Оценка и ведение тягостных симптомов у паллиативных пациентов

Орёл 30.05.2019г

Симптомы, с которыми трудно бороться



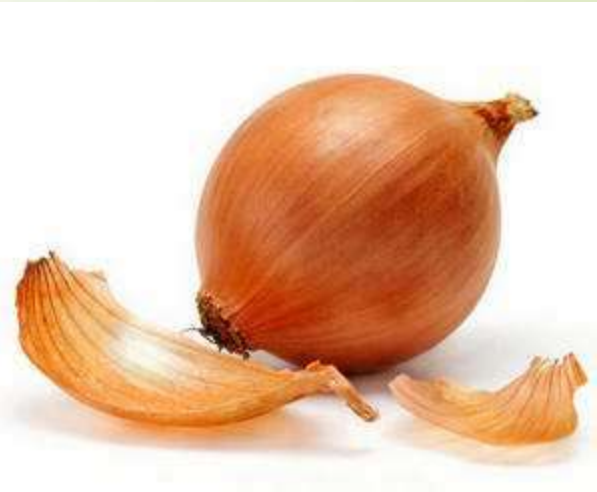
СИМПТОМ	СИМПТОМЫ, ВЫДЕЛЕННЫЕ ПЕРСОНАЛОМ ХОСПИСА (%)
Повышенная возбудимость	45
Боль	40
Нехватка воздуха	34
Растерянность	33
Язвенные пролежни	27
Тошнота	26
Быстрая утомляемость	25
Запор	24
Депрессия	22
Беспокойство	21

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

Купирование симптомов

- **Выявить все симптомы** - выяснить их причины (тщательный сбор анамнеза, жалоб, частоты возникновения симптома, использование шкал для оценки выраженности симптома)
- Выявить **наиболее серьезные** симптомы
- **Одновременно** начинать работать и над другими беспокоящими симптомами
- **Не забывать про общение:**
  - с пациентом и его семьей;
  - со всеми коллегами – для того, чтобы все участники были осведомлены о том, что происходит.

Работу врача, оказывающего паллиативную медицинскую помощь, можно сравнить с очисткой лука от шелухи – под первым слоем находится второй и т.д.



Брюс Клеминсон «Введение в паллиативную помощь», 2016

Желудочно-кишечные симптомы

Нарушение вкусовой чувствительности

- У 50-60% онкологических больных

Выявление причин: заболевания полости рта, заболевания ЖКТ, железодефицитная анемия, эндокринные заболевания, побочные действия лекарств.

Немедикаментозное лечение: гигиена полости рта, удовлетворение индивидуальных потребностей в пище и ее качестве.

Лекарственная терапия (не имеет существенной доказательной базы): фолиевая кислота, альфа–липоевая кислота, витамины группы В, препараты группы Zn.

Тошнота и рвота (эметический синдром)

(до 70% пациентов с онкологией в терминальной стадии)

Диагностика:

- внутричерепная гипертензия,
- метастазы в головном мозге,
- опухоли органов брюшной полости и таза, кишечная непроходимость,
- гастростаз,
- гиперкальциемия,
- интоксикация,
- побочные эффекты лекарств,
- психогенная (тревожные расстройства)

Тошнота и рвота (эметический синдром)

Степень	Тошнота	Рвота
0	отсутствует	отсутствует
1	Незначительное снижение возможности приема пищи	1 эпизод рвоты за сутки (24ч)
2	Значительное снижение возможности приема пищи	2-5 эпизодов рвоты за сутки (24ч)
3	Прием пищи невозможен	6 и более эпизодов рвоты за сутки (24ч)
4	–	Необходимость парентерального питания или наличие осложнений, требующих интенсивной терапии, коллапс
5	–	Смерть

Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.0, 2010

Нефармакологические методы борьбы с тошнотой и рвотой

- Создайте больному покой и спокойную обстановку, уменьшите влияние факторов, которые могут спровоцировать появление неприятных симптомов.
- Исключите воздействие на больного резких и неприятных ему запахов (еды, парфюмерии, моющих средств).
- Убедите больного в необходимости есть и пить понемногу, но часто.
- Исключите из меню продукты, употребление которых усиливает тошноту и рвоту.
- Предупреждайте появление рвотных позывов, подготовьте специальную емкость для сбора рвотных масс.

