

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ГБУЗ «Центр паллиативной
помощи ДЗМ»



фонд помощи
хосписам
Вера

МЕТОДИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Нестеренко О.И., к.м.н., врач паллиативной медицинской помощи

Московский многопрофильный центр паллиативной помощи
Департамента здравоохранения города Москвы

Москва, 2021 г.

В каком нормативно-правовом документе регламентированы правила организации паллиативной медицинской помощи взрослым и детям и описаны медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым и детям?



А

Совместный приказ Минздрава России и Минтруда России РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»

Б

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.08.2017 № 605 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

А

В КАКИХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТАХ ОБОЗНАЧЕНЫ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ?

Нормативно-правовой документ	Критерии нуждаемости в пп
<p>Совместный приказ Минздрава России и Минтруда России РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»</p>	<p>Регламентированы правила организации паллиативной медицинской помощи взрослым и детям. Описаны медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым и детям</p>
<p>Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.08.2017 № 605 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»</p>	<p>Подробно описаны критерии и даны инструменты оценки состояния пациента и его нуждаемости в паллиативной помощи</p>



Какие инструменты Вы используете для оценки нуждаемости пациента в паллиативной помощи?

- А** «ВОПРОС ОБ УДИВЛЕНИИ» (surprise question)
- Б** Анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи (из приказа 605)
- В** Шкала NESPAL
- Г** Шкала PPS: шкала для оценки общей активности больных при паллиативном лечении
- Д** Шкал PPI: шкала для оценки прогноза жизни пациента

А, Б, В, Г, Д

НАЧНИТЕ С САМОГО ПРОСТОГО – С «ВОПРОСА ОБ УДИВЛЕНИИ» (SURPRISE QUESTION)

СПРОСИТЕ СЕБЯ



«Удивлюсь ли я, если этот пациент умрет в течение года?»

Если ответ «НЕТ», то скорее всего пациент нуждается в паллиативной помощи



ВОПРОС ОБ УДИВЛЕНИИ – вопрос, требующий интуитивного ответа; объединяет такие факторы, как наличие сопутствующих патологий, социальные аспекты и др.

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ
НУЖДАЕМОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (приказ 605 г. Москвы)***

ЧТО И КАК МЫ ОЦЕНИВАЕМ?

***Приложение 1 к регламенту организации оказания паллиативной
медицинской помощи взрослому населению г. Москвы, приказ №605
от 28.08.2017г**



ОЦЕНИВАЕМ НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Различные формы злокачественных новообразований
2. Органная недостаточность в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента
3. Хроническое прогрессирующее заболевание терапевтического профиля в терминальной стадии;
4. Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, требующие симптоматического лечения и обеспечения ухода
5. Тяжелые необратимые последствия травм, в том числе черепно-мозговых, требующие симптоматической терапии и обеспечения ухода
6. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы на поздних стадиях развития
7. Различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в терминальной стадии



Выберите общие критерии для оказания паллиативной медицинской помощи на основании приказа №605

- А** Ожидаемая продолжительность жизни менее года
- Б** Ожидаемая продолжительность жизни более года
- В** Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи
- Г** Средний и высокий суицидальный риск

А, В, Г



ОБЩИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Ожидаемая продолжительность жизни **менее года**
- Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи
- Средний и высокий суицидальный риск

АНКЕТА ПАЦИЕНТА приказ № 605

ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Концентрация альбумина в плазме крови $< 2,5$ г/л**, независимо от острых приступов декомпенсации
- **Потеря веса более 10% в течение 6 мес**, не связанная с сопутствующими заболеваниями
- Показатели функциональных нарушений (количество баллов) **по индексу PPS $< 50\%$**
- **Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев**, несмотря на обеспечение соответствующей терапии
- Устойчивые **пролежни (3-4 стадии)**
- Рецидивирующая **инфекция (более одного раза в течение 6 месяцев)**



ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Делирий
- Устойчивая дисфагия
- Наличие эмоционального расстройства с психологическими симптомами, не связанного с сопутствующими заболеваниями
- Две или более (незапланированных) госпитализаций в связи с хроническим заболеванием за 12 месяцев
- Потребность в комплексной/непрерывной помощи в условиях медучреждения, либо на дому
- Наличие двух или более сопутствующих заболеваний





КАК ОЦЕНИВАЕМ

**БОЛЕЕ 5 ОТВЕТОВ «ДА»
НАПРОТИВ КРИТЕРИЕВ**

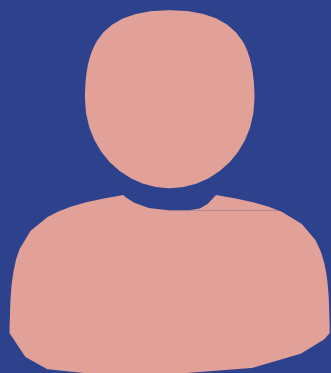


Пациент нуждается в
паллиативной помощи

**ОТ 3 ДО 5 ОТВЕТОВ
«ДА» + МНЕНИЕ
ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА О
НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
ПОКАЗАНИЙ К
ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ**



