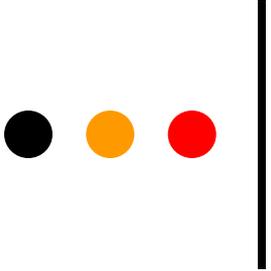


Основы паллиативной помощи

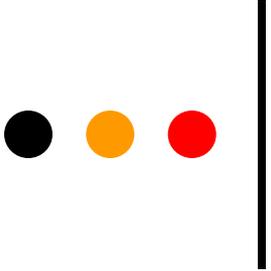
*Заведующая кафедрой
семейной медицины
СЗГМУ им.И.И.Мечникова
профессор О.Ю.Кузнецова
2014 г.*





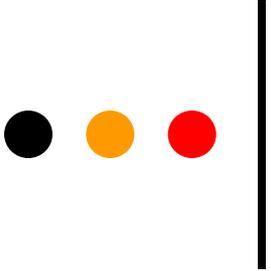
Определение понятия

- Паллиативная помощь по определению ВОЗ – это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития



Цель паллиативной помощи

- Цель паллиативной помощи - достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей
- *Каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки*



Задачи

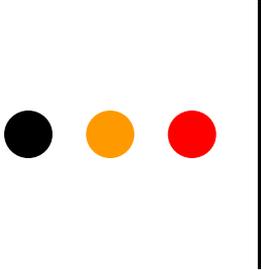
- Купирование боли
- Устранение других симптомов
- Решение психологических, социальных и духовных проблем

● ● ● | Происхождение термина

Паллиатив

(от латин. palliatus)
дающий временное
облегчение болезни,
но не излечивающий





Организация паллиативной помощи

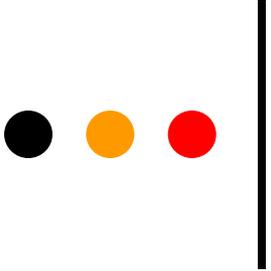
- Основы современной паллиативной помощи были заложены при создании первого хосписа для онкологических больных в 1967 г. в Лондоне доктором Сесилией Сандерс.
- Слово хоспис в переводе с латинского языка означает странноприимный дом. Во времена средневековья существовали такие дома при монастырях, предназначенные для помощи заболевшим пилигримам, шедшим на поклонение в Святую Землю

Основательница первого хосписа в Великобритании

Медицинская сестра,
социальный работник,
врач, писатель, основатель
специальности
паллиативная медицина
Обладательница титула
Кавалерственной Дамы и
самого почетного ордена
Великобритании

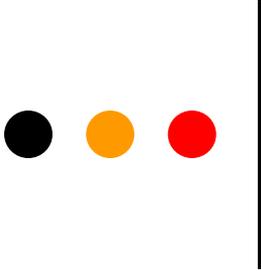


*Доктор Сесилия Сандерс
(1918 – 2005)*



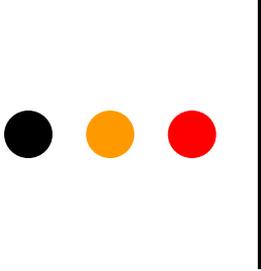
Хартия помощи пациентам в конце жизни (Королевский колледж врачей общей практики)

□ «Ты уникален, потому что ты – это ты, потому что значим последний момент твоей жизни и мы сделаем все, что мы можем, но не только, для того, чтобы твоя смерть была умиротворенной, но и чтобы ты смог жить, пока она не наступила»



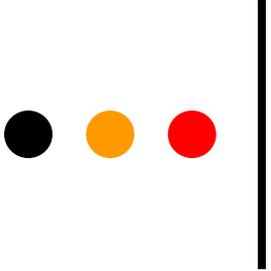
Кто нуждается в этом виде помощи в первую очередь ?

- Инкурабельные онкологические больные;
- Пациенты, перенесшие инсульт, а также пребывающие в терминальной стадии хронического заболевания
- Больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.



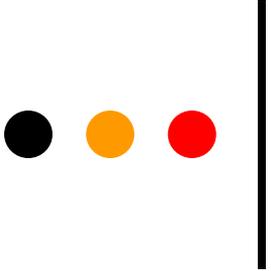
Организация паллиативной помощи в России

- Санкт-Петербург - лидер хосписного движения в России.
- Паллиативная помощь обеспечивается различными учреждениями, располагающими суммарно 215 койками. 130 коек в четырех хосписах и 85 коек - в 4-х многопрофильных больницах города.
- 4,5 млн человек - число коек 5 на 100 тыс. населения, приближается к уровню Европейских стран.
- (По расчетам экспертов ВОЗ, рекомендуемый норматив числа хосписных коек 25-30 на 300-400 тыс населения)
- Хоспис на базе Городского центра СПИДа пока единственный в РФ.



