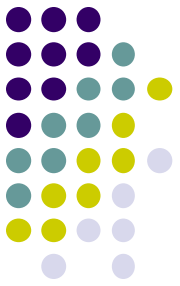


ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ и ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Смирнов М.В.
Свердловский областной
онкологический диспансер





СОПРОВОЖДАТЬ

- 1. кого- что. Следовать вместе с кем-то, находясь рядом, ведя куда-то или идя за кем-то.**
- 2. что. Производить одновременно с чем-то, сопутствовать чему-то;**
- 3. Служить приложением, дополнением к чему-то.**

Толковый словарь русского языка

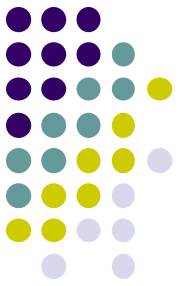


**ХИРУГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ХИМИОТЕРАПИЯ
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**

**СИМПТОМАТИК
А**

ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ

**ПАЛЛИАТИВНА
Я
ПОМОЩЬ**



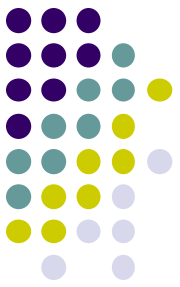
**ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ при лечении
онкологического пациента
это комплекс клинических и
фармакологических мероприятий
направленный на:**

- **создание оптимальные условия для проведения специальных методов лечения**
- **стабилизацию гомеостаза**
- **потенцирование эффектов терапии**
- **уменьшение побочных эффектов лечения**
- **адекватную анальгезию**
- **изменение эмоциональной реакции**
- **нормализация сна**
- **профилактика нутритивной недостаточности**

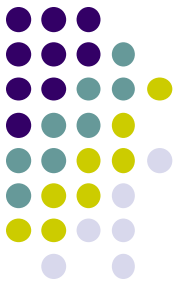


**ТЕРАПИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ
обеспечивает пациенту
возможность «пережить»
агрессивное противоопухолевое
лечение и свести к минимуму
вероятность осложнений**

паллиативная медицина



Термин **«паллиативный»** происходит от латинского *pallium*, что обозначает «маска» или «плащ». Эта этимология указывает на то, что **паллиативная помощь маскирует проявления incurable заболевания (устраняет их)** или «покрывает плащом тех, кто оказался на холоде», так как им не могут помочь средства исцеляющей (направленной на борьбу с заболеванием) медицины.



паллиативная медицина

Всемирная организация здравоохранения определяет

паллиативную помощь

как «**активную всеобъемлющую помощь** пациентам, чье заболевание не поддается излечению (curative treatment).

Главной задачей помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем.

Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей» (World Health Organisation, 1990).



Качество жизни – это совокупность биологических, социальных, психологических факторов, определяющих возможность больного осознавать себя личностью, членом общества.

Основная задача врача при оказании паллиативной помощи – применением комплексной терапии постараться достичь приемлемого качества жизни пациента (минимальный уровень боли, нормализация сна, адекватное питание, коррекция психо-эмоционального статуса)

паллиативная медицина



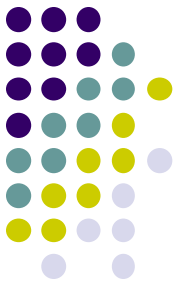
Принципы паллиативной помощи

- обеспечивает **избавление от боли** и других симптомов;
- утверждает жизнь и считает умирание естественным процессом;
- не имеет намерения **ни приблизить и ни отсрочить наступление смерти**;
- включает в себя психологические и духовные аспекты помощи больному;
- предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту **жить** насколько возможно **активно** до самой смерти;
- предлагает систему **поддержки родственникам** больного во время его болезни и в период тяжелой утраты;
- повышает **качество жизни** больного и может оказать положительное влияние на течение заболевания;
- начинается на **ранних стадиях болезни** в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия



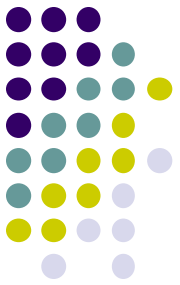
КАКИЕ БОЛЕЗНИ НЕ МОЖЕТ ПОБЕДИТЬ СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА ?

