

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

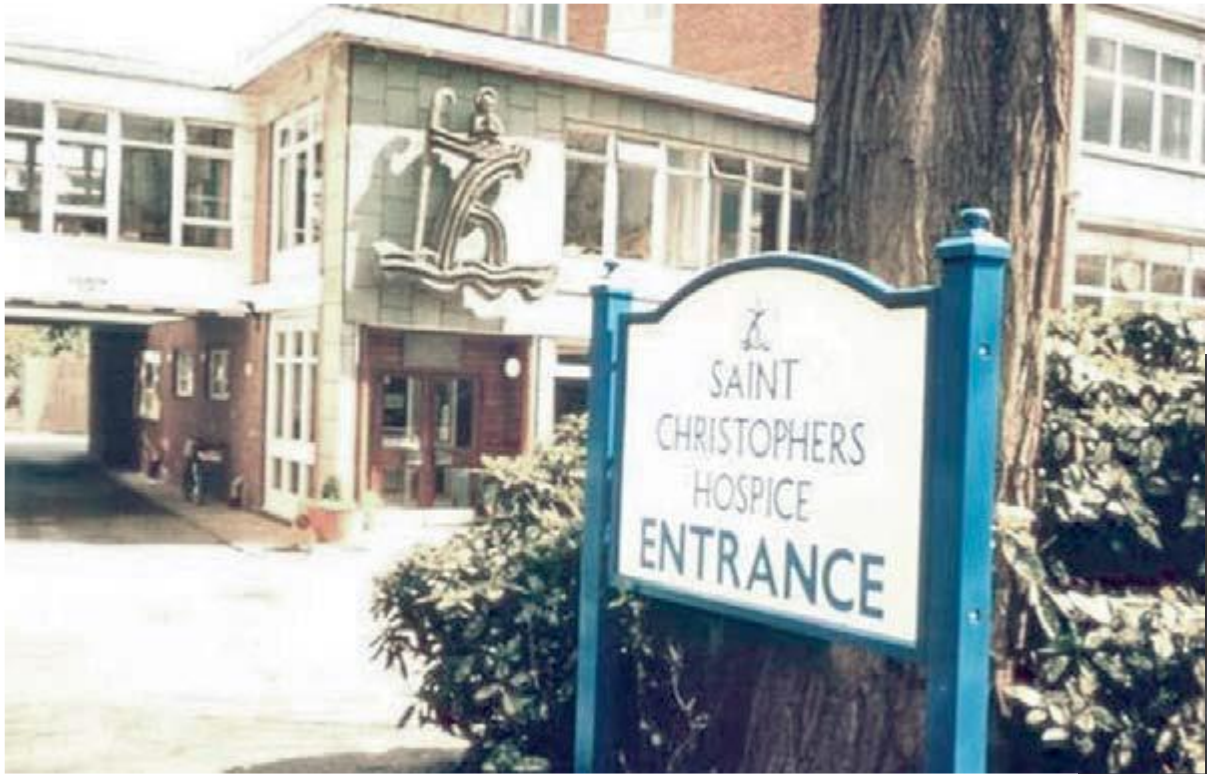
Др. Лига Кукша

*Заведующая отделением МЛУ-ТБ центра ТБ и
легочных заболеваний Рижской Восточной
клинической университетской больницы*

СОДЕРЖАНИЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

- История вопроса
- ВОЗ рекомендации по паллиативному уходу
- Паллиативный уход и туберкулёз
- Паллиативная помощь симптомам
- Опыт Латвии
- Выводы

Термин *«паллиативный»* происходит от латинского *«pallium»*, что имеет значение «маски» или «плаща». Это определяет содержание и философию паллиативной помощи: сглаживание — смягчение проявлений неизлечимой болезни и/или укрытие плащом — создание покрова для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты».



*«From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer»
Lancet Oncol 2007; 8: 430–38; International Observatory on End of Life Care,
Institute for Health Research, Lancaster University, Alexandra Square, Lancaster, UK*

- Развитие паллиативной медицины и современное хосписное движение началось в Англии в 1960-х годах с оказания помощи онкологическим больным.
- Однако потребность в паллиативной медицине еще выше в странах с ограниченными ресурсами, так как излечение там зачастую невозможно из-за позднего обращения к врачу и ограниченных возможностей лечения.

ВОЗ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПАЛЛИАТИВНОМУ УХОДУ:



- паллиативный уход подтверждает жизнь как ценность
- считает смерть естественным процессом
- **не ускоряет, как и не воспрепятствует наступление смерти**
- обеспечивает обезболивание и удаление других симптомов
- в уходе включает психологические и духовные аспекты
- способствовать пациенту активное восприятие до конца жизни
- содействовать с семьей пациента в случае его болезни и смерти

Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB

THE WORLD Health Organization estimated a prevalence of 650 000 cases of resistant tuberculosis (MDR-TB) in 2009. Efforts to improve cure rates in drug-resistant TB, the global average reported cure rate is 53%. Meanwhile, at least 150 000 deaths occur due to MDR-TB.² Efforts to provide palliative and end-of-life care to those suffering from TB are very limited. Some model programmes in Africa, Asia and Eastern Europe have shown that palliative and end-of-life care can be integrated into current treatment programmes. MDR-TB and those affected by extensively drug-resistant TB (XDR-TB), a subset of MDR-TB that is difficult to treat, experience severe symptoms that could be addressed more effectively through the inclusion of competent palliative care into TB treatment programmes.

In 115 surveyed countries, the Global Anti-Tuberculosis Drug Resistance Survey found proportions of MDR-TB among previously treated TB patients ranging from 0% to nearly 100%. The number of people with TB fell to 1.4 million in 2010, including 0.4 million with human immunodeficiency virus (HIV) infection.

Declaration on Palliative Care and MDR/XDR-TB

Geneva, Switzerland, 19 November 2010

As a group of experts in palliative care and MDR/XDR-TB, we declare:

- 1 That access to palliative care for individuals (adults and children) with MDR/XDR-TB is a human right and promotes dignity.
- 2 That palliative care is an essential component of the provision of care for individuals (adults and children) with MDR/XDR-TB, wherever in the world that they are receiving care.
- 3 That palliative care should be strengthened where being provided, and integrated alongside the prevention and treatment of MDR/XDR-TB.
- 4 That palliative care in the context of MDR/XDR-TB should be integrated into the management of MDR/XDR-TB from the time of diagnosis until the patient reaches cure or the end of life. The problems faced by MDR/XDR-TB patients and families span multiple physical, psychological, social and spiritual dimensions. We believe that the existing WHO definition of palliative care is highly appropriate for patients with drug-resistant TB.
- 5 That palliative care strengthens the Stop TB strategy.
- 6 That, as experts on MDR/XDR-TB and palliative care, we are keen to learn from each other.
- 7 That we are committed to developing the agenda on palliative care in MDR/XDR-TB, and improving access to care, medications, training and capacity building, and collaborating to improve the knowledge base through research.

Palliative Care and MDR/XDR-TB Integration Meeting, November 18–19, 2010
Open Society Foundations – Worldwide Palliative Care Alliance – WHO Stop TB