Решение о
нуждаемости в
паллиативной
помощи принимает
врачебная комиссия



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

ПАЦИЕНТКА Р., 65 ЛЕТ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Основной диагноз

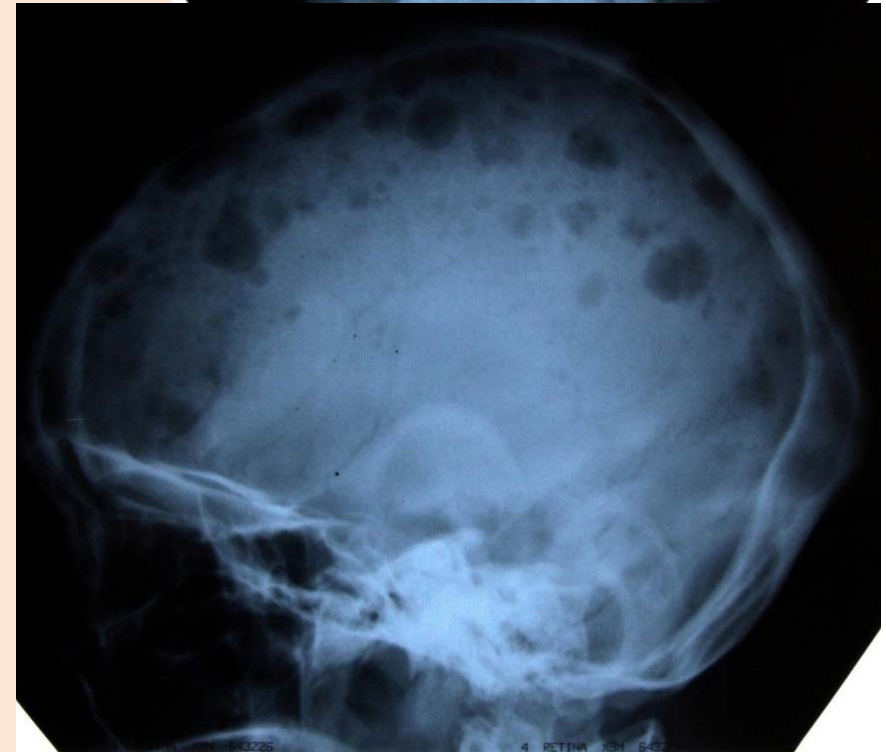
Миеломная болезнь. Вторичный AL-амилоидоз с поражением кожи, ПЖК, сердца, почек, ЖКТ, языка. Инфильтративная кардиомиопатия. Амилоидное поражение митрального клапана и аортального клапана с формированием комбинированного митрально-аортального порока сердца

Осложнения

Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ХСН II Б, NYHA III-IV. Умеренная легочная гипертензия. Макроглоссия

Сопутствующая патология

ЦВБ. Хр. ишемия головного мозга. Сахарный диабет, 2 тип, целевой уровень HbA1c < 8,5%, с неуточненными осложнениями



ЖАЛОБЫ: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ В ПП ОНИ УКАЗЫВАЮТ

Жалобы

Боли в поясничном отделе позвоночника и ребрах (до 6 баллов по шкале ВАШ без обезболивающей терапии)

Боли и отечность мелких суставов кистей рук, отечность подбородка, выраженные отеки нижних конечностей

Одышка при минимальной физической нагрузке и в покое

Слабость в руках и нижних конечностях, невозможность самостоятельно держать предметы в руках

Похудание на 20 кг за последние полгода

Выявленные критерии

Болевой синдром более 5 баллов по шкале боли

Одышка в состоянии покоя и при минимальной физической нагрузке

Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев

Потеря веса более 10% в течение 6 месяцев, что не связано с сопутствующими заболеваниями

«ДА» ОТВЕТОВ

4

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ В ПП ОН УКАЗЫВАЕТ

Анамнез

Диагноз верифицирован в 2015г.
Проживала в сельской местности
(Калужская область)

Специальное лечение не проходила
Назначался метидред 4 мг по 2 таблетки
в сутки

Ухудшения состояния последние 6
месяца

За прошедший год было 3
госпитализации по поводу пневмонии и
гнойных паронихий I, III пальцев левой
кисти

Выявленные критерии

Подтвержденный диагноз
злокачественного новообразования
(стадия 4)

Рецидивирующая инфекция

3 госпитализации за прошедший год

«ДА» ОТВЕТОВ

3

ОСМОТР ПАЦИЕНТКИ: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ ОН УКАЗЫВАЕТ

Отеки нижних конечностей (плотные), лимфорея, отечность кистей рук, что обусловлено снижением общего белка до 51 г/л, альбумина до 31 г/л; - **Концентрация альбумина в плазме крови < 2,5 г/л**

Кончики пальцев цианотичны, деформация межфаланговых суставов, преимущественно дистальных («сосискообразные пальцы») - **Утрата способности выполнять повседневную деятельность**

