid-onset opioids [24, 25]. The relatively low overall frequency of treatment-related AEs in the current study (6.7 % of patients reported at least one in the treatment period) [16] may have contributed to the high rates of patient satisfaction with FBT, although the open-label design of the study may have also led to under-reporting of AEs.

A relatively low incidence of treatment-related AEs (16.1 %) was reported in the continuation phase of this study, during which patients received FBT for a median of 115.0 days. No new safety concerns were suggested with extended use of FBT. The most frequently observed AEs were characteristic of patients with cancer and receiving opioid therapy. The use of fentanyl-based maintenance therapy with FBT did not substantially modify the safety profile observed with use of ongoing opioid maintenance therapy.

Several limitations of the current findings should be considered. The study had an open-label design and the two

arms of the study consisted of different doses of the same formulation (rather than different formulations). Additionally, observed therapeutic effects of FBT may be related, at least in part, to other, uncontrolled factors, such as patient bias (e.g., “placebo effect”). The use of rescue medication for BTcP episodes that did not resolve with FBT treatment was permitted; concurrent use of rescue medication may have influenced observed decreases in interference in functioning and ratings of treatment satisfaction and overall status. The extent of this influence, however, is likely limited, as BTcP episodes for which rescue medication was used were relatively infrequent (8.5 % of episodes during the treatment period) [16]. The 4week treatment period was brief and did not allow characterization of changes in QOL with longer-term FBT therapy for BTcP. Notably, previous studies characterizing BTcP were conducted at single clinical sites and evaluated relatively homogeneous patient populations [1,2,4,5] and thus may not be generalizable to a broader population. By contrast, the current study was carried out at 135 sites across seven European countries and included a more demographically and clinically diverse patient population than previously described.

Conclusions

A variety of strategies are used to manage BTcP, including treatment of the underlying cause of the pain, avoidance or treatment of the precipitating factors of the pain, modification of the background analgesic regimen (“around the clock medication”), use of “rescue medication” (“break-through medication”), use of non-pharmacologic methods, and use of interventional techniques [7]. However, the cornerstone of the management of BTcP episodes is the use of rescue medication and, in most cases, the most appropriate rescue medication will be an opioid analgesic. The choice of opioid analgesic depends on a variety of factors [7], but there is undoubtedly a role for both the traditional oral opioid formulations and the newer rapid onset (transmucosal) opioid formulations.

The current study provides additional data to support the efficacy and short- and long-term safety of FBT; it also provides evidence that the effective management of BTcP episodes with FBT has the potential to improve patient mood and physical functioning (which are critical secondary outcomes for management).

Acknowledgments This study was sponsored by Cephalon, Inc. (Frazer, PA), now a wholly owned subsidiary of Teva Pharmaceuticals Industries Ltd. Writing support was provided by Bina J. Patel, PharmD, of Peloton Advantage, LLC, funded by Teva Pharmaceuticals. The authors wish to thank Ronghua Yang, PhD, of Teva Pharmaceuticals for assistance with the statistical analysis and acknowledge the 135 investigators for their contributions to the study.

Conflict of interest The authors have full control of all primary data and allow the journal to review these data if requested. A. Davies has received honoraria from Cephalon and Teva Pharmaceuticals for speaking at symposia and attending advisory boards, as well as unrestricted funding to support research. H. G. Kress has received honoraria as a speaker and consultant from Cephalon/Teva Pharmaceuti-

cal. At the time of this study, H. Schneid was an employee of Cephalon, Inc. (Maisons-Alfort, France), now a wholly owned subsidiary of Teva Pharmaceuticals (Petah Tikva, Israel).

References

1. Portenoy RK, Hagen NA (1990) Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 41:273–281
2. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P (1999) Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 81:129–134
3. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA (2010) Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and noncancer pain, part 1: prevalence and characteristics. *J Opioid Manag* 6:97–108
4. Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S (2000) Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to hospice. *J Pain Symptom Manag* 20:87–92
5. Hwang SS, Chang VT, Kasimis B (2003) Cancer breakthrough pain characteristics and responses to treatment at a VA medical center. *Pain* 101:55–64
6. Caraceni A, Bertetto O, Labianca R et al (2012) Episodic (breakthrough) pain prevalence in a population of cancer pain patients. Comparison of clinical diagnoses with the QUDEI—Italian questionnaire for intense episodic pain. *J Pain Symptom Manag* 43: 833–841
7. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G (2009) The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* 13:331–338
8. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A et al (2002) Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer* 94: 832–839
9. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA (2010) Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and non cancer pain, part 2: impact on function, mood, and quality of life. *J Opioid Manag* 6:109–116
10. Caraceni A, Martini C, Zecca E et al (2004) Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med* 18:177–183
11. FENTORA (2013) (fentanyl buccal tablet) [package insert]. Cephalon, Inc., Frazer
12. (2011) Effentora buccal tablets [package insert]. Maisons-Alfort, France: Cephalon Europe
13. Portenoy RK, Taylor D, Messina J, Tremmel L (2006) A randomized, placebo-controlled study of fentanyl buccal tablet for break through pain in opioid-treated patients with cancer. *Clin J Pain* 22:805–811
14. Slatkin NE, Xie F, Messina J, Segal TJ (2007) Fentanyl buccal tablet for relief of break through pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain. *J Support Oncol* 5:327–334
15. Weinstein SM, Messina J, Xie F (2009) Fentanyl buccal tablet for the treatment of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with chronic cancer pain: a long-term, open-label safety study. *Cancer* 115:2571–2579
16. Kleeberg UR, Davies A, Jarosz J et al (2014) Pan-European, open-label dose titration study of fentanyl buccal tablet in patients with breakthrough cancer pain. *Eur J Pain*. doi:10.1002/ejp.577
17. International Conference on Harmonisation Working Group ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice E6 (R1). International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; June 10, 1996; Washington, DC. Available at: http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6_R1/Step4/E6_R1_Guideline.pdf. Accessed March 1, 2011
18. Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT et al (1992) Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer. Prevalence, characteristics, and effect. *Cancer* 70:1616–1624
19. Taylor DR, Webster LR, Chun SY et al (2007) Impact of breakthrough pain on quality of life in patients with chronic, non-cancer pain: patient perceptions and effect of treatment with oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC, ACTIQ). *Pain Med* 8:281–288
20. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM (2001) Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 94:149–158
21. Webster LR, Messina J, Xie F, Nalamachu S (2011) Effect of fentanyl buccal tablet on pain-related anxiety: a 4-week open-label study among opioid-tolerant patients with chronic and breakthrough pain. *J Opioid Manag* 7:297–308
22. Nalamachu S, Hassman D, Wallace MS, Dumble S, Derrick R, Howell J (2011) Long-term effectiveness and tolerability of sublingual fentanyl orally disintegrating tablet for the treatment of breakthrough cancer pain. *Curr Med Res Opin* 27: 519–530
23. Uberall MA, Muller-Schwefe GH (2011) Sublingual fentanyl orally disintegrating tablet in daily practice: efficacy, safety and tolerability in patients with breakthrough cancer pain. *Curr Med Res Opin* 27: 1385–1394
24. Davies A, Sitte T, Elsner F et al (2011) Consistency of efficacy, patient acceptability, and nasal tolerability of fentanyl pectin nasal spray compared with immediate-release morphine sulfate in breakthrough cancer pain. *J Pain Symptom Manag* 41:358–366
25. Mercadante S, Radbruch L, Davies A et al (2009) A comparison of intranasal fentanyl spray with oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough cancer pain: an open-label, randomised, crossover trial. *Curr Med Res Opin* 25:2805–2815

УДК: 616.-006.6

Г.Ж. Кунирова, И.Р.Хусаинова

ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи»
 Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Статья посвящена отдельным вопросам психологического сопровождения в паллиативной помощи. Раскрываются основные стадии принятия диагноза по исследованиям клинических терминальных случаев. Приводятся рекомендации по работе с паллиативными пациентами.

Ключевые слова: паллиативная помощь, психология, онкопсихология, хоспис.

Традиционно во всем мире, и в том числе в нашей стране, паллиативная помощь как самостоятельное направление зародилась в онкологии, так как именно больные раком в терминальной стадии в большей степени нуждаются в избавлении от боли и невыносимых страданий.

Паллиативная помощь – подход, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Роль паллиативной помощи переоценить сложно. С

каждым годом онкологических больных становится все больше, а во всем мире диагностируется почти 10 миллионов новых случаев рака. Несмотря на применение новейших методов диагностики, примерно половина пациентов приходит к врачу уже в запущенной стадии, поэтому на сегодняшний день перед врачами-онкологами стоит задача не только использовать наиболее эффективные методы лечения рака, но и помогать пациентам, дни которых сочтены. Больные, которые уже не могут быть излечены всеми доступными методами современной медицины, нуждаются в поддерживающей терапии, максимальном облегчении симптомов, создании как можно более комфортных условий существования на последних этапах жизни. Эти условия и включаются в понятие паллиативной помощи. Бремя тяжелых забот и переживаний в немалой степени ложится на близких больного, которые также должны быть максимально подготовлены к предстоящим трудностям.

Паллиативная помощь может понадобиться онкологическим больным и на ранних стадиях заболевания, тогда такое лечение служит дополнением к основной терапии, но по мере прогрессирования патологии паллиативная медицина становится ведущей.

