

*Сильванович М. В., Вержинская Е. О.*

## **АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Яковлева Е. В.*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Хроническая боль является серьезной медицинской, социальной и экономической проблемой во всех странах мира. Около 80% пациентов с распространенным опухолевым процессом страдают от боли. Хроническая онкологическая боль может быть эффективно купирована у 90% пациентов, а в 10% снижена её интенсивность.

**Цель:** оценить соответствие медицинской помощи пациентам с хронической онкологической болью (ХОБ) действующему клиническому протоколу фармакотерапии хронической боли у пациентов с онкологической патологией.

**Материалы и методы.** Проведен анализ медицинских амбулаторных карт 78 пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи. Женщин было 44 (56%), мужчин – 34 (44%). Оценивали объем оказания медицинской помощи, анализировали кратность патронажа и соответствие лечебных мероприятий по купированию боли действующему клиническому протоколу. Оценка интенсивности ХОБ производилась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Расчет статистических показателей произведен с помощью MS Office Excel 2016.

**Результаты и их обсуждение.** Структура онкопатологии была представлена следующими локализациями: рак молочной железы-23 (29,48%), рак шейки матки- 20 (25,64%), рак предстательной железы- 16 (20,51%), рак прямой кишки- 9 (11,54%), рак сигмы- 5 (6,41%), рак лёгкого- 4 (5,12%), рак желчного пузыря – 1 (1,28%). По кратности патронажа, объёму и виду оказания медицинской помощи врачами и медицинскими сёстрами на дому все пациенты относились к группам 3–6, а именно: 3 группа (10 пациентов- 13,15%) - организация работы стационара на дому и курация врачом-терапевтом 1-5 раз в неделю; 4 группа (43 пациента - 55,12%) -патронаж медицинскими сёстрами 2 раза в неделю, курация врачом-терапевтом по необходимости; 5 (16 пациентов -20,5%) группа-патронаж медицинскими сёстрами 1 раз в неделю, консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом; 6 группа (9 пациентов -11,53%) - консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом, контроль медицинским регистратором Хосписа 2 раза в месяц.

Все пациенты (100%) указывали на наличие длительного болевого синдрома. По результатам оценки интенсивности ХОБ: первая ступень- 4 пациента (5,13%), вторая- 10 пациентов (12,82%) и третья- 64 (82,05%). Фармакотерапия ХОБ была назначена 60 пациентам (76,9 %): парацетамол 1 пациенту (1,67%), нимесулид – 2 (3,33%), морфин – 14 (23,3%), трансдермальная терапевтическая система – 43 (71,67%). До консультации врачей выездной патронажной службой наркотические лекарственные средства были назначены 53 пациентам (67,9%). Только 7 пациентам с целью обезболивания вызывали бригаду скорой медицинской помощи. Адювантные анальгетики были назначены 27 пациентам (45%): медрол - 3 пациентам, диазепам -12, габапентин - 4, amitриптилин -8.

Гастроэнтерологические симптомы наблюдались у 46 пациентов (58,9%): рвота – 5 пациентов, тошнота-11, комбинация тошноты и рвоты-17, диарея-6, запор-7. Анемия выявлена у 64 пациентов (82,05%), тромбоцитопения – у 7 (8,97%), лейкопения – у 17 (21,79%), лейкоцитоз – у 14 (17,95 %). Симптоматическую терапию получали 34 пациента (43,59%): лоперамид - 5, метоклопрамид -23, бисакодил-6.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о недостаточно активном использовании адювантных анальгетиков (45%) в лечении ХОБ на фоне соответствия выбора основных лекарственных средств ступенчатой фармакотерапии согласно действующему клиническому протоколу.