

**Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»**

**КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ**



**ЗАТВЕРДЖЕНО НА МЕТОДИЧНІЙ НАРАДІ**

Протокол №1 від 27 серпня  
2018р. Завідувач кафедри  
д.мед.н., проф. Баштан В.П.

---

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>IV</i>
<i>Тема заняття</i>	<b>Паліативна і симптоматична допомога онкологічним хворим</b>
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний</i>

**Методичну розробку підготував:**

к. мед. н., доцент  
Корнєєв О.В.

**Полтава – 2018**

## ***Тема: Паліативна і симптоматична допомога онкологічним хворим.***

**Кількість годин : 6 учбових годин.**

**Матеріальне і методичне забезпечення теми : учбові кімнати, палати, поліклініка, історії хвороби, амбулаторні картки, методичні вказівки для студентів.**

### **1. Актуальність теми.**

Нині злоякісні новоутворення продовжують являти собою серйозну проблему людства, тому що в ній сконцентрувалися медичні, соціальні, біологічні, демографічні, технічні, економічні і інші питання, прямо або побічно пов'язані із зростанням показників захворюваності.

Проблема онкології давно вже переступила за рамки охорони здоров'я і стала серйозною соціальною проблемою. Онкологічні захворювання заподіюють катастрофічно значущі соціально-економічні втрати нашому суспільству:

- стосовно хворого - це зниження соціальної активності, фізичний біль, психічна напруга;
- до сімейства - зниження прибутків, розпад сімейства, сирітство, овдовіння;
- до суспільства - колосальні економічні і кадрові втрати.

У 2002 році у світі під спостереженням знаходилося більше 57 млн. хворих з неоплазіями, а знову виявлені за рік випадки склали 9 240 000. За прогнозом експертів ВООЗ до 2020 року число знову виявлених випадків злоякісних новоутворень досягне 16 млн., а смертність від раку вийде на перше місце через те, що 90% зареєстрованих онкологічних хворих будуть інкурабельними. Кожен четвертий уперше виявлений хворий не підлягає радикальному лікуванню, і 35,3% з них помирають протягом першого року з моменту встановлення діагнозу. Крім того, 46,3% пацієнтів які раніше отримали радикальне лікування, в наступні 5 років потребують паліативного лікування.

Підтвердженням вищевикладеного служать дослідження Чісова В. І. (Росія) який довів, що серед усіх хворих з уперше діагностованим раком легені не менше 80% пацієнтів вже мають місцево поширенні новоутворення, а в 40% з них виявляються лімфатичні метастази (Чісов В. І., 2002). Настільки ж високим залишається і відносне число хворих з поширеними формами раку шлунку, передміхурової залози, прямої кишки, сечового міхура, матки і інших органів (Берштейн Л. М., 1994; Гарін А.М. із співавт., 1993; Старинський В. В. із співавт., 2000; Shapiro S. et al., 1998).

## **2. Учбові цілі заняття.**

### **1. Знати (а - II) :**

- епідеміологію і сучасні показники захворюваності у світі і на Україні
- причини занедбаності
- поняття про паліативну допомогу
- етапність призначення анальгетиків і інших засобів паліативного і симптоматичного лікування

### **2. Уміти (а - III) :**

- визначити стадію поширення пухлинного процесу;
- визначити необхідність призначення паліативного лікування і симптоматичної терапії
- Уміти визначати показання до симптоматичної терапії

### **Практичні навички по темі:**

Заповнювати необхідну медичну документацію на уперше виявлених онкохворих. Проводити аналіз кожного випадку пізньої діагностики ракової хвороби. Проводити диспансерний нагляд за хворими після радикального лікування. Своєчасно діагностувати в них рецидиви захворювання і виникнення ускладнень після хіміо- і променевої терапії.

Проводити симптоматичну терапію хворим 4 клінічних групи. При необхідності організувати стаціонарне лікування на дому.

Правильно і детально орієнтуватися в питаннях медичної, соціальної і трудової реабілітації онкологічних хворих.