- ✓ тяжелые последствия сосудистых «катастроф»
(нарушения мозгового кровообращения)
- ✓ декомпенсация функции органов
(сердце, печень)
- ✓ СПИД
- ✓ распространенная онкологическая патология



паллиативная помощь

- Помощь на дому
- Стационар
- Специализированный стационар
- Поликлиника
- Дневной стационар
- Неотложная помощь
- «помощь выходного дня» (*respite care*)

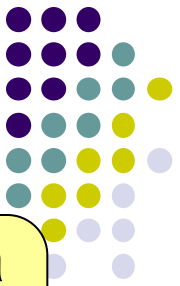


ОСНОВНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ И МЕХАНИЗМЫ ТАНАТОГЕНЕЗА

Танатогенез (thanatogenesis; греч. thanatos смерть + genesis зарождение, происхождение) — динамика клинических, биохимических и морфологических изменений в процессе умирания



гомеостаз: водный баланс



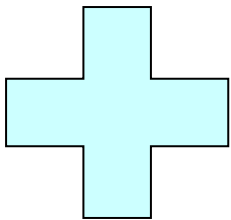
поддержание адекватного ОЦК и водного баланса

–

основной момент гомеостаза

минимальная потребность ≈ 20 мл / кг массы

$\approx 300 - 500$ мл на каждый градус t
при лихорадке



≈ 500 мл при усиленном
потоотделении или гипервентиляции

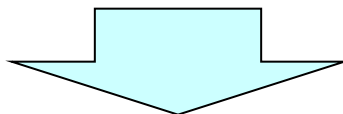
патологические потери



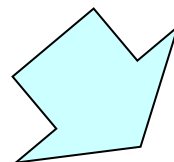
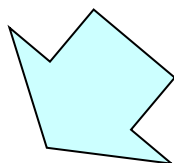
гомеостаз: водный баланс



**АНАЛИЗ ЖИДКОСТНОГО БАЛАНСА:
УЧЕТ ПОТЕРЬ И ПОСТУПЛЕНИЯ**



НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ

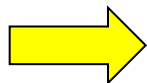


**СОХРАНЕН
ЭНТЕРАЛЬНЫЙ
ПРИЕМ**

**ПОТРЕБНОСТЬ В
ИНФУЗИИ**

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

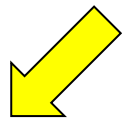
БРОНХОСПАЗМ ?



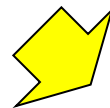
~~БРОНХОЛИТИКИ~~

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА

**ОГРАНИЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ
ГАЗООБМЕНА**



**ПЛЕВРАЛЬНЫЙ
ВЫПОТ**



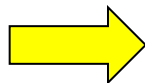
**ЗАМЕЩЕНИЕ
ПАРЕНХИМЫ**



ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



**ЗАМЕЩЕНИЕ
ПАРЕНХИМЫ**



**СНИЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ОБЪЕМОВ и ПОВЕРХНОСТИ
ГАЗООБМЕНА**

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ
КИСЛОРОДНЫЙ
КОНЦЕНТРАТОР

**ПОДАВЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ
ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА + СЕДАЦИЯ**
МОРФИН + РЕЛАНИУМ

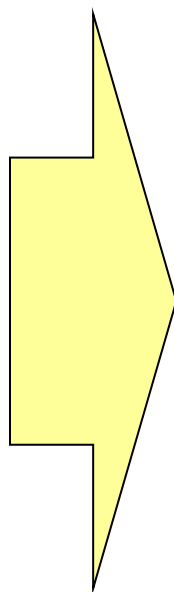
печеночная энцефалопатия



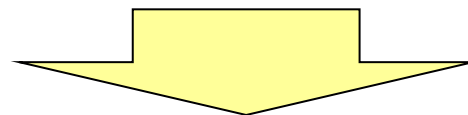
**токсическое
действие
лекарств**

**метастатическое
поражение**

**нарушение
оттока
желчи**



**снижение
детоксикационной
функции печени
накопление аммиака**



ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ



печеночная энцефалопатия

адеметионин ГЕПТРАЛ

ГКС

орнитин ГЕПА - МЕРЦ

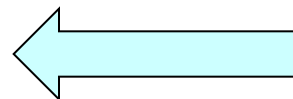
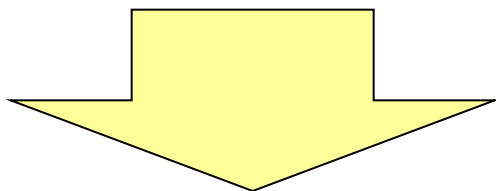
лактолоза ДЮФАЛАК

НЕ ПОКАЗАНЫ: эссенциале, карсил и т.п.

