

Организация амбулаторной паллиативной помощи  
онкологическим больным.  
Опыт работы ЦАОП “Межрайонной больницы №1” г.  
Костомукша

Автор: зав. ЦАОП, врач-онколог  
Алексеева Ксения Валериановна

# Условия паллиативной помощи

Наш ЦАОП

Особенности Республики Карелия

- Низкая плотность населения - 2,92 чел/кв.км (почетное 69 место из 85 регионов РФ) -
- Большие площади 180520 кв. км (почетное 19 место )
- Низкая транспортная доступность
- Низкая доступность узких специалистов

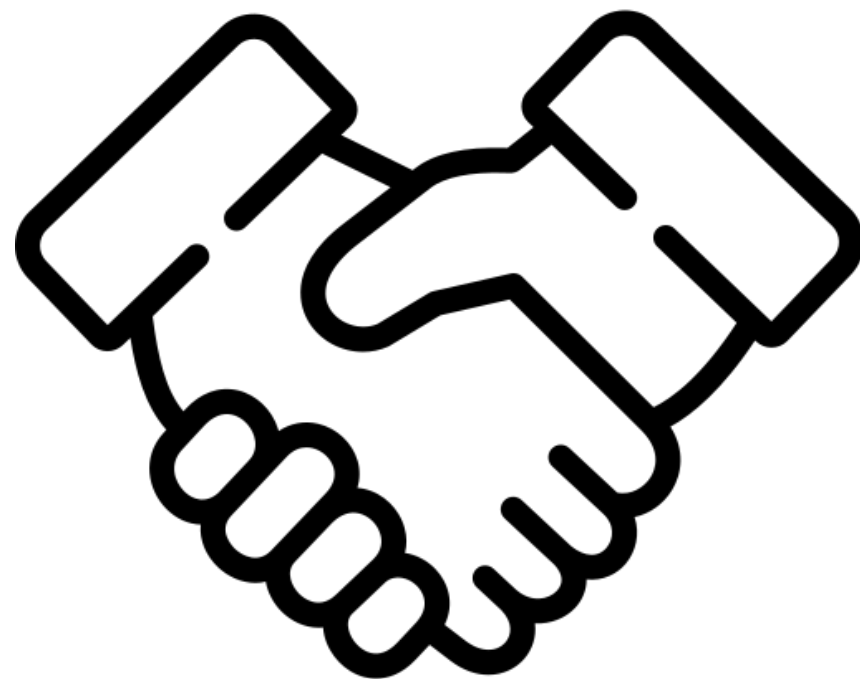
Особенности г. Костомукша

- 500 км от столицы республики , Площадь 4 046 км<sup>2</sup>, население 30 273 чел
- + Муезерский район 17 660 км<sup>2</sup>, население 9 241 чел
- Одна аптека с возможностью реализации и отпуска сильнодействующих ЛС



# Основные направления паллиативной помощи в амбулаторных условиях

- Анальгезия
- Коррекция астении, кахексии
- Коррекция дыхательной недостаточности
- Коррекция неврологических нарушения
- Гериатрическая помощь



