

Особенности интенсивной терапии в паллиативной медицине

**Ульрих Глеб Эдуардович
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и
неотложной педиатрии имени профессора В.И.
Гордеева
СПбГПМУ
Санкт-Петербург**

Интенсивная терапия в структуре паллиативной помощи



Длительная
респираторная
поддержка



Лечение боли

Кто может требовать длительной респираторной поддержки?

- Нарушения функции ЦНС
- Пороки развития или приобретенные заболевания (тканей лица, шеи, грудной клетки, дыхательных путей)
- Нейромышечные заболевания
- Хронические заболевания легких: бронхопульмональная дисплазия; муковисцидоз
- Инфекции (последствия энцефалита или миелита)

Длительная респираторная поддержка в структуре паллиативной помощи



Неинвазивная ИВЛ
поддержка или
протезирование
дыхания без
эндотрахеального
доступа



Инвазивная ИВЛ
вентиляция через
трахеостомическую
трубку

Плюсы перехода на респираторную поддержку в домашних условиях

- стабильное повышение качества жизни пациентов и **членов их семей**;
- возможность поддерживать **комфорт и привычный жизненный стиль всей семьи, включая трудовую занятость, образование и др.**;
- более адекватная адаптация семьи к смерти тяжелобольного родственника;
- снижение экономической нагрузки на систему здравоохранения;
- снижение нецелевого использования реанимационного коечного фонда;
- снижение госпитальной летальности;
- снижение частоты и длительности госпитализаций в реанимационные отделения;
- **увеличение оборота реанимационной койки.**

Wassenaar P, Douma J. Care of technology dependent children in the home // Home Healthcare Nurse. 2009. № 27(1). P. 37–42.

Edwards J.D., Kun S.S., Keens T.G. Outcomes and causes of death in children on home mechanical ventilation via tracheostomy: an institutional and literature review. // J Pediatr. 2010. № 157. P. 955–959.



“Паллиативная помощь детям – это активная, всесторонняя **забота о теле ребенка** его **психике и душе**, а также **поддержка членов его семьи**”.

*Всемирная организация здравоохранения
1998, ред. 2012 года.*

<http://www.rcpcf.ru/biblioteka/#.VVzReUYZOUk>

Непривычно для анестезиолога-реаниматолога

- Цель паллиативной помощи – улучшить качество жизни, а не продлить ее любой ценой.
- Отказ от интенсивного лечения в пользу паллиативной помощи –обеспечить качество жизни на фоне ее угасания.

Условия перехода к вентиляции дома

- Желание родителей – предпосылка
- Трахеостома при необходимости в инвазивной респираторной поддержке – необходимость
- Зависимость от кислорода с FiO_2 менее 0,4 – соответствие
- Стабильное соматическое состояние ребенка – возможность
- Присутствие сознания – целесообразность
- Обучение уходу – обязанность
- Бытовые условия – соответствие
- Наличие аппаратуры – необходимость
- Помощь специалистов – помощь (разных специалистов)

Обучение родителей – работа команды специалистов



- Анестезиолог-реаниматолог
- Психолог
- Педиатр
- Медицинская сестра
- Социальный работник

Оценка готовности к перемещению в домашние условия

№	Компетенции	Теоретическую часть прослушал Дата/подпись обучаемого	Контроль практического навыка Дата/подпись ответственного за обучение	Контроль практического навыка Дата/подпись ответственного за обучение
1	Навыки профилактики инфекций: - гигиена рук - стандартные меры профилактики - средства индивидуальной защиты	1		
		2		
2	Уход за трахеостомой и навыки плановой санации трахеобронхиального дерева	1		
		2		
3	Основы клинической оценки дыхательной системы пациента (ЧДД, ЧСС, цианоз и др.)	1		
		2		
4	Включение и выключение аппарата для ИВЛ с соответствующим вентиляционным контуром (с увлажнителем и без него)	1		
		2		
5	Умение пользоваться аппаратом ИВЛ без подключения к электрической сети переменного тока (при помощи внутренней батареи)	1		
		2		
6	Знание аварийной сигнализации и алгоритмов действий при оповещении об опасностях и неисправностях	1		
		2		
7	Умение осуществлять и документировать проверку безопасности режима ИВЛ	1		
		2		
8	Знание ситуаций, в которых необходим ручной режим вентиляции, и возможных осложнений этой процедуры	1		
		2		
9	Проверка и документирование технического состояния оборудования для ИВЛ	1		
		2		
10	Навыки энтерального питания (уход за назогастральным зондом, гастростомой)	1		
		2		