ЧДД 26 в минуту. StO₂ на а.в. – 89%. - **Одышка при минимальной физической нагрузке и в покое**

Макроглоссия. Отпечатки зубов на боковых поверхностях языка. Проявление вторичного амилоидоза - **Полиорганная недостаточность**

«ДА» ОТВЕТОВ

4



СОВОКУПНОСТЬ КРИТЕРИЕВ НУЖДАЕМОСТИ ПАЦИЕНТКИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- Злокачественное новообразование с признаками полиорганной недостаточности
- Ожидаемая продолжительность жизни менее года
- Низкая концентрация альбумина в плазме крови
- Потеря веса более 10% от исходного в течение 6 месяцев
- PPS – 40%
- Утрата способности выполнять ряд повседневных видов деятельности: держать ложку, вилку, расчесываться, чистить зубы, самостоятельно принимать душ или ванну, готовить пищу и т.д.
- Рецидивирующая инфекция (трижды пневмония)
- Наличие более двух сопутствующих заболеваний

«ДА» ОТВЕТОВ

8





Нуждается ли пациентка в паллиативной помощи?

- А** Пациентка нуждается в паллиативной помощи
- Б** Пациентка не нуждается в паллиативной помощи
- В** Решение о нуждаемости в паллиативной помощи принимает врачебная комиссия

А

АНКЕТА ПАЦИЕНТА (приказ №605)
**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРИ
ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Подтвержден метастатический процесс (**стадия 3-4**) при незначительном ответе на специфическое лечение или наличии противопоказаний к специфической терапии, выраженное прогрессирование заболевания на фоне лечения (метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени, легких)
- Серьезные функциональные нарушения (**PPS < 50%**)
- Стойкие беспокоящие симптомы, несмотря на оптимальное лечение вызывающих их заболевание, в том числе наличие болевого синдрома (**более 5 баллов по шкале боли**)



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ИНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ



- **Одышка в состоянии покоя или при минимальной нагрузке** вне обострения заболевания
- **Тяжелые соматические и психологические симптомы**, несмотря на лечение основного заболевания
- По результатам исследования ФВД: **FEV1<30% или CVF<40%, DLCO<40%**
- **Необходимость контролировать газовый состав артериальной крови** после завершения оксигенотерапии – клинические проявления сердечной недостаточности
- Повторные госпитализации (**более 3 госпитализаций в течение 12 месяцев в связи с обострениями ХОБЛ**)

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- **Сердечная недостаточность класса 3 или 4 по NYHA**, тяжелое заболевание клапанов или неоперабельная коронарная недостаточность
- Одышка в покое или при минимальной нагрузке
- Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания
- Результаты ЭХО-КГ: фракция выброса **менее 30%** или **выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии более 60 мм.рт.ст.)**
- Почечная недостаточность (**СКФ < 30 мл/мин**)
- Неоднократные госпитализации по причине сердечной недостаточности/ИБС (**более 3 раз за 12 месяцев**)



ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОЗЫ

ИНСУЛЬТ

Во время острой и подострой фаз: устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание более трех дней

Во время хронической фазы (более 3 месяцев после инсульта):

- неоднократные осложнения (аспирационная пневмония)
- пиелонефрит (более одного раза)
- неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (наличие повышенной температуры после лечения антибиотиками в течение одной недели)
- пролежни 3-4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами



ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОЗЫ: БАС, РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ, ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ МОТОРНОЙ СИСТЕМЫ (БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА)

- Прогрессирующее ухудшение физиологических и психических функций, несмотря на лечение основного заболевания
- Комплексные и тяжелые симптомы
- Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению
- Прогрессирующая дисфагия
- Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или ДН



ТЯЖЕЛАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

- **Прогрессирующий цирроз печени, стадия «С» по Чайлд-Пью**
- **Наличие из следующих клинических осложнений**
 - *устойчивый к диуретической терапии асцит*
 - *гепаторенальный синдром или кровотечение из верхних отделов ЖКТ в связи с портальной гипертензией, не отвечающее на фармакологическое или эндоскопическое лечение и с противопоказанием к трансплантации*





ТЯЖЕЛАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

- Тяжелая почечная недостаточность (уровень креатинина >120 мкмоль/л)
- Наличие противопоказаний к заместительной терапии и трансплантации

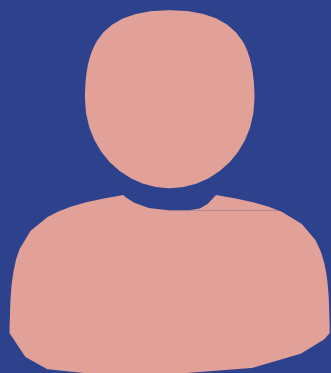
ДЕМЕНЦИЯ

Критерии оценки степени тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи, недержание мочи и кала, неспособность к разумной коммуникации

Показатели прогрессирования: утрата способности к двум и более видам повседневной деятельности за последние 6 месяцев, затрудненное глотание, отказ от еды

Повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев): в связи с сопутствующими патологиями, вызывающими функциональные или когнитивные нарушения





КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

ПАЦИЕНТКА Д., 56 лет
поступила во 2 ОМПМ 29.11.2018г



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Диагноз клинический основной

Лейомиосаркома средостения с вовлечением легочного ствола и опухолевым тромбозом правой и левой легочных артерий. Состояние после 2 курсов ПХТ. Мтс поражение легких, левосторонний субтотальный пневмоторакс, тотальный левосторонний гидроторакс, абсцесс верхушки левого легкого. 15.09.18 - дренирование левой плевральной полости, 24.09.18 - редренирование. 03.10.18 клапанная бронхоблокация по поводу бронхопульмонального свища

Осложнения основного заболевания

Посттромбоэмболическая легочная гипертензия (Р сист – 68 мм.рт.ст). Раковая интоксикация. интоксикация. ДН II – III

Сопутствующая патология

Язвенная болезнь желудка. Оперативное лечение в 2015 году. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3. Хронический пиелонефрит, вне обострения

ЖАЛОБЫ: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ ОНИ УКАЗЫВАЮТ

Жалобы

Одышка в покое и при малейшей физической нагрузке, при разговоре

Резкая слабость, снижение аппетита

Похудание на 15 кг за 6 месяцев

Выявленные критерии

Одышка в состоянии покоя и при минимальной физической нагрузке

Потеря веса более 10% в течение 6 месяцев, что не связано с сопутствующими заболеваниями

«ДА» ОТВЕТОВ

2

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ В ПП ОН УКАЗЫВАЕТ

Анамнез

27.03.2018 была госпитализирована в ГКБ им Д.Д. Плетнева. Диагностирована ТЭЛА, опухоль средостения.

Гистологическое исследование № 4104/Б/ИГХ - картина лейомиосаркомы средостения с вовлечением легочного ствола и опухолевым тромбозом правой и левой легочных артерий.

Хирургическое и лучевое лечение показано не было. В октябре 2018г выявлено мтс поражение легких, левосторонний субтотальный пневмоторакс, тотальный левосторонний гидроторакс, абсцесс верхушки левого легкого. За время лечения отмечается зависимость от оксигенотерапии со снижением SpO2 до 75% на атмосферном кислороде

Выявленные критерии

Подтвержденный диагноз злокачественного новообразования (стадия 4)

Тяжелые соматические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания (кислородозависимость)

«ДА» ОТВЕТОВ

2

ОСМОТР ПАЦИЕНТА: НА КАКИЕ КРИТЕРИИ НУЖДАЕМОСТИ В ПП ОН УКАЗЫВАЕТ

Анамнез

Состояние больной тяжелое

Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые с землистым оттенком. Массивные отеки голеней и стоп. Тургор кожи – снижен. Костно-мышечная системы: диффузная гипотрофия мышц. SpO₂ – 98% (на малопоточной оксигенотерапии). ЧДД – 24 в мин (при разговоре до 26). Дыхание жесткое, в н/о ослаблено больше слева, там же единичные крепитирующие хрипы. ЧСС 98 в мин, пульс 98 в мин, АД 110/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. В связи с ограничением двигательной активности используется адсорбирующее белье. Активна в пределах кровати, в пределах прикроватного пространства с посторонней помощью. PPS – 40%. PPI – 6,5. ППЖ менее 3 недель

Выявленные критерии

Органная недостаточность в стадии декомпенсации при невозможности достичь стабилизации состояния

Серьезные функциональные нарушения (PPS – 40%, PPI – 6. ППЖ менее 3 недель)

Ожидаемая продолжительность жизни менее года

«ДА» ОТВЕТОВ

3

СОВОКУПНОСТЬ КРИТЕРИЕВ НУЖДАЕМОСТИ ПАЦИЕНТКИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- Наличие злокачественного новообразования
- Ожидаемая продолжительность жизни менее года
- Потеря веса более 10% в течение 6 месяцев
- PPS<50%
- Потребность в комплексной/интенсивной непрерывной помощи в условиях медучреждения (кислородная поддержка)
- Наличие более двух сопутствующих заболеваний
- Подтвержден метастатический процесс (стадия 4), незначительный ответ на специфическое лечение (ПХТ), выраженное прогрессирование заболевания (вовлечение легочного ствола и опухолевый тромбоз правой и левой легочных артерий)
- Стойкие беспокоящие симптомы (тягостная одышка)

«ДА» ОТВЕТОВ

8





Нуждается ли пациентка в паллиативной помощи?