почечная дисфункция



СНИЖЕНИЕ ТЕМПА ДИУРЕЗА



~~**ДИУРЕТИКИ**~~

**ДЕФИЦИТ
ЖИДКОСТИ**

**СЕРДЕЧНАЯ
НЕД-ТЬ**

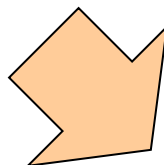
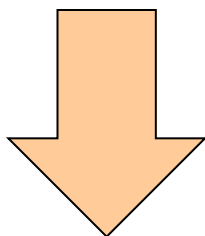
**ПОЧЕЧНАЯ
НЕД-ТЬ**



почечная дисфункция



ПОЧЕЧНАЯ НЕД-ТЬ



ПОСТРЕНАЛЬНАЯ

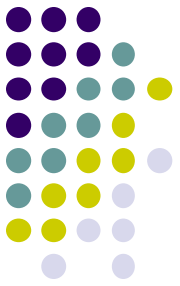
ВОДНАЯ НАГРУЗКА, ЭУФИЛЛИН

ДИУРЕТИКИ: петлевые и осмотические

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ: фильтрация, диализ

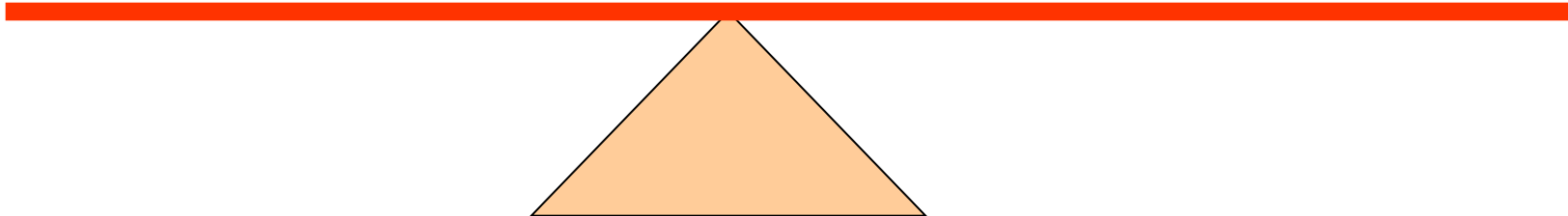


гемостаз



- выброс медиаторов
- повреждение эндотелия
- активация тромбоцитов
- длительная иммобилизация
- гиповолемия

- дефицит факторов
 - кровопотеря
 - катаболизм
 - печеночная нед-ть
- тромбоцитопения





гемостаз



**Тромбозы и
тромбоэмболии –
вторая по частоте
причина смерти
в онкологической
практике**

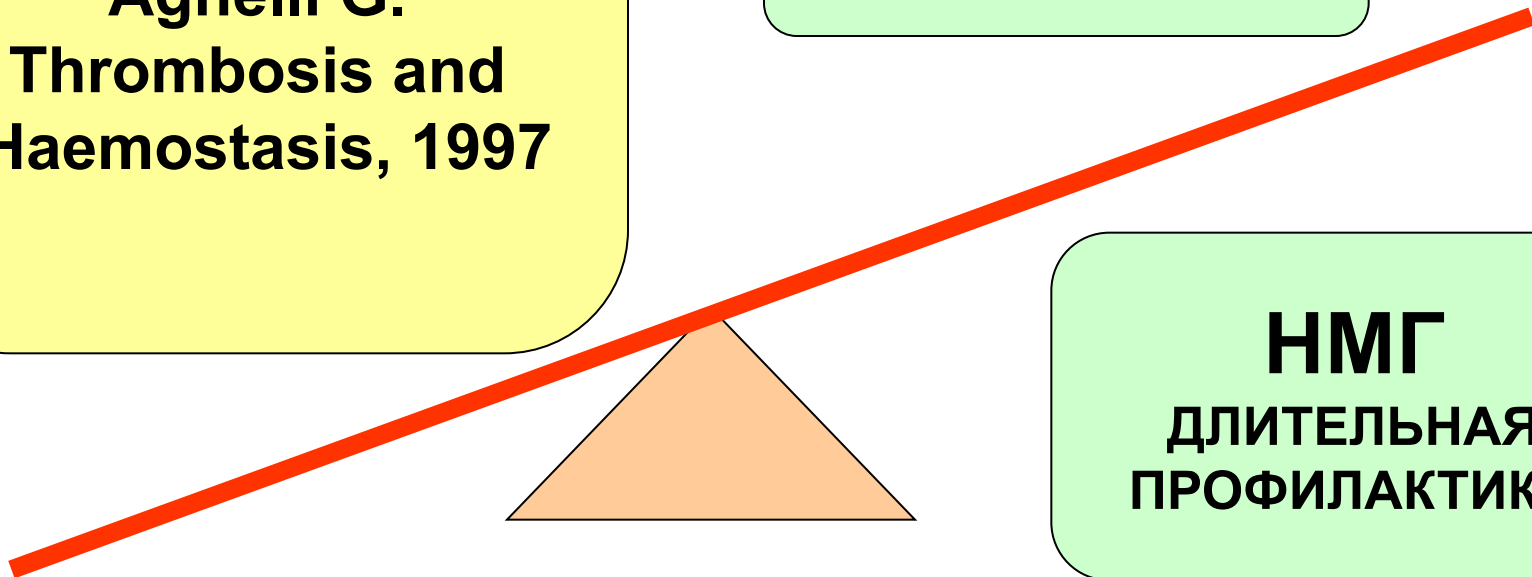
**Agnelli G.
Thrombosis and
Haemostasis, 1997**