Контроль компетенции лиц, осуществляющих уход за пациентом на ИВЛ в домашних условиях



Пациент
Семья
Методика и
аппаратура
Место
Персонал
Финансирование

**Лечение боли у детей,
получающих паллиативную помощь**

Препятствия эффективному лечению боли

- Возраст и умственное развитие
- Отрицание, недоверие
- Индивидуальные особенности
- Нежелание медицинских работников назначать анальгетики и повышать дозы
- Ограничения приказов или особенности регистрации препаратов
- Скептическое отношение к немедикаментозным методам, как к «ненаучным»

ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ (2016 г.)

ДЕТИ

- Россия 13,2 на 100 000
- СПб 19,1 на 100 000

Детское население

Санкт-Петербурга

около 800 000

75 детских поликлиник

ВЗРОСЛЫЕ

- 283,1 на 100 000 муж.
- 225,6 на 100 000 жен.

Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой
М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава
России, 2018. 250 с.

75 детских поликлиник в Санкт-Петербурге

В среднем 12 детей в год с солидными опухолями
4 стадии умирают в Санкт-Петербурге (81%
страдают интенсивной болью)

За 6 лет работы одна поликлиника может
встретиться с 1-2 такими пациентами

1 июня 2010 года в Санкт-Петербурге открыто первое в России государственное учреждение здравоохранения, оказывающее помощь детям с неизлечимыми заболеваниями



Александр Ткаченко

Генеральный
директор
Медицинского
учреждения
«Детский хоспис»,
протоиерей

74 ребенка, получавших паллиативную помощь в Детском хосписе, с 4 стадией онкологического заболевания
средняя продолжительность нахождения в хосписе 3 месяца

Интенсивность боли при госпитализации

- 2 (2,7%) - отсутствие боли
- 9 (12,1%) – боль слабая
- **63 (81,1%) – сильная или непереносимая боль**

74 ребенка с 4 стадией онкологического заболевания

- 15 (20%) - соматогенная боль
- 48 (65%) – соматогенная и нейрогенная боль

Отсутствие боли или ее интенсивность на уровне 2-3 баллов ВАШ была достигнута у всех пациентов.

Продленные регионарные блокады у 5 пациентов (7%)

На чем основывается тактика обезболивания у детей?

- Возраст пациента
- Интенсивность боли
- Патогенез боли
- Локализация боли

У детей, которые не умеют хорошо говорить, а также у детей с задержкой физического развития из-за недостаточного питания или заболеваний определение интенсивности боли затрудняется.

Выход - использовать критерии оценки интенсивности боли невербальных пациентов.

Дети с недостаточным питанием, апатией,
вызванной хроническим процессом, или
задержкой психического развития
демонстрируют боль менее ярко

Н. 17 лет Остр. Миелобластный лейкоз с поражением левого зрительного нерва.

Отметьте насколько больно

не болит	немножко болит	боль средней тяжести	очень болит	ужасно болит
----------	----------------	----------------------	-------------	--------------