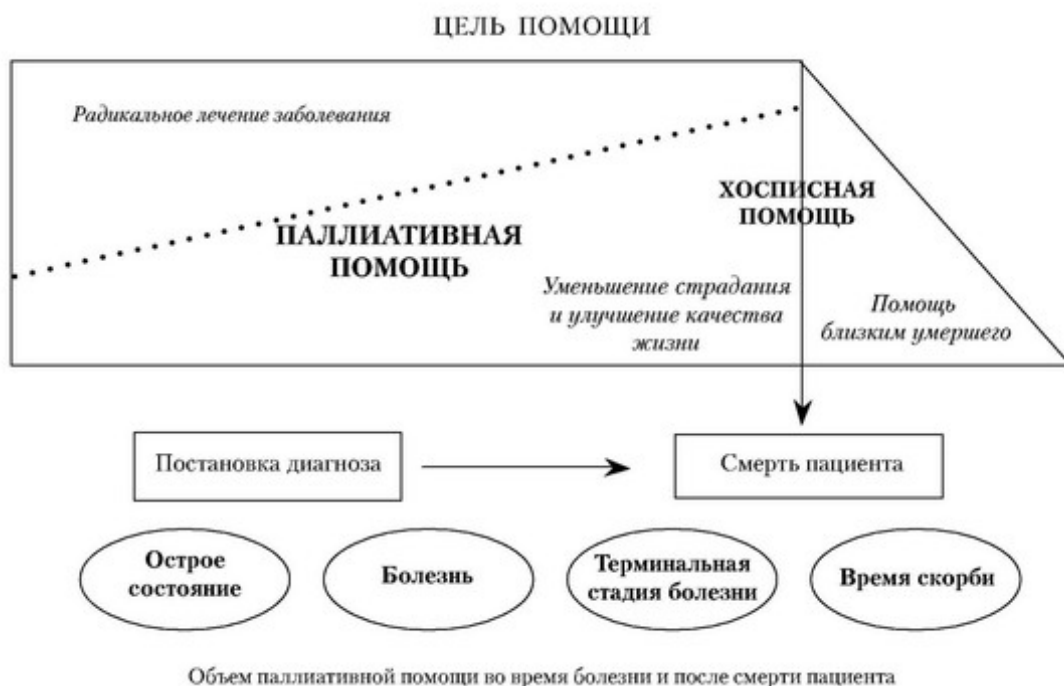


Рисунок 1- Объем паллиативной помощи

Большое значение в системе паллиативной помощи имеет оказание психологической поддержки как самому умирающему, так и его близким.

Главной психологической проблемой умирающего человека становится страх. Он боится неизвестности, его страшат предстоящие физические и душевные мучения, связанные с умиранием, прекращением жизни, он боится остаться в момент смерти один.

Тема смерти в современном обществе оказалась темой закрытой, тщательно избегаемой. Не так уж много в жизни человека событий, имеющих столь огромное значение, как процесс умирания и смерть. Каждому приходится переживать кончину близких родственников и, наконец, столкнуться с фактом собственной бренности и биологической смертности. Учитывая естественность смерти, просто поразительно стремление человека избежать проблем и уклониться от вопросов, связанных с ней. Старение, смертельные болезни и умирание воспринимаются не как составные части процесса жизни, а как полное поражение и болезненное непонимание ограниченности наших возможностей управлять природой. С точки зрения присущей нам философии прагматизма, подчеркивающей значение достижений и успеха, умирающий является «потерпевшим поражение».

К смерти в современном обществе не готовят. Ни в школе, ни в высших учебных заведениях тема смерти ни в каком контексте не обсуждается. Узнав о тяжелом недуге, человек находится в очень тяжелой психологической ситуации. Он знает, что должен умереть, но не знает, что это значит. Он боится смерти и боится ее, прежде всего потому, что не знает, что она принесет с собой.

Еще одной важной психологической проблемой становится переживание одиночества. Тяжелобольные люди жалуются на то, что ощущают себя существующими как бы отдельно от всех других людей. Сегодня результатом чаще всего становится изоляция умирающих больных, уменьшение помощи им, ограничение или несоблюдение их прав. Поэтому крайне важно мудро и с пониманием оказывать поддержку больным и их семьям.

Преодоление этих тягостных переживаний – важная задача психотерапии. Как показывает анализ конфликтов, возникающих в процессе ухода за умирающим больным, основная причина конфликта состоит в том, что сам больной и его окружение не могут до конца смириться с мыслью о неизлечимости заболевания и неизбежности смертельного исхода. То, что больной и его близкие не могут смириться с неблагоприятным исходом заболевания, отчасти связано с недостаточной разъяснительной работой врачей. Они часто сами не решаются сказать больному и его близким всю правду до конца, надеясь на то, что они сами каким-то образом догадаются о предстоящем. Поэтому важнейшей задачей психологической помощи в частности и паллиативной медицины в целом становится совместный с больным и его близкими разбор сложившейся ситуации и четкое определение степени и форм медицинского вмешательства и ожидаемых результатов. Очень важно информировать и пациента, и его близких об основных способах паллиативной медицины, возможностях получения квалифицированной

помощи и консультаций, особенностях ухода на дому. Облегчить страдания неизлечимо больного – этический долг врача, а поддержать и создать максимально комфортные условия жизни – задача близких.

Коммуникативные аспекты паллиативной помощи

Оказывая помощь тяжело больному человеку, очень важно установить контакт с ним и его близкими. Пациент и его семья переживают, может быть, самый тяжелый период в их жизни. И именно в руках специалистов паллиативной помощи возможность поддержать их и помочь справиться трудностями, встречающимися на этом пути.

Мало кто считает общение с пациентом основной задачей в своей работе, но это крайне важно для болеющего человека и тех, кто рядом с ним. Что могут сделать специалисты паллиативной помощи для тяжелого пациента кроме грамотного симптоматического лечения и качественного ухода?

Умирающему человеку нужно на самом деле очень немного: уважение, достойное отношение, честность и не-равнодушие. Все это выражается в мелочах, в том, как мы входим в палату (в комнату), как мы обращаемся к пациенту, как мы общаемся с ним и теми, кто переживает за него.

Пациент очень чуток (особенно, если мы смогли купировать его симптомы, и он неплохо себя чувствует) и замечает наши страхи, сомнения, недомолвки...

Прохождение отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека

Моральная поддержка пациента и его семьи. Стадии переживания горя.

Когда человек узнаёт, что ему поставили диагноз «онкология», он испытывает сильнейший стресс. Американский психолог, создатель концепции психологической помощи умирающим больным Элизабет Кюблер-Росс описала пять этапов (или стадий), через которые проходит человек и его родные, переживая и осознавая известие о неблагоприятном прогнозе:

- Отрицание или изоляция,
- гнев,
- торг,
- депрессия,
- принятие, или смирение.

Рассмотрим каждую из этих стадий более подробно.

1. Отрицание («нет, только не я, этого не может быть») проявляется в двух формах. Или человек отказывается верить в то, что у него обнаружили тяжелую болезнь, от которой он может умереть: он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, по нескольку раз делает анализы и исследования в различных клиниках. Или же человек испытывает шок, уходит в себя и вообще больше не обращается в больницу. В такой ситуации нужно позволить человеку отрицать свою болезнь, не пытаться его переубедить, а сосредоточить силы на том, чтобы быть рядом и эмоционально его поддерживать. Дружеское присутствие в этом случае гораздо важнее реальных фактов.

2. Гнев («почему это случилось именно со мной?»). Когда пациент не в силах отрицать очевидное, его на-

чинают переполнять ярость, раздражение, негодование. Он обращает свою агрессию и гнев на общество, врачей, родственников; возмущение распространяется во всех направлениях и может выплескиваться совершенно неожиданно. Попробуйте поставить себя на его место – очевидно, любой из нас чувствовал бы то же самое, если бы наш привычный образ жизни прервался так преждевременно. Пожалуйста, не воспринимайте раздражение вашего близкого на свой счет – скорее всего, к вам оно не имеет никакого отношения. Постарайтесь относиться к больному с уважением, уделять ему время и внимание, спокойно выслушивать – и тогда тон голоса пациента снова нормализуется и раздраженные требования прекратятся.

3. Торг («если я сделаю то-то, это продлит мою жизнь?»). На этом этапе пациент пытается заключать «сделки», «торговаться» с Богом или судьбой, чтобы отсрочить неизбежное.

4. Депрессия. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своего положения. Он оплакивает то, что уже потерял (привычный образ жизни, внешнюю привлекательность, силы, работоспособность и т. д. – такой тип депрессии Элизабет Кюблер-Росс называет «реактивной»), и переживает от неминуемых потерь в будущем (это «подготовительная депрессия» – скорбь человека, который готовится окончательно проститься с этим миром). Чтобы помочь Вашему близкому при «реактивной» депрессии, важно понять, что его тревожит, и поговорить об этом (касается ли это решения бытовых вопросов или хлопот о домашних любимцах), предложить обратить внимание на светлые стороны жизни и яркие, внушающие оптимизм события (например, день рождения внука). Второй тип депрессии требует другой реакции. Когда депрессия является средством подготовки к неминуемой потере всего любимого и ценного, инструментом перехода к состоянию смирения, наши ободрения не принесут больному особой пользы. Не стоит предлагать ему видеть во всем светлую сторону, ведь это, по существу, означает, что он не должен размышлять о предстоящей смерти. Совершенно недопустимо твердить ему, чтобы он не печалился. Мы все испытываем горе, когда теряем любимого человека, а этому пациенту вскоре предстоит расстаться со всем вокруг, со всеми, кого он любит. Если позволить ему выразить свою скорбь, он менее тяжело обретет окончательное смирение. Больной будет признателен тем, кто сможет просто побыть рядом, не предпринимая постоянных попыток его утешить. В противоположность первой форме депрессии, когда пациент хочет поделиться своими тревогами, склонен к многословному общению и нередко требует деятельного участия окружающих, второй тип депрессии обычно протекает в молчании. Подготовительная скорбь почти не требует слов, это скорее чувство, которое лучше всего разделить иначе: погладить по руке, потрепать по голове или просто молча посидеть рядом. В этот период вмешательство посетителей, которые пытаются ободрить пациента, не способствует его эмоциональной подготовке, но, наоборот, мешает ей.

5. Принятие, или смирение. Смирение не следует считать этапом радости. Оно почти лишено чувств, как будто

боль ушла, борьба закончена и наступает время «последней передышки перед дальней дорогой», как выразился один из наших пациентов. Кроме того, в это время помощь, понимание и поддержка больше нужны семье больного, чем самому пациенту. Когда умирающий отчасти обретает покой и покорность, круг его интересов резко сужается. Он хочет оставаться в одиночестве – во всяком случае, уже не желает вторжения новостей и проблем внешнего мира. Навещающих его он часто встречает без радости и вообще становится менее разговорчивым; нередко просит ограничить число посетителей и предпочитает короткие встречи. Именно на этом этапе он перестает включать телевизор. Общению с ним все меньше нужны слова: пациент может просто жестом предложить немного побыть рядом. Чаще всего он только протягивает руку и просит посидеть молча. Для тех, кто чувствует себя неловко в присутствии умирающего, такие минуты тишины могут стать самым значительным переживанием. Иногда достаточно вместе молча послушать пение птиц за окном. Для пациента наш приход служит свидетельством того, что мы будем рядом с ним до самого конца. Мы даем ему понять, что ничуть не против того, чтобы посидеть без слов, когда все важные вопросы уже решены и остается только ждать того мгновения, когда он навсегда сомкнет веки. Больного очень утешает, что его не забывают, хотя он почти все время молчит. Пожатие руки, взгляд, поправленная подушка – все это может сказать больше, чем поток «громких» слов.