#### 4. Міждисциплінарна інтеграція (базові знання, уміння, навички, необхідні для вивчення теми)

Дисципліни	Знати	Уміти
<b>Анатомія</b>	Анатомічні особливості розташування новоутворень, їх стосунки до життєво важливих органів.	Правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичного пояснення клінічних проявів і профілактичних заходів. Визначити прогноз захворювання залежно від гістоструктури пухлини. Пальпація, перкусія, огляд органів черевної порожнини. Призначити курс поліхіміотерапії. Призначити курс знеболюючої і детоксикаційної терапії.
<b>Патогістологія і патоанатомія</b>	Гістологічну структуру злоякісних пухлин, яка зумовлена множинними джерелами їх виникнення.	
<b>Хірургія</b>	Принципи і об'єм паліативних і симптоматичних хірургічних втручань	
<b>Загальна фізіологія</b>	Функції ендокринній, імунній, нервовій систем, функції печінки, нирок.	
<b>Патологічна фізіологія</b>	Функції ендокринній, імунній, нервовій систем, функції печінки, бруньок при патологічних станах	
<b>Терапія</b>	Методи загального обстеження хворих.	
<b>Гінекологія</b>	Методи гінекологічного обстеження жінок.	
<b>Фармакологія і фармакотерапія</b>	Знання з груп протипухлинних препаратів і механізмом їх дії на пухлину і організм людини взагалі. Знати особливості дії різних груп знеболюючих препаратів.	

## 5. Зміст теми заняття.

Паліативна допомога має на озброєнні ряд самостійних методів, покликаних поліпшити якість життя онкологічних хворих IV клінічної групи, знеболення, корекція психоемоційного стану, детоксикація, паліативні інструментальні і хірургічні втручання, які не передбачають зменшення (видалення) пухлинної маси.

Досягнення сучасної онкології принципово вплинули на ідеологію у визначенні свідчень до паліативної допомоги в цілому і істотно змінили стратегію і тактику паліативного лікування хворих поширеними формами злоякісних новоутворень (Жваво А.В. із співавт., 1999, 2001)

Ряд авторів вважає, що колективний клінічний досвід переконливо доводить доцільність застосування широкого арсеналу методів паліативного лікування (хіміо-променева терапія, імунотерапія, паліативні хірургічні втручання та ін.), що не лише покращують якість життя цього контингенту хворих, але і достовірно збільшують його тривалість (Жваво А.В. із співавт., 1999-2001; Важенін А.Б. із співавт., 2001).

В той же час, багато питань донині залишаються не вирішеними, а думки дослідників неоднозначні і навіть суперечливі в плані доцільності, очікуваної ефективності і економічної обґрунтованості паліативного лікування хворих поширеними формами злоякісних новоутворень (Барчук А.С. із співавт., 1998).

Вирішення цієї проблеми вимагає об'єднання зусиль фахівців різних галузей фундаментальної і прикладної науки. Сучасна ситуація в Україні характеризується не лише негативними змінами фізико-хімічних показників довкілля, але і значними соціально-економічними катаклізмами, змінами в історично сформованому соціальному устрої життя, корозії соціально-побутових і сімейних стосунків.

Слід зазначити, що останні тижні і дні онкологічного хворого, як правило, супроводжуються важкими фізичними стражданнями і хворобливим страхом смерті. У цих випадках на перше місце, поряд з лікувальними заходами, які дозволяють хоч би на нетривалий період поліпшити якість життя хворої, виступає необхідність адекватної терапії хворобливого синдрому і профілактики суїцидальної поведінки пацієнта. Нині для цієї мети у ряді закордонних країн

