



МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ



ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОДЫШКА

Докладчик: Сергей Владимирович РУДОЙ

21 мая 2020 г.

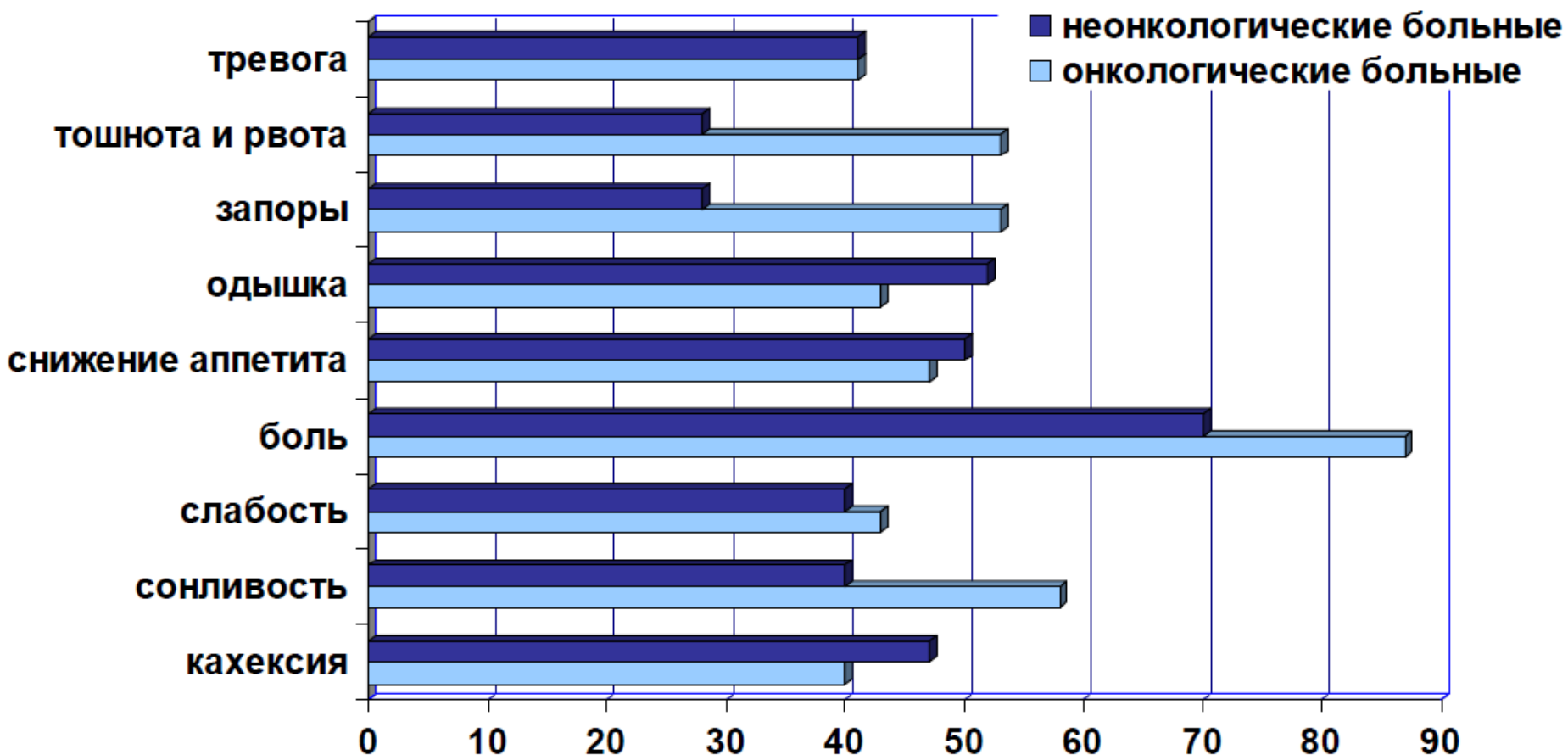


ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
ФОНДА ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