Вышеперечисленные этапы не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на каком-то из них или даже вернуться на предыдущий. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью.

Для психолога, равно как и для каждого человека, будь то родственник, медперсонал или вообще любой член общества, самым существенным моментом является «пребывание вместе» с умирающим. Стоит особо подчеркнуть: сопровождающему следует помнить, что ему никогда не удастся полностью снять у больного страх и тревогу. И не в этом задача психолога. Он может лишь быть спутником. Человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому психологу или врачу следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью мыслях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе с жизнью.

В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать в работе с умирающим человеком:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя

относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

5. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

6. Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

7. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, - это наша личность. Конечно, мы не

представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

Людям, которые общаются с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой. В соответствии со спецификой профессиональной деятельности врачей и медицинских сестер хосписов и отделений паллиативной помощи, связанной с повышенными психоэмоциональными и физическими нагрузками при оказании паллиативной помощи пациентам, находящимся в терминальной стадии заболеваний, в целях снижения риска формирования у медицинского персонала, работающего с терминальными больными, синдрома «эмоционального выгорания», рекомендуется так же привлечение специалистов психологической помощи для проведения эффективной психоэмоциональной реабилитации медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь инкурабельным больным.

Список литературы

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. - М.: Из-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. - 512 с.
2. Клиническая психология / Под ред. Перре М., Баумана У. - СПб.: Питер, 2002. - 1312 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 1999. - 420 с.
4. Кулаков С.А. Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2003. - 288 с.
5. Фут Ф. Эвтаназия // Философские науки. №6, 1990, с. 63-80
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М.: медицина, 1970. - 215 с.
7. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. - М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. - 367 с.
8. Хелл Д. Ландшафт депрессии. - М.: Алетей, 1999. - 280 с.
9. Фопель К. Психологические группы: рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие. - М.: Генезис, 1999. - 256 с.
10. Биоэтика. Часть II. Основные моральные нормы и принципы биомедицинской этики / М.В. Дочева, А.И. Ермолаева. - Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2008
11. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. - СПб.: Речь, 2004
12. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. - М.: Академический проект, 2000. - Т. II.
13. Яровинский М.Я. Медицинская этика (биоэтика) / Под ред. А.М. Сточика. - М.: Медицина, 2006.
14. Kubler-Ross E. Dr. On death and dying. MacMillan Publishing Co. N.Y. 1969.

Тұжырым**Г.Ж.Кунирова, И.Р.Хусаинова****Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты
Қазақстан паллиативтік жәрдем қауымдастығы**

Мақала паллиативті көмектегі психологиялық шығарып салу сұрақтары жеке қарастырылады. Терминалды жағдайда клиникалық зерттеу бойынша диагнозды қабылдау стадиясының негізі ашылады. Паллиативті науқастармен жұмыс бойынша ұсыныс жүргізіледі.

Түінді сөздер: паллиативті көмек, психология, онкопсихология, хоспис

Summary**G.Zh. Kunirova, I.R.Khussainova****Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Kazakh Association for Palliative Care, RSE**

The article is devoted to specific issues of psychological assistance in palliative care. It describes the main stages of accepting the diagnosis on the basis of clinical research of terminal cases. Recommendations are given regarding the psychotherapeutic work with patients on palliation.

Key words: palliative care, psychology, onkopsychology, hospice.

УДК 616-006-07

А.Р. Бейсенаева, В.Б. Сирота, Д.Д. Дороган, А.А. Уйсин

Карагандинский государственный медицинский университет

ОПЕРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ БЕЗ ПЕРВИЧНО-ВЫЯВЛЕННОГО ОЧАГА НА ФОНЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Аннотация. Для оценки качества жизни пациенты были анкетированы с помощью опросника «Опросник для определения качества жизни инкурабельных пациентов на фоне проведения химиотерапии (QLQ-IP-CC)» (Бейсенаева А.Р., Сирота В. Б., 2016 ©). Анкетированию были подвергнуты 70 пациентов с опухолями без первично-выявленного очага. Математически показано, что при показателе качества жизни, равного 6-7 баллов, и при возрастании интенсивности боли на 1-2 балла дальнейшее проведение паллиативной химиотерапии нецелесообразно, т.к. данные показатели наиболее наглядно позволяют судить об эффективности проведения химиотерапии пациентам.

Ключевые слова: опухоли без первично-выявленного очага, паллиативная химиотерапия, качество жизни.

Введение. Трудной задачей в паллиативной химиотерапии является выбор оптимальной тактики лечения - преодоление дилеммы проведения эффективной терапии во избежании токсических последствий. Необходимое больному высокое «качество жизни» требует редукции основных клинических проявлений метастатического ракового процесса, что возможно лишь путем проведения эффективной химиотерапии, которая в свою очередь приводит к возникновению ряда нежелательных побочных явлений [1,2]. В поисках оптимального поддержания необходимого баланса между проявлениями самой болезни и побочными симптомами лечения часто приходится корректировать схемы лечения. К сожалению, изменение схем химиотерапии, в основном, происходит индивидуально, без весомых обоснований, поскольку определенных критериев и методик по модифицированию режимов паллиативной химиотерапии не существует [3,4].

Цель исследования - оценить показатели боли и качества жизни у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения паллиативной химиотерапии.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе КГП «Областной онкологический диспансер» г. Караганды в период с 2006 по 2014 гг. и отделения паллиативной помощи клинической больницы г. Лодзь (Польша). Все пациенты были полностью обследованы и диагноз верифицирован с помощью иммуногистохимического исследования биоптата. Для оценки качества жизни пациенты были анкетированы с помощью опросника «Опросник для определения качества жизни

инкурабельных пациентов на фоне проведения химиотерапии (QLQ-IP-CC)» (Бейсенаева А.Р., Сирота В. Б., 2016 ©) [5]. QLQ-IP-CC состоит из двух разделов: паспортная часть и опросник оценки качества жизни. Первый раздел содержит 4 вопроса открытого типа о пациенте и получаемом лечении. Вопрос №1 повествует об инициалах пациента. Вопрос №2 - полный возраст. Вопрос №3 содержит информацию о курсе химиотерапии. Вопрос №4 - дата заполнения.

Второй раздел представлен опросником для определения качества жизни инкурабельных пациентов на фоне проведения химиотерапии в виде таблицы. Таблица состоит из трех столбцов: 1) возможных жалоб (ощущений) пациента до и после специального лечения; 2) интенсивность (от 0 до 10) данных жалоб (ощущений) до химиотерапии; 3) интенсивность (от 0 до 10) этих же жалоб (ощущений) через неделю после курса химиотерапии.

Среди возможных жалоб (ощущений) пациента представлены следующие: боль, тошнота, рвота, запор, диарея, снижение аппетита, кашель, одышка, нарушения сна, чувство беспокойства, чувство напряженности, слабость после физической деятельности (прогулка, занятие домашними делами), усталость, снижение внимания и памяти, необходимость в посторонней помощи, оценка здоровья и качества жизни в целом.

Анкетированию были подвергнуты 70 пациентов с опухолями без первично-выявленного очага. Пациенты заполняли анкету накануне назначенного курса химиотерапии и через неделю после его окончания. Например, пациент заполнял анкету до 1-го курса ПХТ, через 1 неделю ответил на пункты второй колонки опросника; придя через 3 недели на 2-й курс ПХТ, заполнял анкету вновь и т.д. Для объективизации приведена шкала от 1 до 10 баллов, где 1 - отсутствие признаков, 10 - невозможность выполнять вид деятельности из-за наличия болевого синдрома или снижения качества жизни.

Полученные данные анкет были обработаны компьютерной программой «STATISTICA 6.0».

Результаты исследования. Сравнение параметров качества жизни до и после химиотерапии по опроснику QLQ-IP-CC проводилось по медианным значениям с учетом верхних и нижних квартилей.

Медианные значения до проведения химиотерапии таких признаков, как тошнота, рвота, одышка, нарушения сна, усталость, необходимость в посторонней помощи, нарушения внимания и памяти колебались в пределах от 1,0 до 2,0. Доверительные интервалы медианных по-

казателей до проведения химиотерапии запор, диарея, кашель, колебались в пределах от 1,0 до 1,0. Доверительные интервалы таких признаков, как боль колебались от 1,0 до 5,0, снижение аппетита – от 1,0 до 3,0, слабость – от 1,0 до 2,5. Беспокойство и напряжение были в пределах от 2,0 до 3,0, здоровье и качество жизни – от 7,0 до 9,0.

Доверительные интервалы медианных значений после проведения химиотерапии таких признаков, как нарушения сна, беспокойство, напряжение, необходимость в посторонней помощи колебались в пределах от 2,0 до

3,0. Такие признаки, как кашель и запор были в пределах от 1,0 до 1,0, одышка и диарея – от 1,0 до 2,0. Доверительные интервалы таких признаков, как боль, колебались от 1,0 до 3,5, тошнота – от 2,0 до 3,5, слабость – от 3,0 до 5,0, здоровье в целом – от 7,0 до 8,0, качество жизни – от 5,5 до 8,0, снижение аппетита – от 1,0 до 3,0, слабость – от 1,0 до 2,5. Рвота и снижение памяти и внимания колебались от 1,0 до 3,0, усталость и снижение аппетита – от 2,0 до 4,0 (таблица 1).

Таблица 1 – Параметры опросника QLQ-IP-CC до и после паллиативной химиотерапии по медианным значениям с учетом верхних и нижних квартилей

Номер	Признак	до ПХТ		после ПХТ	
		Me	25-75% ДИ	Me	25-75% ДИ
1	Боль	4,0	1,0:5,0	2,0	1,0:3,5
2	Тошнота	1,0	1,0: 2,0	2,0	2,0:3,5
3	Рвота	1,0	1,0: 2,0	2,0	1,0: 3,0
4	Запор	1,0	1,0: 1,0	1,0	1,0: 1,0
5	Диарея	1,0	1,0: 1,0	1,0	1,0: 2,0
6	Снижение аппетита	2,0	1,0:3,0	3,0	2,0: 4,0
7	Кашель	1,0	1,0: 1,0	1,0	1,0: 1,0
8	Одышка	1,0	1,0: 2,0	1,0	1,0: 2,0
9	Нарушения сна	2,0	1,0: 2,0	2,0	2,0: 3,0
10	Беспокойство	2,0	2,0:3,0	2,0	2,0: 3,0
11	Напряжение	2,0	2,0:3,0	2,0	2,0: 3,0
12	Слабость	2,0	1,0:2,5	4,0	3,0:5,0
13	Усталость	2,0	1,0: 2,0	3,0	2,0: 4,0
14	Снижение памяти, внимания	1,0	1,0: 2,0	2,0	1,0: 3,0
15	Необходимость в помощи	2,0	1,0: 2,0	2,0	2,0: 3,0
16	Здоровье	8,0	7,0:9,0	7,0	7,0:8,0
17	Качество жизни	8,0	7,0:9,0	7,0	5,5:8,0

По совокупности 17-ти вопросов построены диаграммы размаха, которые отражают качество и вариабельность вариантов ответов на вопросы.