**ПРОФИЛАКТИКА
ГИПОВОЛЕМИИ**

**РАННАЯ
АКТИВИЗАЦИЯ**

**сулодексид
ВЕССЕЛ ДУЭ Ф**

**НМГ
ДЛИТЕЛЬНАЯ
ПРОФИЛАКТИКА**





гемостаз

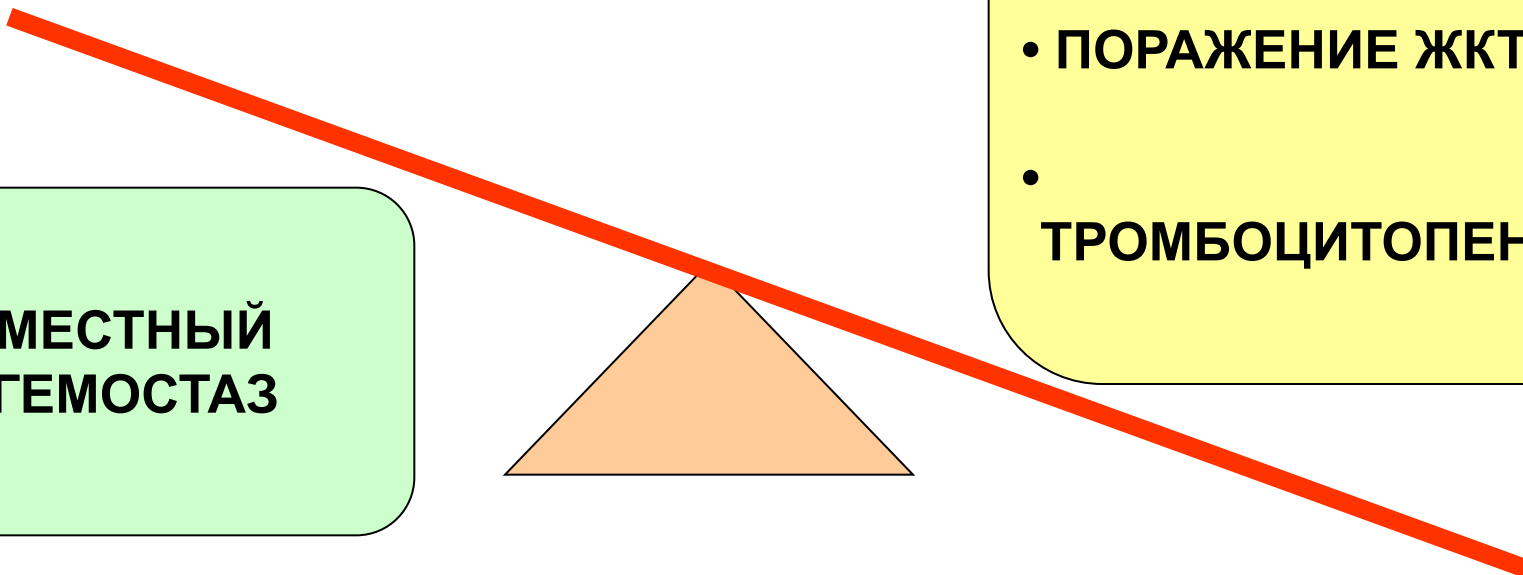
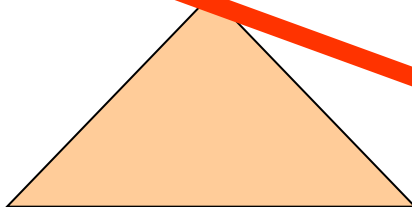


**КОРРЕКЦИЯ
АНЕМИИ**

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

**МЕСТНЫЙ
ГЕМОСТАЗ**

- **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КРОВОПОТЕРЯ**
- **КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ**
- **ПОРАЖЕНИЕ ЖКТ**
- **ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ**



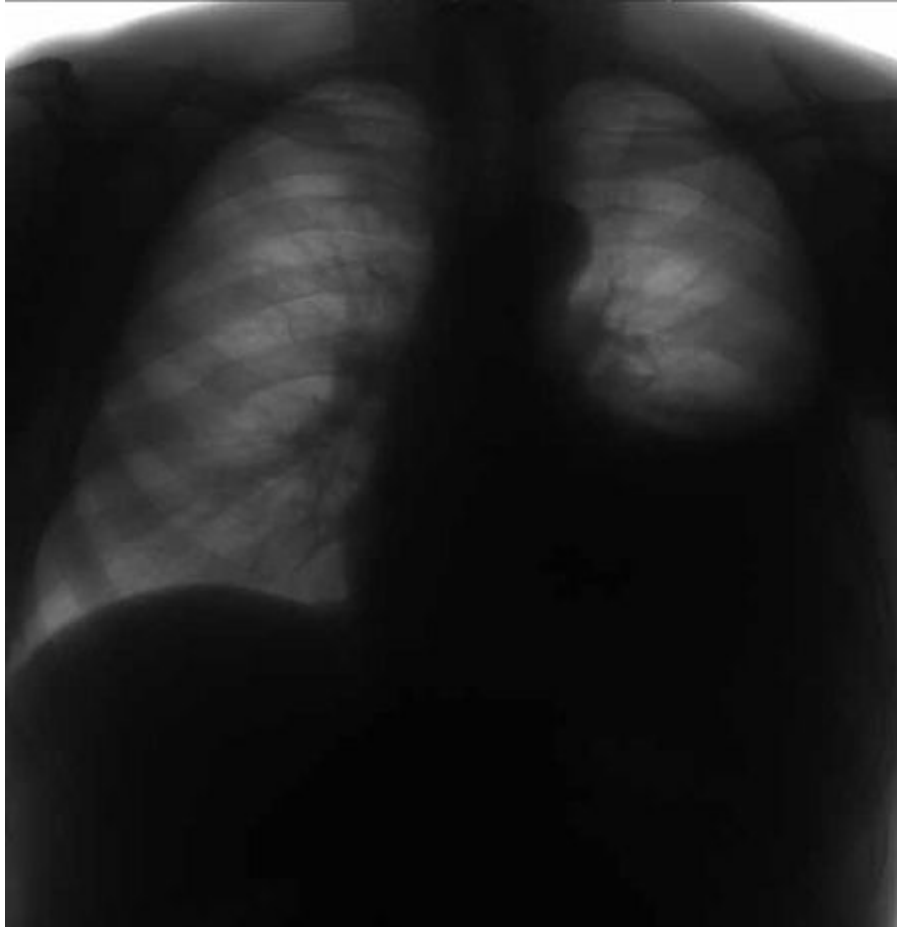


ЛОКАЛЬНОЕ СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ

- **плевральная полость**
- **брюшная полость**

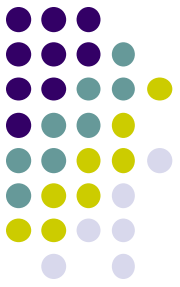
Основная причина - наличие метастатических очагов на серозной оболочке → реакция асептического воспаления → секреция экссудата.

Исключить сердечную недостаточность!



- признаки наличия жидкости /аускультация, перкуссия/
 - клиника дыхательной недостаточности

ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ !!!



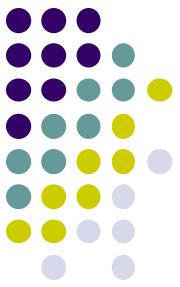
НАПРЯЖЕННЫЙ АСЦИТ

ЭТО

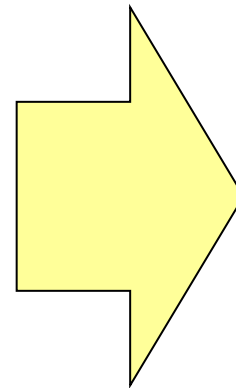
Абдоминальный компартмент-синдром

комплекс симптомов, вследствие повышенного внутрибрюшного давления, что приводит к нарушению функции основных органов и систем.

абдоминальный компартмент-синдром (АКС)



- ✓ синдром портальной гипертензии с развитием асцита
- ✓ опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства

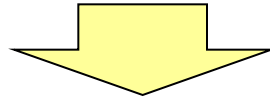


**хроническ
ий
АКС**

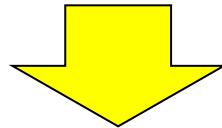
АКС и система дыхания



смещение диафрагмы и повышение внутригрудного давления



снижается дыхательный объем и функциональная емкость легких, появляются участки ателектазов



**страдает биомеханика дыхания
развивается гипоксемия, гиперкапния и респираторный ацидоз
прогрессирует острая дыхательная недостаточность**