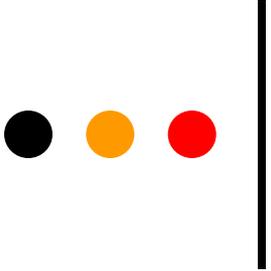
Основные проблемы больных

- ▣ **Психологические переживания**
- ▣ Связаны с известием о близкой смерти.
- ▣ 5 стадий горя Э. Кюблер-Росс
- ▣ Модель используется при описании реакции на различные негативные события



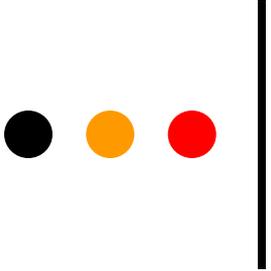
Новые подходы к пониманию смерти

- Смерть – это не “недоработка медицины”, а естественный процесс, заключительная стадия роста человека.
- Книга Э.Кюблер-Росс “О смерти и умирании” (1969)



1 стадия - неприятие

- Наиболее часто встречаются такие высказывания - «Я пока еще неплохо себя чувствую». «Это может случиться, но не со мной»
- Человек отодвигает от себя мысли о неминуемой смерти



2 стадия - гнев

- Эта стадия наступает, когда не согласиться с приближением смерти становится невозможно.
- Гнев может быть обращен на медицинских работников.
- Могут возникнуть трудности с оказанием помощи, поскольку все чувства замещаются яростью и завистью по отношению к тем, кто здоров.



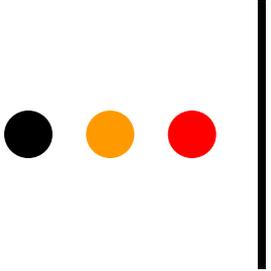
3 стадия – попытки «договориться»

- Человек соглашается с тем, что смерть неизбежна, но пытается «договориться» об ее отсрочке.
- «Я сделаю все, что угодно, только бы мне увидеть, как мои дети закончат школу».

● ● ● | 4 стадия - депрессия

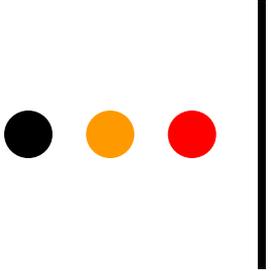
- В этой стадии начинает понимать неотвратимость происходящего.
- Может погрузиться в молчание, отказаться от общения, постоянно плакать.
- Не следует излишне его тревожить
- Надо дать ему возможность погрузиться в свое горе.





5 стадия - принятие

- Финальный этап сопротивления смерти.
- Человек в этой стадии становится спокойным и умиротворенным, принимая приближение смерти как неизбежный финал.



Важность психологической поддержки

- Различные виды психотерапии
- Арттерапия (репродукции картин, музыка)
- Следует объяснить родственникам больного, что музыка, художественные альбомы, фильмы, являются элементами арттерапии
- Они могут не только отвлечь от тягостных мыслей, но и могут облегчить страдания, а нередко и уменьшить потребность в болеутоляющих средствах.
- Эмоциональный и невербальный контакт медицинских работников с больным

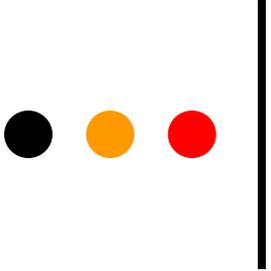
Лечение болевого синдрома

- Умиравший человек не должен страдать от боли

«Отказ больным в болеутолении, в частности, умирающим, следует расценивать как преступление»

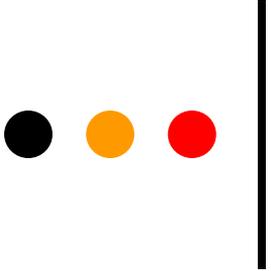
Dr Margaret Somerville - Keynote address at IASP 7 World Congress on Pain, Paris, 1993





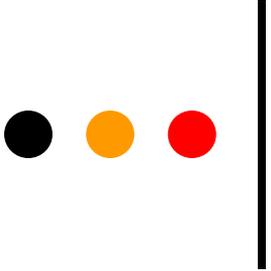
Три ступени болеутоления

- Нестероидные противовоспалительные средства
- Легкие наркотические анальгетики
- Морфин и его аналоги



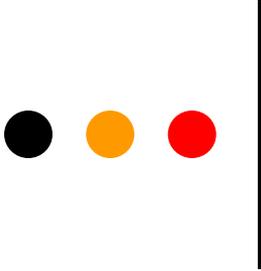
Кахексия и анорексия

- Кахексия и анорексия являются распространенными симптомами, присущими далеко зашедшим стадиям онкологических заболеваний.
- Около 10% пациентов, больных раком, имеет индекс массы тела менее 20.