На рисунке 1 хорошо виден диапазон колебаний ответов пациентов на вопросы опросника до химиотерапии и после нее. Такой признак, как боль до химиотерапии имеет больший диапазон колебаний, чем боль после

химиотерапии. Тошнота и рвота до химиотерапии имели заметно больший диапазон размаха, нежели после проведения химиотерапии. Такой признак, как запор имеет более узкий диапазон колебаний. Диарея до химиотерапии характеризуется минимальным размахом по сравнению с диареей после курса химиотерапии (рисунок 1).

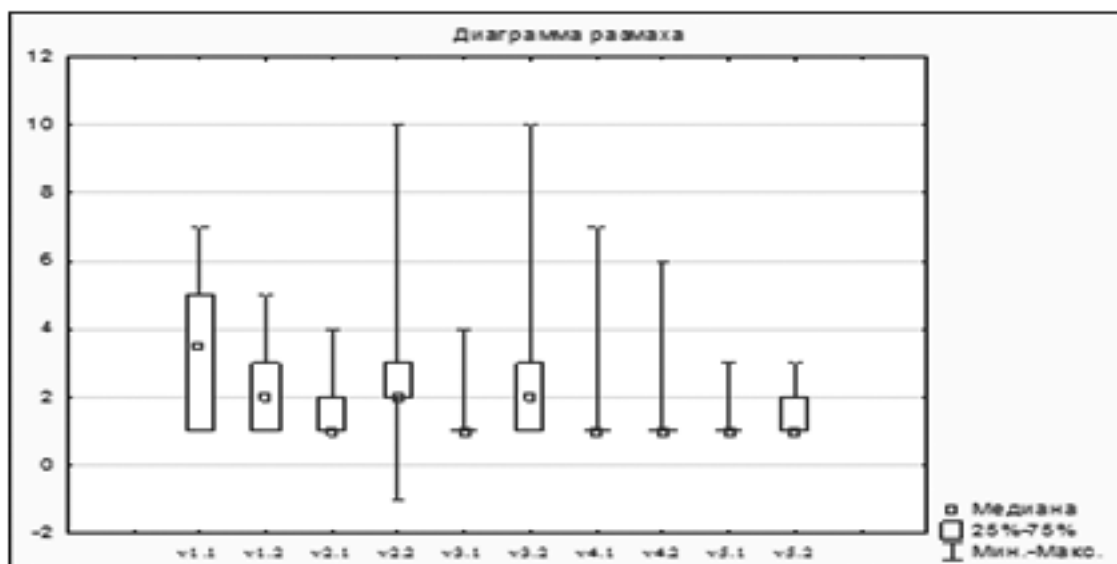


Рисунок 1 – Соотношение частоты совпадения такими показателями, как боль, тошнота, рвота, запор, диарея до и после химиотерапии

На рисунке 2 показан диапазон колебаний ответов пациентов по таким показателям, как снижение аппетита, кашель, одышка, нарушения сна, беспокойство до и после химиотерапии. Такой признак, как нарушение сна имел заметно больший диапазон размаха до, нежели после проведения химиотерапии. Кашель до химиоте-

рапии имеет меньший диапазон колебаний, чем после химиотерапии. Частота проявления одышки, снижения аппетита до и после химиотерапии практически не изменились. Беспокойство до химиотерапии характеризуется немного меньшим размахом, нежели после нее.

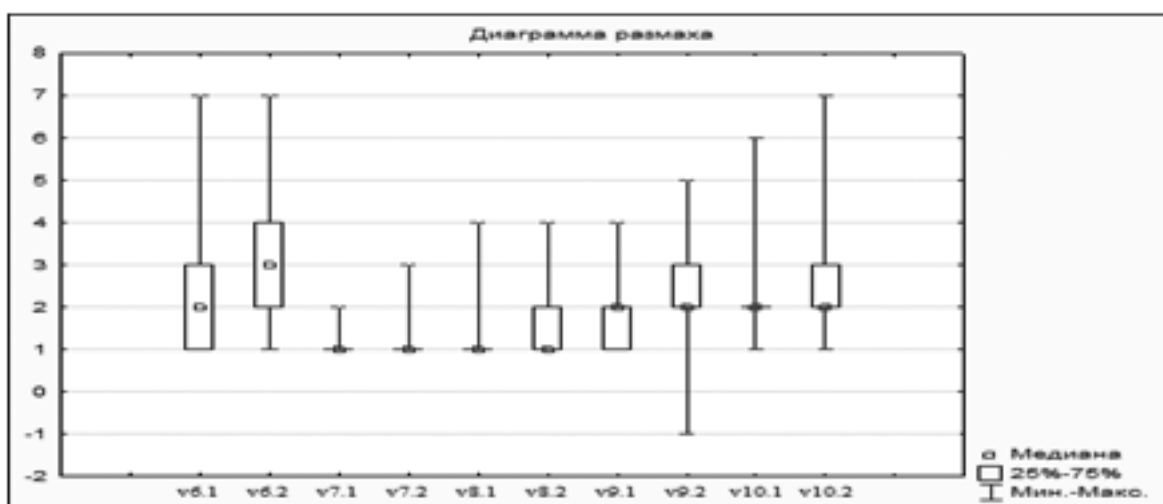


Рисунок 2 – Соотношение частоты совпадения такими показателями, как снижение аппетита, кашель, одышка, нарушения сна, беспокойство до и после химиотерапии

На рисунке 3 представлен диапазон колебаний таких показателями, как напряжение, слабость, усталость, снижение внимания и памяти, необходимость в посторонней помощи, здоровье и качество жизни в целом. Такой признак, как усталость до химиотерапии имеет больший диапазон колебаний, чем после химиотерапии. Необходимость в посторонней помощи до химиотера-

пии характеризуется меньшим размахом по сравнению с необходимостью в посторонней помощи после курса химиотерапии. Такие показатели, как здоровье в целом и качество жизни пациента до химиотерапии имели заметно меньший диапазон размаха, нежели после проведения химиотерапии.

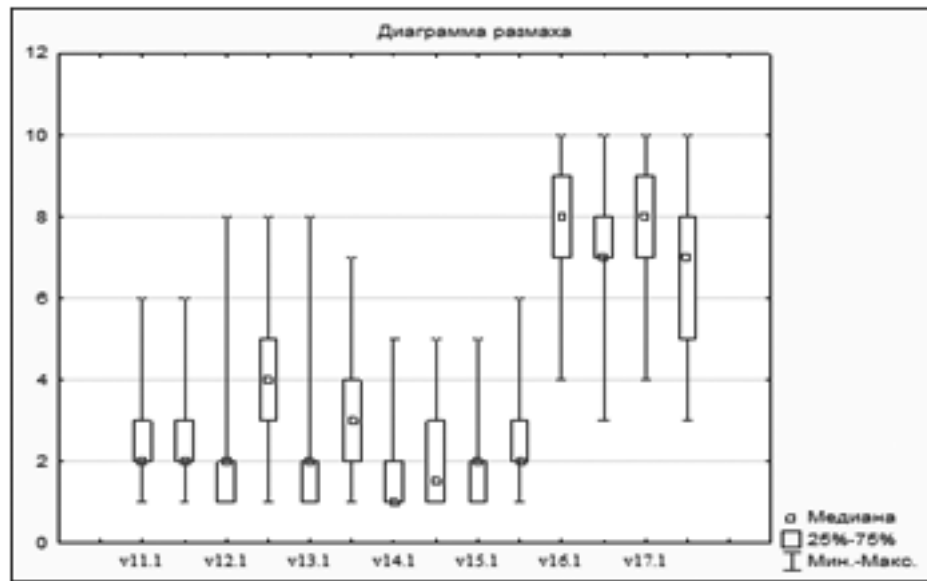


Рисунок 3 – Соотношение частоты совпадения такими показателями, как напряжение, слабость, усталость, снижение внимания и памяти, необходимость в посторонней помощи, здоровье и качество жизни в целом

Таким образом, используя медианные значения с учетом верхних и нижних квартилей для определения качества жизни пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения паллиативной химиотерапии общее качество жизни заметно снижается за счет таких параметров, как тошнота (1,0:2,0), рвота (1,0:2,0), снижение аппетита (2,0:3,0), слабость (2,0:4,0), усталость (2,0:3,0), снижение памяти (1,0:2,0), нарушение сна (2,0:2,0), беспокойство (2,0:2,0), необходимость в посторонней помощи (2,0:2,0).

Такие показатели, как боль и качество жизни в целом наиболее наглядно позволяют судить об эффективности проведения химиотерапии пациентам.

Все пациенты получали от 1 до 4-х курсов паллиативной химиотерапии. На первом курсе химиотерапии средний балл интенсивности болевого синдрома составил $2,65 \pm 0,38$, на втором – $3,05 \pm 0,40$, на третьем – $3,83 \pm 0,44$, на четвертом – $4,11 \pm 0,51$ (таблица 2). Как видно из таблицы 1, интенсивность боли с каждым последующим курсом химиотерапии возрастает, т.е. эффективность химиотерапии в отношении параметра боли снижается с каждым курсом.

Таблица 2 - Оценка интенсивности боли у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения химиотерапии

Курс ПХТ	Число наблюдений	М среднее, баллы	Ошибка среднего m, %	Диапазон колебания	
				95% ДИв	95% ДИн
1	23	2,65	0,38	1,86	3,44
2	19	3,05	0,40	2,21	3,89
3	18	3,83	0,44	2,89	4,77
4	10	4,11	0,51	2,92	5,29

Параллельно провели сравнение с показателем качества жизни в целом.

На первом курсе химиотерапии средний балл показателя качества жизни у пациентов составил $8,69 \pm 0,19$, на втором – $8,00 \pm 0,32$, на третьем – $7,11 \pm 0,23$, на четвертом

– $6,33 \pm 0,37$ (таблица 3). Как видно из таблицы 2, качество жизни с каждым последующим курсом химиотерапии падает, т.е. эффективность химиотерапии в отношении параметра качества жизни пациента также снижается с каждым курсом.

