МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ С ОДЫШКОЙ

***Оренбург**, 7 ноября 2019 г.*

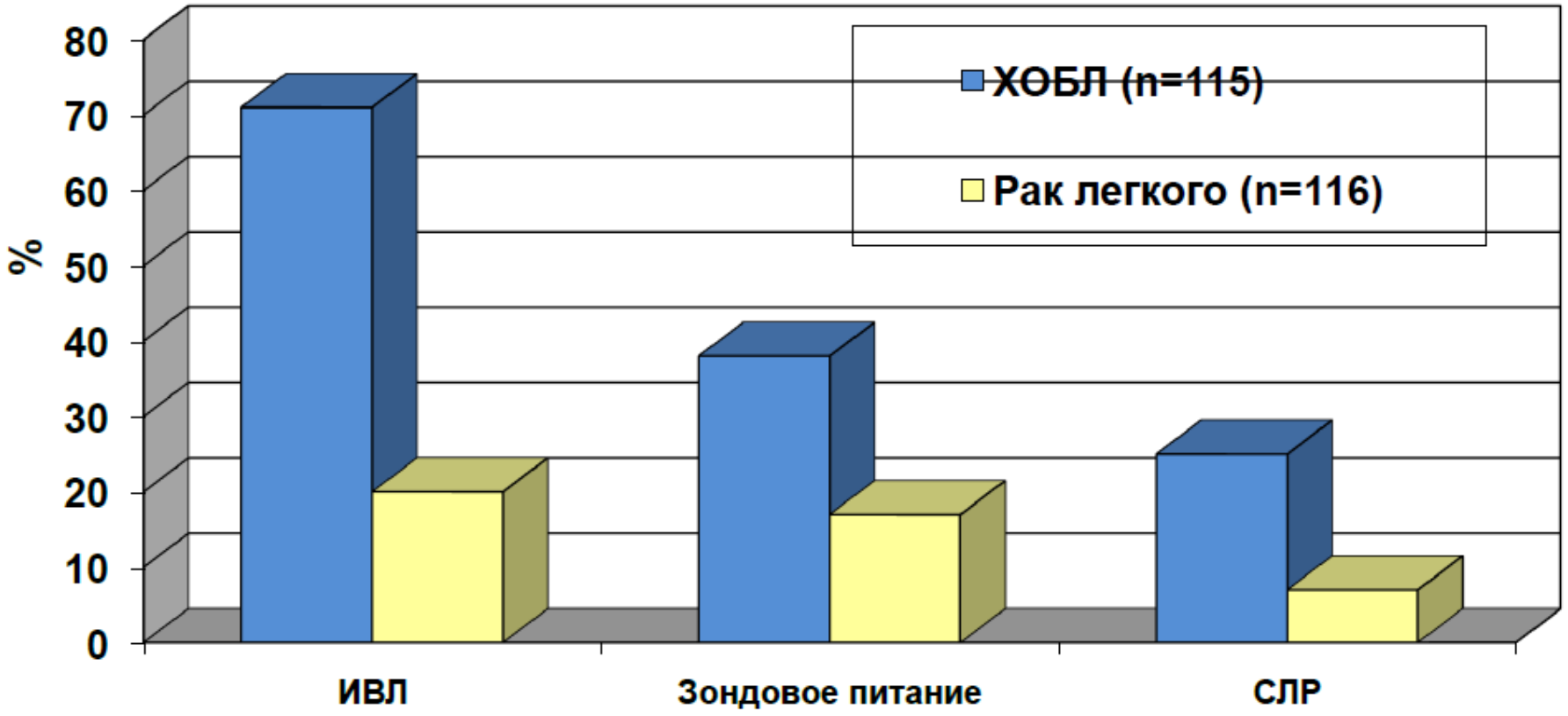
Докладчик: Сергей Владимирович РУДОЙ,
к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

ОДЫШКА – распространенный симптом при прогрессирующих заболеваниях*:

- **ХОБЛ 95%**
- **Прогрессирующий рак 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.