- А** Пациентка нуждается в паллиативной помощи
- Б** Пациентка не нуждается в паллиативной помощи
- В** Решение о нуждаемости в паллиативной помощи принимает врачебная комиссия

А

НАЗНАЧЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- Стол - ОВД . Режим – палатный. Водно – питьевой режим (1.5 литра в сутки)
- В качестве дыхательного аналептика назначен опиоидный наркотический анальгетик: Sol. Morphini 10 мг/мл п/к 2 раза в день п/к предположительно на 3 дня с переходом на пероральные формы
- С целью уменьшения явлений одышки, эндогенной интоксикации, аппетита, противоотечной, обезболивающей целью: Р-р дексаметазон 8 мг в/м утром
- С гастропротективной целью на весь срок терапии системными ГКС (с учетом язвенного анамнеза): капс. омепразол 20 мг на ночь
- Малопоточная оксигенотерапия



**А МОЖЕТ ЛИ ПАЦИЕНТ
НУЖДАТЬСЯ В
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ,
ЕСЛИ «ДА» ОТВЕТОВ
МЕНЬШЕ ТРЕХ**

**Шкала Несрал говорит нам
«ДА»!**

ШКАЛА NESPAL: ЧТО НАМ НУЖНО О НЕЙ ЗНАТЬ

NESPAL - сокращенное от **Necesidades Paliativas**, в пер. с исп. «паллиативные потребности». Это методика выявления в рамках общего медицинского обслуживания пациентов, нуждающихся в любой из форм ПП

Шкала была разработана Каталонским институтом онкологии (Испания) и Департаментом здравоохранения Каталонии (Испания) при участии ВОЗ

Шкала NESPAL использовалась при разработке Анкеты пациента в приказе №605, поэтому критерии оценки в них похожи.

Шкала NESPAL начинается с «вопроса об удивлении», а второй вопрос в ней звучит так: «Выражал ли пациент с прогрессирующим заболеванием или лицо, обеспечивающее основной уход за ним, **в явной или неявной форме просьбу получать исключительно паллиативное/симптоматическое лечение? Предлагал ли он ограничить терапию или отказаться от специализированных лечебных мероприятий?» (да \ нет)**



КАКОЙ РЕЗУЛЬТАТ ПО ШКАЛЕ NESPAL ГОВОРИТ О НУЖДАЕМОСТИ ПАЦИЕНТА В ПП?

1. Если на «**ВОПРОС ОБ УДИВЛЕНИИ**» врач ответил «**НЕТ**»
2. **Если дан ответ «Да»** хотя бы в одном из следующих разделов

Раздел 2

Запрос пациента на ПП или мнение врача о нуждаемости пациента в ПП

Раздел 3

Общие клиническим показателям тяжести и прогрессирования заболевания: перечень критериев

Раздел 4

Особые клинические показатели тяжести и прогрессирования болезни по заболеваниям: перечень критериев



**КАКИЕ ЕЩЕ ШКАЛЫ МЫ
ИСПОЛЬЗУЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ
ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТА И ЕГО
НУЖДАЕМОСТИ В
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ?**



Принятие решения о той или иной тактике ведения пациента с неизлечимым прогрессирующим заболеванием необходимо осуществлять с позиций оценки качества жизни и прогнозирования ожидаемой продолжительности жизни

ШКАЛА PPS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE)* ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЩЕЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Шкалу PPS можно использовать в нескольких целях:

1. Хороший коммуникативный инструмент для быстрого описания уровня функционального состояния пациента на данный момент
2. Это единый язык врачей в оценке мобильности пациента

*Приложение 2 к регламенту организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению г.Москвы (приказ №605 от 28.08.2017г)

ШКАЛА PPS

Оценка в %	Способность к передвижению	Виды активности и проявления болезни	Самообслуживание	Питание/питье	Уровень сознания
100	Полная	Практически здоров: жалоб нет; признаков заболевания нет	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
90	Полная	Сохранена нормальная ежедневная активность; незначительная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
80	Полная	Нормальная ежедневная активность поддерживается с усилием; умеренная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
70	Сокращенная	Способен себя обслужить; не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
60	Сокращенная	Большей частью способен себя обслужить, однако в отдельных случаях нуждается в уходе	Иногда требуется помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
50	Главным образом сидит или лежит	Частично способен себя обслужить, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская помощь	Требуется значительная помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
40	Преимущественно в постели	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и медицинская помощь	Как правило, не обходится без помощи	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
30	Полностью прикован к постели	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует	Тотальный уход	Сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
20	Полностью прикован к постели	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	Тотальный уход	Мелкие глотки	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
10	Полностью прикован к постели	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс	Тотальный уход	Только уход за полостью рта	Сонливость или кома
0	Смерть	Смерть	-	-	-

КАК РАБОТАТЬ СО ШКАЛОЙ PPS



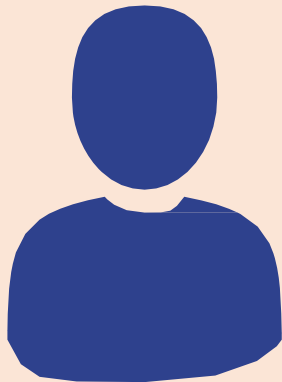
Шкала PPS предполагает горизонтальное чтение по каждой строке для того, чтобы подобрать наиболее подходящий ответ. По этой строке и определяется уровень общей активности больного в %

Если большинство показателей выстраиваются на одном уровне, а один или два показателя оказываются на более низком или высоком уровне – определите, какой из этих уровней больше всего подходит данному пациенту