Таблица 3 - Оценка качества жизни в целом у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения химиотерапии

№	Курс ПХТ	Число наблюдений	М средняя, баллы	Ошибка среднего т, %	Диапазон колебания	
					95% ДИв	95% ДИн
1	1	23	8,69	0,19	8,29	9,09
2	2	19	8,00	0,32	7,32	8,68
3	3	18	7,11	0,23	6,63	7,59
4	4	10	6,33	0,37	5,47	7,19

Различие между показателями качества жизни перед 3-м и перед 4-м курсами паллиативной ПХТ максимально составляют 0,8 баллов при высокой статистической значимости ($p=0,02$), что позволяет сделать вывод о том, что качество жизни пациентов с опухоля-

ми без первично-выявленного очага падает при росте болевого синдрома.

На рисунке 4 представлены показатели интенсивности боли и качество жизни у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага.

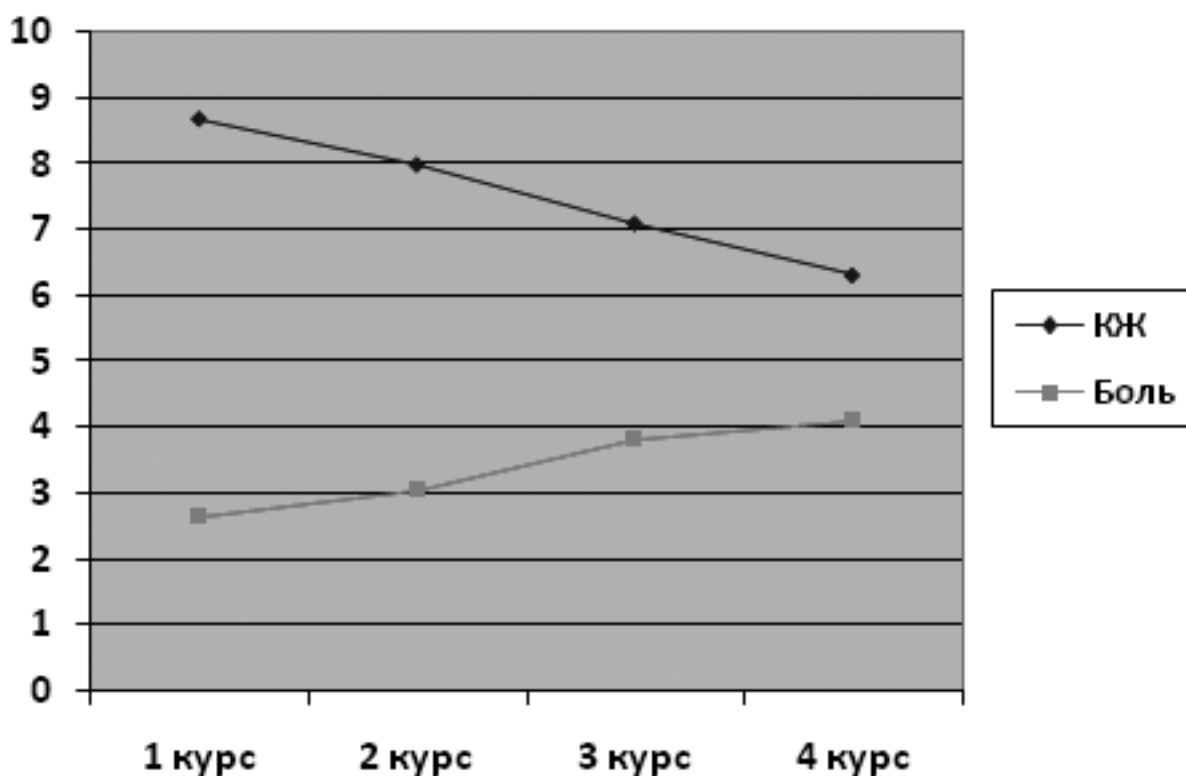


Рисунок 4 – Оценка интенсивности боли и качество жизни в целом у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения химиотерапии

Таким образом, математически показано, что при показателе качества жизни в целом, равного 6-7 баллов, и при возрастании интенсивности боли на 1-2 балла дальнейшее проведение паллиативной химиотерапии нецелесообразно, т.к. данные показатели наиболее наглядно позволяют судить об эффективности проведения химиотерапии пациентам.

Выводы. Качество жизни пациентов с опухолями без первично-выявленного очага на фоне проведения пал-

лиативной химиотерапии заметно снижается за счет таких показателей, как тошнота, рвота, снижение аппетита, слабость, усталость, снижение памяти, нарушение сна, беспокойство, необходимость в посторонней помощи.

Нецелесообразно проведение дальнейших курсов паллиативной химиотерапии при возрастании болевого синдрома на 1-2 балла при показателе качества жизни в целом, равного 6-7 баллам.

Список литературы

1. Комаров И.Г., Комов Д.В. Диагностическая и лечебная тактика при метастазах злокачественных опухолей без выявленного первичного очага.- М.: Триада-Х., 2002. - 136 с.
2. Зинченко С.В. Современные подходы к диагностике и лечению больных с метастазами злокачественных опухолей без выявленного первичного очага: диссертация доктора медицинских наук: 14.01.12 // ГУ "Российский онкологический научный центр РАМН". – М., 2011. - 222 с.
3. Doyle Derek Palliative medicine in Britain / Omega (USA). – 2007-2008. – 1. - P.77 – 88.
4. Бадалян Л.Г. Паллиативная химиотерапия рака: основные понятия и особенности // Вестник Хирургии Армении. – 2010. - №3. – С. 34 - 51.
5. Бейсенаева А.Р., Сирота В.Б. 2014 ©. Опросник для определения качества жизни инкурабельных пациентов на фоне проведения химиотерапии (QLQ-IP-CC) // Свидетельства о регистрации прав на объект авторского права: № 0164 от 22.01.16, № 0167 от 25.01.16, № 0166 от 25.01.16.

Тұжырым

Summary

А.Р. Бейсенаева, В.Б. Сирота, Д.Д. Дороган, А.А. Уйсин
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

A.R. Beisenayeva, V.B. Sirota, D.D. Dorogan, A.A. Uisin
Karaganda state medical university

**ПАЛЛИАТИВТІ ХИМИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯ
ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ АЛҒАШҚЫ ОШАҒЫ
АНЫҚТАЛМАҒАН ІСІКТЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР
СҮРУ САПАСЫН АНЫҚТАУ**

**DETERMINATION of LIFE QUALITY of PATIENTS with
CANCER of UNKNOWN PRIMARY in the COURSE of
PALLIATIVE CHEMOTHERAPY**

Өмір сүру сапасын бағалау үшін науқастардан «Химиялық терапия жүргізу жағдайында (QLQ-IP-CC) инкурабельді науқастардың өмір сүру сапасын анықтауға арналған сауалнама» (А.Р.Бейсенаева, В. Б.Сирота, 2016 ©) арқылы сауалнама алынды. Сауалнама алғашқы ауру ошағы анықталмаған 70 науқастан алынды. Өмір сүру сапасының көрсеткіші 6-7 балды құраса және ауру қарқыны 1-2 балға артқан кезде паллиативті химиялық терапияны ары қарай жүргізу орынсыз екендігі математикалық тұрғыдан көрсетілген, себебі, аталмыш көрсеткіштер емделушілерге химиялық терапияны жүргізу тиімділігін шешуге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: алғашқы анықталмай пайда болған ісіктер, паллиативті химиялық терапия, өмір сапасы.

To evaluate the quality of life the patients were inquired with the help of "Inquirer to determine incurable patients' life quality on the background of carrying out chemotherapy (QLQ-IP-CC)" (Beisenayeva A.R., Sirota V.B., 2016 ©). In total 70 patients with cancer of unknown primary were investigated. It was mathematically proved that in the case of life quality indicator of 6-7 points, and in the case of increasing of pain intensity 1-2 points more, the further carrying out of palliative chemotherapy is unreasonable, as the given indicators obviously let us estimate the efficiency of chemotherapy carrying out for the patients.

Keywords: tumors of unknown primary, palliative chemotherapy, quality of life.

УДК 616-006-009.7-085

В. А. Жумалиева, В. Б. Сирота

Карагандинский государственный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Аннотация. В исследование были включены 106 онкологических пациентов с нейропатической хронической болью. Выборка распределена на основную и контрольную группы. Контрольная группа получала обезболивание согласно всемирно принятой трехступенчатой терапии ВОЗ. Терапия в основной группе была потенцирована патогенетическими адъювантами. Проведение патогенетической терапии нейропатической боли полностью купирует болевой синдром в (42,6±6,8)% случаев, снижает интенсивность боли до легкой в (51,9±6,9)%, до умеренной в (3,7±2,6)% ($p \leq 0,05$). Стандартная обезболивающая терапия не купирует болевой синдром полностью, снижает интенсивность до легкой в (9,4±4)% , до умеренной в (84,9±4,9)%, сильная боль остается в (5,7±3,2)% случаев ($p \leq 0,05$). Патогенетическое потенцирование основного обезболивания значительно улучшает показатели качества жизни онкологических пациентов.

Ключевые слова: паллиативная помощь, болевой синдром, хроническая нейропатическая боль

Введение. Согласно опубликованным данным в мире, около 40% больных злокачественными новообразованиями с промежуточными стадиями процесса и 60-87% с генерализацией заболевания страдают от болевого синдрома различной выраженности. Известно, что 10-20% онкологических больных страдают от боли, которая не поддается купированию имеющимися схемами, рекомендованными Всемирной Организацией Здравоохранения [1]. В настоящее время наблюдается повышенный интерес мировой медицинской общественности к проблеме купирования хронической нейропатической боли. Под хронической болью необходимо понимать боль, связанную с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием [2]. Она продолжается от 1-3 месяцев до многих лет. Нейропатическая боль характеризуется болевыми ощущениями, возникающими вследствие прямого повреждения или болезни соматосенсорной системы [3]. Несмотря на большое внимание специалистов к данной проблеме, в Казахстане в настоящее время нет опубликованных данных о результатах терапии хронической нейропатической боли в популяции онкологических пациентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 106 онкологических пациентов, состоящих на диспансерном учете в КГП «Областной онкологической диспансер» г. Караганды. Критериями включения в исследование были морфологическая верификация злокачественного новообразования и наличие болевого син-

дрома в анамнезе продолжительностью более 2 недель.