створена система спеціалізованих установ (клініки болю, хоспіси, відділення/центри паліативної допомоги, патронажні служби), в яких медичний персонал професійно усуває фізичні і щирі страждання пацієнтів. У цій ситуації необхідно не лише дати хворому гідно померти, але і принести максимально можливо моральне заспокоєння його рідним. Створення спеціальних медичних установ, які полегшують страждання вже приречених онкологічних хворих, має значно тривалішу історію, ніж прийнято думати. Так, у Франції перша онкологічна лікарня, заснована на засоби, пожертвовані каноніком Же. Часу, була побудована ще в 1740 році при лікарні Св. Людовика в р. Реймсі. У 1842 році в Ліоне (Франція) було створене суспільство "Калвер", яке поєднувало "набожних і милосердних вдів", які допомагали в онкологічній лікарні наглядати за хворими жінками. Потім онкологічні лікарні були відкриті в Парижі, Сент-Ет'єні, Марселі, Бордо і Нансі. Подібні установи були засновані ще в XVIII столітті в Лондоні і інших містах Англії, у Венеції, в окремих федеральних землях (раніше - князівствах) Німеччини, у ряді скандинавських країн і в Росії. У наступні роки описані вище за лікарню для онкологічних хворих у багатьох випадках були перетворені до спеціалізованих медичних установ (онкологічні відділення при лікарнях, спеціалізовані онкологічні центри, онкологічні диспансери та ін.).

У Україні була створена державна система протиракової боротьби, в основі якої лежало створення широкої мережі онкологічних диспансерів і високо спеціалізованих онкологічних центрів, основними напрямками роботи яких є діагностика і лікування злоякісних пухлин. Проте представлені завдання не вичерпують повністю проблему медичної допомоги хворим злоякісними новоутвореннями. Лікування пацієнтів з поширеними формами злоякісних новоутворень, рятування їх від непотрібних страждань в останні місяці і дні їх життя завжди залишалися в центрі уваги практикуючих онкологів. Недосконалість організації спеціалізованої допомоги вмираючим онкологічним хворим призводить до необхідності рішення ряду проблем, пов'язаних з медичним обслуговуванням і відходом, пошуком лікарських препаратів і знеболюючих засобів, що ще більше загострює цю проблему. Так, поряд з муками самого вмираючого хворого, ми

стикаємося із стражданнями родичів і близьких, а також з переживаннями медичних працівників, які часом не знають, що і як говорити безнадійному пацієнтові. Нині усе більш очевидна необхідність створення нових і вдосконалення існуючих організаційних форм і методів паліативної допомоги онкологічним хворим, покликаних поліпшити якість життя шляхом рішення ряду проблем медичного, соціального і психологічного характеру.

У резолюції, прийнятої на II Міжнародному Конгресі "Паліативна медицина і реабілітація в охороні" (Москва, 1998) здоров'я, ясно, що паліативна допомога - область онкології, яка відрізняється від паліативного лікування відсутністю безпосереднього впливу (хірургічного, хіміотерапевтичного, променевого) на злоякісне новоутворення і вживана за ситуації, коли можливості протипухлинного лікування обмежені або вичерпані. Паліативна допомога покликана поліпшити якість життя невиліковних онкологічних хворих, чисельність яких в Україні щорічно складає більше 100 тисяч. Сьогодні для надання паліативної допомоги онкологічним хворим Україні необхідно раціональніше використовувати існуючу мережу медичних установ онкологічного і терапевтичного у загальних рисах профілю. Створення на їх базах кабінетів протибольової терапії (КПБТ), відділень паліативної допомоги (ОПД) і бригад патронажної допомоги (ПД) інкурабельним онкологічним хворим будинку можливо вже нині і не вимагає додаткових капіталовкладень.

Основу системи, яка буде організована повинні складати головні онкологічні установи, які щодня займаються лікуванням цього контингенту хворих, при методичній допомозі яких створюються Територіальні організаційно-методичні центри паліативної допомоги онкологічним хворим (ТЦ). Як приклад можна навести принципи надання паліативної (симптоматичною) допомоги м. Полтава де увесь об'єм такої допомоги здійснюється диспансерним відділенням (патронажною службою) обласного онкологічного диспансеру.

Нині розробляється організаційна структура регіональної системи паліативного лікування хворих поширеними формами злоякісних новоутворень

У її основу покладений принцип багаторівневого і поетапного надання лікування, яке дозволило максимально збільшити її ефективність і, тим же, поліпшити якість життя цього контингенту населення.