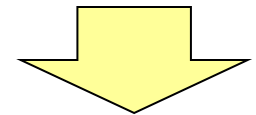
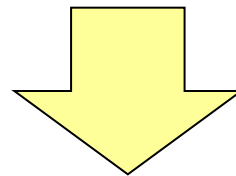
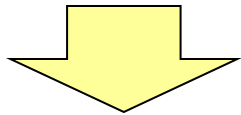
АКС и система кровообращения



**повышение
внутри-
грудного
давления**

**компрессия
нижней
полной вены**

**сдавление
сердца**

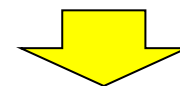
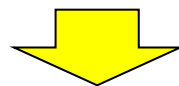
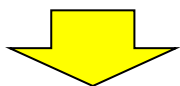


снижение венозного возврата к сердцу

АКС и система кровообращения



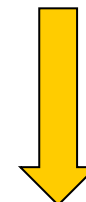
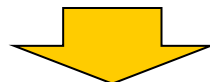
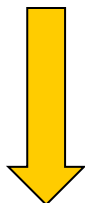
снижение венозного возврата к сердцу



тахикардия

**снижение
спланхического
о
кровотока**

**повышение
ОПСС**

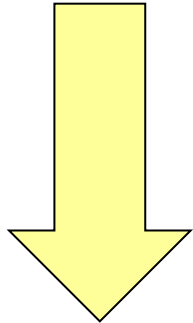


**нестабильность системного АД
циркуляторная гипоксия**

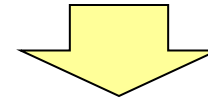
АКС и почки



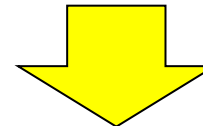
**прямая
компрессия
паренхимы**



снижение венозного возврата

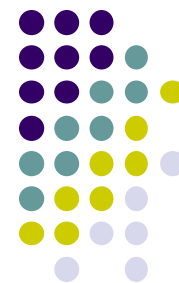


**повышение уровня
антидиуретического гормона
ренина, альдостерона**



**снижение почечного кровотока и фильтрации
развитие ОПН**

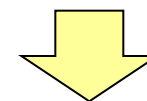
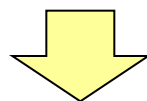
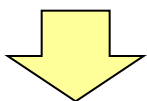
АКС и ЖКТ



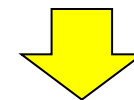
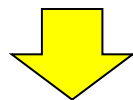
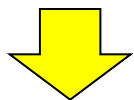
**внешняя
компрессия**

**нарушение
кровотока**

**нарушение
лимфоттока**



ишемия кишечной стенки

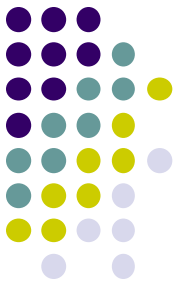


**парез
кишечника**

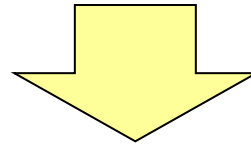
**транслокаци
я
микрофлоры**

**стресс
язвы**

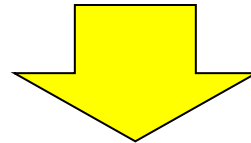
АКС и ЦНС



повышение внутригрудного давления



нарушение венозного оттока



повышение внутричерепного давления



ОТЕКИ

- **НУТРИТИВНАЯ НЕД-ТЬ , гипопроотеинемия !!!**
- **венозная компрессия**

- **адекватная нутритивная поддержка**
- **возвышенное положение**



ЧТО **НЕ НАДО** ДЕЛАТЬ !

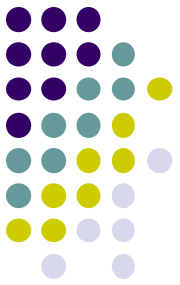
~~ДИУРЕТИКИ~~

**НЕТ
ВЛИЯНИЯ
НА
СКОПЛЕНИЕ
ЖИДКОСТИ**

ЭФФЕКТЫ

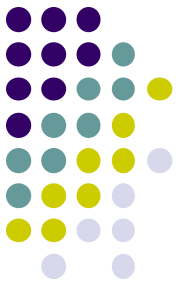
- гиповолемия, ишемия органов
- предпосылки к тромбообразованию
- потеря калия

АНЕМИЯ



АНЕМИЯ при злокачественных новообразованиях – снижение концентрации гемоглобина, обусловленное наличием опухоли или ее лечением

- УМЕРЕННАЯ 100 – 119 г/л**
- СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ 80 – 99 г/л**
- ТЯЖЕЛАЯ ниже 80 г/л**