Исходя из клинической ситуации и приоритетности «столбца слева» определите, какой уровень состояния по данной шкале больше всего определяет состояние пациента



ПРИМЕР 1

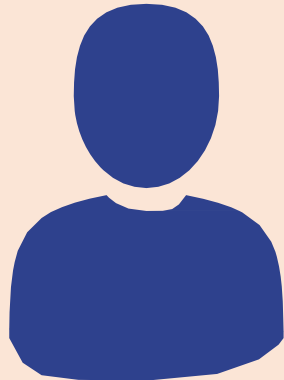


Пациент проводит большую часть дня сидя или лежа, чувствует слабость из-за прогрессирующего заболевания, нуждается в серьезной помощи во время ходьбы даже на короткие расстояния. При этом пациент находится в полном сознании и нормально принимает пищу и питье

Какой уровень состояния по шкале PPS?

- А** 40%
- Б** 50%
- В** 60%

Б



ПРИМЕР 2

Парализованный пациент с квадриплегией, нуждается в постоянном уходе. Может передвигаться с помощью кресла-коляски



Какой уровень состояния по шкале PPS?

А 30%

Б 40%

А

Даже если пациенту предоставят коляску, которая, на первый взгляд, должна повысить его способность к передвижению до 50%, уровень его состояния все равно будет 30%, потому что без коляски и помощи людей, осуществляющих полноценный уход за ним (включая перемещение и поднятие), он был бы полностью прикован к постели из-за заболевания или осложнений

ШКАЛА PPI (ППЖ) - САМЫЙ ПРОСТОЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА



**ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

НО! МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И У СОМАТИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ

С выживаемостью независимо ассоциируются 5 параметров

- функциональный статус
- прием пищи per os
- отеки
- одышка в покое
- делирий (психомоторное возбуждение)

**Паллиативный прогностический индекс
PPI**

PPS	10-20	4,0
	30-50	2,5
	>60	0
Питание	резко снижено	2,5
	снижено	1,0
	в норме	0
Отёки	есть	1,0
	нет	0,0
Одышка в покое	есть	3,5
	нет	0
Делирий (психомоторное возбуждение)	есть	4,0
	нет	0

PPI > 6 - прогнозируемая продолжительность жизни менее 3-х недель

PPI > 4 - прогнозируемая продолжительность жизни менее 6-и недель

PPI ≤ 4 - прогнозируемая продолжительность жизни более 6-и недель

ДЛЯ ЧЕГО ВАЖНО ЗНАТЬ ПРОГНОЗИРУЕМУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ (PPI) У ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ?



Решение вопроса о целесообразности продолжения специализированного лечения врачом – онкологом



Решение вопроса о целесообразности наложения гастростомы



Решение вопроса о целесообразности стентирования пищевода, общего желчного протока (паллиативная хирургия)



Решение вопроса в стационаре о проведении торако – или лапароцентеза (учитывать и состояние гемодинамики!)



Целесообразность оформления в социальное учреждение, ИПРА



Ответ на вопрос родственников о продолжительности жизни близкого им человека (решение юридических вопросов)



ВАЖНО!


Выявление потребности в паллиативной помощи не означает необходимости прекращения специализированного лечения болезни и не требует ограничения лечебных процедур, если пациенту прописано данное лечение и если оно улучшает его состояние или качество жизни.



- Продолжение паллиативной ПХТ
- Продолжение таргетной терапии
- Продолжение гормонотерапии
- Возможность радиохирургического лечения

**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ
СТАЦИОНАРНОЙ КАРТЫ
ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА**

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ И СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

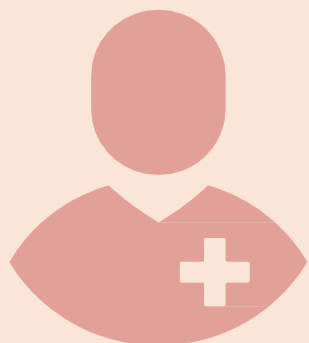
- 
- | | |
|--|---|
| 1. Пациент дееспособен | 1. Подписывает пациент |
| 2. Пациент дееспособен, но не способен сам подписать из-за тяжести состояния | 2. Указать это в истории болезни и дать подписи 3 сотрудников |
| 3. Пациент недееспособен и не может выразить свою волю | 3. Предоставляется заключение суда о признании пациента недееспособным. Согласие подписывает назначенный опекун |
| 4. Пациент недееспособен и может выразить свою волю | 4. Предоставляется заключение суда о признании пациента недееспособным. Согласие подписывает сам пациент |

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА

- Предшествующие медицинские документы
- Заявка на госпитализацию врача Выездной службы
- ВК о признании пациента нуждающимся в паллиативной помощи (для неонкологических пациентов)
- Гистологическая верификация (для онкологических пациентов)
- Копии гражданских документов, снятые с оригинала
- Заявление от родственников на социальную передышку (если госпитализация обусловлена этим)

