Купирование тягостных симптомов

Невзорова Диана Владимировна

Семь практических направлений содержания учебной программы

- паллиативная помощь и паллиативная медицина (определения, терминология и т.д.);
- боль;
- неврологические и психические симптомы (возбуждение, спутанность сознания и т.д.);
- купирование других симптомов (одышка, тошнота и т.д.);
- этика и право;
- проблемы пациента, родственников, лиц, осуществляющих уход;
- клинические навыки общения.

Программа обучения

1. Основы паллиативной помощи	5%
2. Купирование боли и симптоматическая терапия	50%
3. Психосоциальные и духовные аспекты	20%
4. Этические и юридические вопросы	5%
5. Общение	15%
6. Командная работа	5%

Задачи:

- показать, что **процесс лечения** — это не только диагностические исследования и лечебные процедуры;
- при оказании помощи пациент должен рассматриваться как **единое целое**, то есть лечить следует больного, а не болезнь (**холистический подход**);
- показать, как облегчить **тягостные симптомы**, приносящие страдание больному (**боль** и др.), с применением фармакологических средств и нефармакологических методов;
- показать, что оказание паллиативной помощи пациентам и их родственникам — это процесс, который включает не только проведение мероприятий в кризисных ситуациях, но также **заблаговременное проведение терапии и внимательное наблюдение;**

- показать, что для удовлетворения потребностей каждого пациента и его родственников в соответствии с их ценностями при осуществлении ухода и лечения необходим **индивидуальный подход;**
- показать, что предоставление качественной помощи в конце жизни возможно, если у лечащего врача сформировано свое собственное отношение к **болезни, умиранию, смерти и гореванию**;
- показать, что улучшить качество медицинского обслуживания возможно путем приобретения знаний, совершенствования навыков работы в команде, искусства общения и решения этических проблем.

Основные симптомы

СИМПТОМ	СИМПТОМЫ, ВЫДЕЛЕННЫЕ ПЕРСОНАЛОМ ХОСПИСА (%)
Повышенная возбудимость	45
Боль	40
Нехватка воздуха	34
Растерянность	33
Язвенные пролежни	27
Тошнота	26
Быстрая утомляемость	25
Запор	24
Депрессия	22
Беспокойство	21

Джонсон Д.С., и др. Препятствия на пути эффективной симптоматической терапии в хосписе. Журн. терапии болевой симптоматики 2005 г.

Анорексия — отсутствие аппетита

Встречается у **65%** онкологических пациентов на поздней стадии заболевания.

Ее можно легко перепутать с другими симптомами

Преднизолон 15-30 мг в день
дексаметазон 2-4 мг в день.

В утренние часы
нельзя давать вместе с НПВС, возникновения осложнений со стороны ЖКТ резко возрастает.
Назначать гастропротекторы.

Желудочно-кишечные симптомы

Запор, диарея

- анатомия и физиология нормального процесса дефекации и прохождения содержимого по кишечнику;
- механизмы появления запоров у пациентов в конце жизни (лекарственные препараты, прежде всего опиоиды, ограничения в диете)
- мышечная слабость (паралитический илеус/кишечная непроходимость)

Запоры

60% пациентов на терминальной стадии страдают от запоров

- Малоподвижность
- Анорексия
- Мало грубых пищевых волокон в рационе
- Обезболивающие препараты

Регулярно спрашивайте у пациента, нет ли у него проблем с функционированием кишечника. Всегда давайте стимулирующие перистальтику слабительные, если пациент принимает опиоидные анальгетики.

причины…

Диарея

- В связи с онкологическим заболеванием.

Например, рака прямой кишки.
Если хирургическое лечение невозможно:
местно стероиды в форме суппозиториев или
ректальной пены.

- В связи с лечением.

постлучевой проктоколит,
побочный эффект после химиотерапии .

Диарея возникает ненадолго, и хорошо купируется
лоперамидом или при приеме опиоидных препаратов.