Принципы ведения пациентов:

- не заставлять пациента насильно принимать пищу;
- исключить насильственное кормление больного, провоцирующее усиление тошноты, рвоты и боли;
- кормить только тогда, когда пациент испытывает голод, давать пищу малыми порциями;
- предлагать больному его любимые блюда.

Фармакологические группы лекарственных препаратов

Антигистаминные препараты

Прометазин (пипольфен)

Мускариновые холиноблокаторы

Гиосцин (бускопан)

Антагонисты допамина

Мотилиум

Метоклопрамид

Эглонил

Аминазин

Галоперидол

Блокаторы 5-НТ3-рецепторов

Ондасетрон

Гранисетрон

Трописетрон

Антагонисты NK1=рецепторов

Апрепитант (эменд)

Запор (констипация)



- Малоподвижность
- Обезболивающие препараты (до 95% пациентов, принимающих опиаты)
- Пониженный прием жидкости
- Прием диуретиков
- Мало грубых пищевых волокон
- Анорексия
- Гиперкальциемия, гипокалиемия
- Депрессия

ВАЖНО!!!

1. Регулярно спрашивайте у пациента о запоре
2. Всегда давайте стимулирующие перистальтику слабительные, параллельно с опиоидными анальгетиками.

Лечение запора

- Назначение **слабительных лекарственных средств перорально**:
  - размягчающих (лактулоза, вазелиновое масло и др.);
  - стимулирующих перистальтику (сенна, бисакодил и др.).
- Назначение слабительных лекарственных средств **в виде суппозиториев** (глицериновые свечи, свечи с бисакодилом).
- Назначение **клизм** (микролакс, с арахисовым маслом и др.).
- **Мануальная эвакуация каловых масс** - может быть необходимой манипуляцией *при развитии калового завала*, должна проходить *в интимной обстановке и с обезболиванием*.

Лечение запора

Прием опиоидных лекарственных средств	Параллельный прием слабительных средств
Обезвоживание	Обильное питье, инфузионная терапия
Опухолевые поражения (сдавление извне, непроходимость)	Противоотёчная терапия: диуретики, ГКС
Отказ от еды	ГКС, оценка состояния полости рта, антидепрессанты
Нарушение функции тазовых органов	Регулярный прием слабительных средств
Хронические заболевания ЖКТ	Регулярный прием слабительных средств, спазмолитиков, ферментативных препаратов
Психоэмоциональные нарушения	Антидепрессанты

Диарея

- изменение частоты и консистенции стула (*частота 3 и более раз в сутки*).

- До **10%** у пациентов паллиативного профиля

- **Причины:** в связи с онкологическим заболеванием;

  в связи с лечением (побочное действие лекарств, лучевой терапии);

  по какой-либо третьей причине.

Помнить о следующих возможных причинах:

- **Кишечная непроходимость**

- **Мальабсорбция** (недостаточность поджелудочной железы)

- **Каловый завал (диарея переполнения)**

Лечение диареи

- **Немедикаментозное:**
  - регидратация,
  - диета.
- **Медикаментозное:**
  - этиологическое,
  - индивидуальное,
  - под контролем,
  - внимание к деталям
  - лоперамид, диосмектин, энтеросорбенты, спазмолитики

Нарушение сна

!!! Одно из самых частых клинических проявлений

Причины многообразны:

1. Наличие хронического болевого синдрома и усиление его интенсивности в вечернее и ночное время. Подобное проявление еще больше обессиливает больного. В связи с чем целесообразно увеличить вечернюю дозу обезболивающего препарата в 2 раза
2. Депрессия и психо-эмоциональные расстройства встречаются у подавляющего большинства онкологичсеких больных. Считается, что хронический болевой синдром и депрессия развиваются независимо друг от друга и существуют параллельно. Вероятно, депрессия является важнейшим предрасполагающим фактором для развития хронической боли.

ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СПОСОБСТВУЕТ УСИЛЕНИЮ эмоциональных расстройств

Причины бессоницы

- задержка мочи, стула,
- явления стоматита,
- неудобное положение тела,
- неудобное спальное место,
- неадекватная состоянию пациента температура воздуха в помещении

Находясь в тяжелом состоянии, пациент чаще не может сам понять с чем связано его нарушение сна.

Для достижения результата необходимо внимательно наблюдать за пациентом, обращая внимание на вышеописанные признаки.

При первых проявлениях бессонницы необходим прием слабых седативных препаратов растительного происхождения, исключить прием кофе и крепкого чая на ночь

Астения

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛАБОСТЬ

СТОЙКОЕ СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ИСТОЩЕНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩАЯ ПРИВЫЧНОЙ АКТИВНОСТИ

- Медикаментозное лечение: устранение боли, антидепрессанты, коррекция анемии, нормализация сна, коррекция электролитных нарушений, кортикостероиды, психостимуляторы, лечение синдрома хронического воспаления
- Немедикаментозное лечение: изменение режима активности и отдыха, обучение пациентов и их родственникам «энергосберегающим» навыкам передвижения, психологическое сопровождение, коррекция диеты

Отеки

Генерализованные отеки

Сердечная недостаточность

(III-IV ФК,

ФВ ЛЖ < 40%)

? Низкосолевая диета (0,5-2 г / сутки), количество жидкости 1,5 л

? Диуретики - с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более 1–1,5 л

? Комбинация:

петлевые диуретики (торасемид, фуросемид (per os, в/в, п/к)

+ диуретическая доза (100-300 мг/сут) антагонистов МКР (спиронолактон, эплеренон)

- После достижения эуволемии – назначение диуретиков ежедневно в минимальных дозах, позволяющих поддерживать сбалансированный диурез
- При тяжёлых, полостных и рефрактерных отёках возможна дополнительная механическая эвакуация жидкости из полостей (пара-, плевро- или перикардиоцентез) или изолированная ультрафильтрация *(класс рекомендаций IIb, уровень доказанности C).*

Генерализованные отеки

Гипопротеинемия
(отечно-асцитический синдром при печеночной недостаточности)

- Постельный режим
- ? Низкосолевая диета (0,5-2 г / сутки), количество жидкости 1,5 л ограничение потребления белка (1г/1кг массы тела)
- ? Комбинация петлевых диуретиков и антагонистов МКР
- При тяжёлых, полостных и рефрактерных отёках возможна дополнительная механическая эвакуация жидкости из полостей или изолированная ультрафильтрация

Генерализованные отеки

Ухудшение функции почек

?

- Постельный режим
- Низкосолевая диета (0,5-2 г / сутки), количество жидкости 1,5 л ограничение потребления белка (до 5 г/сутки)
- Петлевые диуретики
- При тяжёлых, полостных и рефрактерных отёках возможна дополнительная механическая эвакуация жидкости из полостей или изолированная ультрафильтрация

Локализованные отеки

Тромбоз глубоких вен	• фиксация в приподнятом положении, • тщательная оценка состояния, • вопрос о назначении антикоагулянтов.
Сдавление переполненными петлями кишечника (обычно только левая нога)	• слабительные свечи и размягчающие слабительные.
Сдавление опухолью верхней и нижней полой вены	• дексаметазон 12-16 мг/сут.