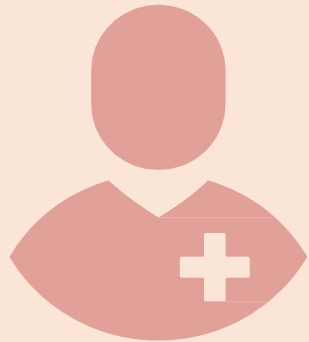


Если у пациента отсутствуют гражданские документы или регистрация – сообщаем дежурному в отделение полиции по округу и фиксируем в истории болезни



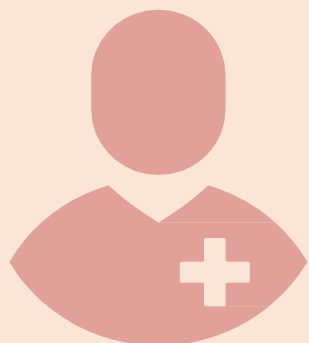
ВЕДЕНИЕ ЛИСТА НАЗНАЧЕНИЙ

разделение медикаментозной терапии,
листа перевязок и инсулинового листа



**ВЕДЕНИЕ ЛИСТА
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ
И СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ
ВЕЩЕСТВ**

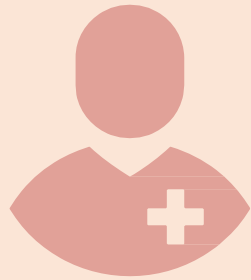
КОНТРОЛЬ ДИУРЕЗА



При назначении мочегонной терапии и фиксация данных показателей в температурном листе

Отметка в температурном листе о наличии у пациента стула

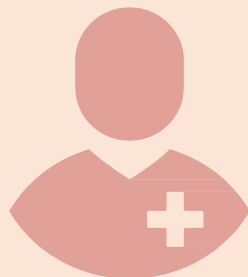
Отметка о ванне (раз в 5-7 дней у маломобильных пациентов)



КОНТРОЛЬ ОТДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ

по нефростомам, цистостоме, уретральному катетеру. Контроль отделяемого по холангиостоме, по дренажам при гнойных процессах. Данные показатели фиксируются в динамическом листе и истории болезни





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ЗАПОЛНЕНИЕ КАРТЫ ПРОЛЕЖНЕЙ

Там же указания на наличие гематом, трофических язв, сыпи, рубцов или любых кожных дефектов. При отсутствии таковых – запись, что «кожных повреждений не выявлено»

При выявлении вновь появившихся дефектов – в динамике заполняется НОВЫЙ ЛИСТ

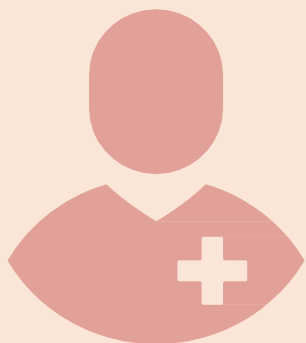
КАРТА ПРОЛЕЖНЕЙ

Ф.И.О. пациента: Ковалев А.И.

ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Филиал «Хоспис «Дегутино»
дата: 16 » 03 2015 г.

Handwritten notes on the diagrams include:
- Back view: "да" near the lower back, "I 2x5", "IV 2x5", "II 2x3", "III 2x4", "IV 2x3", "IV 2x4", "IV 2x5".
- Front view: "сильно" near the chest, "слабо" near the abdomen, "слабо" near the hands, "слабо" near the feet.
- Signature: "Врач: Т. Жуков" at the bottom right.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА



- Четко сформулированный краткий анамнез заболевания (для онкологического пациента)
- № гистологического заключения
- № ВК протокола о признании пациента паллиативным и дата
- Знает ли пациент о своем диагнозе?
- Какую предшествующую обезболивающую терапию получал пациент, ее эффективность
- Социальный анамнез (с кем проживает, кто ухаживает, имеется ли у пациента группа инвалидности и ИПРА, планируется ли оформление пациента в соцучреждение – ПВТ или ПНИ, если нет, то кто после выписки будет осуществлять уход за пациентом, будут ли обучаться родственники уходу в стационаре)
- Уровень сознания
- ! Наличие болевого поведения
- Осмотр по органам и системам, шкалы PPS, PPI, оценка риска падения по шкале Морсе, оценка болевого синдрома для вербальных или невербальных пациентов

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Указание режима, диеты (стола), подбор энтерального питания, питьевого режима
- Планируемые медикаментозные и профилактические мероприятия:
 - *оценка риска падения, риска развития пролежней, риска аспирации, риска кровотечения – если распад опухоли или любые другие виды кровотечения, используем **красное белье***
 - *разработка планов предотвращения данных рисков*

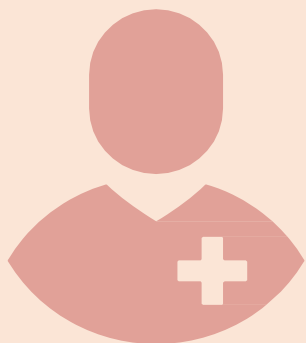


ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Консультации специалистов мультидисциплинарной команды: диетолог, психотерапевт, психолог, врач ЛФК, эрготерапевт и т.д.
- Планируемые диагностические мероприятия: УЗИ брюшной полости и плевральных полостей для оценки количества жидкости и наличия показаний для торако- или лапароцентеза, УЗДГ вен нижних конечностей при подозрении на тромбоз и т.д.