Після впровадження в практику охорони здоров'я регіональної системи паліативного лікування мають бути отримані наступні результати:

- у 1,3 разу виросте хірургічна активність по виконанню паліативних операцій;
- у 1,8 разу зменшиться кількість днів з моменту звернення пацієнта в ЛПУ до встановлення діагнозу і міри поширеності процесу;
- у 2 рази скоротиться кількість днів з моменту постановки діагнозу на початок паліативного лікування.

Запропоновані методологічні підходи комплексної оцінки ефективності методів паліативного лікування дозволять розробити рекомендації для практичної охорони здоров'я по оптимізації програм поліпшення якості життя онкологічних хворих.

Впровадження в практику охорони здоров'я розробленої оригінальної системи паліативного лікування дозволить:

- визначити оптимальний лікувальний маршрут кожного пацієнта;
- скоротити час до початку лікування;
- визначити раціональне використання ресурсів ЛПУ для проведення паліативного лікування;
- адаптувати територіальний канцерреєстр для аналізу і прогнозування результатів паліативного лікування онкологічних хворих.

Застосування усього комплексу методів паліативного лікування у рамках розробленої організаційної форми дозволило значно поліпшити якість і тривалість життя онкологічних хворих.

Вибір організаційної форми надання паліативної допомоги залежить від фінансових можливостей території. У зв'язку з цим у ряді регіонів для створення відділень паліативної допомоги використовують існуючий ліжковий фонд, який вже знаходиться на бюджетному фінансуванні. Хоспіси і відділення паліативної допомоги ні в якому разі не є альтернативою один одному, а представляють різні організаційні форми, тому що ідеологічні і медико-



соціальні принципи надання паліативної допомоги жебрацьким хворим в цих підрозділах єдині.

Визначені перспективні напрями в терапії хронічного хворобливого синдрому застосування неінвазивних пролонгованих лікарських форм анальгетика центральної дії і пролонговані методи регіонарного знеболення, включаючи центральну електронейростимуляцію. Структура методів змінювалася залежно від локалізації первинної пухлини. Основним методом паліативного лікування при поширеному раку молочної залози, за даними більшості авторів, виявився хіміотерапевтичний (62.7%), що і по ефективності перевершував інші методи.

Найбільш ефективним методом паліативного лікування поширеного раку шлунку хірургічний (72%), що не лише покращує якість життя, але і збільшує її тривалість. Більше пригнічує (кращий) виконувати гастректомії.

Найчастішим, що зустрічається, методом паліативного лікування поширеного раку яєчників був хіміотерапевтичний (42.1%), але тільки його сполучення з хірургічним (31,6%), в більшості випадків, дозволяло поліпшити якість життя пацієнтів і збільшити її тривалість.

При поширеному раку передміхурової залози питома вага хірургічного методу була самою вагомою (33,3%), проте найбільшою ефективністю в плані поліпшення якості життя цього контингенту хворих володіло сполучення його з гормонотерапією (22,9%).

Найчастіше вживаними методами паліативного лікування поширеного раку стравоходу були хірургічне лікування (42,2%) і променева терапія (46,7%). Проте при оцінці ефективності виявилось, що методом вибору можна вважати хірургічне, в об'ємі тунелізації пухлини.

Частота застосування хірургічного лікування, променевої і імунотерапії поширеного раку бруньки приблизно однакова, але з найбільшим успіхом вдавалося досягти очікуваного ефекту при сполученні хірургічного методу з імунотерапією.

Проведені дослідження дозволять визначити можливості різних методів паліативного лікування в поліпшенні якості життя хворих з поширеними формами пухлин основних локалізацій.

Найбільше гостро протягом усього часу стояла проблема підготовки кваліфікованих медичних кадрів в області паліативної допомоги онкологічним хворим.

У світовій практиці паліативна допомога - результат спільної роботи медичного персоналу і представників міжнародних союзів (VICC), асоціацій (IASP, EAPC), бюро (INCB) і громадських фондів, які займаються проблемою раку, що організовують міжнародні форуми і здійснюють підготовку фахівців в різних країнах світу. За даними закордонних онкологічних клінік рішення проблем паліативної допомоги хворим раком неможливо без залучення позабюджетних засобів, основу яких складають спонсорські засоби комерційних і громадських структур, фондів і релігійно-культових організацій. Залучення позабюджетних засобів можливе лише при громадській пропаганді необхідності створення системи паліативної допомоги.

Так наприклад, в Росії у зв'язку з необхідністю сприяння державній програмі охорони здоров'я в створенні нового напрямку - паліативної медицини, в 1995 році був організований Фонд "Паліативна медицина і реабілітація хворих", що має статус добродійної організації. Це - одна з перших в Росії некомерційних недержавних громадських організацій, основною метою якої є сприяння розробці оптимальних методів паліативної медицини і принципів її організації в Росії, які підвищують якість життя хворих з різними нозологічними формами хронічних захворювань і пацієнтів, які вимагають реабілітації. Пріоритетними завданнями Фонду були: організація конгресів з проблеми паліативної медицини і реабілітації; видання тематичного журналу; створення в перспективі Російської Асоціації паліативної медицини. З 1996 року Фонд видає науково-практичний журнал "Паліативна медицина і реабілітація", який поєднує професіоналів в цій області охорони здоров'я, що пропагує серед медичних і громадських кругів необхідність вирішення представленої проблеми.

Стратегія подальшого розвитку і вдосконалення системи паліативної допомоги передбачає розробку наступних перспективних напрямів : створення на федеральному рівні системи статистичного обліку хворих, які вимагають паліативної допомоги; вдосконалення існуючої законодавчої бази з розробкою нових положень про кабінети паліативної допомоги, хоспісах (у Україні на сьогодні функціонує 3 хоспіси) : В Києві, Донецьку і Львові), патронажних виїзних бригадах; визначення штатних нормативів медичного персоналу для системи паліативної допомоги; розробка і затвердження алгоритмів і протоколів ведення хворих, медичних і економічних стандартів роботи структурних підрозділів (кабінет протибольової терапії, відділення паліативної допомоги, хоспіс, територіальний центр паліативної допомоги) системи паліативної допомоги хворим з поширеними формами злоякісних новоутворень, а також табелів їх оснащення; визначення потреби системи паліативної допомоги онкологічним хворим в анальгетиках центральної дії, ад'ювантних лікарських препаратах, інструментальному і технічному забезпеченні, а також в медичних виробках і засобах реабілітації і відходу за важкими хворими; проведення кооперуючих досліджень в області організаційних підходів і методологічних принципів поліпшення якості життя хворих з поширеними формами злоякісних новоутворень; визначення перспективних напрямів в терапії хронічного хворобливого синдрому на основі застосування неінвазивних пролонгованих лікарських форм анальгетика центральної дії і пролонговані методи регіонального знеболення, включаючи центральну електронейростимуляцію; визначення джерел і порядку фінансування забезпечення наркотичними анальгетиками що страждають хронічним болем онкологічних хворих відповідно до спеціально розроблених нормативних документів; пропаганда серед медичних і громадських кругів можливості адекватного знеболення онкологічних хворих з метою подолання інерції медичного персоналу в призначенні наркотичних анальгетиків в адекватних дозах, визначених відповідними наказами МОЗ України; організація курсів паліативної допомоги при профільних кафедрах з використанням існуючої уніфікованої програми в системі після навчання внз лікарів або відповідних

кафедр; залучення позабюджетного фінансування у вигляді спонсорських засобів комерційних і громадських структур, фондів і релігійно-культових організацій.