Причины

- некупированная тошнота
- механическое сдавление органов брюшной полости опухолью или асцитом
- влияние цитокинов, в частности фактора некроза опухоли
- побочное действие лекарств
- психологические факторы (снижение настроения и тревожность)
- недостаточное болеутоление



Медикаментозная стимуляция

- Дексаметазон в дозе 2-4 мг (или адекватная доза другого препарата из этой группы) может способствовать стимуляции аппетита. Побочные эффекты (влияние на углеводный обмен, галлюцинации, иммуносупрессия, задержка жидкости).
- В последние годы появились сведения об эффективности использования с целью стимуляции аппетита Омега-3 жирных кислот.

Правила приготовления и приема пищи (рекомендации для родственников, обеспечивающих уход)

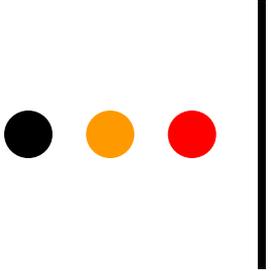
- привлекательный вид
- обсуждение меню с учетом пожеланий больного
- часто и понемногу
- пища должна доставлять удовольствие
- не надо отказываться от таких «плохих» вещей как шоколад или пирожное с кремом



Правила приготовления и приема пищи

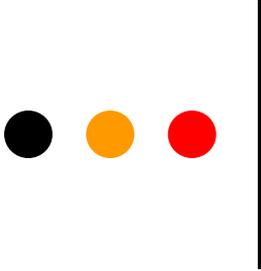
- исключить излишние усилия при жевании
- вода и другие напитки (соки, морсы)
- маленькие тарелки
- предлагать еду следует при появлении желания, поэтому блюдо должно быть наготове
- благоприятная и спокойная обстановка
- небольшая порция алкоголя в качестве аперитива





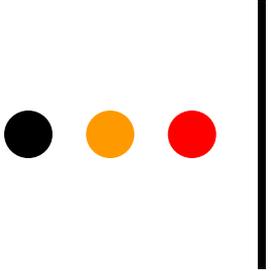
Тошнота и рвота

- Встречается у 40 – 70% пациентов на поздних стадиях рака, является одной из серьезных причин снижения их качества жизни
- Главные принципы при оказании помощи: выяснение наиболее вероятных причин тошноты и рвоты, выявление устранимых причин в первую очередь, знание механизма действия противорвотных средств, использование парентерального пути введения препаратов при выраженной тошноте и рвоте



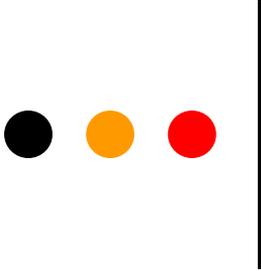
Наиболее частые причины тошноты и рвоты

- распространение и рост опухоли в области желудочно-кишечного тракта, печени, центральной нервной системы
- побочные эффекты химиотерапии
- лучевая терапия в области желудочно-кишечного тракта
- использование наркотических анальгетиков
- опухолевая интоксикация
- запоры
- почечная и печеночная недостаточность
- психические факторы (повышенная тревожность).



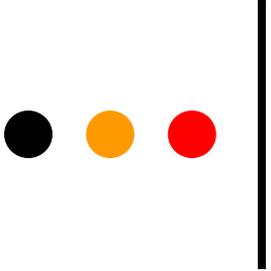
Тошнота и рвота периферического происхождения

- чувство дискомфорта в эпигастральной области
- ухудшение самочувствия связано с приемом пищи, после рвоты наступает облегчение, тошнота носит переменный характер.
- при развитии кишечной непроходимости на фоне опухоли характерно появление рвоты на фоне боли и вздутия живота, задержки стула.
- констипация, обусловленная применением наркотических анальгетиков, низкой физической активностью терминальных пациентов.



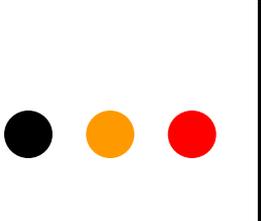
Тошнота и рвота центрального происхождения

- прием химиотерапевтических препаратов
- наркотических анальгетиков
- эндогенной интоксикацией, в том числе вызванной гиперкальциемией на фоне метастазирования опухоли в кости. У таких больных, как правило, тошнота является постоянным симптомом, а рвота появляется эпизодически.
- повышение внутричерепного давления на фоне опухоли головного мозга/ метастазы
- нередко это первый и единственный клинический симптом.
- обычно появляется в утренние часы, усиливается при поворотах головы, является предвестником рвоты.
- повышенная тревожность, с ее исчезновением проходит и тошнота



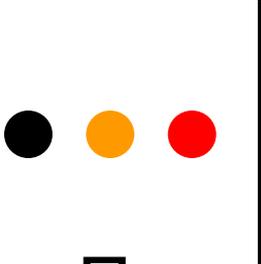
Лечение

- Блокаторы м-холинорецепторов – скополамин, атропин, метацин, платифиллин - *тошнота и рвота периферического генеза.*
- Блокаторы гистаминовых H1-рецепторов – димедрол, дипразин (пипольфен) *тошнота и рвота периферического генеза*



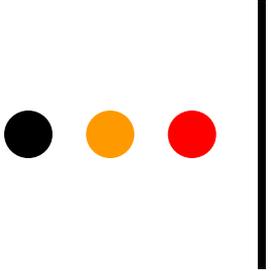
Лечение

- Группа блокаторов допаминовых Д2-рецепторов) – метоклопромид (реглан, церукал) угнетают активацию триггерной зоны - *тошнота и рвота центрального генеза и периферического генеза*
- производные фенотиазина – аминазин, тиэтилперазин (*торекан*). Оба препарата воздействуют на триггерную зону, применяются при *рвоте центрального генеза*.
- *торекан* действует не только на хеморецепторы триггерной зоны, но и непосредственно на рвотный центр. Используется как универсальное противорвотное средство



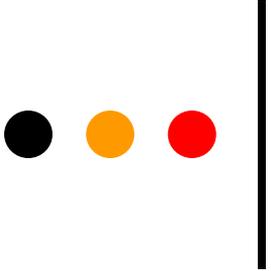
Лечение

- Производные бутерофенона – галоперидол, дроперидол. Рвота центрального генеза.
- Домперидон (мотилиум). Обладает противорвотным и прокинетическим действием.
- *Не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому используется **при тошноте и рвоте периферического генеза.***
- Блокаторы серотониновых 5 НТЗ- рецепторов – ондансетрон (эметрон, зофран), гранисетрон (китрил) обладают периферическим и центральным действием.
- Высоко эффективны при рвоте центрального генеза, развившейся на фоне тяжелой интоксикации и применении химеотерапии.



Лечение

- Кортикостероиды – дексаметазон, преднизолон используются при тошноте и рвоте центрального генеза, развившейся на фоне повышения внутричерепного давления.
- Бензодиазепины – лоразепам, диазепам (седуксен, реланиум) уменьшают состояние тревожности, что одновременно приводит к устранению тошноты и рвоты.
- В тех случаях, когда механизм развития тошноты и рвоты не совсем ясен, рекомендуется начинать лечение с назначения антигистаминных препаратов.



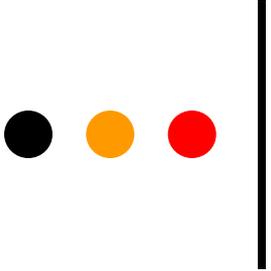
Икота

- Причины развития икоты у онкологических больных: прорастание опухоли в область диафрагмы, стеноз выходного отдела желудка, метастазы в печень, первичная опухоль или метастатическое поражение головного мозга, уремия, раздражение диафрагмы и диафрагмального нерва близлежащей опухолью.



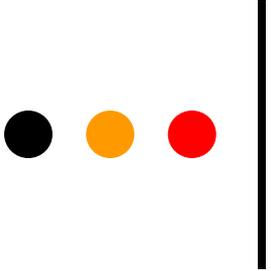
Лечение

- первая помощь при появлении икоты может быть осуществлена и родственниками пациента
- заключается в стимуляции глоточных рефлексов.
- больному дают лед, либо кусочек сухого хлеба или небольшую порцию алкоголя.
- иногда помогает натуживание с закрытым ртом



Лечение

- при упорной икоте (стеноз выходного отдела желудка) может оказать эффект введение назофарингиального катетера.
- метоклопрамид (церукал, реглан) по 10- 20 мг каждые 6 ч, диазепам по 10 мг 3 – 4 раза в сутки, аминазин по 50 мг внутримышечно 3 -4 раза в сутки.
- при метастатическом поражении печени кратковременное применение кортикостероидов – дексаметазон 8 мг внутримышечно.



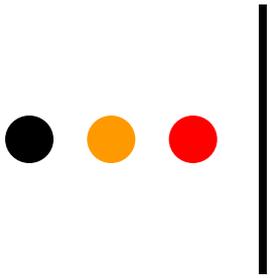
Констипация (запор)

- может существенно снизить качество жизни онкологического больного.
- основными причинами являются:
- механическое нарушение пассажа кишечного содержимого из-за обтурации кишки опухолью
- развитие стеноза вследствие лучевой терапии (язвенно-инфильтративные лучевые ректиты),
- последствие применения медикаментов (наркотические анальгетики, цитостатики),
- нарушение диеты и ограничение приема жидкости
- снижения физической активности

Лекарственные препараты, способные вызвать запор

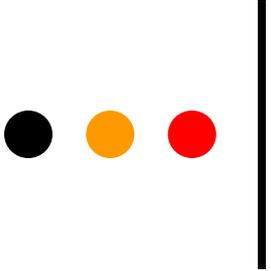


- Наркотические анальгетики
- НПВС
- Трициклические антидепрессанты
- Антихолинергические препараты
- Лекарства, назначаемые при болезни Паркинсона
- Нейролептики
- Транквилизаторы
- Антациды
- Противозэпилептические средства
- Бета-блокаторы
- Блокаторы медленных кальциевых рецепторов
- Ингибиторы АПФ
- Препараты железа
- Антигистаминные средства
- Химиотерапевтические препараты
- Диуретики
- Обычный черный чай



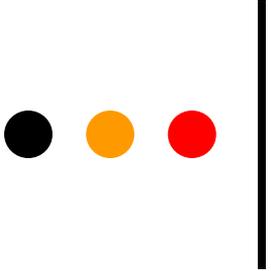
Лечение

- Лечение запора, если он не вызван причинами, требующими хирургического вмешательства, должно начинаться с коррекции диеты.
- Рекомендуется увеличение количества растительной клетчатки, кисло-молочные продукты, растительное масло. Эти диетические рекомендации больной и его родственники должны получать одновременно с назначением наркотических анальгетиков.
- По возможности повышение физической активности, выполнение физические упражнения в постели, либо небольшие прогулки по комнате с помощью родственников
- Обеспечение безопасного использования туалета



Лечение запоров

- Введение в рацион продуктов, содержащих достаточное количество растительной клетчатки (20 - 30 г в день)
- РКИ показали, что использование в диете чернослива, более эффективно чем слабительных средств с семенами подорожника
- Изучение потребления дополнительной жидкости не показало существенных различий



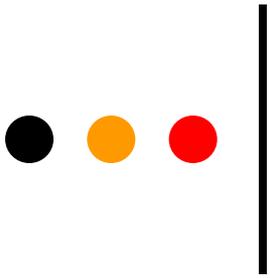
Лечение

- пальцевое исследование прямой кишки
- наполнение твердым калом - средства, обладающие смягчающим действием:— глицерин в виде суппозиториев, масляная клизма
- назначение слабительных для поддержания эффекта (лактолоза, фенолфталеин)



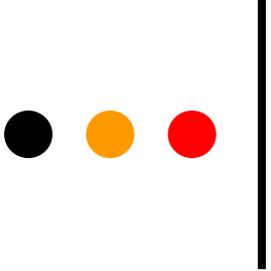
Лечение

- при ректальном исследовании в прямой кишке мягкий кал - бисакодил в свечах
- стимуляция работы кишечника с помощью слабительных стимулирующего действия: сены, гуталакса, либо фенолфталеина



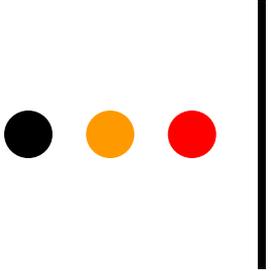
Лечение

- при ректальном исследовании в прямой кишке каловые массы отсутствуют, следует исключить острую кишечную непроходимость.
- клизмы и свечи не используются
- пероральный прием солевых слабительных в качестве неотложной меры, направленной на обеспечение пассажа кишечного содержимого при нарастающей механической непроходимости



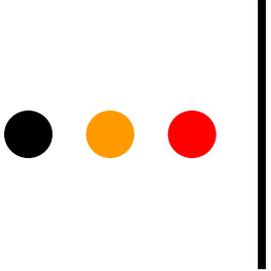
Состояние полости рта

- Сухость во рту часто наблюдается у терминальных пациентов
- Сокращение слюноотделения связано с применением медикаментов (наркотические анальгетики, антигистаминные препараты, антиконвульсанты, диуретики).
- Дегидратация
- Дыхание через рот
- Повышенная тревожность
- Поражение полости рта в виде мукозитов при использовании химиотерапии или лучевой терапии



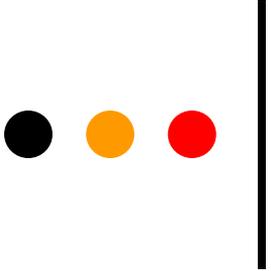
Уход за полостью рта

- тщательный уход за зубами (утром и вечером, после приема пищи)
- полоскание рта (лесной бальзам, либо 0,5% раствор бикарбоната натрия, отвар аптечной ромашки)
- зубные протезы должны механически обрабатываться после приема пищи
- уход за слизистой губ (глицерин, вазелин, периодическое смазывание влажной губкой, гигиеническая губная помада).
- для поддержания влажности в полости рта рекомендуют пить воду маленькими глотками или периодически сосать кусочки льда
- для очищения слизистой языка и стимуляции саливации предлагают сосать кусочки ананаса или таблетки аскорбиновой кислоты
- с целью усиления саливации – жевательная резинка



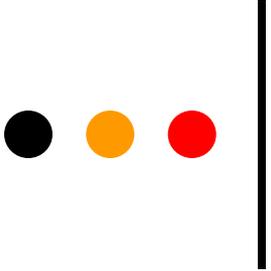
Декубитальные язвы (пролежни)

- Пролежень — это ишемический некроз мягких тканей, который возникает под действием длительного механического давления, трения или растяжения.



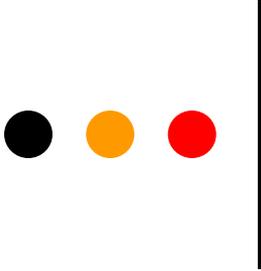
Распространенность. Причины

- Распространенность пролежней у пациентов, получающих паллиативную помощь, по данным британских специалистов составляет от 15 до 43%.
- Появлению способствуют: снижение двигательной активности, постельный режим, нарушения иннервации в виде парезов или параличей, нарушение сознания, старческий возраст (более 2/3 случаев наблюдается у пациентов старше 70 лет), сердечно-сосудистые заболевания, дегидратация, нарушения питания.



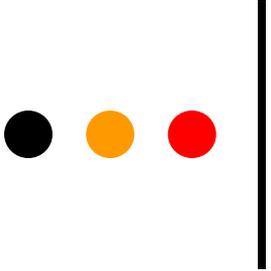
Классификация

- **1 стадия** - устойчивая гиперемия, может исчезнуть в течение 24 ч при прекращении давления в этой локализации.
- Нарушений целостности кожных покровов не наблюдается.
- В области пяток образование пролежня происходит более незаметно из-за толстого слоя кожи.
- Признаком начала образования пролежня служит наличие белого пятна.



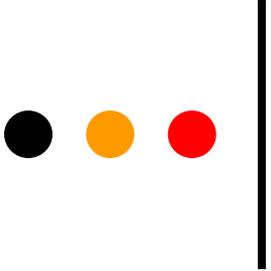
2 стадия

- Повреждение эпидермиса и образование поверхностной язвы розового цвета в виде ссадины, либо пузыря, который быстро вскрывается.
- Поврежденная поверхность кожи становится источником болезненных ощущений.



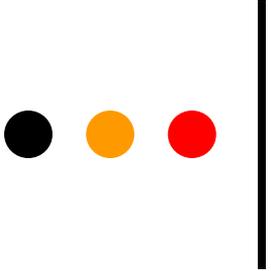
3 стадия

- Повреждение всех слоев кожи. Происходит разрушение кожных покровов до мышечного слоя, появляется сине-черные некротические ткани.