❑ ПРИЧИНЫ, связанные с наличием опухоли

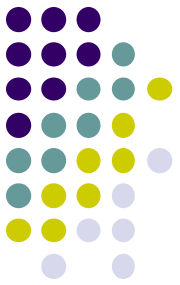
- ❑ кровотечение**
- ❑ поражение костного мозга**

❑ ПРИЧИНЫ, связанные с влиянием опухоли на организм

- ❑ нутритивная недостаточность**
- ❑ дефицит железа**

❑ ПРИЧИНЫ, связанные с лечением

- ❑ кровопотеря при оперативном лечении**
- ❑ цитопения после химиотерапии**



КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ:

- СЛАБОСТЬ** нарушение самообслуживания, потребность в уходе
- ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ ТИП КРОВООБРАЩЕНИЯ** истощение симпатомиметиков, обострение СС патологии

ГЕМОТРАНСФУЗИЯ



ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ +

ХРОНИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ПРИ

ЗН

+/-

ГЕМОТРАНСФУЗИЯ



**«ОЖИДАЕМАЯ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ»** свыше 4-5 нед

критический уровень Hb
ниже 50 г/л

отсутствие клинически
значимого кровотечения
из опухоли



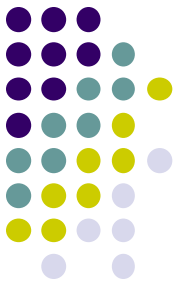
возможность адекватной
нутритивной поддержки

возможность в/венного
введения Fe и белка



**«ОЖИДАЕМАЯ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ»** менее 4 нед

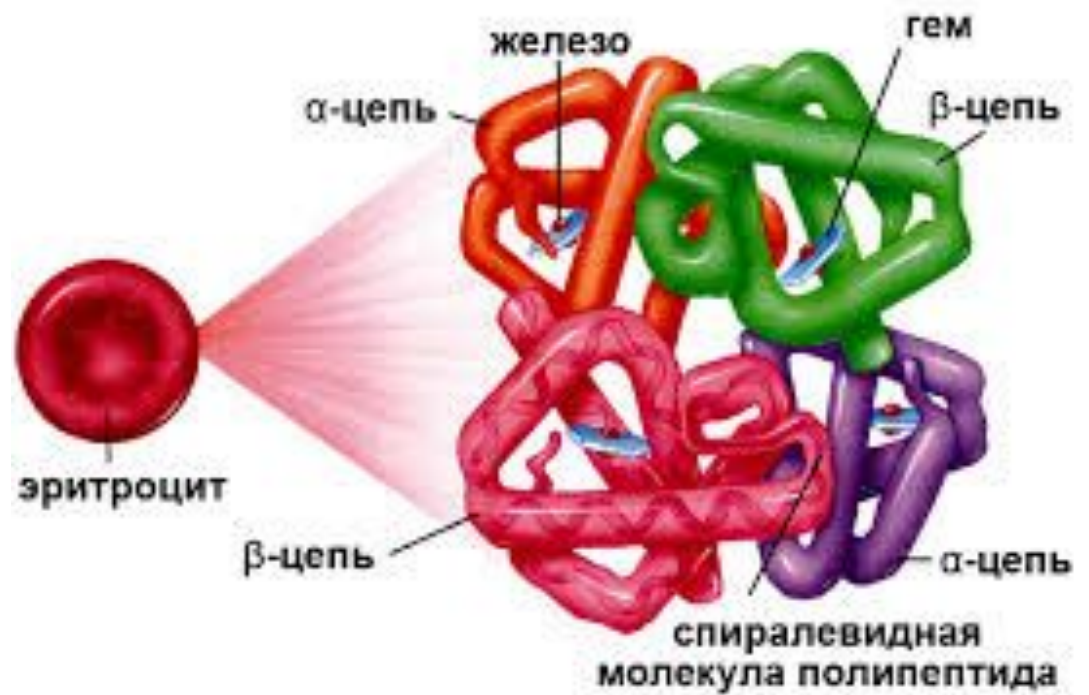
ТЕРАПИЯ АНЕМИИ



ЭРИТРОПОЭТИНЫ

Fe

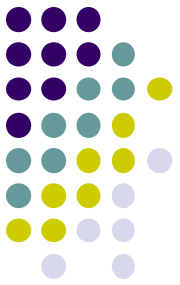
**НУТРИТИВНАЯ
ПОДДЕРЖКА**





**АДЕКВАТНАЯ
НУТРИТИВНАЯ
ПОДДЕРЖКА –
ОСНОВА
ТЕРАПИИ
АНЕМИИ при ЗН**

ТЕРАПИЯ АНЕМИИ

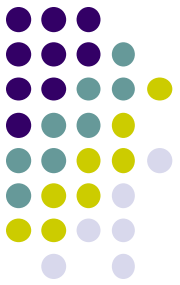


ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

- диспептические нарушения
- дефицит белка-переносчика (апоферритин)
- аскорбиновая к-та в пище облегчает связь с белком