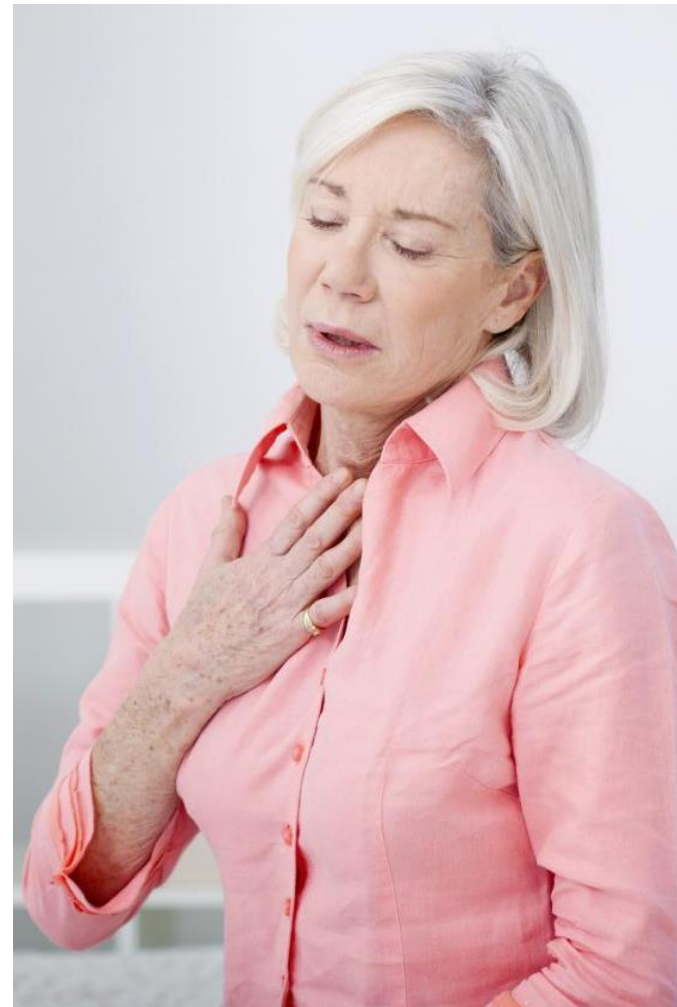
- Как часто дыхательные расстройства встречаются у неизлечимых пациентов?
- Какую помощь получают пациенты с дыхательными расстройствами?
- В чем особенность диагностики и лечебной тактики при дыхательных расстройствах?
- Какова тактика паллиативной медицинской помощи в последние дни и часы жизни пациента?

Распространенность патологических симптомов в финальном периоде жизни*



* Higginson I. Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal care. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1997.

**ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕНИИ
СПОСОБНОСТИ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО
ДЫХАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАТЬ
НОРМАЛЬНЫЙ ГАЗОВЫЙ СОСТАВ
АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ И РАЗВИТИИ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