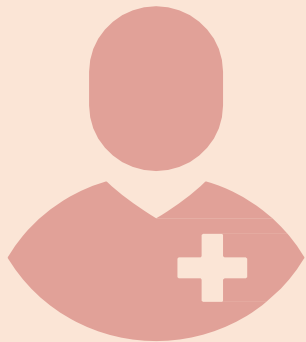


ОСОБЕННОСТИ ДНЕВНИКОВЫХ ЗАПИСЕЙ



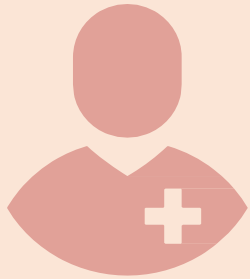
Помимо отражения жалоб, статуса, аппетита,
указываем

- кто посещал из родственников
- проводились ли беседы с лечащим врачом и заведующим отделением
- психоэмоциональный статус пациента
- проводились ли беседы с психологом или психотерапевтом



ЕСЛИ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА УХУДШАЕТСЯ

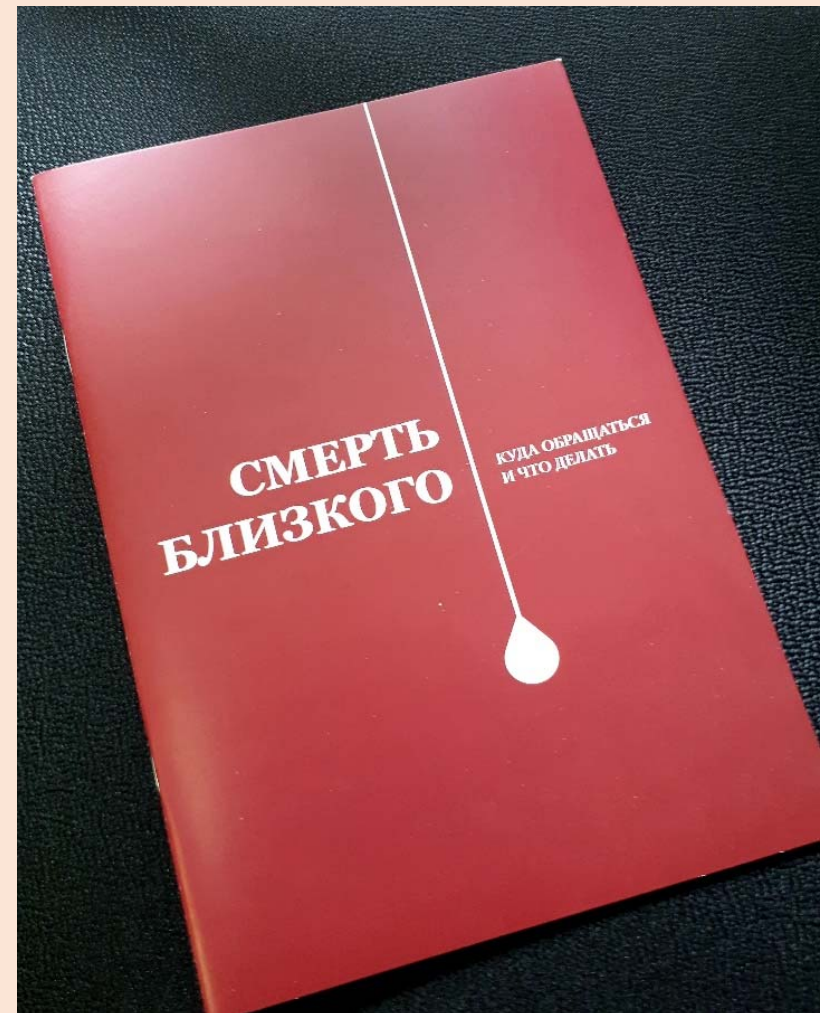
- своевременное сообщение информации об этом родственникам,
- перевод в отдельную палату
- организация индивидуального поста



ЧТО ДЕЛАТЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

работа с родственниками

- Обсудить с родственниками отказ от вскрытия
- Предоставить близким подробную информацию об обращении к соцработнику за консультацией по оказанию ритуальных услуг
- Предложить родственникам помощь психотерапевта или психолога Центра
- Организовать прощание



ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ КАРТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА

В ВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА СПЕЦИАЛИСТОВ



- заведующий отделением
- старшая медицинская сестра
- лечащий врач
- постовая
- процедурная и перевязочная медицинская сестра
- психотерапевты
- психологи
- социальные работники
- врачи отделения диагностики

**СОВМЕСТНО С СЕМЬЕЙ
ПАЦИЕНТА!**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!