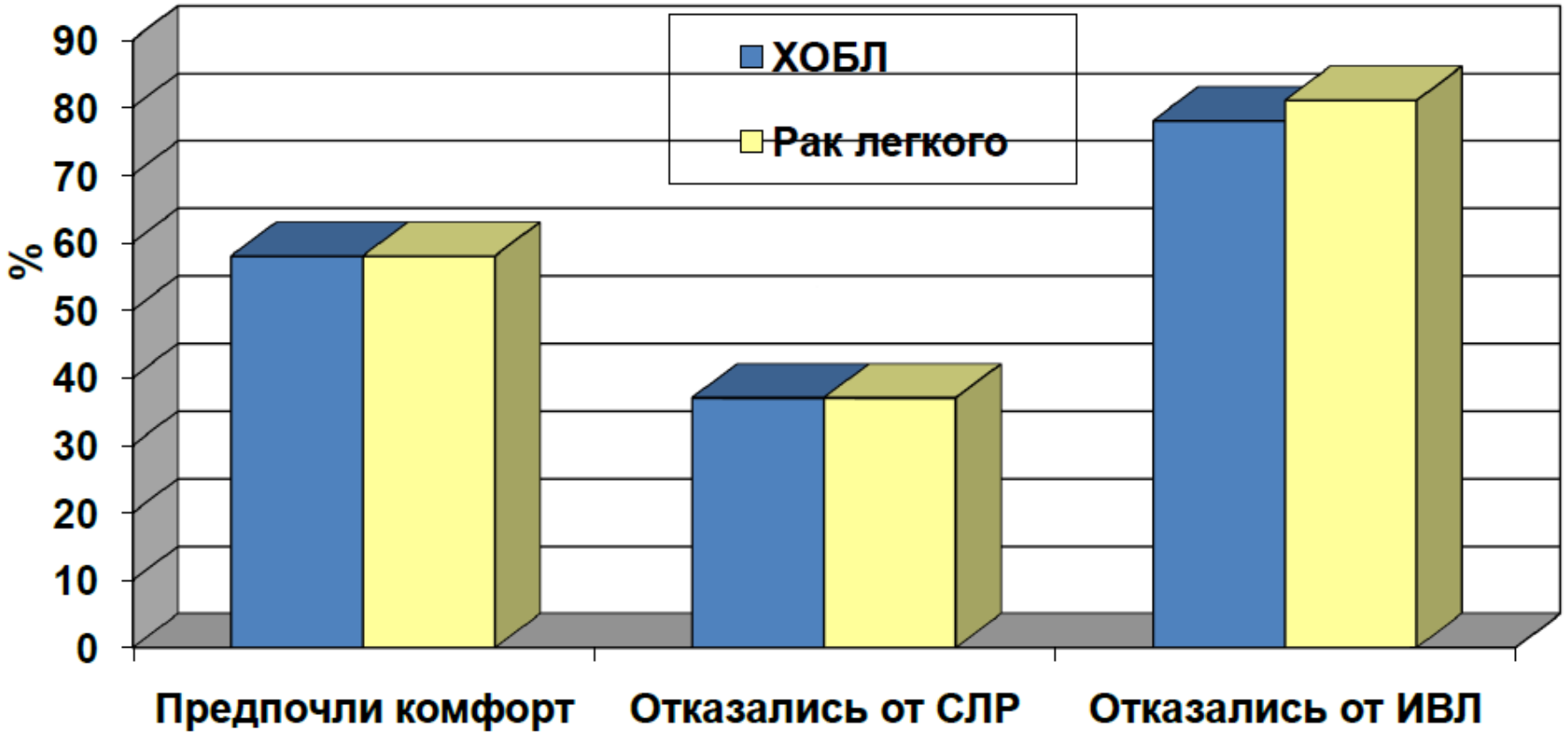
Какую медицинскую помощь получают умирающие пациенты?



p<0.05

Claessens, J Am Geratr Soc, 2000

Какую медицинскую помощь <u>хотят получить</u> умирающие пациенты?



p>0.05

Claessens, J Am Geratr Soc, 2000

ПРИЧИНЫ ОДЫШКИ

- Обструкция дыхательных путей
- Изменения легочной ткани
- Нарушение биомеханики дыхания
- Сердечно-сосудистые нарушения
- Анемия
- Беспокойство

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- **Пневмония**
- **Пневмонит**
- **Гидроторакс**
- **Эмболия легочной артерии**

Боль в грудной клетке: локализация и причины

В зоне повреждения нервных структур	Опухолевая инвазия межреберного нерва, грудной стенки. Синдром Панкоста
в костях	Метастазы в ребро или позвоночник. Непосредственная опухолевая инвазия кости
в плевре	Опухолевая инфильтрация. Инфекция. Инфаркт (эмболия). Ятрогения (плевродез)
в перикарде	Опухолевая инфильтрация
в трахее, пищеводе	Инфекция
в средостении	Ишемия миокарда. Эмболия легочной артерии. Инфильтрация опухолью. Инфекционный медиастинит. Кровотечение

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*

Обследование пациента

- **Анамнез, осмотр, физикальное исследование**
- **R-графия ОГК**
- **Лабораторные исследования**
  КОС, лактат, электролиты, газовый состав крови
- **Спирометрия**

ЛЕЧЕНИЕ ОДЫШКИ

- По возможности – лечение причины
- При стридоре или явлениях обструкции верхней полой вены – неотложная госпитализация
- Немедикаментозные мероприятия
- Лекарственная терапия
- Терминальный уход

Немедикаментозные мероприятия:

- **объяснение и создание спокойной обстановки**
- **комфортное положение больного**
- **усиленная циркуляция воздуха**
- **отвлекающая терапия**
- **кислородотерапия**

  (при выраженной прогрессирующей гипоксии: Ра O_2 <55% или Sa O_2 <90%)
- **облегчение удаления мокроты**

  (паровые и солевые ингаляции, муколитики, отхаркивающие)
- **уменьшение избыточной секреции**

  (контроль приема жидкости, положения тела, санация ТБД)
- **противокашлевые средства**

Лекарственная терапия:

- **Бронходилататоры** *(сальбутамол 2,5-5 мг в ингаляции через 4-6 ч)*
  отменить, если не приносят облегчения!
- **Кортикостероиды** *(преднизолон 40-60 мг/сут или дексаметазон 8-16 мг/сут) - отменить если нет улучшения в течение недели!*
- **Опиоиды** *(морфин 2,5-5 mg п/о или 1-2,5 п/к каждые 4 ч, ослабленным пациентам – более низкие дозы, получающим опиоиды для обезболивания возможно увеличение дозы на 1/6 от суточной)*
- **Уменьшение избыточной секреции**
  (антихолинергические средства, гиосцина бутилбромид (бускопан) 20 mg 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 – морфин, транквилизаторы по мере необходимости п/о или п/к.

Седация для пациентов с выраженной одышкой или кашлем должна обсуждаться заранее при планировании лечебной тактики, в том числе с семьей и ключевыми специалистами.

При внезапном усилении боли или возбуждении необходимо исключить острую задержку мочи, запор, перелом кости и т.п.

Терминальную гиперсекрецию можно контролировать в 60% случаев предупреждая перегрузку жидкостью, аспирацию и респираторные инфекции

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!