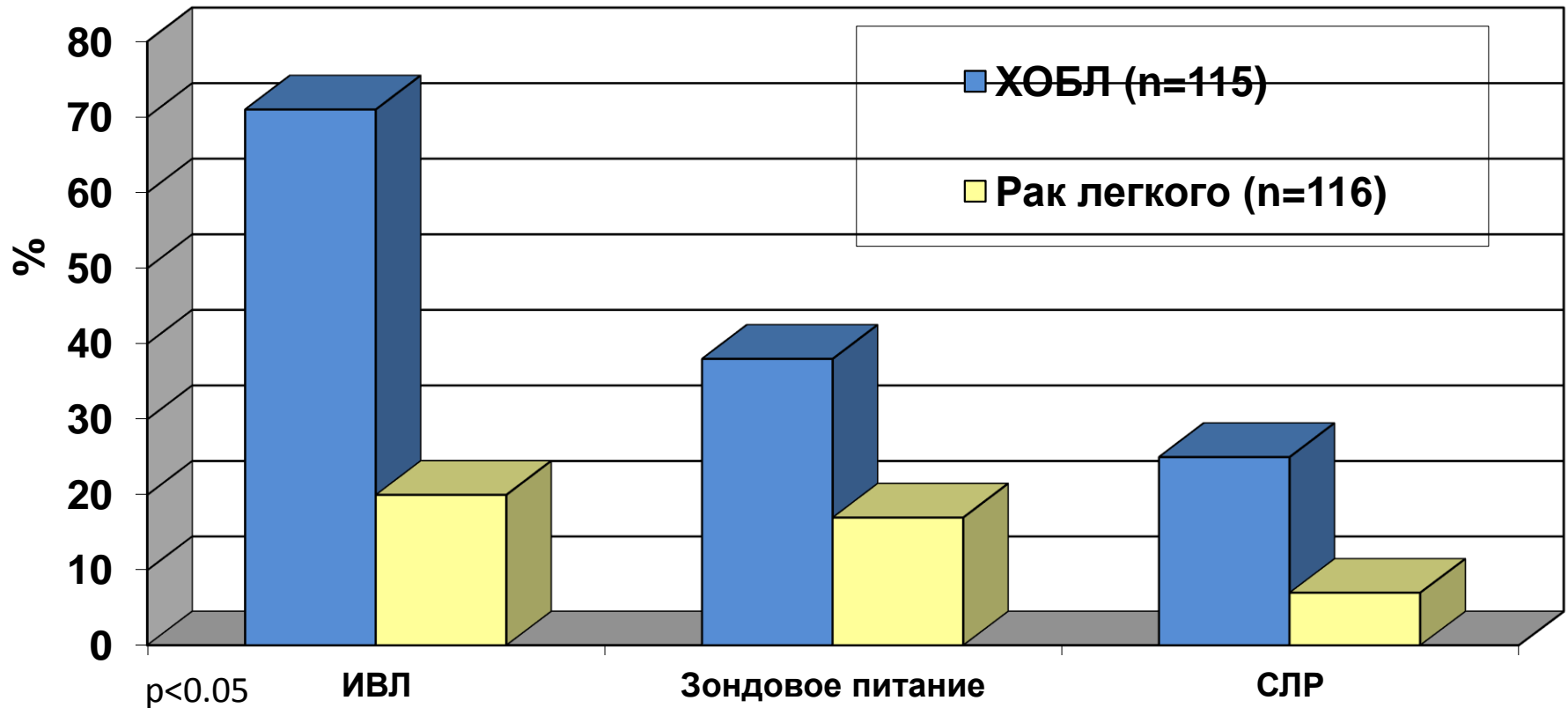


В норме $PaO_2 = 80-110$ мм рт. ст. $PaCO_2 = 35-45$ мм рт. ст.

ЧАСТЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НЕИЗЛЕЧИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