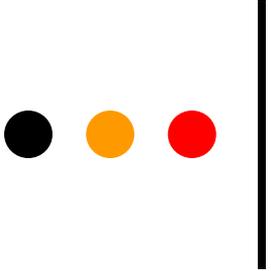
4 стадия

- Распространение процесса разрешения тканей на мышцы, сухожилия и кости. Появление полостей



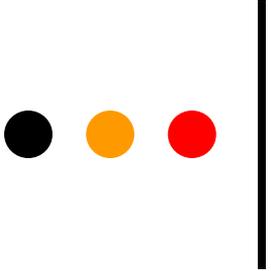
Профилактика

- Аккуратно заправленная постель
- Каждые 2 ч изменения положения в постели
- По возможности пересаживание в кресло-каталку
- Аккуратное перестилание (выдергивание белья приводит к развитию мацераций)
- Подмывание после использования туалета или при смене памперсов
- Исключить протирание одеколоном или камфорным спиртом, в области костных выступов – детский крем



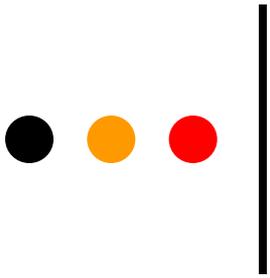
Лечение

- 1 стадия – исключить давление (резиновый круг, круги под пятки)
- Повязки Tegaderm, защищает кожу, пропускает воздух, может находиться на поверхности кожи до 96 ч.



Лечение

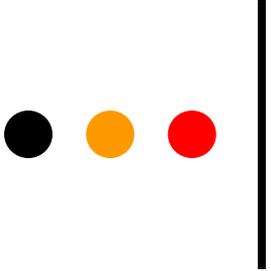
- При признаках повреждения эпидермиса (вторая стадия) использовать самофиксирующуюся гидроколлоидную повязку с полупроницаемым верхним слоем, который препятствует проникновению микроорганизмов и воды.
- Благодаря преобразованию гидроколлоидных частей в гель, повязка способствует созданию влажной среды в ране, ускоряет ее очищение, стимулирует процесс грануляции и эпителизации, не раздражая поверхность раны
- Повязка может находиться в области повреждения в течение 5 – 7 дней.

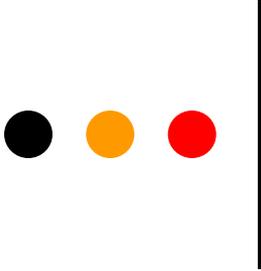


Лечение

- При наличии дефекта гидроколлоидный гель (гранугель). При его нанесении создается влажная среда, способствующая аутолитическим процессам в ране. Используется совместно с гидроколлоидными повязками.
- Гидроколлоидные повязки противопоказаны при инфицированных язвах.
- Местное использование антибиотиков не эффективно

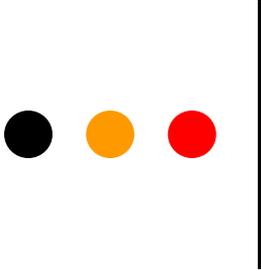
Лечение

- 
- При развитии некроза тканей (3 стадия) и глубоком поражении тканей (4 стадия) показано использование другого типа повязок, включающих в качестве антимикробного средства серебро (сорбсан силвер, актисорб силвер и др).
 - На этой стадии формирования декубитальных язв присоединяется микробная флора, усиление воспалительного процесса, сопровождается выраженным болевым синдромом и обильной экссудацией, доставляющих дополнительные страдания больному.



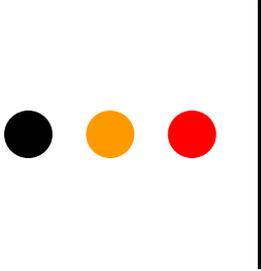
Лечение

- Повязки с серебром - создание влажной среды, обеспечивающей более быстрое заживление
- стимуляция процессов аутолитического очищения, пролиферация фибробластов, устранение сильной экссудации, неприятного запаха, боли и дискомфорта.



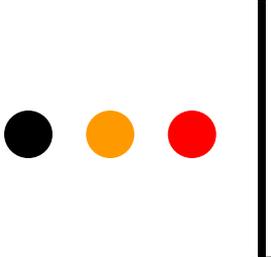
Появление обильного экссудата

- Кальциево-альгинатные повязки, обладающие высокой впитывающей способностью (супрасорб А)



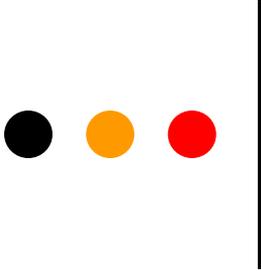
Современные повязки

- Атрауман АГ (мазевая повязка с серебром)
- Гидротюль (гидроактивная мазевая повязка)
- Абсорбирует экссудат и поддерживает в ране влажную среду, способствуя процессу заживления