Тошнота и рвота

- патофизиология тошноты и рвоты
- фармакология противорвотных средств, конкретные точки приложения действия препаратов
- роль пути введения лекарственных препаратов
- Терапия при хронической кишечной непроходимости

Кахексия

вызвана недоеданием или голодом

питание при помощи зонда или гастростомы может проводиться пациентам с обструкцией верхней части желудочно-кишечного тракта, поражением головного мозга не находящихся в терминальной стадии онкологического заболевания

парэнтеральное питание используется для больных, получающих терапию, которая в течение двух недель или больше не позволяет им есть

для пациентов с постоянной или периодически возникающей непроходимостью кишечника возможность использования парэнтерального питания зависит от индивидуальных медицинских факторов

Потеря веса и упадок сил на поздних стадиях рака

- почти всегда вызываются **кахексией**
- изменения метаболизма в результате рака
- не поддаются лечению

Искусственное питание бесполезно

Парэнтеральное питание (центральный венозный катетер)
- инфекции
- Расходы

Энтеральное питание вызывает
- Абдоминальные спазмы
- диарею
- трубками для питания

Легочные симптомы

1. нарушения дыхания (одышка)
 патофизиология респираторных
симптомов характеристика применяемых
лекарственных препаратов (опиоиды, анксиолитики,
стероиды)
2. принципы кислородной терапии
3. тактика при «предсмертном храпе»
4. кашель

Нейропсихиатрические симптомы

1. Делирий, состояния, характеризующиеся;
2. спутанностью сознания;
3. бессонница;
4. депрессия и другие нарушения настроения;
5. возбуждение и страхи;
6. галлюцинации.

Экстренные состояния в паллиативной помощи Cito!

- сдавление спинного мозга;
- кишечная непроходимость;
- дисфагия;
- задержка мочи (стентирование мочеточников, наложение цистостомы)

Отеки

Генерализованный может быть вызван:

•сердечной патологией — лечение диуретиками или ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента.

•гипопротеинемия;

•анемия; лечением приема препаратов железа внутрь, эритропоэтин, переливание крови;

•ухудшение функции почек; лечение: диета, ограничение жидкостей, диуретики.

Локализованный может быть вызван:

•тромбоз глубоких вен; лечение — фиксация в приподнятом положении; тщательная оценка состояния, рассматриваем вопрос о назначении антикоагулянтов;

•сдавление переполненными петлями кишечника (обычно только левая нога); лечение: слабительные свечи и размягчающие слабительные;

•сдавление опухолью верхней и нижней полой вены; лечение: дексаметазон 12-16 мг/сут.

Одышка

Астма

Терапия астмы проводится по обычному протоколу, после выяснения, какие препараты пациент уже принимает, проверив правильность проведения ингаляций и использования спейсера, обдумав, что помогает, а что ухудшает состояние; увеличить дозу , добавить еще препараты, теофиллин, стероиды внутрь

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Ухудшение инфекционной природы (?), назначить антибиотики, или это терминальная стадия ХОБЛ (?), ингаляционные/пероральные стероиды (?), кислород через кислородную маску (?)

Инфекция

Лечение соответствующее стадии заболевания, и пожелания пациента и его семьи.

Левожелудочковая недостаточность (ЛЖН)

Лечение обычное при данном состоянии, с использованием диуретиков, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, опиоидами, и, возможно, дигоксином и кислородом.

Злокачественный плевральный выпот

Как результат онкологического заболевания.

Стоит ли его дренировать? Принесет ли дренирование облегчение? Можно ли это сделать в домашних условиях? Вы можете это сделать? Или нужен специалист? Если рецидивирует, стоит ли установить постоянный шунт?

Раковый лимфангиит

Лимфатические сосуды легких поражены распространением онкологического процесса.

Оказание помощи умирающему больному

Вопрос 1. Нужно ли назначить терминальному больному антибиотики от инфекции грудной клетки (пневмония)?

ответ зависит от многих факторов, в том числе:

- ожидаемая продолжительность жизни пациента
- желание пациента и его семьи
- ожидаемые преимущества с точки зрения пациента
- если антибиотики:

1. только продлят процесс умирания, то от них, вероятно, следует отказаться
2. помогут контролировать тревожные симптомы, такие как лихорадка или бред, то они могут оказаться полезными

Искусственное питание

Вопрос 2. заключается в том, может ли определенный вид лечения или вмешательства повысить или сохранить качество жизни больного?