ТЕРАПИЯ АНЕМИИ



ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

- ✓ железо (III) гидроксид декстран
- ✓ железо (III) гидроксид сахарозный комплекс
- ✓ железо (III) карбоксимальтозат

Режимы дозирования:

- в\венно струйно или капельно 100-200 мг 1-2 р/неделю
- в\венно капельно 1000 мг 1 р/неделю

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭФФЕКТИВНО
СОВМЕСТНОЕ ВВЕДЕНИЕ С АЛЬБУМИНОМ 20% - 200 мл**

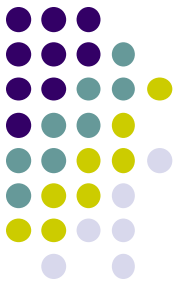
ТЕРАПИЯ АНЕМИИ



ЭРИТРОПОЭТИНЫ

ЭРИТРОПОЭТИН Альфа	40 000 МЕ x 1 р/нед	ОТМЕНА при достижении уровня 90 -100 г/л или при неэффективности в течении 4-5 нед
ЭРИТРОПОЭТИН Бета	30 000 МЕ x 1 р/нед	
ДАРБЕПОЭТИН альфа	2.25 мг/кг x 1 р/нед	

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ !!!



ТЕРАПИЯ АНЕМИИ

ЭРИТРОПОЭТИНЫ

НО:

- есть данные (метаанализы) о негативном влиянии на выживаемость
- большинство экспертов считают нецелесообразным применение у пациентов, не получающих ХТ
- риск тромбоземболических осложнений значительно увеличивается

ГЕМОТРАНСФУЗИЯ +/-



НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

В/В ЖЕЛЕЗО + АЛЬБУМИН

ЭРИТРОПОЭТИНЫ +/-



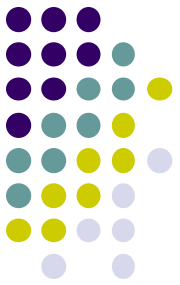
ЭНТЕРОПАТИЯ

токсическое поражение слизистой оболочки тонкой кишки, проявляющееся выраженными функциональными нарушениями

ПРИЧИНЫ:

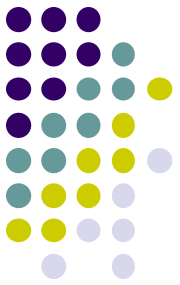
- химиотерапия
- лучевая терапия
- длительное голодание

ЭНТЕРОПАТИЯ клиника



- **ДИАРЕЯ** частый (до 10-12 раз/сутки),
жидкий стул
- **БОЛЕВОЙ СИНДРОМ**
нелокализованные, спастические
боли в животе
- **ТОШНОТА и РВОТА**
- **ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ**
- **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ**
- **НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ**

ЭНТЕРОПАТИЯ терапия



**ОЦЕНИТЬ ТЯЖЕСТЬ
ВОДНО-
ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ
НАРУШЕНИЙ**



**РЕШИТЬ ВОПРОС О
НЕОБХОДИМОСТИ
ИНФУЗИОННОЙ
ТЕРАПИИ**

**задача инфузионной
терапии:
коррекция дефицита
воды и электролитов**

**сбалансированные
растворы
электролитов:
р-р Рингера,
стерофундин,
плазмалит**

ЭНТЕРОПАТИЯ терапия



Назначаемые группы препаратов:

Сорбенты

(смекта)

Энтеросептики

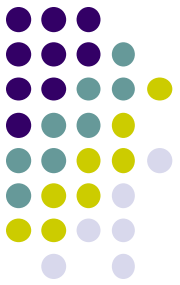
(норфлоксацин, ванкомицин)

Противодиарейные

(лоперамид, октреотид)

Дексаметазон

ЭНТЕРОПАТИЯ терапия



- ❑ «ЛЕЧЕБНОЕ» ГОЛОДАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО !
- ❑ НАЧИНАТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ СМЕСЯМИ (500 → 1000 → 1500 МЛ/СУТКИ)
- ❑ В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ПРОВЕДЕНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ



**Мы не можем избавить неизлечимого
больного**

**от мучительного сознания
неминуемой смерти, облегчить
скорбь в связи с неизбежной потерей
всего,
что ему дорого.**

**Единственное, чем мы можем
помочь ему, - это не оставить его
одного на этом пути.**

Если захочется спросить:

+7 9502090283