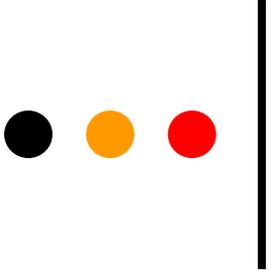
Признаки развития терминального состояния

- слабость
- измождение
- сонливость
- дезориентация
- отказ от приема воды и пищи
- затруднения при приеме лекарств перорально
- плохая концентрация
- изменения цвета кожных покровов (бледность, акроцианоз)
- одышка (агональное, хриплое или булькающее дыхание)
- задержка (либо недержание) мочи и кала
- холодные конечности



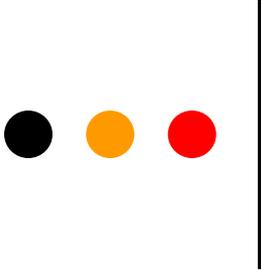
Общение с родственниками, потерявшими близких

- дать возможность высказаться
- внимательно выслушать
- ответить на возникшие вопросы, избегая специальных терминов.
- помочь в планировании самостоятельных действий по оказанию помощи и ухода за умирающим
- объяснить, куда следует обращаться при наступлении смерти



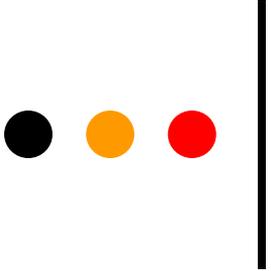
Реакция горя и утраты

- Э.Линдемманн (1944) описал 5 наиболее типичных признаков реакции горя – физическое страдание, поглощенность образом умершего, вина, враждебные реакции и утрата моделей поведения.
- Продолжительность нормальной реакции горя очень индивидуальна и может продолжаться от 2-х до 12 мес. (W.R.Woof, Y.H.Carter, 1997).



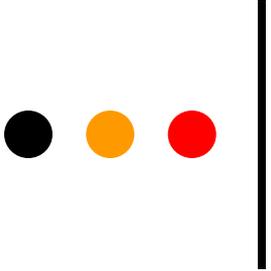
Факторы риска развития патологической реакции утраты

- молодой возраст
- плохой социальный статус
- внезапная смерть
- наличие проблем со здоровьем
- плохая способность к адаптации к ситуации
- потеря нескольких близких
- экономические затруднения
- предшествующие потери близких
- стигматизированная смерть (смерть от СПИДа)



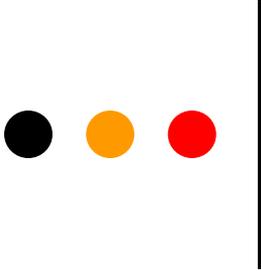
4 задачи траура (J. Worden 1992)

- 1) признать факт потери;
- 2) пережить боль потери;
- 3) обустроить окружение, в котором усопший отсутствует
- 4) эмоционально выстроить иное отношение к умершему и продолжать жить



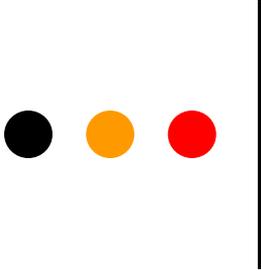
Использование медикаментозной терапии

- К назначению лекарственных препаратов в остром периоде горя следует относиться очень осмотрительно.
- Назначение бензодиазепиновых транквилизаторов чревато развитием привыкания и неэффективно при развитии депрессии,
- Антидепрессанты могут препятствовать трансформации патологической реакции горя в депрессию и избавить человека от чрезмерных душевных страданий.



Заключение

- ▣ Паллиативная помощь оказывается не только в хосписе
- ▣ Сообщать плохие новости и общаться с родственниками больных приходится врача разных специальностей
- ▣ В умении оценить состояние тяжело больного пациента и сделать выбор между медицинской помощью и мерами паллиативного лечения заключается искусство врача



Литература

- 1. Убедительные факты. Паллиативная помощь / под ред. E.Davies and I.Higginson. – Копенгаген, Дания : Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2005. – 32 с.
- 2. Избранные лекции по семейной медицине / Под редакцией О.Ю.Кузнецовой. – СПб.: «ЭЛБИ – СПб», 2008. – 736 с., ил.
- 3. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 7180-РХ / Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К. – М., 2008.
- **YTUBE Reflective Discussion Video - Maintaining Hope in Advanced Illness (pallium.ca)**