ДА!!! и есть серьезные медицинские основания сделать это, то сделать это будет этически правильно
НЕТ!!! то этого не следует делать

важным дополнительным фактором может быть стоимость лечения

•принцип «Надо сделать хоть что-то!» не может быть оправданием для искусственного питания

Искусственная гидратация

Вопрос 3. заключается в том, может ли вмешательство повысить или сохранить качество жизни больного?

ДА!!! и есть серьезные медицинские основания сделать это, то сделать это будет этически правильно
НЕТ!!! то этого не следует делать

- **принцип «Надо сделать хоть что-то!» не может быть оправданием для искусственной гидратации**

Проявления обезвоживания у терминально больных пациентов

сухость во рту

- Постоянные смачивания
- Искуственная слюна (гипосаликс)
- Купирование воспаления
- Коррекция лекарственных препаратов

жажда

- умирающие не жалуются на жажду
- Желание пить «большими глотками»
- Искусственная гидратация (!!!!!)

состояние угасающего сознания

- некоторые сообщения, а также единственный тест с контролем случайности показали отсутствие корреляции между гидратацией и сознанием больных
- Положительно для паациента

Возможные преимущества обезвоживания для терминально больных пациентов

уменьшается производство мочи, что означает для больных меньшую необходимость двигаться и меньше проявлений недержания мочи

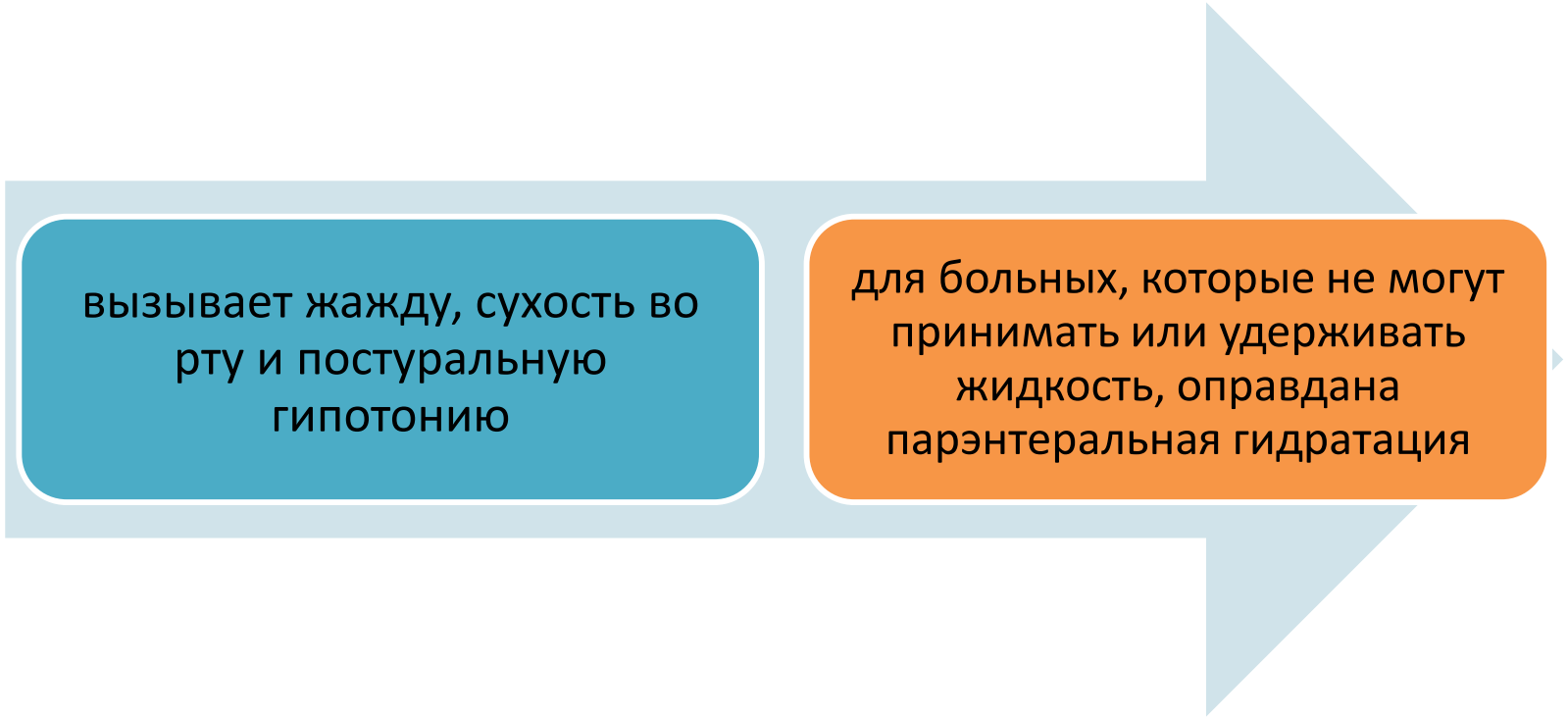
меньшее количество легочного секрета уменьшает одышку