Пациенты выборки были распределены на две группы: основная и контрольная с помощью метода конвертов. В каждую группу вошли по 53 пациента. Обе группы рандомизированы и стратифицированы по полу, возрасту, локализации первичного очага злокачественного новообразования, стадии процесса, включая рандомизацию согласно международной классификации TNM IX пересмотра (2009), виду полученного специального лечения. Перед началом исследования была произведена оценка интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале. Все пациенты были анкетированы авторским опросником «Анкета для оценки нейропатической боли у онкологических пациентов (NPQ-C)» (Жумалиева В. А., Сирота В. Б., 2014 ©). Данный опросник имеет регистрацию в Министерстве Юстиции Республики Казахстан [4], он позволяет описать характеристики хронического нейропатического болевого синдрома и его влияние на основные сферы качества жизни пациента. Опросник протестирован и имеет чувствительность (Se) - 0,9, точность (Acc) - 0,9, риск получения положительного результата (R1) - 0,286, риск получения отрицательного результата (R2) - 0,038, отношение рисков (OR) - 7,59 (0,57:10,19), рутинная стандартная ошибка доверительного интервала (S) - 0,72, прогностическая ценность отрицательного результата - 96,2%, отношения правдоподобия (LR) для положительного результата - 9,0. Статистическая обработка проведена в программе STATISTICA 10.0 и включала частотный анализ качественных показателей, ошибку среднего и 95% доверительные интервалы с поправками Фишера и Йетса, t-критерий Стьюдента для зависимых переменных.

Пациенты обеих групп получали основное обезболивание согласно принятой трехступенчатой терапии боли ВОЗ [5]. Все препараты, назначаемые пациентам в ходе исследования, зарегистрированы в Республике Казахстан как лекарственные средства и разрешены к применению, согласно действующему Реестру лекарственных средств РК с учетом рекомендаций Казахстанского Национального Формула.

Пациентам основной группы дополнительно проводилось патогенетическое потенцирование основного обезболивания индивидуально каждому с учетом интенсивности болевого синдрома и степени эффекта. Оценка динамики производилась в соответствии с разработанным авторами алгоритмом лечения нейропатической хронической боли у онкологических пациентов (рисунок 1, 2).

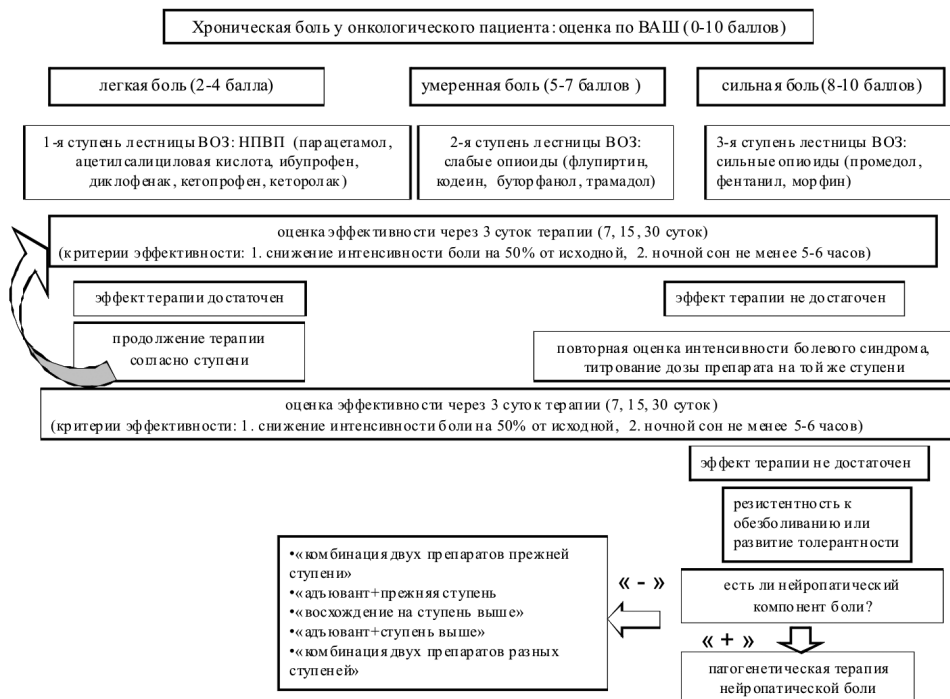


Рисунок 1 - Алгоритм лечения хронической боли у онкологического пациента

Первичная оценка эффективности лечения производилась через 3 суток приема установленной схемы. Если интенсивность болевого синдрома оставалась прежней, то производилась коррекция схемы потенцирования. Если интенсивность болевого синдрома снижалась на 1-2 балла за 3 суток приема, производилась коррекция и титрование дозы адьювантного вещества. Адьювантные

лекарственные средства для потенцирования основного обезболивания были представлены прегабалином, габапентином, левоцетиризином, дротаверином. При получении положительной динамики в купировании болевого синдрома оценка эффективности обезболивающей терапии и качества жизни производились в обеих группах через 15 и 30 суток терапии.

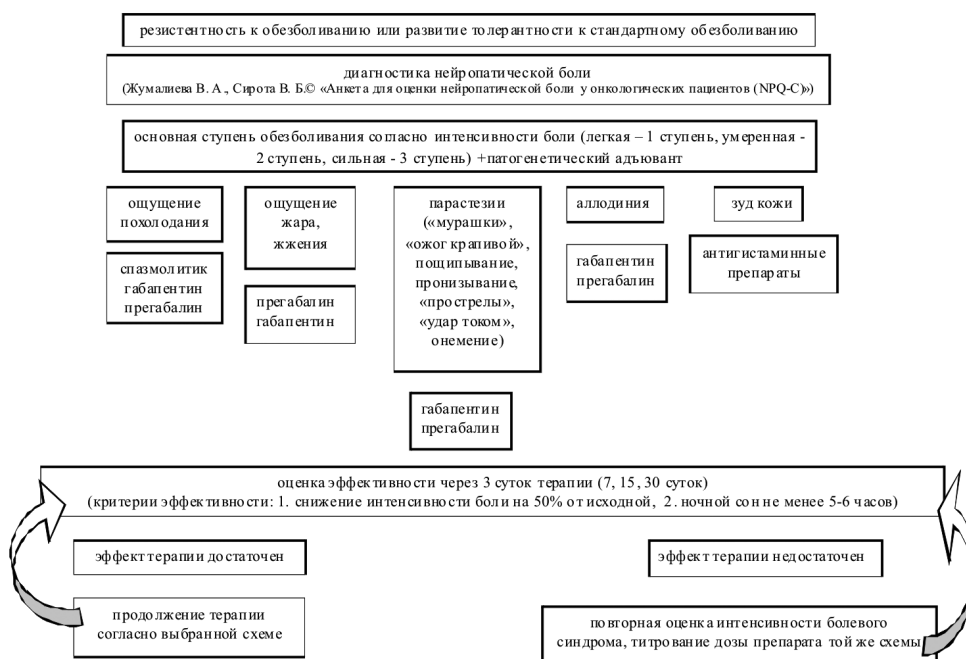


Рисунок 2 - Алгоритм лечения нейропатической боли у онкологического пациента

Основная группа представлена 53 пациентами, средний возраст которых составил $57,6 \pm 6,4$ лет. Контрольная группа представлена 53 пациентами, средний возраст - $58,4 \pm 6,8$ лет. При распределении пациентов по полу в обеих группах преобладали лица женского пола. В основной группе 44 женщины ($81,5 \pm 5,3$ %), в контрольной группе 48 пациенток ($90,6 \pm 4$ %).

При анализе локализации первичного очага злокачественного процесса в обеих группах подавляющее большинство случаев пришлось на молочную железу. С диагнозом рак молочной железы в основной группе выявлено 36 случаев ($66,7 \pm 6,8$ %) и 35 случаев ($66 \pm 6,5$ %) в контрольной группе. При анализе распространенности злокачественного процесса большинство пациентов обеих групп имели II или III стадию рака. В основной группе ($38,9 \pm 6,7$ %) пациентов имели III стадию заболевания,

в контрольной группе - ($37,7 \pm 6,7$)%. Большинство пациентов обеих групп получили комбинированное или комплексное лечение.

В структуре нейропатического болевого синдрома у онкологических больных боль от 2 до 4 баллов имели 52,4% пациентов, от 5 до 7 баллов - 38,1%, от 8 до 10 баллов - 9,5%. В 66,7% случаев нейропатическая боль локализовалась в области верхних и/или нижних конечностей. Нейропатический болевой синдром в виде онемения наблюдался у 47,6%, покалывание - 38,1%, у 14,3% опрошенных - «как удар электрическим током», 28,6% указывают на присутствие аллодинии.

Пациенты обеих групп в качестве основного обезболивания получали терапию согласно трехступенчатой терапии ВОЗ (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение выборки больных с нейропатической болью по виду основного обезболивания

№	Основное обезболивание	Основная группа больных				Контрольная группа больных			
		частота		Доверительный интервал	p	частота		Доверительный интервал	p
		абс	M±m, %			абс	M±m, %		
1	I степень (НПВС)	42	$77,8 \pm 5,7$	76,2-79,3*	$p \geq 0,05$	40	$75,5 \pm 5,9$	73,8-77,1*	$p \geq 0,05$
2	II степень (слабые опиоиды)	8	$14,8 \pm 4,9$	13,5-16,2*	$p \leq 0,05$	11	$20,8 \pm 5,6$	19,2-22,3*	$p \leq 0,05$
3	III степень (наркотические анальгетики)	3	$5,6 \pm 3,1$	4,7-6,5*	$p \leq 0,05$	2	$3,8 \pm 2,6$	3,1-4,5*	$p \leq 0,05$
	всего	53	100			53	100		

*- приведенный доверительный интервал уточнен с поправкой Йетса, если $25\% \geq M \pm m \geq 75\%$

Пациенты основной группы получали потенцирующую терапию основного обезболивания согласно разработанного алгоритма (таблица 2).