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД И ТУБЕРКУЛЁЗ

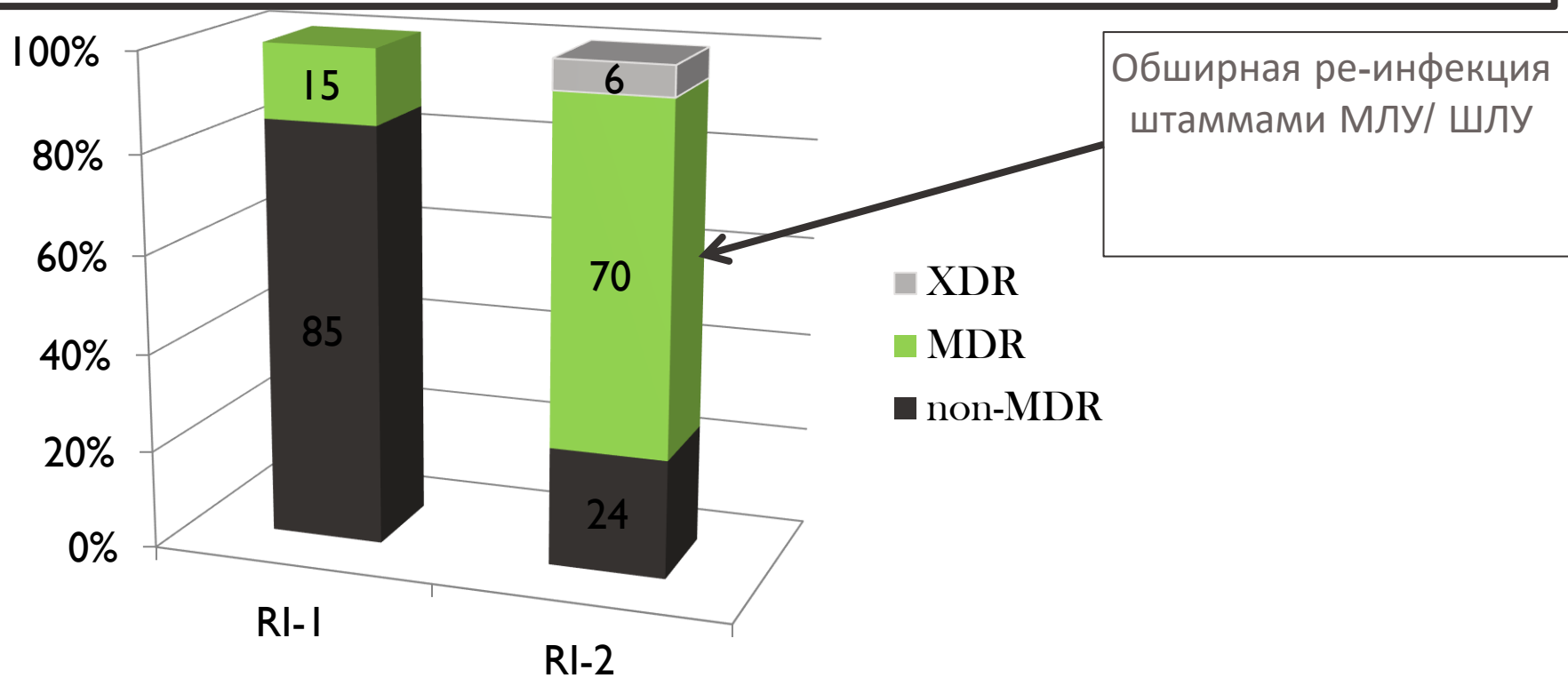
Сколько % от всех подсчётных МЛУ-ТБ
пациентов выявляем?

Сколько % от всех выявленных МЛУ-ТБ
пациентов включаем на лечение?

Сколько % от всех МЛУ-ТБ пациентов на
лечение вылечиваем ?

ПРОДОЛЖЕНИЕ ТРАНСМИССИИ БОЛЕЗНИ

66 из 85 штаммов МТ (78%) из повторных случаев отличались по сравнению с исходными эпизодами, предполагая преобладание экзогенной реинфекции в патогенезе рецидивирующих случаев заболевания ТБ



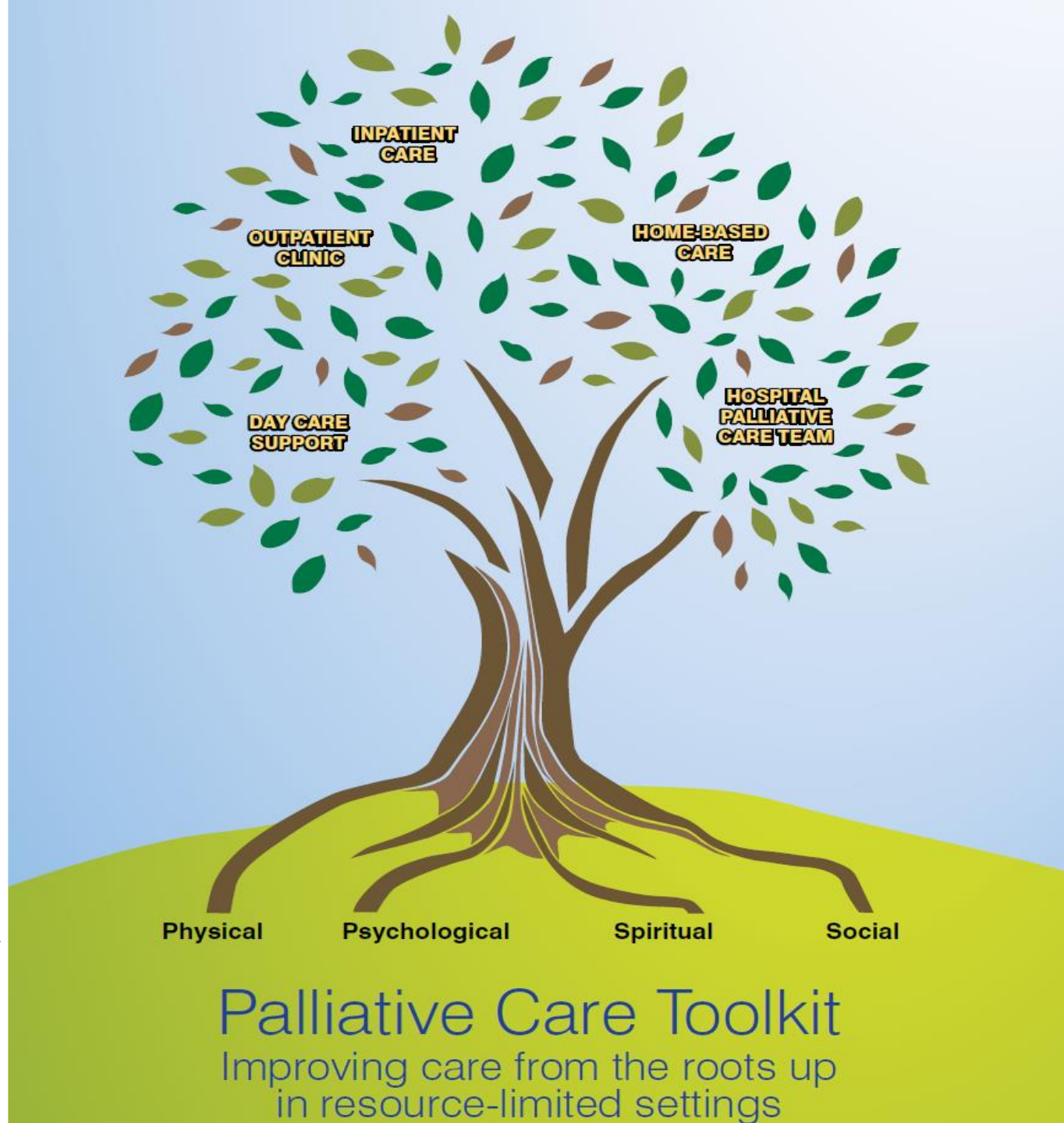
СПЕЦИАЛИСТЫ ПРОГРАММ ПО БОРЬБЕ С ТБ И МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ НЕ ОТКАЗЫВАТЬСЯ ОТ СВОИХ ПАЦИЕНТОВ

- Пока МЛУ-ТБ остается опасной для жизни пациента ситуацией, существует фундаментальная этическая обязанность оказания паллиативной помощи всем больным с МЛУ-ТБ.
- Облегчение страданий не должно ограничиваться только обеспечением пациента медикаментами 2- ряда
- Когда все доступные лечебные процедуры терпят неудачу, пациенты должны продолжать получать необходимую помощь, в том числе в последние минуты жизни, и никогда не получать отказ
- Кроме того, недопустимо отказывать в лечении на основе прогнозов о несоблюдении режима лечения со стороны конкретного пациента

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И МЛУ-ТБ

- Это должно начинаться с постановкой диагноза
- Это не “вместо”, но в дополнении к лечению ТБ
- Это не ограничено с
 - Больным, который не улучшается на активном лечении
 - Больным, который больше не подходит для активного лечения
- Это включает но не ограничивается с "уходом в конце жизни»
- Это обязательно всегда, когда важно улучшить качество жизни

*Найти
доступные
ресурсы для
общества
паллиативн
ого ухода*



ГДЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ?