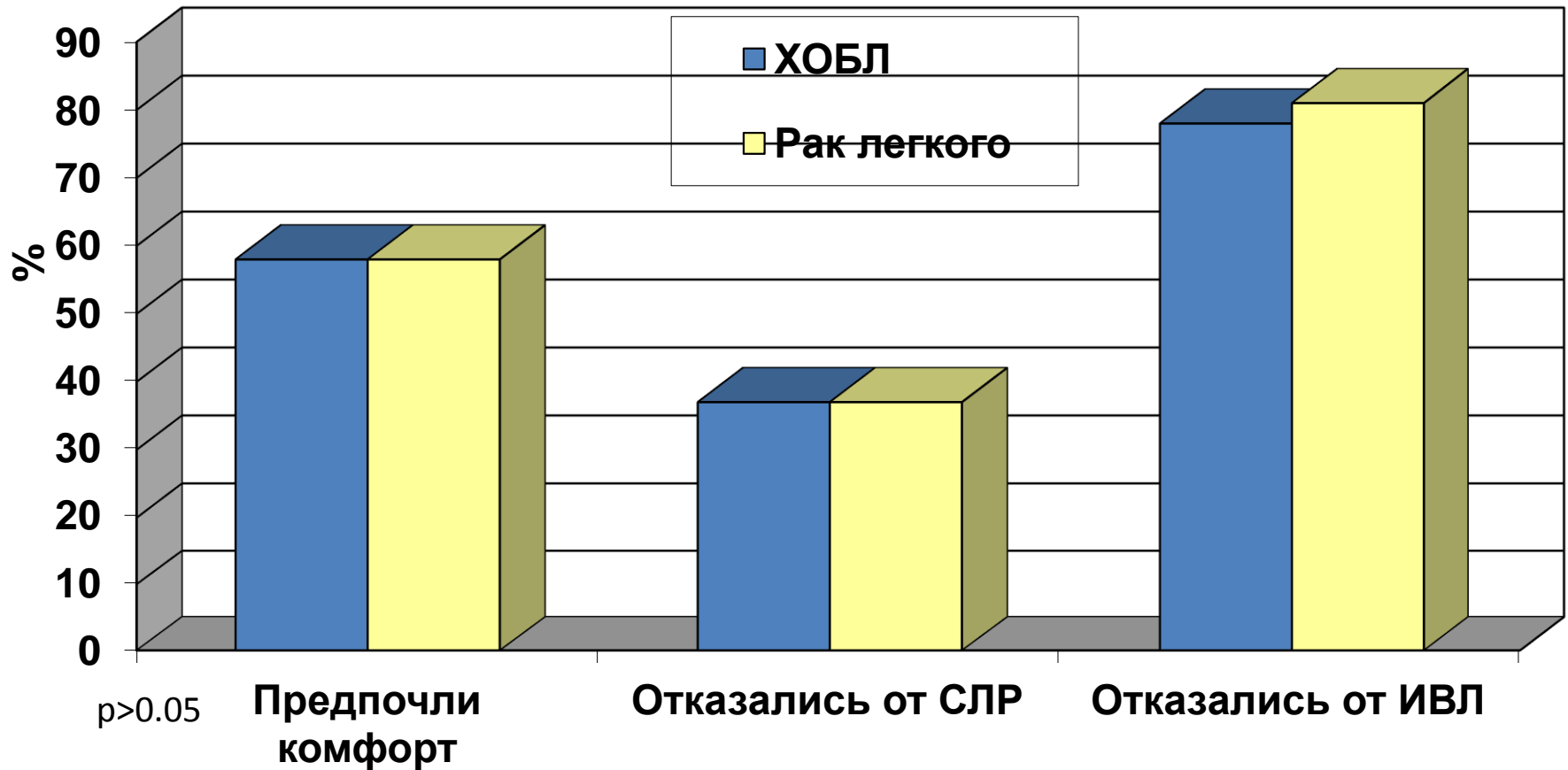
- Одышка
- Кашель
- Кровохарканье
- Терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов («предсмертный хрип»)

КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПОЛУЧАЮТ УМИРАЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ?



Claessens MT et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc. 2000 May;48(S1):S146-53.

КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ХОТЯТ ПОЛУЧИТЬ УМИРАЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ?



Claessens MT et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc. 2000 May;48(S1):S146-53.

ОДЫШКА – распространенный симптом при прогрессирующих заболеваниях*

- ХОБЛ 95%
- Прогрессирующий рак 21-90%
- Сердечная недостаточность 90%
- Легочный фиброз 65%

Uronis HE, Currow DC, Abernethy AP. Palliative management of refractory dyspnea in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2006;1(3):289-304.

Muers M, Round C. Palliation of symptoms in non-small cell lung cancer: A study by Yorkshire Regional Cancer Organisation Thoracic group. Thorax. 1993;48:339–43. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. Ann Intern Med. 1997;126:97–106.

Ripamonti C. Management of dyspnea in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 1999;7:233–43.

ОДЫШКА (*dyspnoe*)*

- нарушение частоты и глубины дыхания, сопровождающееся чувством нехватки воздуха
- расстройство внешнего дыхания, обусловленное нарушением функции органов дыхания, вспомогательных механизмов дыхания или нервных центров, регулирующих дыхание

Оценка одышки

(по Medical Research Council Dyspnea Scale *)

Степень	Тяжесть	Описание одышки
0	Нет	Только после очень интенсивной нагрузки
1	Легкая	При быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Заставляет идти более медленно по сравнению с другими людьми того же возраста, или вынуждает делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности
3	Тяжелая	Заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Очень тяжелая	Делает невозможным выход за пределы своего дома, или появляется при одевании и раздевании

* - Fletcher CM (1960) Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). *BMJ* 2:1665

ПРИЧИНЫ ОДЫШКИ

- Обструкция дыхательных путей
- Изменения легочной ткани
- Нарушение биомеханики дыхания
- Боль в грудной клетке
- Сердечно-сосудистые нарушения
- Анемия
- Беспокойство

Обструкция дыхательных путей:

- опухоль гортани, щитовидной железы, средостения или бронха
- трахео- или бронхо-пищеводный свищ
- острый или хронический бронхит
- бронхоспазм