У сучасних економічних умовах гостро встає питання про необхідність експертної оцінки економічної значущості в системі вітчизняної охорони здоров'я, і, в першу чергу, в онкології організаційно-методологічних підходів до паліативної допомоги хворим поширеними формами злоякісних новоутворень. Найбільш перспективними в цій області є дослідження, присвячені прецизійній оцінці витрат на ведення хворих в системі паліативної допомоги в порівнянні з перебуванням цих пацієнтів в умовах терапевтичних у загальних рисах відділень, а також витрат на неспеціалізовані виїзди бригад "швидкої допомоги" за місцем проживання пацієнтів. Економічна оцінка організаційно-методологічних підходів до паліативної допомоги онкологічним хворим дозволить удосконалити існуючі медико-економічні стандарти ведення цих пацієнтів, яке приведе до раціонального використання бюджетних коштів.

У перспективі систему паліативної допомоги в онкології доцільно використовувати для надання спеціалізованої допомоги хворим з різними нозологічними формами хронічних захворювань в термінальній стадії їх розвитку, тобто за ситуації, коли можливості спеціалізованого лікування вже вичерпано і/або його проведення неможливе через тяжкість у загальних рисах соматичного стану хворих.

У перспективі паліативна допомога онкологічним хворим організаційно може бути представлена різними структурними підрозділами:

- амбулаторна допомога проводиться в кабінетах протибольової терапії
- стаціонарна: в хоспісах
- у відділеннях паліативної допомоги .

Таким чином, розробка методологічних підходів до організації паліативного лікування з метою поліпшення якості життя хворих поширеними формами злоякісних новоутворень є актуальною науково-практичною проблемою, яка вимагає рішення.

## 6. План і організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття їх функції але зміст	Учбові цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення : контролю, наочність і інструктивна.	Розподіл часу хв.
1	<b>ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП</b> Організаційні заходи. Постановка учбових цілей і мотивація. Контроль початкового рівня знань навичок і умінь : епідеміологія пухлин; Стан захворюваності в Україні і у світі; Основні контингенти пацієнтів, які отримують паліативну допомогу	Контроль присутності Актуальність теми (I) (II) (II) (II) (II) (II)	Індивідуальне усне опитування. Тестування початкового рівня теоретичних знань.	Таблиці, схеми, муляжі, парати. Тести початкового рівня знань. Методичні розробки для студентів. Орієнтовна карта.	5 хв. 20 хв.
2	<b>ОСНОВНИЙ ЕТАП</b> Провести курацію хворого, який отримує паліативне або симптоматичне лікування Скласти план обстеження; Визначити план лікування; Уміти при необхідності виконати торакоцентез і лапароцентез	(III) (III) (III) (((III)) (((III))	Заповнення історії хвороби	Робота у відділенні і в діагностично - маніпуляційних кабінетах і в диспансерному відокремленні. При нагоді відвідування хворих, які отримують симптоматичне лікування будинку	60 хв.

3	<b>ЗАВЕРШАЛЬНИЙ ЕТАП</b> Контроль і корекція рівня професійних умінь і навичок. Підведення підсумків заняття. Домашнє завдання.	III	Індивідуальний контроль навичок. Аналіз і оцінка результатів. Клінічні роботи. Лабораторні дослідження	Результати клінічної роботи + історії хвороби. Завдання III рівня. Результати лабораторного дослідження. Орієнтовна карта для роботи з літературою.	35 хв.
---	--	-----	---	--	--------

### Література

1. Abraham C., Jonston G The WHO objectives for palliative care; Towhat exnehn are we achieving them // Palliative Medicine 9:2 (Apr., 1995). - P. 123-137.
2. Comer J. Is there a research paradigm for palliative care // Palliative Medicine 10:3 (JUL 1996) P. 201-208.
3. Parkin D., et al. Global Cancer Statistics. CA, Cancer J Clin, 1999., 49; 33-64.
4. Robinson BE, Pham H. Cost - effectiveness of hospice care // Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 417.
5. Schonwetter RS. Care of the dying geriatric patient// Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 253.
6. Жваво А.В. із співавт. Сучасна хіміотерапія поширеного недрібноклітинного раку легені // С. -Петербург, 1998. С. 3-7.
7. Важенін А.В. Паліативна онкологія, як соціальне замовлення нині // Тези доповідей пленуму правління Всеросійського союзу онкологів. - 2003. - Москва.