- ТБ больницы
- Учреждения первичной медико-санитарной помощи
- Хосписы
- Дома

ОСНОВОЙ УСПЕХ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ В
ДЛИТЕЛЬНОМ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ И
ПОСТОЯННОМ НАБЛЮДЕНИИ
ЗА БОЛЬНЫМ

КОМАНДА ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

- Штат обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога, социального работника и капеллана
- Постоянное обучение

НЕУДАЧА ЛЕЧЕНИЯ

- Хотя не существует единого индикатора, который определял бы неудачу лечения, точка будет достигнута, когда станет ясно, что состояние пациента не улучшится.
- Признаки, указывающие на неэффективность лечения, включают*:
 - Стойкие положительные мазки или посевы после 8 месяцев лечения;
 - Обширное двустороннее заболевание легких без хирургического вмешательства;
 - Высокая стойкость без возможности добавления дополнительных агентов; и
 - Ухудшение клинического состояния, которое обычно включает потерю веса и дыхательную недостаточность **.

НЕУДАЧА ЛЕЧЕНИЯ

- Прекращение лечения следует рассматривать в следующих случаях*:
 - Если пациент больше не соглашается на лечение;
 - Там, где есть ничтожные шансы на успех, даже если пациент желает продолжить лечение. Это может относиться к тем, кто является хроническим нарушителем, у которых лечение может быть неэффективным, может привести к усилению резистентности или неудаче лечения, а также к пациентам с запущенной терминальной стадией заболевания.

ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА



Инфекционный контроль

ГЛАВНЫЕ СИМПТОМЫ:

- *одышка, Одышка, Одышка*
- Кашель
- Кровохарканье
- Слабость и кахексия
- озноб и потливость
- тревога, депрессия
- боли
- другие
 - бессонница
 - тошнота, запоры или понос
 - делирий

ВОЗДЕЙСТВИЕ ОДЫШКИ НА ПАЦИЕНТА

- *Понижается качество жизни*
- *Понижается способность справляться с повседневными обязанностями*
- *Усиливается боль, паника и беспокойство*

(Corner et al 1999; Smith et al 2001; Smith et al 2001)

ОБЛЕГЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- Можем ли мы устранить причину ?
- Препараты опия и бензодиазепинов – главная опора паллиативного ухода.
 - Выбираем зависимости от жалоб пациента но часто приходится комбинировать
- Использование кислорода (особенно если $O_2 \text{ sat} < 90$)
- Ингаляции 0,9% солевого раствора
- Не медикаментозное : Вентилятор, открытое окно, холодные напитки (пища), убавить физическую активность, релаксация

КАШЕЛЬ

- Выяснит причину и вид кашля
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- Медикаментозная помощь (препараты кодеина, муколитики, опиаты, итд)
- Не медикаментозная помощь

КРОВОХАРКАНИЕ

Цель - уменьшить страх

- Легкое
 - Пер оральный ввод лекарств – этамсилат,
 - Угнетение кашля
- Тяжелое
 - в/в ввод лекарств, в первую очередь успокаивающие (Лоразепам) и жидкости
 - Для собирания крови используется полотенца или посуда тёмного цвета
 - Успокоить окружающих

ДЕПРЕССИЯ

Причины?

Лечение

- Антидепрессанты
- Психостимуляторы

ПИТАНИЕ БОЛЬНОГО

- Питание тяжелого больного производят в точно установленное время, маленькими порциями, но чаще
- Способствовать аппетит – возможность выбрать
- Увеличит приём жидкости

ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА – ОПЫТ ЛАТВИИ

- Создано в конце 1999. года
- С 2000 по 2008 в отделении лечились 312 больных (41/271)
- Первичный МЛУ у 53 и приобретённый у 259 больных.
- В стационаре умерло 195.

ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА – ОПЫТ ЛАТВИИ

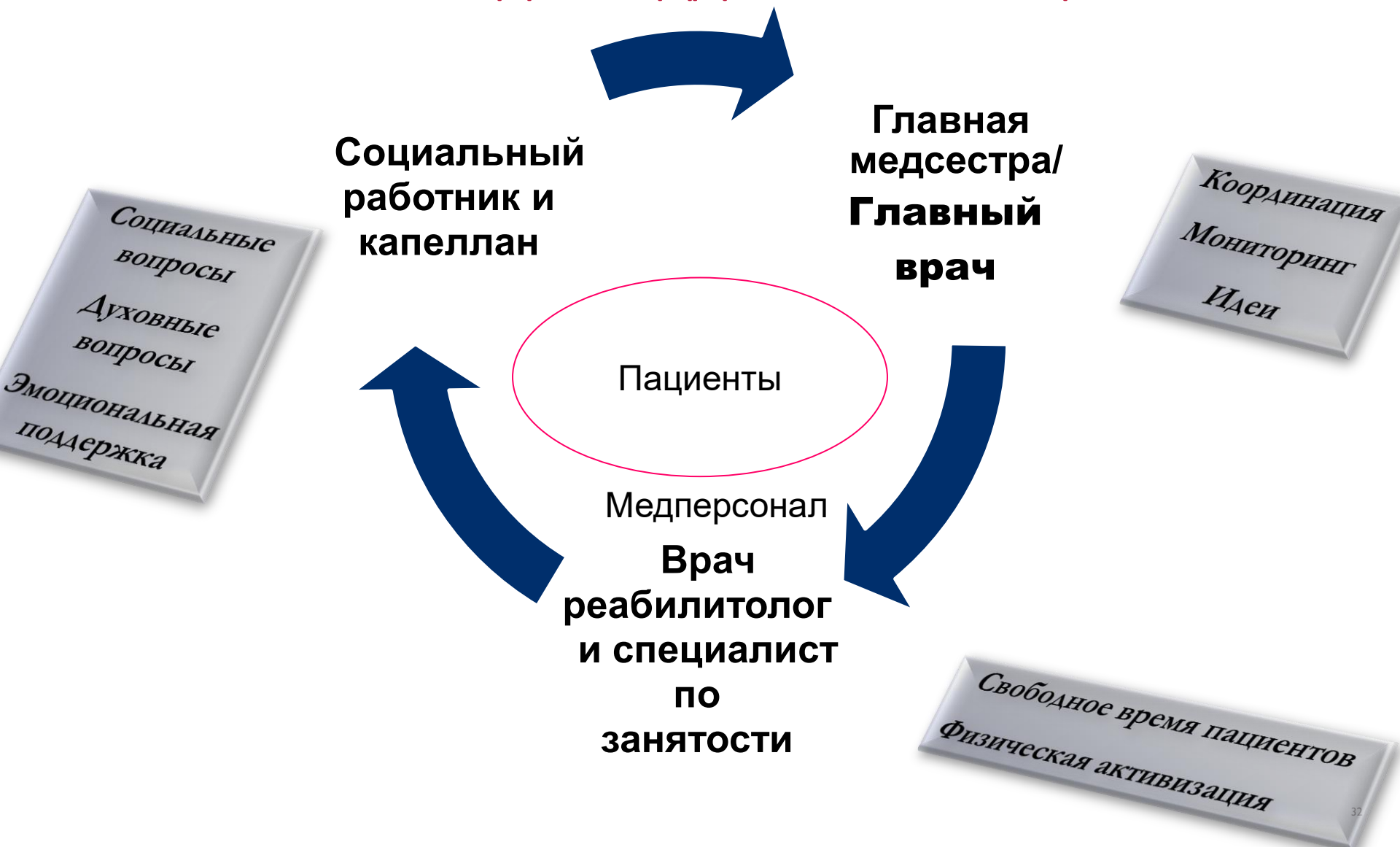
- Неудача лечения с 2000 по 2004 – 148 больных получавших МЛУ лечение (11,3%)
- Из них 88 (40 ШЛУ) продолжали лечение в паллиативном отделении (59,5%)
- Устойчивость к 8 и более медикаментам у 55 (62,5%).
- Умерло 59 (67%)
- *Продолжительность жизни после отмены терапии в среднем - 17 месяцев.*



СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Год	Симптоматические пациенты (в ТБ регистре)	Умершие в паллиативном отделении
2003.g.	85	15
2004.g.	85	18
2005.g.	83	24
2006.g.	61	21
2007.g.	43	15

ПРИМЕР КОМАНДЫ ПОДДЕРЖКИ В СТАЦИОНАРЕ



ЗАНЯТИЯ И ДИСКУССИИ ПРО ТБ



ТЕМАТИЧЕСКИЕ ПРЕДПРИЯТИЕ



ЗАЛ ГИМНАСТИКИ

- инфекционный контроль
- надзор



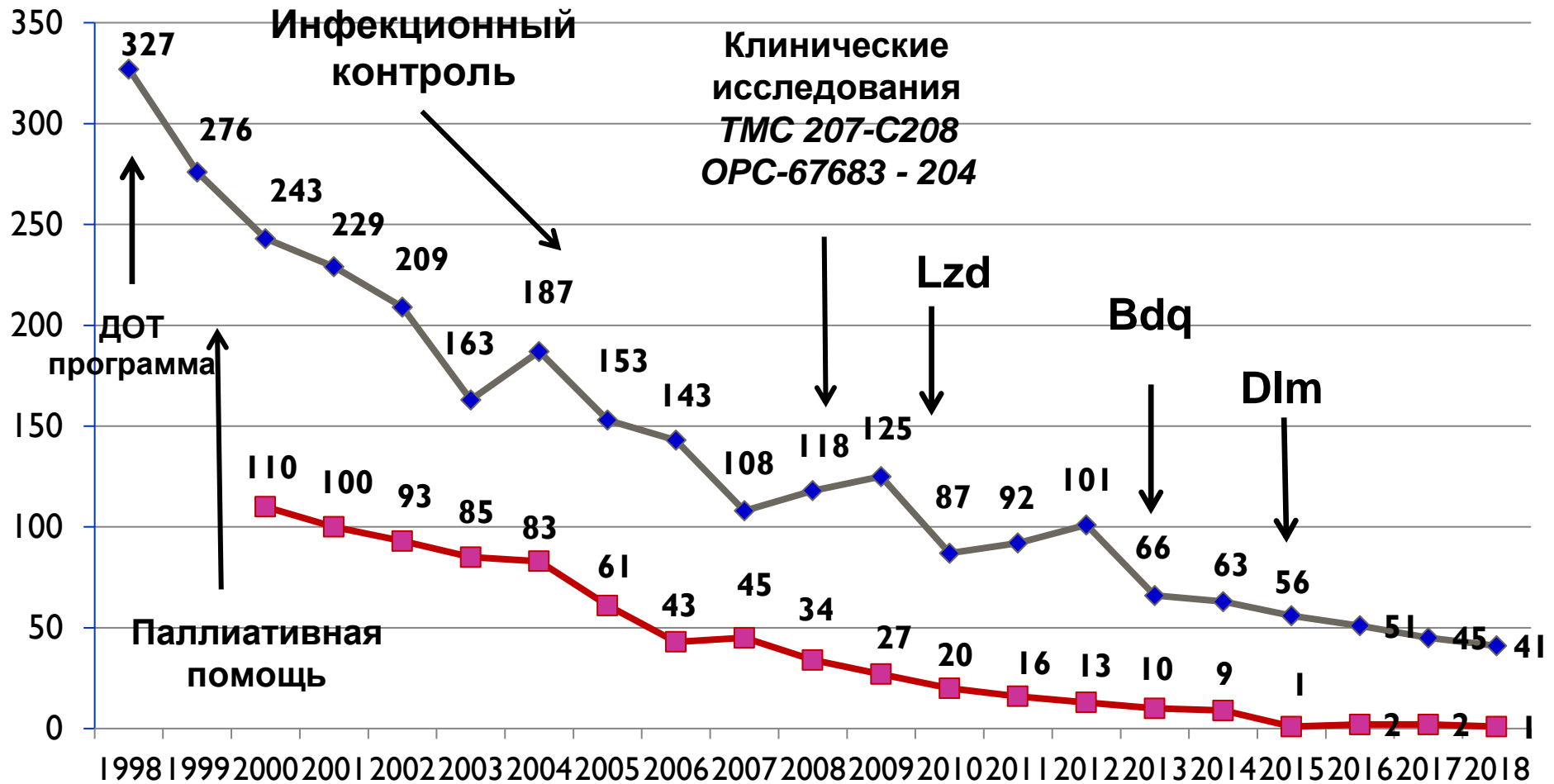
СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ



ДУХОВНАЯ ПОДДЕРЖКА



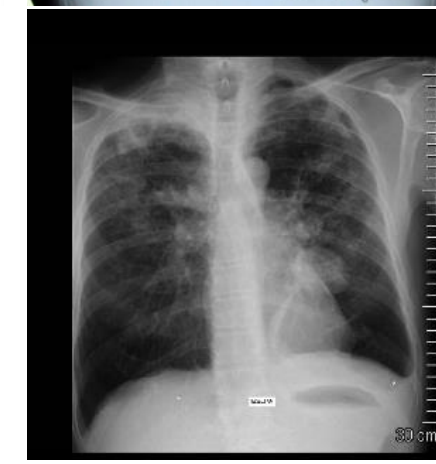
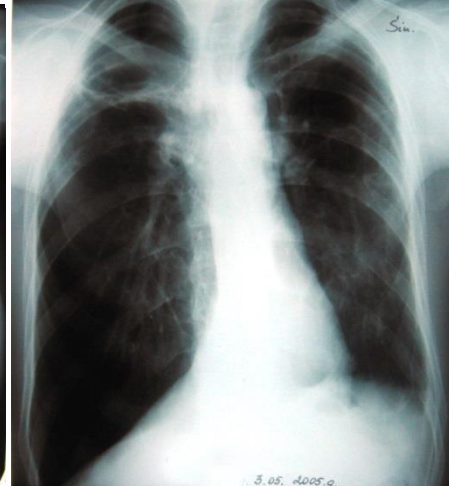
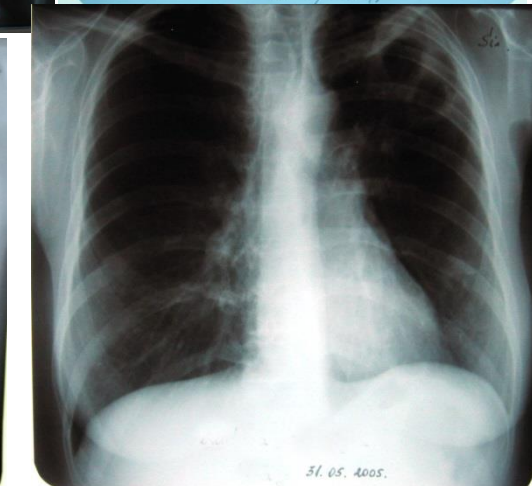
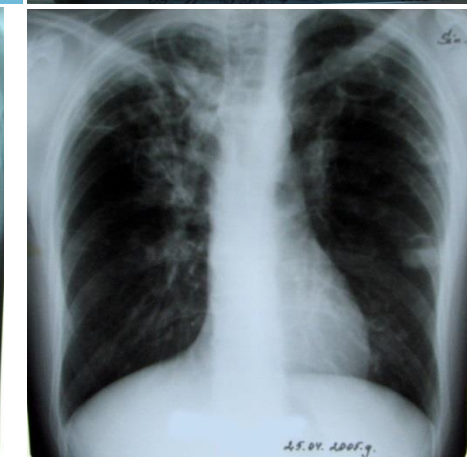
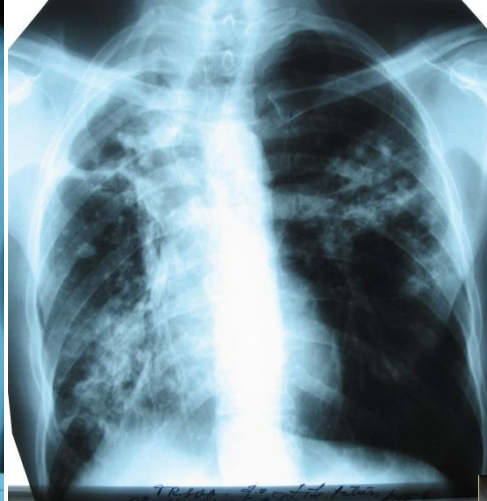
1996.....2018



◆ диагн. МЛУ пациенты
 ■ МЛУ пациенты на паллиативном...

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Програматический подход к менеджменту МЛУ/ШЛУ ТБ с возможностью лечить всех больных является самым важным чтобы избежать и снизить необходимость паллиативной помощи для излечимого заболевания.
- Соответствующая изоляция и паллативный уход за инфекционными неизлечимыми больными с целью улучшить качество жизни пациентов и предотвратить распространение широкой устойчивости.



“Это касается каждого на планете. Мы все хотели бы, чтобы наша жизнь и жизнь тех, кого мы любим, завершилась гармонично и спокойно”.

Архиепископ Десмонд Туту

2005