Таблица 2 - Вид патогенетического потенцирования у пациентов основной группы

№	Патогенетическое потенцирование основного обезболивания	Основная группа больных			
		частота		Доверительный интервал	p
		абс.	M±m, %		
1	прегабалин	40	$74,1 \pm 6$	62-86,1	$p \leq 0,05$
2	габапентин	7	$13 \pm 4,6$	11,7-14,3*	$p \leq 0,05$
3	антигистаминные+спазмолитики	2	$3,7 \pm 2,6$	3-4,4*	$p \leq 0,05$
4	прегабалин+антигистаминные	3	$5,6 \pm 3,1$	4,7-6,5*	$p \leq 0,05$
5	габапентин+антигистаминные	1	$1,9 \pm 1,9$	1,4-2,4*	$p \leq 0,05$
	Всего	53	100		

*- приведенный доверительный интервал уточнен с поправкой Йетса, если $25\% \geq M \pm m \geq 75\%$

Результаты исследования. Промежуточная оценка интенсивности болевого синдрома через 15 суток терапии показала абсолютную эффективность патогенетической терапии нейропатической боли в (13±4,6)%; данный вид терапии снижает интенсивность боли до легкой в

(48,1±6,9)%, до умеренной (35,2±6,6)%, в (1,9±1,9)% - остается сильной ($p \leq 0,05$). Стандартное обезболивание не купирует болевой синдром полностью, снижает интенсивность до легкой в (9,4±4)% , до умеренной в (83±5,2)%, в (7,5±3,6)% боль остается сильной ($p \leq 0,05$) (таблица 3).

Таблица 3 - Оценка интенсивности болевого синдрома через 15 суток обезболивающей терапии

№	Оценка интенсивности боли через 15 суток терапии	Основная группа больных				Контрольная группа больных			
		частота		Доверительный интервал	p	частота		доверительный интервал	p
		абс	M±m, %			абс	M±m, %		
1	боль отсутствует	7	13±4,6	1,7-4,3*	$p \leq 0,05$	0			$p \leq 0,05$
2	легкая	26	48,1±6,9	34,4-1,9	$p \leq 0,05$	5	9,4±4	8,4-10,6*	$p \leq 0,05$
3	Умеренная	19	35,2±6,6	22,1-8,3	$p \leq 0,05$	44	83±5,2	81,6-84,4*	$p \leq 0,05$
4	сильная	1	1,9±1,9	1,4-2,4*	$p \leq 0,05$	4	7,5±3,6	6,6-8,6*	$p \leq 0,05$
	Всего	53	100			53	100		

*- приведенный доверительный интервал уточнен с поправкой Йетса, если $25\% \geq M \pm m \geq 75\%$

Через 30 суток терапии патогенетическая терапия полностью купирует болевой синдром в (42,6±6,8)%, снижает боль до легкой в (51,9±6,9)%, до умеренной в (3,7±2,6)%. Сильная боль отсутствует ($p \leq 0,05$). Стандарт-

ная терапия не купирует боль полностью, снижает ее до легкой в (9,4±4)% , до умеренной в (84,9±4,9)%, сильная боль сохраняется в (5,7±3,2)% ($p \leq 0,05$) (таблица 4).

Таблица 4 - Оценка интенсивности болевого синдрома через 30 суток обезболивающей терапии

	Оценка интенсивности боли через 30 суток терапии	Основная группа больных				Контрольная группа больных			
		частота		Доверительный интервал	p	частота		Доверительный интервал	p
		абс	M±m, %			абс	M±m, %		
	боль отсутствует	23	42,6±6,8	29-56,2*	$p \leq 0,05$	0			$p \leq 0,05$
	легкая	28	51,9±6,9	38,1-65,6	$p \leq 0,05$	5	9,4±4	8,4-10,6*	$p \leq 0,05$
	умеренная	2	3,7±2,6	3-4,4*	$p \leq 0,05$	45	84,9±4,9	83,5-86,2*	$p \leq 0,05$
	сильная	0			$p \leq 0,05$	3	5,7±3,2	4,8-6,6*	$p \leq 0,05$
	Всего	53	100			53	100		

*- приведенный доверительный интервал уточнен с поправкой Йетса, если $25\% \geq M \pm m \geq 75\%$

Проведение патогенетической терапии нейропатической боли у онкологических пациентов повышает качество жизни пациентов ($p \leq 0,05$).

При применении патогенетической терапии общая двигательная активность не ограничена в (33,3±6,5)%, ограничена до 10% в (44,4±6,8)%, до 20% в (13±4,6)%. При применении стандартной обезболивающей терапии не ограничена общая двигательная активность в (3,8±2,6)%, ограничена до 10% в (17±5,2)%, до 20% в (41,5±6,8)% и до 30% в (22,6±5,8)%. Патогенетическая терапия улучшает

общую двигательную активность в 8,76 раз по сравнению со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

При назначении патогенетической терапии нейропатической боли повседневная бытовая активность не ограничена в (61,1±6,7)%, ограничена на 10% в (22,2±5,7)%, на 20% в (5,6±3,1)%. При использовании стандартного обезболивания не ограничена повседневная бытовая активность в (5,7±3,2)%, ограничена до 10% в (35,8±6,6)%, до 20% в (37,7±6,7)%. Патогенетическая терапия улучшает повседневную бытовую активность в 10,8 раз по сравне-

нию со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

При использовании патогенетической терапии нейропатической боли способность к самообслуживанию не ограничено в $(61,1 \pm 6,7)\%$ и ограничено на 10% в $(22,2 \pm 5,7)\%$. При применении стандартного обезбоживания не ограничено самообслуживание в $(26,4 \pm 6,1)\%$, ограничено до 10% в $(41,5 \pm 6,8)\%$, до 20% в $(20,8 \pm 5,6)\%$. Патогенетическая терапия улучшает способность к самообслуживанию в 2,31 раз по сравнению со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

При применении патогенетической терапии нейропатической боли сон не ограничен в $(50 \pm 6,9)\%$, ограничен на 10% в $(40,7 \pm 6,7)\%$, на 20% в $(3,7 \pm 2,6)\%$. При использовании стандартного обезбоживания не ограничен сон в $(15,1 \pm 4,9)\%$, ограничена до 10% в $(37,7 \pm 6,7)\%$, до 20% в $(39,6 \pm 6,7)\%$. Патогенетическая терапия улучшает сон в 3,31 раз по сравнению со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

Боль не влияет на настроение в $(50 \pm 6,9)\%$, ограничивает его на 10% в $(40,7 \pm 6,7)\%$, на 20% в $(3,7 \pm 2,6)\%$ при применении патогенетической терапии нейропатической боли. Не отмечено влияние боли на настроение в $(22,6 \pm 5,7)\%$, оно ограничено до 10% в $(47,2 \pm 6,9)\%$, до 20% в $(22,6 \pm 5,7)\%$ при использовании стандартного обезбоживания. Патогенетическая терапия улучшает настроение в 2,21 раз по сравнению со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

При применении патогенетической терапии нейропатической боли интеллектуальная деятельность не ограничена в $(75,9 \pm 5,9)\%$, ограничена на 10% в $(16,7 \pm 5,1)\%$, на 20% в $(3,7 \pm 2,6)\%$. Не ограничена интеллектуальная деятельность в $(37,7 \pm 6,7)\%$, ограничена до 10% в $(43,4 \pm 6,8)\%$, до 20% в $(15,1 \pm 4,9)\%$ при использовании стандартного обезбоживания. Патогенетическая терапия улучшает интеллектуальную деятельность в 2,01 раз по сравнению со стандартным обезболиванием ($p \leq 0,05$).

Выводы. Проведение патогенетической терапии нейропатической боли полностью купирует болевой синдром в $(42,6 \pm 6,8)\%$ случаев, снижает интенсивность боли до легкой в $(51,9 \pm 6,9)\%$, до умеренной в $(3,7 \pm 2,6)\%$ ($p \leq 0,05$).

Стандартная обезболивающая терапия не купирует болевой синдром полностью, снижает интенсивность до легкой в $(9,4 \pm 4)\%$, до умеренной в $(84,9 \pm 4,9)\%$, сильная боль остается в $(5,7 \pm 3,2)\%$ случаев ($p \leq 0,05$).

Использование патогенетического потенцирования основного обезбоживания позволяет значительно улучшить качество жизни онкологических пациентов с хронической нейропатической болью: улучшает общую двигательную активность в 8,76 раз, повседневную бытовую активность в 10,8 раз, способность к самообслуживанию в 2,31 раз, улучшает сон в 3,31 раз, настроение в 2,21 раз, интеллектуальную деятельность в 2,01 раз по сравнению со стандартным обезболиванием.

Список литературы

1. Woolf C., Mannion R. Neuropathic pain: aetiology symptoms, mechanisms and management // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – Suppl. 1. – P. 1959 - 1964.
2. IASP. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a last with definitions and notes on usage // Pain. – 2004. – Vol. 23. – P. 249.
3. IASP. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a last with definitions and notes on usage // Pain. – 2007. – Vol. 26. – P. 272.
4. Жумалиева В. А., Сирота В. Б. 2014 ©. Анкета для оценки нейропатической боли у онкологических пациентов (NPQ-C) // Свидетельства о регистрации прав на объект авторского права: № 1224 от 17.06. 2015, № 1261 от 24.06.2015, № 1260 от 24.06.2015.
5. Cancer Pain, Ed. By E. D. Bruera, R. K. Poteno. Assessment and management // – 2nd ed. – Cambridge University Press. – 2010. – P. 643.

Тұжырым

В. А. Жумалиева, В. Б. Сирота
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Онкологиялық науқастардың созылмалы ауруларының патогенетикалық терапиясының заманауи әдістері

Зерттеуге нейропатикалық созылмалы ауруға шалдыққан 106 онкологиялық науқас қатыстырылды. Іріктеу бойынша негізгі және бақылау топтарына бөлінді. Бақылау тобы ауырсынуды басуды бүкіл әлемде қабылданған ДДҰ үш сатылы терапиясына сәйкес қабылдады. Негізгі топта терапия патогенетикалық адъюванттармен күшейтілді. Нейропатикалық сырқаттың патогенетикалық терапиясын жүргізу (42,6±6,8)% жағдайда ауру синдромын толықтай тоқтатады, (51,9±6,9) % жағдайда ауруды жеңілдетеді, (3,7±2,6)% (p≤0,05) жағдайда бірқалыпты етеді. Стандартты ауырсынуды басатын терапия ауру синдромын толығымен тоқтатпайды, ауру күшін (9,4±4)% жеңілдетеді, (84,9±4,9)% бірқалыпты етеді, қатты ауырсыну (5,7±3,2)% жағдайда (p≤0,05) сақталады. Негізгі ауырсынуды басуды патогенетикалық күшейту онкологиялық сырқаттардың өмір сүру сапасының көрсеткіштерін анағұрлым жақсартады.

Түйінді сөздер: паллиативтік көмек, ауырсыну синдромы, созылмалы нейропатиялық ауырсыну.