Изменения легочной ткани :

- хирургическая резекция
- опухолевое поражение
- фиброз
- плевральный выпот
- пневмоторакс
- инфекция
- кровотечение
- эмболия легочной артерии
- хроническая эмфизема

Нарушение биомеханики дыхания:

- слабость дыхательной мускулатуры
- общая слабость
- боль в грудной клетке
- высокое стояние диафрагмы

Боль в грудной клетке

- Повреждение нервных структур
- Боль в костях
- Плевральная боль
- Перикардальная боль
- Боль в трахее и/или пищеводе
- Боль в средостении

Сердечно-сосудистые нарушения:

- застойная сердечная недостаточность
- кардиомиопатия
- выпотной или стенозирующий перикардит
- шок, кровотечение, септицемия

Анемия

Беспокойство

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- Сбор жалоб и анамнеза,
- Физикальное исследование
- Данные лабораторных исследований
- Рентгенография ОГК
- КТ, МРТ, эхокардиография, капнография
- Культуральное исследование мокроты

ЛЕЧЕНИЕ ОДЫШКИ

- По возможности – лечение причины
- При стридоре или явлениях обструкции верхней поллой вены – неотложная госпитализация
- Общие мероприятия
- Симптоматическая лекарственная терапия

ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

- объяснение и создание спокойной обстановки
- комфортное положение больного
- усиленная циркуляция воздуха
- отвлекающая терапия
- кислородотерапия
(при выраженной прогрессирующей гипоксии: $PaO_2 < 60\%$ или $SaO_2 < 90\%$)
- облегчение удаления мокроты
(паровые и солевые ингаляции, муколитики, отхаркивающие)
- дыхательная гимнастика, вибрационный массаж

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- Бронходилататоры - сальбутамол 2,5-5 мг в ингаляции через 4-6 ч
отменить, если не приносит облегчения!
ипратропиум 250–500 мкг в ингаляции через 6-8 ч
- Кортикостероиды - преднизолон 40-60 мг/сут или
дексаметазон 8-16 мг/сут - *отменить если нет улучшения в течение недели!*
- Опиоиды - морфин 5-10 мг п/о или 2-3 мг п/к каждые 4 ч, ослабленным пациентам – более низкие дозы, длительно получающим опиоиды для обезболивания возможно увеличение дозы на 25-30%

Уменьшение избыточной секреции

*антихолинергические средства,
гиосцина бутилбромид (бускопан) 20 мг п/к*

• Транквилизаторы

*лоразепам 0,5 -1,0 мг п/о или с/л через 6-8 ч ,
мидазолам 2,5-5 мг п/к через 4-6 ч;
диазепам 5-10 мг, иногда - галоперидол 1,5-3-5 мг*

ТЕРМИНАЛЬНЫЙ УХОД (последние дни жизни)

Активное лечение (в т.ч. антибиотиками) не показано

Проводится симптоматическая терапия с акцентом на комфорт для пациента. Иногда при массивном плевральном выпоте дренирование в стационарных условиях

При некупирующейся мучительной одышке или кашле – морфин, транквилизаторы по мере необходимости перорально или подкожно

ТЕРМИНАЛЬНЫЙ УХОД

(последние дни и часы жизни)

- При внезапном усилении боли или возбуждении необходимо исключить острую задержку мочи, запор, перелом кости и т.п.
- Терминальной гиперсекреции можно избежать в 60% случаев, предупреждая перегрузку жидкостью, аспирацию и респираторные инфекции
- Седация для пациентов с выраженной одышкой или кашлем должна обсуждаться заранее при планировании лечебной тактики, в том числе с семьей и ключевыми специалистами

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Одним из основных тягостных респираторных симптомов, снижающих качество жизни неизлечимых пациентов, является одышка
- Уточнение конкретных причин одышки не исключает инструментальные исследования, не требующие сложного оборудования и широко используемые в клинической практике
- Лечебная тактика должна включать медикаментозные и немедикаментозные методы лечения в зависимости от патогенеза одышки и общего состояния пациента
- В последние дни и часы жизни пациента проводится симптоматическая терапия с акцентом на максимально возможный комфорт для пациента



МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
ФОНДА ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