

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ**

**КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ**



Затверджено на методичній  
нараді Протокол №1 від 1 вересня  
2018р. Завідувач кафедри  
д.мед.н., проф. Баштан В.П.

---

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ  
6 курсу медичного факультету**

**Тема: “Організація паліативної та симптоматичної допомоги  
онкологічним хворим”**

**УЧБОВИЙ ПРЕДМЕТ: ОНКОЛОГІЯ**

**Методичну розробку підготував:**  
д. мед. н., професор  
Чорнобай А.В.

**Полтава - 2018**

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

**Кількість годин:** 6 навчальних годин.

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

### **1. Актуальність теми.**

В даний час злоякісні новоутвори продовжують являти собою серйозну проблему людства, тому що в ній сконцентрувалися медичні, соціальні, біологічні, демографічні, технічні, економічні й інші питання, прямо або побічно зв'язані зі зростанням показників захворюваності.

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

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

У 2002 році у світі під спостереженням знаходилося більш 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 новоутворів 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, у наступні 5 років мають потребу в паліативному лікуванні.

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

## **2. Навчальні цілі заняття.**

### **1. Знати (а – II):**

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

### **2. Вміти (а – III):**

- визначити стадію розповсюдження пухлинного процесу;
- визначити необхідність призначення паліативного лікування та симптоматичної терапії
- Вміти визначати показання до симптоматичної терапії

### **Практичні навички по темі:**

Заповнювати необхідну медичну документацію на вперше виявлених онкохворих.  
Проводити аналіз кожного випадку пізньої діагностики ракової хвороби.

Проводити диспансерний нагляд за хворими після радикального лікування. Своєчасно діагностувати в них рецидиви захворювання та виникнення ускладнень після хіміо- та променевої терапії.

Проводити симптоматичну терапію хворим 4 клінічної групи. При необхідності організувати стаціонарне лікування вдома.

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

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

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>Анатомія</b>	Анатомічні особливості розташування новоутворень, їх відношення до життєво важливих органів.	Правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичного пояснення клінічних проявів і профілактичних заходів. Визначити прогноз захворювання в залежності від гістоструктури пухлини. Пальпація, перкуссія, огляд органів черевної порожнини. Призначити курс поліхіміотерапії. Призначити курс знеболювальної та детоксикаційної терапії.
<b>Патогістологія та патоанатомія</b>	Гістологічну структуру злоякісних пухлин, що зумовлена множинними джерелами їх виникнення.	
<b>Хірургія</b>	Принципи та обсяг паліативних та симптоматичних хірургічних втручань	
<b>Загальна фізіологія</b>	Функції ендокринної, імунної, нервової систем, функції печінки, нирок.	
<b>Патологічна фізіологія</b>	Функції ендокринної, імунної, нервової систем, функції печінки, нирок при патологічних станах	
<b>Терапія</b>	Методи загального обстеження хворих.	
<b>Гінекологія</b>	Методи гінекологічного обстеження жінок.	
<b>Фармакологія та фармакотерапія</b>	Знання з груп протипухлинних препаратів та механізмом їх дії на пухлину та організм людини взагалі. Знати особливості дії різних груп знеболювальних препаратів.	

## 5. Зміст теми заняття.

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

Досягнення сучасної онкології принципово вплинули на ідеологію у визначенні показань до паліативної допомоги в цілому й істотно змінили стратегію і тактику паліативного лікування хворих розповсюдженими формами злоякісних новоутворів (Бойко 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 й ін.), що не тільки поліпшують якість життя даного контингенту хворих, але і вірогідно збільшують його тривалість (Бойко А.В. із співавт., 1999-2001; Важенін А.В. із співавт., 2001).

Разом з тим, багато питань дотепер залишаються не вирішеними, а думки дослідників неоднозначні і навіть суперечливі в плані доцільності, очікуваній ефективності й економічній обґрунтованості паліативного лікування хворих розповсюдженими формами злоякісних новоутворів (Барчук А.С. із співавт., 1998).

Рішення цієї проблеми вимагає об'єднання зусиль фахівців різних областей фундаментальної і прикладної науки. Сучасна ситуація в Україні характеризується не тільки негативними змінами фізико-хімічних показників навколишнього середовища, але і значними соціально-економічними катаклізмами, змінами в історично сформованому соціальному укладі життя, корозії соціально-побутових і сімейних відносин.

Слід зазначити, що останні тижні і дні онкологічного хворого, як правило, супроводжуються важкими фізичними стражданнями і болісним страхом смерті. У цих випадках на перше місце, поряд з лікувальними заходами, що дозволяють хоча

б на нетривалий період поліпшити якість життя хворого, виступає необхідність адекватної терапії болючого синдрому і профілактики суїцидального поведіння пацієнта. В даний час для цієї мети в ряді закордонних країн створена система спеціалізованих установ (клініки болу, хоспіси, відділення/центри паліативної допомоги, патронажні служби), у яких медичний персонал професійно усуває фізичні і щиросердечні страждання пацієнтів. У цій ситуації необхідно не тільки дати хворому гідно вмерти, але і принести максимально можливе моральне заспокоєння його рідним. Створення спеціальних медичних установ, що полегшують страждання вже приречених онкологічних хворих, має значно більш тривалу історію, чим прийнято думати. Так, у Франції перша онкологічна лікарня, заснована на кошти, пожертвовані каноніком Ж. Часові, була побудована ще в 1740 році при лікарні Св. Людовика в м. Реймсі. У 1842 році в Ліоні (Франція) було створене товариство «Калвер», що поєднувало «набожних і милосердних удів», що допомагали в онкологічній лікарні доглядати 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 й інших містах Англії, у Венеції, в окремих федеративних землях (раніше - князівствах) Німеччини, у ряді скандинавських країн і в Росії. В наступні роки описані вище лікарні для онкологічних хворих у багатьох випадках були перетворені в спеціалізовані медичні установи (онкологічні відділення при лікарнях, спеціалізовані онкологічні центри, онкологічні диспансери та ін.).

В 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. Однак представлені задачі не вичерпують цілком проблеми медичної допомоги хворим злоякісними новоутворами. Лікування пацієнтів з розповсюдженими формами злоякісних новоутворів, рятування їх від непотрібних страждань в останні місяці і дні їхнього життя завжди залишалися в центрі уваги практикуючих онкологів. Недосконалість

організації спеціалізованої допомоги вмираючим онкологічним хворим приводить до необхідності рішення ряду проблем, зв'язаних з медичним обслуговуванням і відходом, пошуком лікарських препаратів і знеболюючих засобів, що ще більше загострює дану проблему. Так, поряд з муками самого умираючого хворого, ми зіштовхуємося зі стражданнями родичів і близьких, а також з переживаннями медичних працівників, що часом не знають, що і як говорити безнадійному пацієнтові. В даний час усе більш очевидна необхідність створення нових і удосконалювання 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 здоров'я» (Москва, 1998), визначено, що **паліативна допомога** — область онкології, що відрізняється від паліативного лікування відсутністю безпосереднього впливу (хірургічного, хіміотерапевтичного, променевого) на злоякісний новотвір і застосовувана в ситуації, коли можливості протипухлинного лікування обмежені або вичерпані. Паліативна допомога покликана поліпшити якість життя невиліковних онкологічних хворих, чисельність яких в Україні щорічно складає більш 100 тисяч. Сьогодні для надання паліативної допомоги онкологічним хворим Україні необхідно більш раціонально використовувати існуючу мережу медичних установ онкологічного і загально терапевтичного профілю. Створення на їхніх базах кабінетів протибольової терапії (КПБТ), відділень паліативної допомоги (ОПД) і бригад патронажної допомоги (ПД) інкурабельним онкологічним хворим удома можливо уже в даний час і не вимагає додаткових капіталовкладень.

Основу системи, що буде організована повинні складати головні онкологічні установи, що 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 (симптоматичної) допомоги в м. Полтава де весь обсяг такої допомоги здійснюється диспансерним відділенням (патронажною службою) обласного онкологічного диспансеру.

В даний час розробляється організаційна структура регіональної системи паліативного лікування хворих розповсюдженими формами злоякісних новоутворів

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

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

- у 1,3 рази зросте хірургічна активність по виконанню паліативних операцій;
- у 1,8 рази зменшиться кількість днів з моменту звертання пацієнта в ЛПУ до встановлення діагнозу і ступеня поширеності процесу;
- у 2 рази скоротиться кількість днів з моменту постановки діагнозу до початку 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 всього комплексу методів паліативного лікування в 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, що 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 нужденним хворим у цих підрозділах єдині.

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

Найбільш ефективним методом паліативного лікування розповсюдженого раку шлунка є хірургічний (72%), що не тільки поліпшує якість життя, але і збільшує її тривалість. Переважніше (ліпше) виконувати гастректомії.

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

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

Найчастіше застосовуваними методами паліативного лікування розповсюдженого раку стравоходу були хірургічне лікування (42,2%) і

променева терапія (46,7%). Однак при оцінці ефективності виявилось, що методом вибору можна вважати хірургічне, в обсязі тунелізації пухлини.

Частота застосування хірургічного лікування, променевий і імунотерапії розповсюдженого раку нирки приблизно однакова, але з найбільшим успіхом удавалося досягти очікуваного ефекту при сполученні хірургічного методу з імунотерапією.

Проведені дослідження дозволять визначити можливості різних методів паліативного лікування в поліпшенні якості життя хворих з розповсюдженими 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 суспільних фондів, що займаються проблемою раку, що організують міжнародні форуми і здійснюють підготовку фахівців у 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 суспільних структур, фондів і релігійно-культових організацій. Залучення позабюджетних засобів можливо лише при суспільній пропаганді необхідності створення системи паліативної допомоги.