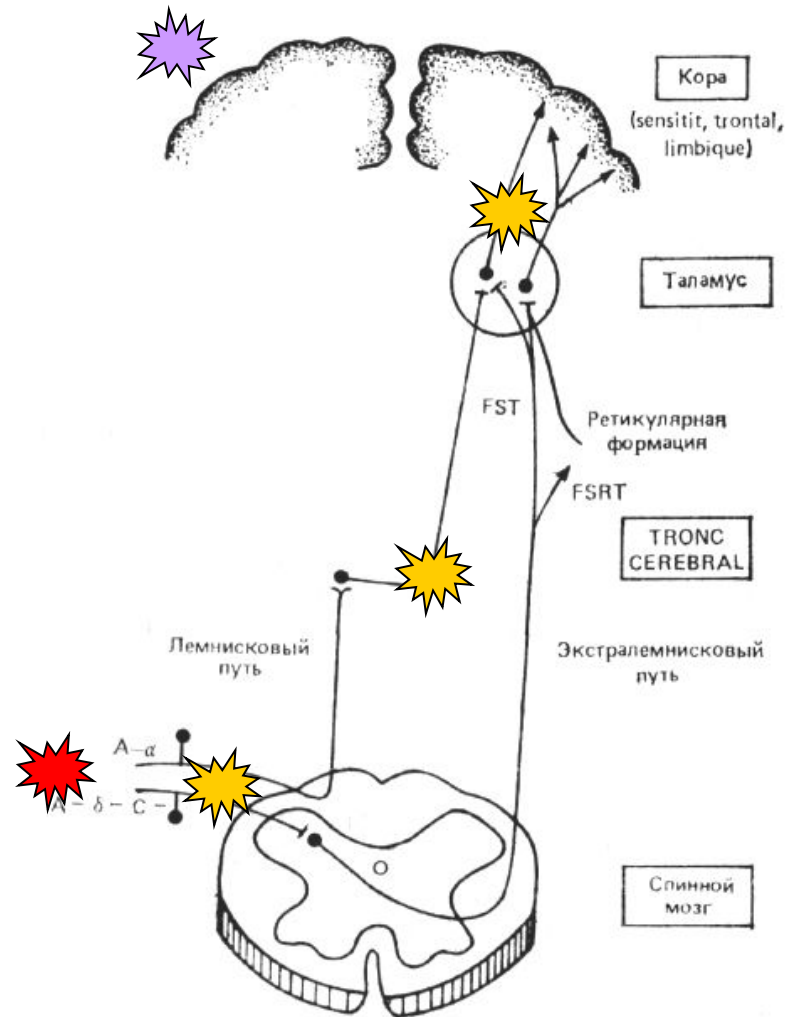
2-3д

19 20
22 10

«26» 11 2015 год.

Подпись

Патогенетическая классификация боли



**Соматогенная
(ноцицептивная)**

Нейрогенная

Дисфункциональная

Методы лечения боли

Медикаментозные

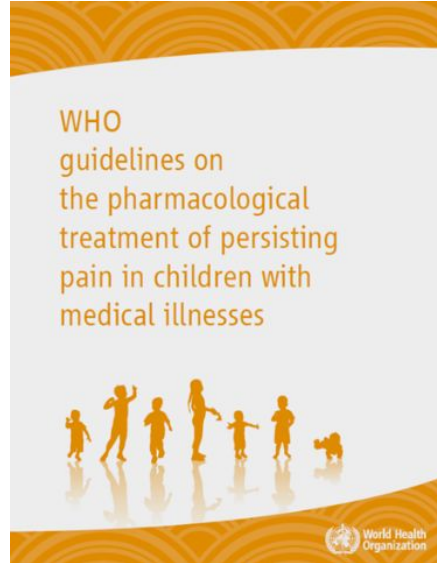
- Системное применение препаратов
- Местное применение препаратов
- Регионарная анестезия
- Невролиз

Немедикаментозные

- Психологические
- Физиотерапевтические
- Электростимуляция
- Высокочастотная абляция
- Иглорефлексотерапия
-

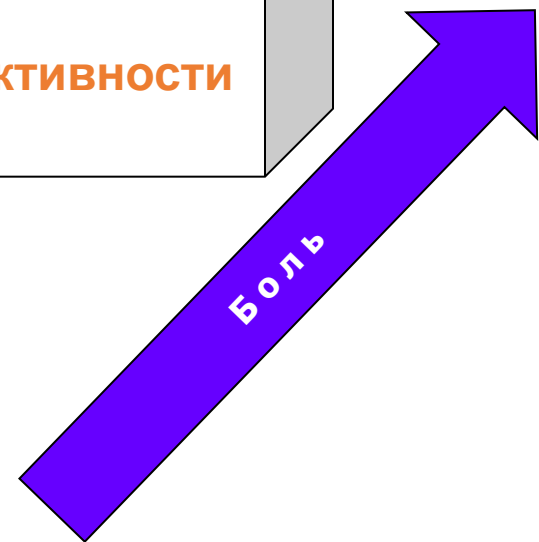
Цель: ликвидировать боль или снизить ее до переносимого уровня

Схема фармакотерапии боли у детей (ВОЗ)



Сильная боль
Опиоидные анальгетики высокой активности
+/- Адьюванты

Слабая боль
Неопиоидные анальгетики
+/- Адьюванты





АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ (БС) У ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработано совместно с

Российским обществом детских онкологов
Объединением детских анестезиологов и реаниматологов
Национальным обществом детских гематологов онкологов России

www.pro-hospice.ru, www.pro-palliativ.ru

Опубликованы клинические рекомендации по обезболиванию взрослых и детей



Опубликованы клинические рекомендации по обезболиванию взрослых и детей, которые были утверждены на II конференции с международным участием Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» в Москве 1 декабря 2016 года.

«Клинические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома должны явиться основным инструментом в работе как врачей первичного звена, так и врачей паллиативной помощи в лечении больных пациентов», - говорит Диана Владимировна Невзорова, главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной помощи, председатель Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

В разработке документов принимали участие:

- Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи
- Ассоциация междисциплинарной медицины
- Общество специалистов доказательной медицины
- Российское научное медицинское общество терапевтов
- Российское общество детских онкологов
- Объединение детских анестезиологов и реаниматологов
- Национальное общество детских гематологов онкологов России.

[Хронический болевой синдром \(ХБС\) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи - скачать pdf \(2,14 Mb\)](#)

[Болевой синдром \(БС\) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи - скачать pdf \(1,27 Mb\)](#)

www.evrika.ru/show/12247

www.pro-palliativ.ru/smi/news/

Опиоидные анальгетики короткого (быстрого) действия	Путь введения	Стартовая доза	Интервал между дозами
Морфин	в/в, п/к	0,05–0,1 мг/кг	Каждые 4 часа
	через рот*, ректально* сублингвально*	0,15–0,3 мг/кг	Каждые 4 часа
	анальгезия, контролируемая пациентом, медперсоналом, родителями	Базовая инфузия: 0,015 мг/кг/ч Болюсная доза: 0,015 мг/кг (рекомендованная базовая инфузия = болюсная доза)	Минимальный интервал между болюсами при сохранении боли: 5–10 мин Максимальное количество болюсов в час: 4–6 болюсов
Фентанил	в/в струйно	1–2 мкг/кг	Каждые 10 мин – 1 час
	в/в продолжительная (суточная) инфузия	1 мкг/кг/ч	

Неинвазивная доставка анальгетика



Антиконвульсанты у детей

- Карбамазепин - с 1 года
- Габапентин - с 3 лет
- Прегабалин - с 17 лет

Амитриптилин

- Для детей 6–10 лет в дозе - 10-15 мг/сут,
- Для детей 11–16 лет — 20-30 мг/сут

Роль неинвазивных методик лечения хронической боли

При правильном подборе противоболевой терапии удастся достичь эффекта в 90% случаев, не прибегая к инвазивным методикам

Принцип терапии хронической боли

**Индивидуальный подход к
лечению**

Немедикаментозные методы снятия боли

Поддерживающие	Когнитивные	Поведенческие	Физические
Забота о семье	Отвлечение	Глубокое дыхание	Прикосновение
Информирование	Музыка	Расслабление	Тепло и холод
Сочувствие	Воображение	Прочее	Чрескожная электрическая стимуляция нервов
Право выбора	Гипноз		Прочее
Игры	Прочее		
Прочее			

Савва Н.Н., Падалкин В.П., Кумирова Э.В., Поляков В.Г.,
Николаева Н.М., Притыко А.Г., Масчан А.Г.

Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование при оказании паллиативной помощи: учебное пособие — М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. — 120 с., илл.

Немедикаментозные методы терапии боли



- Физикальная терапия

- Поведенческая терапия



- Когнитивная терапия

**Международный образовательный курс по
регионарной анестезии
«Белые Ночи регионарной анестезии»
Санкт-Петербург
13 - 15 июня 2019**



airspb.ru