# Анальгезия

## Позитивные моменты

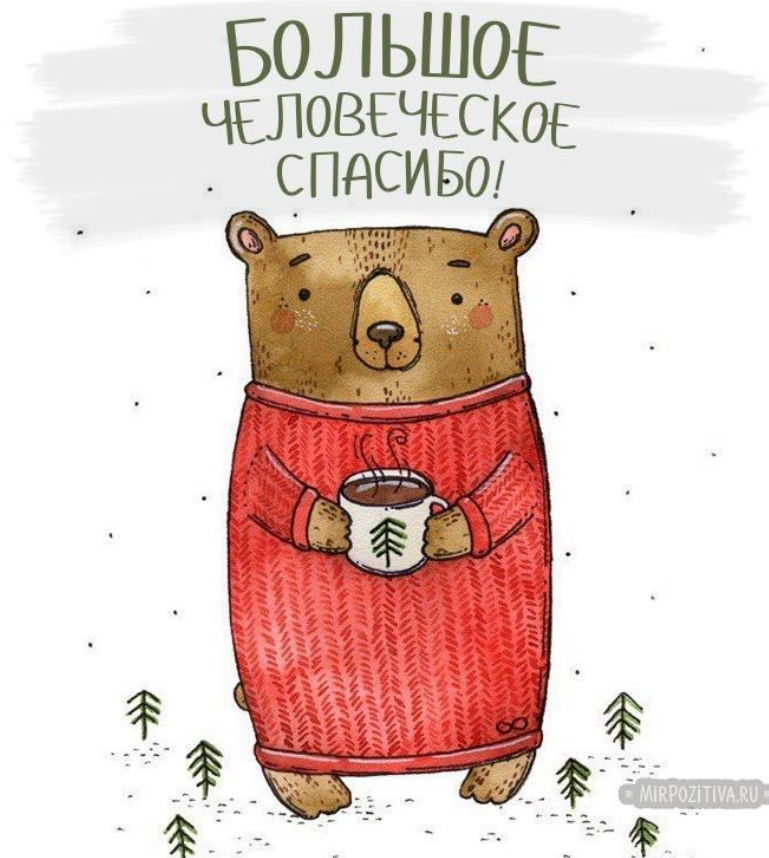
В 2023 году благодаря изменению формата льготного лекарственного обеспечения – отмечается повышение доступности льготных лекарственных средств.

Т.к. в настоящее время по 400 льготе пациенту не требуется оформление группы инвалидности для получения с первых дней корректной бесплатной анальгезии

Это актуально – при агрессивном течении заболевания

- низкой социализации пациента
- удаленных ФАПов

В каждом ФАПе есть возможность выдать пациенту препарат по данной льготе (кроме морфина)



# Анальгезия

## Что можно было бы сделать еще лучше?

- Внесение в данную категорию льготы таких препаратов как : Трамадол, Прегабалин, Габапентин, Тапентадол, Кодеин – содержащие препараты (Пиралгин. Седал М и т.д. ) – сделало бы жизнь ещё лучше .

### Почему?

- Так как ФАПы не предназначены для денежной реализации лекарственных средств – данные препараты присутствуют только в тех аптеках, которые имеют право отпуска.
- А это на подведомственной территории (со всем вышеперечисленным списком ) только одна аптека.



# Коррекция астении, кахексии

Вне зависимости от тяжести основного заболевания, данный синдром встречается у множества онкологических пациентов, особенно в старшей возрастной группе

Чем мы можем помочь пациенту?

- — ТГК
- — Мегестерол
- ГКС в монорежиме
- Дополнительное питание по типу сиппингов
- Госпитализация в паллиативное отделение для возможности обеспечения доп.питания для малоимущих граждан

В случае единственного источника питания на примере Нутриэн Энергия – стоимость обеспечения 32 тыс. рублей /месяц

В части случаев сиппинги являются абсолютно незаменимым подспорьем для части случаев (состояние после ХЛТ опухолей головы и шеи, пищевода), но как правило именно высокая стоимость является фактором ограничивающим использование



# Коррекция дыхательной недостаточности

Встречается значительно реже , наиболее актуальная группа пациентов

– курильщики со стажем более 15 пачкалет в состоянии после перенесенного оперативного лечения (наиболее актуально первые месяцы после оперативного лечения до развития викарного легкого )

- Пациенты с прогрессирующим заболеванием легких
- В период НКВИ отмечалась положительная динамика – возможность предоставления в безвозмездную аренду кислородных концентраторов для пациентов от ЛПУ
- В настоящее время, к сожалению(
  - Опции предлагаемые на амбулаторном этапе - госпитализация пациента на паллиативную койку
  - Самостоятельное приобретение данного аппарата



# Коррекция неврологических нарушений

Наиболее часто встречаемые

- 1) Токсическая полинейропатия
- 2) Обострение хронических заболеваний на фоне лечения онкологического заболевания (болезнь Паркинсона, ХНМК)
- 3) Депрессия

Что мы можем предложить на данном этапе?

- Медикаментозная коррекция на амбулаторном этапе
- В условиях дневного стационара терапевтического профиля
- Ограниченная физиотерапия в амбулаторном формате
- Низкая доступность любого из данных методов коррекции для пациентов сельской местности





# Коррекция психологических нарушений

## Депрессия

Распространенность большой депрессии у онкологических пациентов варьирует по разным данным от 5 до 20%, а риск развития данного состояния в этой группе в 2-4 раза больше по сравнению с людьми без рака [1]. Наибольший уровень депрессии отмечается в первую неделю после постановки диагноза. Повышенный риск развития сохраняется в течение нескольких лет после болезни, постепенно снижаясь и достигая уровня общей популяции

Пациенты, у которых скрининг оказался положительным (хотя бы один ответ “да”), должны быть опрошены уже для диагностики депрессии. Для этого может использоваться опросник Patient Health Questionnaire, состоящий из 9 вопросов.

### Препятствия на пути распознавания и лечения депрессии у онкопациентов

- Заблуждение, что все пациенты, приближающиеся к концу жизни, подавлены
- Недостаточные знания врачей о депрессии
- Боязнь расстроить пациента или навязаться в эмоционально уязвимое для него время
- Стигматизация психиатрических диагнозов
- Стигматизация психологической помощи в целом
- Опасения по поводу возможных лекарственных взаимодействий онкологических и психотропных веществ
- При уходе за пациентами с прогрессирующим заболеванием сами врачи могут испытывать чувство безнадежности, которое может привести к терапевтическому нигилизму

\*1) Clinical features, assessment, and diagnosis of unipolar depressive disorders in patients with cancer, UpToDate

Patient Health Questionnaire -2

Имя		Дата			
Насколько часто в течение последних 2 недель Вас беспокоила какая-либо из указанных проблем?		Не беспокоила	Несколько дней	Больше половины времени	Практически ежедневно
Снижение интереса или удовольствия от деятельности?		0	1	2	3
Чувство подавленности или безнадежности?		0	1	2	3
Общий балл	___	___	+ ___	+ ___	+ ___

Интерпретация баллов		
Баллы PHQ-2	Вероятность униполярной депрессии	Вероятность любого депрессивного расстройства
1	15,4	36,9
2	21,1	48,3
3	38,4	75,0
4	45,5	81,2
5	56,4	84,6
6	78,6	92,9

# Коррекция психологических нарушений

Patient Health Questionnaire-9

Что есть?

В настоящее время:

1) Медикаментозная коррекция

- ТЦА (Амитриптилин)
- Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (Дулоксетин )
- Бензодиазепины (Алпразолам)

2) Консультация психиатра

3) ~~Нейротерапия~~ —, хотя возможно в потенциальном будущем появится такая возможность в дистанционном формате

4) Низкая доступность для пациентов из отдаленных районов , наличие горячих линий психологической поддержки – является скорее сиюминутной возможностью, а не полноценной терапией

## Краткие выводы

- Депрессия у онкологических пациентов часто не распознается, т.к. соматические симптомы депрессии могут быть отнесены к нормальным изменениям при злокачественном заболевании или к побочным эффектам лечения. Поэтому соматические симптомы у онкологических пациентов не следует игнорировать, списывая на болезнь.
- Онкологические пациенты должны проходить скрининг на депрессию при постановке первоначального диагноза рака и периодически после по клиническим показаниям. Для этого могут использоваться опросники PHQ-2 и PHQ-9.
- Необходимо оценить суицидальные мысли и поведение; выявление суицидальности должно побудить к направлению к психиатру для дальнейшей оценки и ведения.
- Первым шагом в лечении депрессии является облегчение неконтролируемых симптомов, особенно боли. Если депрессия сохраняется после того, как боль контролируется, а потенциально обратимая медицинская причина подавленного настроения не выявлена, требуется специфическая терапия.
- Наиболее часто используют трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Препараты назначаются с учетом состояния пациента, ожидаемой продолжительности жизни и побочных эффектов. Побочные эффекты могут использоваться врачами для борьбы с нежелательными симптомами (например, психостимуляторы при сонливости)

Имя	Дата			
Насколько часто в течение последних 2 недель Вас беспокоила какая-либо из указанных проблем?	Не беспокоила	Несколько дней	Больше половины времени	Практически ежедневно
Снижение интереса или удовольствия от деятельности?	0	1	2	3
Чувство подавленности или безнадежности?	0	1	2	3
Трудно заснуть, прерывистый сон, трудно проснуться?	0	1	2	3
Чувство усталости или недостатка энергии?	0	1	2	3
Снижение аппетита или переедание?	0	1	2	3
Чувство никчемности, чувство, что вы неудачник/подвели свою семью?	0	1	2	3
Трудность концентрации внимания, например, при просмотре телевизора или чтении газеты?	0	1	2	3
Ваши движения или речь замедлены настолько, что это замечают другие люди? Или наоборот, Вы суетливы или беспокойны и двигаетесь намного больше обычного?	0	1	2	3
Мысли, что Вам было бы лучше умереть или нанести себе какое-либо повреждение?	0	1	2	3
Общий балл	—	+ —	+ —	+ —
Интерпретация результатов				

# Гериатрическая помощь в онкологии

Актуальность

## 1) Старение населения

Согласно [прогнозам ООН](#), число людей в возрасте 80 лет и старше утроится: с 143 миллионов в 2019 году до 426 миллионов в 2050 году.

## 2) Заболеваемость.

Как известно, в канцерогенезе не последнюю роль играет повреждение ДНК по мере деления клеток, и путем нехитрых логических умозаключений получается, что чем больше живет человек, тем выше шанс, что он станет нашим пациентом.

В настоящее время наибольшая вероятность заболеть злокачественным новообразованием в России у находящихся в диапазоне от 65 до 69 лет .

То есть по мере того, как растет благополучие населения, развивается медицина, у человека все больше шансов избежать смерти от ОИМ в 40 лет, сахарного диабета в 60 лет и прийти к онкологу на прием в 65+ со всеми эти проблемами и злокачественным новообразованием .

## Что может сделать гериатрическая служба для пациентов из группы риска?

Врач-гериатр проводит регулярную комплексную гериатрическую оценку (CGA, или КГО) статуса пациента.

Это позволяет своевременно:

- 1) Выявить проявления старческой астенизации,
- 2) Выделить группу пациентов с наибольшим риском осложнений,
- 3) Разработать программу реабилитации,
- 4) Улучшить функциональную активность,
- 5) Повысить комплаентность,
- 6) Своевременно выявить повышенный риск развития синдрома “падения”,

А все это вместе позволяет нивелировать проявления синдрома астенизации, снизить количество повторных госпитализаций, количество послеоперационных осложнений



# Гериатрическая помощь в онкологии

С точки зрения [ESMO](#), пациентов в возрасте 70 лет можно примерно разделить на две равные группы:

- 1-я группа – “люди в возрасте” или “крепкие старики”, те, чья функциональная активность несколько ограничена возрастом, но они в достаточной мере сохранены, чтобы лечить их по стандартному онкологическому протоколу.
- 2-я группа – пациенты, в лечении которых обязательны участие гериатра и мультидисциплинарный подход, и, вполне вероятно, есть ограничения в лечении.

Для оценки необходимости привлечения гериатра к процессу лечения в части стран рекомендуется предварительного опросника (TRST) для пациентов в возрасте 75 + общесоматического профиля

Основные позиции:

история когнитивных нарушений (болезнь Паркинсона, деменция, депрессия);

сложности с передвижением/склонность к падению;

приём более 5 лекарств одновременно;

вызов СМП в течение последнего месяца или госпитализация за прошедшие 90 дней;

живёт один и/или нет помощника по дому;

медицинский персонал отметил наличие одной из проблем: проблемы с питанием/потеря веса, склонность к падениям/травматизация в быту, нарушения слуха/зрения/речи, недержание, проблема с приемом лекарств, депрессия/пониженное настроение.

Наличие хотя бы двух отмеченных позиций – тревожный звоночек о необходимости привлечения гериатрической помощи.

И если в общей практике подобный опросник довольно неплох и может как-то помочь с пациентом до начала лечения, то в процессе лечения у онкологических пациентов он, к сожалению, сказочно провален.

Женщина 30 лет, проходящая адъювантную химиотерапию по схеме AC, запросто может набрать три балла вполне достаточно прожить одной, потерять несколько килограммов, иметь плохое настроение (тошнота, алопеция, одиночество не способствуют позитивному настрою).



## Triage Risk Screening Tool (TRST)

Instructions: Please make a check mark ☒ in the appropriate box to indicate **presence or suspicion of any of the following**

**\* Please complete for all patients 75+ years of age\***

1.	<input type="checkbox"/>	History of cognitive impairment (poor recall or not oriented)
2.	<input type="checkbox"/>	Difficulty walking / transferring or recent falls
3.	<input type="checkbox"/>	Five or more medications
4.	<input type="checkbox"/>	ED use in previous 30 days or hospitalization in previous 90 days
5.	<input type="checkbox"/>	Lives alone <b>and/or</b> no available caregiver
6.	<input type="checkbox"/>	ED staff professional recommendations:
	<input type="checkbox"/>	Nutrition / weight loss
	<input type="checkbox"/>	Incontinence
	<input type="checkbox"/>	Failure to cope
	<input type="checkbox"/>	Medication issues
	<input type="checkbox"/>	Sensory deficits
	<input type="checkbox"/>	Depression / low mood
	<input type="checkbox"/>	Other _____

If 2 or more factors identified: ☐ Referral to GEM Nurse ☐ Referral to GEM Nurse not indicated  
☐ Referral to Social Work when GEM nurse not available

Name / Signature: \_\_\_\_\_ Date (d/m/y): \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Date GEM assessed: \_\_\_\_\_ Time GEM assessed: \_\_\_\_\_

For Office Use Only:		
GEM Disposition:	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> CCAC
	<input type="checkbox"/> LTC	<input type="checkbox"/> Admitted
	<input type="checkbox"/> Other _____	

Please return to Jane Jennings Emergency Department.

# Гериатрическая помощь в онкологии

По этой причине онкологи, а в частности ASCO, рекомендуют опросник Geriatric-8 (доступен в формате онлайн)

При наличии 14 баллов и выше – это в достаточной степени серьезное основание, чтобы более прецензионно подходить к вопросу лечения данного пациента.

Недооценка гериатрических проблем, зачастую из-за опасений врача-онколога быть предвзятыми к пациентам старшей возрастной группе, приводит к серьезным осложнениям в виде декомпенсации сопутствующих заболеваний, прогрессированию синдрома старческой астении, что само по себе может привести к ECOG 4.

И в той же степени наоборот - опасения вызванные календарным годом рождения пациента, могут привести к некорректно выбранной тактике ведения пациента и отказу от некоторых видов лечения (например, от оперативного лечения заболевания предстательной железы)

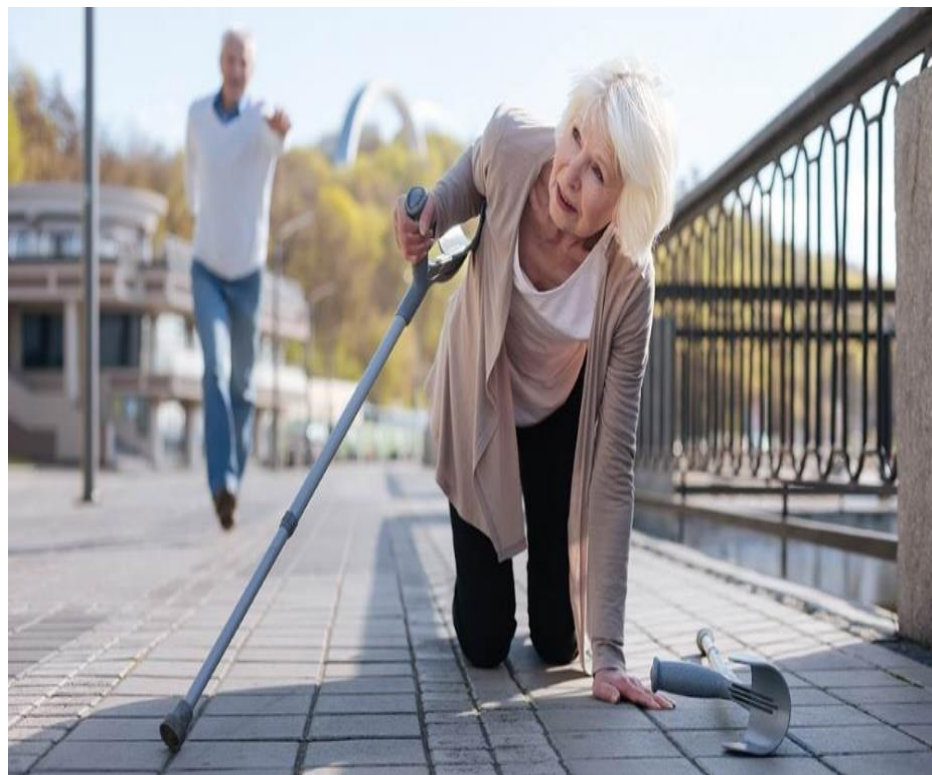
Items	Possible answers	Score
<b>Food intake in the last 3 months</b>	<b>0:</b> severe reduction in food intake <b>1:</b> moderate reduction in food intake <b>2:</b> normal food intake	.....
<b>Weight loss during the last 3 months</b>	<b>0:</b> weight loss >3kg <b>1:</b> does not know <b>2:</b> weight loss between 1 and 3 kg <b>3:</b> no weight loss	.....
<b>Mobility</b>	<b>0:</b> bed/chair bound <b>1:</b> able to get out of bed/chair but does not go out <b>2:</b> goes out	.....
<b>Neuropsychological problems</b>	<b>0:</b> severe dementia or depression <b>1:</b> mild dementia or depression <b>2:</b> no psychological problems	.....
<b>Body Mass Index (BMI)</b>	<b>0:</b> BMI <19 <b>1:</b> BMI 19 to <21 <b>2:</b> BMI 21 to <23 <b>3:</b> BMI 23 or greater	.....
<b>Takes more than 3 medications per day</b>	<b>0:</b> yes <b>1:</b> no	.....
<b>Self-rated health status (compared to other people of the same age)</b>	<b>0:</b> not as good <b>0.5:</b> does not know <b>1:</b> as good <b>2:</b> better	.....
<b>Age</b>	<b>0:</b> >85 <b>1:</b> 80-85 <b>2:</b> <80	.....
<b>Total score (0-17) [Cut-off ≤ 14 indicating impairment]</b>		.....



# Гериатрическая помощь в онкологии

Чем мы можем помочь?

- 1) С первой консультации предупредить пациента в возрасте 65+, что на период лечения одинокое проживание является серьезным независимым предиктивным фактором ухудшающим прогноз течения заболевания
- 2) Обучение родственников несложным манипуляциям по уходу , небольшим медицинским манипуляциям (особенно при условии проживания пациента в сельской местности ) – такие как подкожные инъекции НМГ , для профилактики ВТЭО в послеоперационном периоде , уход за стомой.
- 3) Своевременно информировать родственников о возможных осложнениях и мерах профилактики – превентивное оборудование квартиры поручнями, дополнительных средств для опоры, превентивное привлечение соц. работников для сопровождения пациентов на прием



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !**



**ГОТОВА ОТВЕТИТЬ НА ВАШИ ВОПРОСЫ**