уменьшение кишечного секрета уменьшит тошноту и диарею

уменьшение проблем с отеками и выпотом

Возможные недостатки искусственной гидратации терминально больных пациентов

Обезвоживание у пациентов, не находящихся в терминальной стадии



«Двойные эффекты»

средства, которые используют для облегчения мучительных болей или других симптомов могут иногда ускорить наступление смерти – это так называемый двойной эффект

использование правильно подобранных наркотических средств в соответствии с медицинскими показаниями и в соответствующих дозах не является эвтаназией

нет никаких свидетельств того, что паллиативная помощь сокращает жизнь

эффективный контроль над симптомами может как продлить, так и сократить жизнь

исследования показывают, что правильное использование седативных и снотворных средств в конце жизни не приводит к ее сокращению

сокращение жизни иногда может, а иногда не может быть предсказано заранее, однако оно никогда не является намеренным

Паллиативное использование седативных средств (паллиативная седация?)

Паллиативное использование седативных средств – это использование седативных медикаментов в конце жизни с целью облегчения упорных невыносимых симптомов (например, боли, одышки, бреда) в тех случаях, когда другие средства не помогают

паллиативная седация с информированного согласия больного или лица уполномочен принимать за него решения, с использованием правильно подобранных НС и ПВ в соответствующих дозах и с титрованием,

- **этически приемлема и не является эвтаназией**

•«терминальная седация» (с намерением держать пациентов в бессознательном состоянии до момента смерти)

Инфекции дыхательных путей

Вопрос?

1. Начало ли финальной фазы заболевания?
2. Оцените состояние больного, действительно ли это финальное ухудшение состояния?

частая смена положения, и симптоматическая терапия:

одышка — морфин и бензодиазепины;

боль — морфин;

нарушение дренажа бронхолегочного секрета («предсмертный хрип») — антихолинергические средства, луше на раннем этапе, когда пациент еще только начинает входить в бессознательное состояние, чтобы предотвратить появление хрипов)

Кислород применяется редко в подобных случаях, а санация чаще вызывает лишь дискомфорт у пациента и не оказывает пользы.

Терминальный хрип

Бускопан использовался для снижения выработки секрета дыхательных путей. Он не проходит через гематоэнцефалический барьер, и поэтому не обладает седативным эффектом. Парентерального бускопана (гиосцин) сложнодоступен в России.

Атропин — зачастую единственный перентеральный антихолинергический препарат, имеющийся в продаже.
Он снижает выработку секрета, скапливающегося в дыхательных путях, но обладает побочным эффектом — вызывает беспокойство, с которым можно справиться с помощью небольших доз бензодиазепина.

Можно попробовать 300 мкг подкожно каждые 4-6 часов, или 1200-2400 мкг в сутки подкожно с использованием шприцевой помпы.

Паллиативная помощь — это сложная работа…
но она того стоит!