Summary

V. A. Zhumaliyeva, V.B. Sirota
Karaganda state medical university

Modern approaches to pathogenetic therapy of chronic pain at oncological patients

A total of 106 oncology patients with neuropathic chronic pain were enrolled in study. They were divided into basic and control groups. The control group received pain treatment services according to world-widely accepted WHO's three-stage pain relief ladder. Basic group therapy was potentiated by pathogenetic adjuvants. Delivery of pathogenetic therapy completely cuts short pain syndrome at (42,6±6,8) % occasions, reduces pain intensity till fleabite at (51,9±6,9) %, till moderate pain at (3,7±2,6)% (p≤0,05). Standard pain-relieving therapy does not completely cut short pain syndrome, reduces pain intensity till fleabite at (9,4±4)% , till moderate at (84,9±4,9)%, severe pain keeps on at (5,7±3,2)% occasions (p≤0,05). Pathogenetic potentiation of basic pain control significantly improves life quality rating with oncology patients.

Key words: Palliative care assistance, pain syndrome, neurologic chronic pain

УДК:616-006.6

Б.А.Сейтказин

ГКП на ПХВ «Алматинский областной онкологический диспансер» г.Талдыкорган

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Аннотация. В статье отражена попытка разграничения в практической деятельности понятий «Паллиативная помощь» и «Паллиативное лечение», что в совокупности являются одними из составляющих обширного раздела «Паллиативная медицина» предусматривающей оказание помощи пациентам не только с онкологическими заболеваниями, но и со множеством других заболеваний. Также описан двухлетний опыт организации паллиативных коек в онкологическом диспансере, результаты их работы, возможности и целесообразность.

Ключевые слова: паллиативная помощь, паллиативное лечение, инкурабельные больные.

Неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, установление в 50% случаев из числа выявленных распространенных (III стадия) и запущенных (IV стадия) форм, диктуют необходимость поиска наиболее приемлемых решений в лечении данных категорий пациентов. Подавляющее большинство из этих 50% - пациенты с распространенными формами III стадии заболевания. Не всем из них возможно проведение радикального лечения, но даже в случае проведения им радикальных операций, комбинированного и комплексного лечения, по сути это лечение является паллиативным, т.к. не приводит к полному их излечению. Относительно пациентов с IV стадиями злокачественного новообразования лечение однозначно паллиативное. Проведение специального лечения этим пациентам не вписывается в общепринятые стандартные схемы, например химиотерапия в индивидуальных дозах и монорежиме 1 химиопрепаратом, лучевое лечение с целью декомпрессии, гемостаза и обезболивания, циторедуктивные операции и т.д.

Материалы и методы исследования: истории болезни больных, пролеченных на паллиативных койках, электронный регистр онкологических больных, журнал регистрации пациентов паллиативных коек.

В феврале 2014 года в областном онкологическом диспансере 10 коек хирургического отделения были перепрофилированы в паллиативные койки. С момента перепрофилирования коек возникла необходимость четкого определения: как будет называться лечение на данных койках, как отбирать пациентов, будут ли выполнять эти койки функции хосписа?

Дело в том, что по классификации ВОЗ: «паллиативная помощь – это направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей по-

средством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря тщательной оценке и купированию боли и других симптомов – физических, психологических и духовных».

В то же время в отношении паллиативного лечения нет каких либо стандартизованных методик и определений, хотя необходимость в этом существует. Практика показывает, что даже в IV стадии опухолевого процесса немало пациентов, которым возможно проведение паллиативного лечения как специфического так и неспецифического. До открытия паллиативных коек пациентам с IV стадией проведение специального лечения было проблематичным, так как стандартные схемы лечения большинство из них не могут перенести, а проведение нестандартных схем расценивалось как нарушение протокола. В течение 2014года определилось предназначение этих коек – проведение паллиативного лечения при одновременном оказании паллиативной помощи.

В качестве определения мы выбрали на наш взгляд наиболее приемлемое: «паллиативное лечение – это совокупность специфических лечебных мероприятий направленных на смягчение или временное приостановление клинических симптомов прогрессирующего злокачественного процесса и его осложнений».

Все основные традиционно применяемые методы лечения в онкологии – хирургический, лучевой, химиотерапевтический, гормонотерапевтический, иммунотерапевтический могут быть применены в качестве паллиативного лечения как каждый из них в отдельности, так и в комбинации, с индивидуальным подбором объемов, режимов и доз.

Порядок госпитализации определен следующим образом:

Отбор пациентов производится мультидисциплинарной группой на амбулаторном этапе, она же определяет вид и объем лечения. В стационаре пациентов ведут врачи хирургического отделения в сотрудничестве с радиологом, химиотерапевтом, психологом, социальным работником, врачом противоболевой терапии и анестезиологом (в помощь врачу противоболевой терапии на 0,5 ставки принят опытный врач-анестезиолог для оценки и купирования боли пациентам в стационаре). В результате пациенты получают и паллиативное лечение и паллиативную помощь. Также на паллиативные койки могут быть госпитализированы пациенты, которым невозможно проведение специального паллиативного лечения, но возможно проведение неспецифического (симптоматического) лечения.

Виды лечения оказываемого на паллиативных койках диспансера:

Паллиативный хирургический – оперативные вмешательства направленные на уменьшение объема опухоли, удаление единичных метастазов и рецидивной опухоли, устранение угрожающих жизни осложнений опухоли. Операции по восстановлению жизненно важных функций – дыхания, питания, отведения мочи и содержимого кишечника – так называемые «симптоматические» операции. В 2014 году операции на паллиативных койках не производились. В 2015 году на паллиативных койках произведено 7 операций. В первом квартале 2016 года – 1 операция. Сроки пребывания на койке от 7 до 14 дней, реже 15-20 дней.

Паллиативный радиотерапевтический – замедляет рост опухоли и позволяет устранить такие осложнения как сдавление жизненно важных органов, болевой синдром при деструкции костей скелета, сдавлении нервов, с целью гемостаза, а также достижения стабилизации процесса при некоторых видах местнораспространенных опухолей и единичных метастазов. В 2014 году на паллиативных койках лучевое лечение не проводилось. В 2015 году паллиативное лучевое лечение получили 121 пациент. В первом квартале 2016 года – 50 пациентов. Сроки пребывания на койке от 3 до 20 дней, при хорошем эффекте и продолжении лечения в объеме радикальной программы – до 40 дней. Суммарная очаговая доза (СОД) обычно от 6 до 20 Грей. При хорошей переносимости СОД может быть увеличено до 40-60 Грей.

Паллиативный химиотерапевтический – специфическое лекарственное лечение, направленное на уменьшение клинических проявлений заболевания, следовательно, и улучшение качества жизни. В нашей практике наблюдали улучшение качества жизни и выживание от 1 месяца до 2-х лет (в отдельных случаях): при метастатических раках молочной железы, яичников, легкого, колоректальном раке. В 2014 году химиотерапию на паллиативных койках получили 10 пациентов. В 2015 году – 42 пациента. В первом квартале 2016 года – 5 пациентов. Проведенное лечение отличалось от стандартных схем за счет индивидуального подбора. Пребывание пациента на койке от 1 до 5-8 дней.

Паллиативный неспецифический (симптоматический) – лечение осложнений прогрессирующего опухолевого процесса в виде противовоспалительной, инфузионной, гемостимулирующей терапии, парентерального питания, обезболивания, «симптоматических» операций (трахеостомии, плевральные пункции, лапароцентез, прошивание кровоточащей опухоли, наложение колостомы, энтеростомы, гастростомы, эпицистостомы), что также может привести к временному улучшению состояния и качества жизни. В 2014 году паллиативное неспецифическое (симптоматическое) лечение проведено 53 пациентам. В 2015г- 65 пациентам. В 1-м квартале 2016г- 0. Длительность пребывания на койке от 1-го до 10 дней, в некоторых случаях - до 15 дней.

Всего за 2014, 2015 и 1квартал 2016 года пролечено на паллиативных койках 354 пациента. Из них умерло 215 пациентов. Продолжают паллиативное и симптоматическое лечение 139.

Выводы. 1) Паллиативное лечение позволяет временно улучшить качество жизни пациентов с первично выявленными запущенными формами, а также рецидивами и прогрессированием ранее пролеченных злокачественных новообразований. При этом существенного продления жизни не наблюдали.

2) На паллиативных койках возможно проведение паллиативного специфического (в онкодиспансере), неспецифического лечения и оказания паллиативной помощи (в неонкологическом учреждении).

3) Паллиативные койки не выполняют функцию хосписа.

4) Паллиативные койки необходимы не только в онкологических диспансерах, но и в городских и районных больницах, многопрофильных клиниках – для оказания паллиативного неспецифического лечения и «симптоматических» операций, как в экстренном так и в плановом порядке, а также может быть оказана паллиативная помощь согласно стандартам ВОЗ.

5) При согласовании и получении разрешения Управления здравоохранения и РЦЭЗ (на перепрофилирование коек), пациенты на паллиативных койках не будут являться «непрофильными».

Тұжырым
Б.А.Сейтказин

ГКП на ПХВ «Алматылық облыстық онкологиялық диспансер» Талдықорған қ.

Онкологиялық науқастрадағы паллиативтік емнің мүмкіндіктері

Мақалада «паллиативтік көмектің» және «паллиативтік емнің» тәжірибелік тұрғыда мағыналық айырмашылығы көрсетілген. Ал ол, өз тұрғыда паллиативті медицинаның ауқымды бір бөлігі болып саналады. «Паллиативті медицина» онкологиялық науқастарға ғана емес сондай-ақ басқа да аурулары бар науқастарға көмек көрестуге негізделген.

Сонымен қатар мақалада онкологиялық диспансердегі паллиативті төсек орындардың екі жылдық тәжірибесі, жұмыстарының нәтижелері, мүмкіндіктері және оның тиімділігі көрсетілген.

Түйінді сөздер: паллиативтік көмек, паллиативтік ем, емге келмейтін (инкурабельды) науқастар.

Summary
B.A. Setkazin

«Almaty Regional Oncology Center» Taldykorgan

Palliative care approaches in treatment of cancer patients

The article reflected the attempt to distinguish in the practical work of the concepts of «Palliative Care» and «palliative treatment», is one of the components of the extensive section «Palliative Medicine providing assistance to patients not current with oncological diseases, but with many other diseases. Also described is how the two-year experience of the palliative care in question was that the results of their work and the usefulness.

Key words: palliative care, palliative treatments