Так наприклад, у Росії в зв'язку з необхідністю сприяння державній програмі охорони здоров'я в створенні нового напрямку - паліативної медицини, у 1995 році був організований Фонд «Паліативна медицина і реабілітація хворих», що має статус благодійної організації. Це - одна з перших у Росії некомерційних недержавних громадських організацій, основною метою якої є сприяння розробці оптимальних методів паліативної медицини і принципів її організації в Росії, що підвищують якість життя хворих з різними нозологічними формами хронічних

захворювань і пацієнтів, що потребують реабілітації. Пріоритетними задачами Фонду були: організація конгресів по проблемі 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», що поєднує професіоналів у цій області охорони здоров'я, що пропагандує серед медичних і суспільних кіл необхідність рішення представленої проблеми.

Стратегія подальшого розвитку й удосконалювання системи паліативної допомоги передбачає розробку наступних перспективних напрямків: створення на федеральному рівні системи статистичного обліку хворих, що потребують паліативної допомоги; удосконалювання існуючої законодавчої бази з розробкою нових положень про кабінети паліативної допомоги, хоспісах (в Україні на сьогодні функціонує 3 хоспіси: в Києві, Донецьку та Львові), патронажних виїзних бригадах; визначення штатних нормативів медичного персоналу для системи паліативної допомоги; розробка і твердження 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 розповсюдженими формами злоякісних новоутворів, а також табелів їхнього оснащення; визначення потреби системи паліативної допомоги онкологічним хворим в анальгетиках центральної дії, ад'ювантних лікарських препаратах, інструментальному і технічному забезпеченні, а також у медичних виробках і засобах реабілітації і відходу за важкими хворими; проведення кооперованих досліджень в області організаційних підходів і методологічних принципів поліпшення якості життя хворих з розповсюдженими формами злоякісних новоутворів; визначення перспективних напрямків у терапії хронічного болючого синдрому на основі застосування неінвазивних пролонгованих лікарських форм анальгетика центральної дії і пролонговані методи регіонального знеболювання, включаючи центральну електронейро-стимуляцію; визначення

джерел і порядку фінансування забезпечення наркотичними анальгетиками страждаючим хронічним болем онкологічних хворих у відповідності зі спеціально розробленими нормативними документами; пропаганда серед медичних і суспільних кіл можливості адекватного знеболювання 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 вузівського навчання лікарів або відповідних кафедр; залучення позабюджетного фінансування у виді спонсорських засобів комерційних і суспільних структур, фондів і релігійно-культових організацій.

У сучасних економічних умовах гостро встає питання про необхідність експертної оцінки економічної значимості в системі вітчизняної охорони здоров'я, і, у першу чергу, в онкології організаційно-методологічних підходів до паліативної допомоги хворим розповсюдженими формами злоякісних новоутворів. Найбільш перспективними в цій області є дослідження, присвячені прецизійній оцінці витрат на ведення хворих у системі паліативної допомоги в порівнянні з перебуванням цих пацієнтів в умовах загально терапевтичних 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, що приведе до раціонального використання бюджетних засобів.

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

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

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

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

## 6. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття їх функції та зміст	Навчальні цілі у рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності та інструктивності.	Розподіл часу хв.
1	<b>ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП</b> Організаційні заходи. Постановка навчальних цілей та мотивація. Контроль вихідного рівня знань навичок та умінь: епідеміологія пухлин; Стан захворюваності в Україні та у світі; Основні контингенти пацієнтів, що отримують паліативну допомогу	Контроль присутності Актуальність теми (I)  (II) (II)  (II) (II) (II)  (II)	Індивідуальне усне опитування. Тестування вихідного рівня теоретичних знань.	Таблиці, схеми, муляжі, парати. Тести вихідного рівня знань. Методичні розробки для студентів. Орієнтовна карта.	5 хв.         20 хв.
2	<b>ОСНОВНИЙ ЕТАП</b> Провести курацію хворого, що отримує паліативне або симптоматичне лікування ; Скласти план	(III)  (III)  (III)	Заповнення історії хвороби	Робота у відділенні та у діагностично-маніпуляційних кабінетах та у диспансерному	60 хв.

	обстеження; Визначити план лікування; Вміти при необхідності виконати торакоцентез та лапароцентез	(III)  (III)		відділені. При можливості відвідання хворих, що отримують симптоматичне лікування вдома	
3	<b>ЗАКЛЮЧНИЙ ЕТАП</b> Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Підведення підсумків заняття. Домашнє завдання.	III	Індивідуальний контроль навичок. Аналіз та оцінка результатів. Клінічні роботи. Лабораторні дослідження.	Результати клінічної роботи + історії хвороби. Задачі 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. Бойко А.В. із соавт. Сучасна хіміотерапія розповсюдженого недрібноклітинного раку легені // С.-Петербург, 1998. С. 3-7.
7. Важенін А.В. Паліативна онкологія, як соціальне замовлення в даний час // Тези доповідей пленуму правління Всеросійської спілки онкологів. – 2003. – Москва.