Задержка мочи

- Каловый завал
- Нарушение функции тазовых органов
- Непроходимость мочеточников (гидронефроз)
- Обезвоживание (неукротимая рвота, непроходимости, диарея)
- Аденома предстательной железы
- Спазм мочевого пузыря
- Эффект лекарственных препаратов (трициклические антидепрессанты, опиаты)
- Анурия (тяжелое состояние больного)
- Отечный синдром (задержка жидкости в тканях и полостях, асцит, плеврит, лимфостаз)

Недержание мочи

(психоэмоционально тяжело переносится пациентом)

- Нарушение функции тазовых органов
- Инфекции мочевыводящих путей
- Опухоли предстательной железы
- Свищи

Одышка

Одышка

- Во многом субъективный симптом
- Не только физические страдания
- Высокий **риск развития депрессии, риск изоляции**
- Часто сопровождается чувством **паники**
- Обязательно сочетание **нефармакологических** (психологические, адекватная физическая активность, помощь родственников и др.) и **фармакологических** методов коррекции

Оценка одышки по шкале MRC (Medical Recearch Council Dyspnea Scale)

Степень	Описание
0	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Одышка заставляет больного идти более медленно по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности
3	Одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома, или одышка проявляется при одевании и раздевании

1. Бронхиальная астма:

- выяснить, 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, ГКС)

2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ):

- ухудшение инфекционной природы (?),
- назначить антибиотики, или это терминальная стадия ХОБЛ (?),
- ингаляционные ГКС + бета2-агонисты длительного действия,
- теофиллин (при наличии легочной гипертензии)(?),
- кислород через кислородную маску

3. Инфекция:

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

4. Сердечная недостаточность:

- диуретики,
- опиоидные лекарственные средства,
- дигоксин,
- кислород.

5. 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?

6. Раковый лимфангиит:

- Лимфатические сосуды легких поражены распространением онкологического процесса.

Лечение одышки опиодными анальгетиками:

- Наиболее эффективная терапия у взрослых паллиативных пациентов (уровень доказательности A[1])
- При соблюдении рекомендуемой дозировки опиоидные анальгетики снижают частоту дыхания, снимают ощущение нехватки воздуха, не оказывая существенного влияния на уровень насыщения O_2 и парциальное давление CO_2.
- Требуются более низкие дозы, чем при лечении болевого синдрома

[1] – Guideline. Essential Medicines in Palliative Care // World Health Organization - 2013.



Экстренные состояния в паллиативной помощи

- сдавление спинного мозга (радиология);
- кишечная непроходимость (хирургическое лечение, консервативные методы);
- Дисфагия (Стентирование пищевода, гастростомирование, эндоскопическая реканализация);
- задержка мочи (стентирование мочеточников, наложение цистостомы)

Компрессия спинного мозга опухолевого генеза



Тревожные сигналы, которые следует знать всем, включая пациентов и их родственников

Признаки и симптомы развивающейся компрессии спинного мозга

- боль на небольшом участке спины, более острая, мучительная или просто отличающаяся от обычно возникающих болей в спине;
- боль охватывает грудную клетку, как пояс;
- новые ощущения слабости в ногах или трудности при ходьбе;
- онемение или покалывание в пальцах ног, рук или по поверхности ягодиц;
- проблемы с мочеиспусканием или с контролем выделения содержимого кишечника.

Диагностика

1. Срочная МРТ всего позвоночника является правильным выбором исследования при подозрении на компрессию (необходимо провести в течение **24 часов**!)

2. Если выполнение МРТ невозможно или противопоказано, необходимо выполнить КТ. (является менее чувствительным методом, имеется риск ложно отрицательных результатов)

Лечение

Междисциплинарная тактика ведения

с учетом индивидуальных особенностей

- **Неотложная декомпрессионная хирургия** (удаление тела позвонка, стабилизация)
- **Паллиативная радиотерапия** (консолидация) всего шейного отдела позвоночника (всего: 20 Гр)

!!!! Немедленное назначение кортикостероидов

(дексаметазон 8 мг 2 раза/сут).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !