



Осетрова О.В.

(АНО «Самарский хоспис»),

Гремякова Т.А., д.м.н.

(Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,
ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», г. Москва)

ОДЫШКА

в паллиативной
помощи

Практические
рекомендации для врачей

ОДЫШКА

Одышка (диспное) —

субъективное ощущение нехватки воздуха. Подобно боли, она обусловлена как объективным состоянием, так и индивидуальной реакцией пациента на этот симптом. Одышка ограничивает общую повседневную и социальную деятельность, что приводит к потере независимости, социальной роли, а позднее, при прогрессировании — к тревоге, страху, нарушению сна, депрессии и безнадежности.

У некоторых пациентов одышка и связанное с ней беспокойство не коррелирует четко с ощущением нехватки воздуха. Так, при наличии выраженной одышки и визуальных признаков беспокойства пациент может не ощущать, что ему не хватает воздуха. И напротив, при нормальной частоте дыхания больные иногда жалуются на выраженное чувство нехватки воздуха. Именно *тревожность по поводу нехватки воздуха* — единственная черта, которая достоверно коррелирует с одышкой.

Распространенность: ХОБЛ — 90–95%, онкология — 50–77%, ССН — 60–90%.

Прогностически одышку разделяют на следующие три группы:

- одышка при нагрузке (прогноз = месяцы-годы);
- одышка в состоянии покоя (прогноз = недели-месяцы);
- терминальная одышка (прогноз = дни-недели).

Причины

Обструктивные:

- сужение просвета мелких бронхов, особенно бронхиол спастического генеза (бронхиальная астма, астматический бронхит);
- сужение просвета дыхательных путей за счет утолщения стенок бронхов (воспалительный, аллергический, бактериальный отек, отек при гиперемии, сердечной недостаточности);
- наличие на слизистой бронхов вязкого секрета, при увеличении его продукции бокаловидными клетками бронхиального эпителия, или слизисто-гнойной мокроты, или крови;
- сужение дыхательных путей вследствие рубцовой деформации бронхов;
- развитие эндобронхиальной опухоли;
- сдавление бронхов извне, в том числе опухолью, замещающей паренхиму легких, распространение лимфангита на междольковые перегородки;
- наличие бронхиолитов.

Рестриктивные (возникают вследствие нарушения альвеолярной вентиляции по причине ограничения растяжения легких, невозможности расправления легких):

- фиброз легких (интерстициальный фиброз, склеродермия, пневмокониозы и т. д.);
- большие плевральные и плевродиафрагмальные сращения;
- экссудативный плеврит, гидроторакс, гемоторакс;

- пневмоторакс;
- обширные воспаления альвеол, пневмония;
- большие опухоли паренхимы легкого;
- хирургическое удаление части легкого.

Гемодинамические:

- обструкция верхней поллой вены;
- сердечная недостаточность;
- тромбоэмболия легочной артерии.

Нейромышечные:

- слабость дыхательных мышц (неврологическое заболевание, инфекция (полиомиелит));
- астения;
- паралитические лекарственные препараты и др.

Другие органы: анемия.

Психогенные: беспокойство, страх, проблемы в семье, духовные и др. проблемы. Часто имеет место сочетание причин, что позволяет говорить о симптоме «тотальной одышки» по аналогии с симптомом «тотальной боли».

Оценка состояния:

- определение степени выраженности (интенсивности) одышки – со слов пациента, можно использовать Нумерологическую Оценочную Шкалу (НОШ) (рис.1) или Визуально-Аналоговую Шкалу (ВАШ); это важно как для первоначальной оценки, так и для оценки эффективности лечения;



Рис. 1. Нумерологическая Оценочная Шкала (НОШ)

- выявление факторов, облегчающих или усиливающих одышку, определение насыщения крови кислородом при наличии пульсоксиметра;
- выявление психоэмоциональных (страхи, тревога и проч.) и социальных неблагоприятных факторов;
- степень физической активности;
- определение качества жизни в целом, прогноз и планирование (например, помощь в организации получения кислородного концентратора или – в случае нарастания одышки на фоне резкого ухудшения общего состояния – планирование управления одышкой в последние дни жизни с пациентом и семьей).

Общие принципы помощи

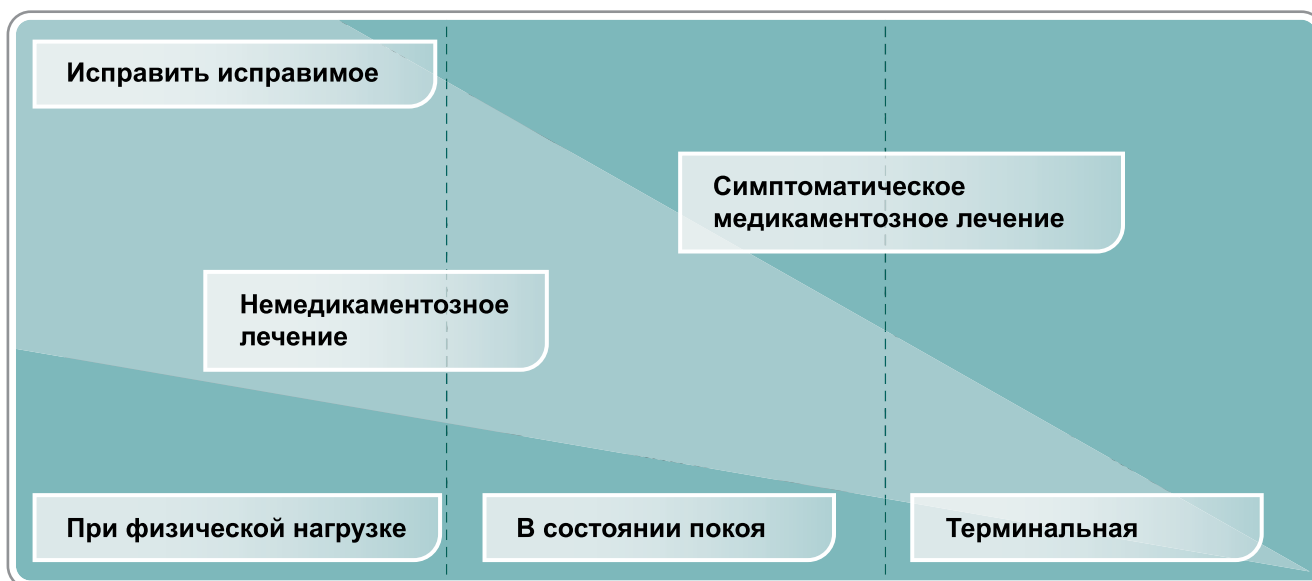


Рис. 2. Принципы ведения пациентов с тяжелой одышкой

Устранение обратимых причин, если это возможно (рис. 2):

- обструкция верхней полой вены – срочный перевод в специализированное отделение (для больных с прогнозом жизни более 2–3 месяцев); назначение больших доз кортикостероидов (Дексаметазон 16 мг перорально или п/к или Преднизолон 60 мг перорально; одновременно обеспечить защиту слизистой желудка);
- лечение бронхоспазма;
- лечение отека легких;
- лечение пневмонии;
- лечение плеврального выпота (торакоцентез);
- лечение выраженной анемии (гемотрансфузия);
- паллиативные вмешательства: радиотерапия, лечение лазером, стентирование (для больных с прогнозом жизни более 2–3 месяцев).

Немедикаментозные меры помощи с участием междисциплинарной команды:

- присутствие близких и медперсонала; важно: объяснить и успокоить, помочь в социальных проблемах;
- удобное положение в постели с приподнятым головным концом;
- прохладный воздух (открытое окно, вентилятор, ручной вентилятор на расстоянии 20–30 см от лица);
- релаксационная практика, дыхательная гимнастика;
- планирование двигательной активности в соответствии с состоянием;
- кислород (показан не всем пациентам): назначается при гипоксемии (снижение насыщения крови кислородом менее 90%) и тем, кто чувствует облегчение при его использовании (давать через маску, носовые катетеры 1–3 л/мин можно титровать до 6 л/мин). Контроль каждые 20–30 мин. При достижении нормоксемии (94–98%) – отменить.

Помнить, что неверное назначение кислорода может иметь серьезные, вплоть до фатальных, эффекты. Например, у пациентов с вентиляционной гиперкапнической недостаточностью (ХОБЛ и др.), активность дыхательного центра которых зависит от гипоксии, следует использовать более низкий целевой уровень насыщения крови кислородом: 88–92%.

Медикаментозное лечение

Бронходилататоры, муколитики

Даже при, казалось бы, отсутствующих клинических признаках бронхоспазма при одышке от их применения может быть достигнут положительный эффект.

- Сальбутамол/Вентолин 2,5–5 мг 4 раза в день небулайзером или 2 вдоха/нажатия 4 раза в день через спейсер.
- Ипратропиум/Атровент 250–500 мкг 3 раза в день небулайзером или 2 вдоха/нажатия 3–4 раза в день через спейсер.
- Физиологический раствор 5 мл через небулайзер может помочь в разжижении вязкой мокроты.
- Амброксол/Лазолван через небулайзер при вязкой мокроте.

Внимание! Сальбутамол может вызывать тахикардию, тремор и возбуждение при длительном применении!

Кортикостероиды

Снижают околоопухолевый отек, уменьшают одышку при множественных легочных метастазах и при карциноматозном лимфангите. Положительный эффект должен проявиться в течение 7 дней их применения. Пробуйте 4–8 мг перорально ежедневно в течение 1 недели. При лимфангите или обструкции дыхательных путей – 8–16 мг в день. Назначать в утренние часы, обеспечить защиту слизистой желудка. Отменять постепенно, если нет эффекта после одной недели лечения.

Опиоиды

Уменьшают респираторный ответ на гиперкапнию и восприятие одышки; эффективны при рефрактерной одышке, одышке в покое и в терминальной стадии; улучшение заметно при использовании низких доз, которые не вызывают угнетения дыхания, поэтому титрование опиоидов обязательно. Одновременно следует назначать слабительные препараты для предотвращения запоров и противорвотные – для предотвращения тошноты и рвоты.

Для пациентов, не принимавших морфин, используются следующие дозировки⁷:

ЕСЛИ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ГЛОТАТЬ*

Начальная доза – 2,5–10 мг внутрь по мере необходимости, шаг титрации 5 мг.

Если более 2 приемов в сутки:

назначать на регулярной основе (3–6 раз в день) с дальнейшим переходом на морфин с модифицированным высвобождением.

ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ ГЛОТАТЬ

Начальная доза – 2,5–5 мг подкожно, шаг титрации 5 мг.

Если более 2 введений в сутки:

назначать на регулярной основе 3–6 раз в день с дальнейшим переходом на пролонгированные инфузии.

Для пациентов, принимающих морфин, используются следующие дозировки:

Тяжелая одышка	100–150% от «прорывной» дозировки морфина**
Умеренная одышка	50–100 % от «прорывной» дозировки морфина
Легкая одышка	25–50% от «прорывной» дозировки морфина

Максимально можно использовать 6 дополнительных доз за 24 часа для всех показаний – на прорывы боли, одышки и кашля. Нужно обязательно титровать дозировки.

Если пациент не переносит морфин из-за побочных эффектов, то следует рассмотреть вторую линию опиоидов для купирования одышки или ротацию опиоидов.

* В январе 2020 года в Российской Федерации зарегистрирован Морфина раствор для приема внутрь в дозировках 2 мг/мл, 6 мг/мл, 20 мг/мл (по 5 мл в пластиковой ампуле), что дает возможность более точного и безопасного титрования.

** Дозировка для «прорывов» боли/«прорывная» – 1/5–1/6 от суточной дозировки морфина.

Бензодиазепины

Снимают беспокойство и тревогу, связанные с выраженной одышкой, но менее эффективны при одышке, чем опиоиды, и должны быть третьей линией терапии в лечении для пациентов, не имеющих положительного эффекта от немедикаментозных методов и опиоидов:

- Лоразепам под язык 0,5 мг каждые 4–6 часов по необходимости;
- Диазепам/Реланиум перорально 2–5 мг на ночь, если имеет место продолжительное тревожное состояние;
- Мидазолам/Дормикум п/к 2–5 мг каждые 4–6 часов по необходимости, если перорально или под язык дать медикамент невозможно.

При одышке, сопровождающейся выраженным беспокойством, тревогой, бессонницей, – применять весь комплекс перечисленных выше мероприятий и препаратов, сделав акцент на подборе (увеличении) дозы доступных бензодиазепинов и опиоидов. Пациентам, которые тревожны и бредят, показано назначение антипсихотиков (Галоперидол).

Необходима психоземotionalная поддержка и постоянное присутствие кого-то из ухаживающих рядом с пациентом для успокоения и возможности оценки изменения состояния пациента. По мере необходимости вносить изменения в проводимые мероприятия.

Диуретики

Назначают при выраженных застойных явлениях в легких 20–40 мг Фуросемида п/к. Не следует назначать на постоянной основе при одышке на фоне гипоальбуминемических отеков.

Одышка в последние дни и часы жизни, рефрактерная одышка

В амбулаторных условиях, на дому возможно использование Диазепама.

В условиях стационара – Мидазолам в зависимости от степени выраженности беспокойства, одышки, возраста и состояния:

- начальная доза 2,5–5 мг, п/к с постепенным увеличением при необходимости до 10–30 мг (начальная доза может достигать 0,4–0,8 мг/кг). Оценка состояния каждые 10–20 минут, состояние можно поддерживать в виде низкого уровня седации, если одышка купирована удовлетворительно;
- поддерживающая терапия: непрерывная подкожная инфузия (в российской практике используется все еще довольно редко), внутривенная инфузия (поддерживающая доза определяется индивидуально, максимально 0,2 мг/кг/час), обычно достаточно 10–60 мг/24 ч (средние значения) с постоянным контролем уровня одышки и сознания;
- гиосцина бутилбромид (Неоскапан, Спанил, Бускопан) п/к 20 мг каждый час при хрипах, шумном дыхании и секрете в дыхательных путях; если есть необходимость, до 120 мг/24 ч, либо атропин п/к 200–300 мкг (0,2–0,3 мл 0,1% раствора) каждые 4–6 ч.

Практические моменты

- Важны немедикаментозные меры купирования одышки. По мере прогрессирования заболевания медикаментозное лечение для облегчения одышки становится все более необходимым.
- Назначение опиоидов в малых дозах и тщательное титрование дозы – безопасно и не приводит к угнетению дыхания у онкологических больных, при обструкции дыхательных путей и у пациентов с сердечной недостаточностью.
- Планируйте меры по облегчению одышки в последние дни жизни с пациентом и семьей:
 - обсудите возможность седации в случае неконтролируемого беспокойства;
 - медикаменты для купирования симптома;
 - решите вопрос консультаций в ночное время.

Поговорите с пациентом

Расскажите пациенту и тем, кто за ним ухаживает, что одышка сама по себе не угрожает жизни. Поясните: «Вы не задохнетесь и не умрете». Согласуйте реалистичные цели; помогите пациенту и его близким привыкнуть к мысли, что постепенное ухудшение неизбежно.

Помогите пациенту справиться с утратой социальной роли, способностей и т.д.

Помогите пациенту повысить функциональные возможности: поощряйте физические усилия при одышке, чтобы поддерживать или улучшить физическую форму. Используйте вспомогательные приспособления для ходьбы. Адекватные физические упражнения следует поощрять. Необходимая физическая нагрузка определяется индивидуально, в соответствии с целями пациента, его заболеванием, соматическим статусом и прогнозом.

Объясните пациенту и его близким

Как дышать эффективнее

Поверхностное быстрое дыхание неэффективно – этот тип дыхания приводит к развитию беспокойства и паники. При контролируемом дыхании пациентам рекомендуют делать полные вдохи-выдохи, расслаблять шею, плечевой пояс, верхнюю часть грудной клетки, чтобы содействовать спокойному и расслабленному дыханию. Желательно минимизировать работу дыхания и создать у пациента чувство контроля над дыханием. Цель – задействовать диафрагму, а не вспомогательные мышцы. Пациенты должны дышать носом и осуществлять пассивный выдох в 1,5–2 раза длиннее, чем вдох.

Как лучше дышать при ХОБЛ

Технику контроля дыхания можно сочетать с дыханием через плотно сжатые губы у пациентов с тяжелой ХОБЛ, страдающих динамическим перерастяжением. Техника включает в себя вдох через нос и выдох через частично сомкнутые губы. Некоторые пациенты выполняют это интуитивно. Данная техника не подходит пациентам с серьезным перерастяжением легочной ткани и уплощенной диафрагмой, так как дыхание в покое зависит у них от работы вспомогательных мышц.

Как влияет положение тела на эффективность дыхания

Конкретные позы в определенных обстоятельствах могут помочь при одышке. Пациентам можно их рекомендовать, если они еще интуитивно не освоили эти приемы. Например:

- при ХОБЛ: в положении сидя наклониться вперед, руки/локти положить на колени или на стол, это увеличит давление в брюшной полости, повышая эффективность работы уплощенной диафрагмы. Положение рук фиксирует плечевой пояс, что повышает эффективность сокращения вспомогательных мышц и дыхания в целом;
- при односторонней бронхо-легочной болезни (например: коллапс, уплотнение, плевральный выпот) следует лечь на сторону здорового легкого; это максимально повысит вентиляционно-перфузионное соотношение. К сожалению, данное преимущество теряется при выраженном плевральном выпоте.

Пациент, использующий вспомогательные мышцы для дыхания, может повысить его эффективность путем фиксации положения рук. Это может быть размещение рук за головой – в положении сидя или опора рук о стену, на бедра, на пояс – в положении стоя.

Как использовать вентилятор

Многие пациенты испытывают облегчение при обдувании лица прохладным воздухом, возможно за счет стимуляции холодовых лицевых и назо-фарингеальных рецепторов. В основном вентилятор применяют для облегчения одышки после нагрузки. Рекомендуется держать его на расстоянии 15–20 см от лица, направляя в область носа и рта.

Зачем назначают опиоиды при одышке?

Как правило, опиоиды больше помогают пациентам, которые испытывают одышку в покое, а не только при нагрузке. Даже при максимальной нагрузке дыхание самостоятельно восстанавливается в течение нескольких минут, то есть гораздо быстрее, чем того требует введение и начало действия опиоидов. Поэтому немедикаментозные способы имеют первостепенное значение при одышке от физической нагрузки.

Морфин и другие опиоиды снижают реакцию на гиперкапнию, гипоксию и физические упражнения, уменьшая респираторные усилия и одышку. Улучшения заметны при дозировках, не вызывающих угнетение дыхания.

Опиоиды также нужны пациентам с тяжелой ХОБЛ, которые страдают от одышки, не снимаемой обычными методами лечения. Исследования подтверждают эффективность использования опиоидов перорально и парентерально, но не через небулайзер.

Поможет ли пациенту кислород при одышке?

- пациенту может существенно помочь даже поток свежего воздуха от вентилятора или из открытого окна;
- недавние исследования показали, что морфин оказывает большее успокаивающее воздействие на одышку, чем кислород;
- в последние часы жизни при отсутствии расстройства дыхания не следует использовать кислород даже при серьезной гипоксемии;
- у большинства пациентов, получающих кислород, его можно отменить, не провоцируя ухудшения состояния.

Благодарим за помощь в подготовке материалов

Кравченко Т.В. (главного врача ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Гуркину С.П. (заместителя главного врача по организации стационарной помощи ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Ибрагимова А. Н. (руководителя филиала «Первый Московский Хоспис им. Веры Миллионщиковой» ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Брусницыну В.Н. (заведующую 3-м отделением ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Список источников

1. Абузарова Г.Р. Невзорова Д.В. Обезболивание в паллиативной помощи. Практическое руководство для врача. Москва, 2018.
2. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, 2016. МКБ 10: R52.1/ R52.2.
3. Introducing Palliative Care Fifth Edition. Editors Twycross R., Wilcock A., 2016.
4. Hospice and Palliative Care Training for Physicians. Unipac Self-Study Program, 2008.
5. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012.
6. ProCare HospiceCare. Hospice Medication Utilization Guidelines. Eds. S. Shah, M. Madison.