

КП № 253
ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ ЗА БОЛНИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Болничен престой общо 30 дни в рамките на терминалния стадий, в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При кодиране код Z51.5 се използва за водеща (основна) диагноза, а злокачественото новообразувание се кодира като придружаваща диагноза

Z51.5 Палиативна помощ

В личната анамнеза има злокачествено новообразувание

Не включва: последваща медицинска помощ и състояние на оздравяване (Z42—
Z51, Z54.—)

последващо изследване след лечение на злокачествено
новообразувание (Z08.—)

Z85.0 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на стомашночревния тракт

Състояния, класифицирани в рубриците C15—C26

Z85.1 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на трахеята, бронхите и белия дроб

Състояния, класифицирани в рубриците C33—C34

Z85.2 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други дихателни органи и гръдния кош

Състояния, класифицирани в рубриците C30—C32, C37—C39

Z85.3 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на млечната жлеза

Състояния, класифицирани в рубриката C50.—

Z85.4 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на половите органи

Състояния, класифицирани в рубриците C51—C63

Z85.5 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на пикочните органи
Състояния, класифицирани в рубриците C64—C68 **Z85.6 В личната анамнеза има левкемия**

Състояния, класифицирани в рубриците C91—C95

Z85.7 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на лимфоидната, кръвотворната и сродните им тъкани

	Състояния, класифицирани в рубриците C81—C90, C96.—
Z85.8	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други органи и системи
	Състояния, класифицирани в рубриците C00—C14, C40—C49, C69—C79, C97 Z85.9
	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание, неуточнено
	Състояния, класифицирани в рубриката C80

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 92191-01
	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Спинално инжектиране	
90020-00	Спинално инжектиране на друго или комбинирано терапевтично вещество(а)
	<i>Включва:</i> интратекално тестване

Спинална инфузия

18216-24 Спинална инфузия на друго или комбинирано терапевтично вещество

Поставяне на спинален катетър, инфузионно устройство или помпа

Забележка: извършва се управление на:

хроничен спазъм

болка

39125-00 Поставяне или подмяна на спинален катетър Поставяне
или подмяна на спинален катетър:

каудален

епидурален

интратекален

субарахноидален

Не включва: такъв с:

инфузия на терапевтичен агент (виж Индекс: Инфузия, спинална)

инжектиране на терапевтичен агент (виж Индекс: Инжекция, спинална)

поставяне на имплантируемо спинално инфузионно устройство или
помпа (39127-00 [39])

Спинално инжектиране на локален анестетик

Включва: интратекално тестване

Спинално инжектиране на опиоид

Включва: интратекално тестване

Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик

Включва: прилагане в спинални нерви:

клон

плексус

корен

Не включва: това в:

краниален нерв (виж блок [61])

заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])

симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв Прилагане
на невролитик в:

дорзален коренов ганглий

интервертебрален отвор

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв Инжекция
на:

алкохол

фенол

Прилагане на агент в задни първични клончета на спинален нерв	
	Забележка: Извършвано за управление на болката
39013-02	Приложение на анестетик около задни първични клончета на спинален нерв Инжектиране на анестетик около медиалния отдел на задни първични клончета на спинален нерв
90022-00	Прилагане на анестетик около друг периферен нерв
Хирургична симпатектомия	
	Разделяне }
	Невректомия } на симпатиков нерв Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])
90014-00	Друга хирургична симпатектомия Периатериална хирургична симпатектомия Хирургична ганглионектомия: сфенопалатинен възел симпатиков БДУ
35003-00	Цервикална хирургична симпатектомия
35000-00	Лумбална хирургична симпатектомия
35012-00	Сакрална хирургична симпатектомия Пресакрална хирургична симпатектомия
Прилагане на терапевтичен агент около симпатиковата нервна система	
18286-02	Прилагане на анестетик около друг симпатикусов нерв
Прилагане на невролитик в симпатиковата нервна система	
18292-02	Прилагане на невролитик в друг симпатикусов нерв
Прилагане на терапевтичен агент около симпатиковата нервна система	
90029-00	Приложение на симпатолитик
, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38803-00	Терапевтична торакоцентеза
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30481-00	Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Гастростомия или гастроентеростомия	
<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])	
30375-07	Гастростомия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30406-00	Абдоминална парацентеза
Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху пикочен мехур	
37041-00	Перкутанна (иглена) аспирация на пикочен мехур
Манипулации на дихателни пътища	
90179-02	Назофарингеална интубация
92035-00	Друга интубация на дихателни пътища
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда
	Сондиране за декомпресия
<i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])	
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба
	Смяна на ректална тръба
Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло	
92028-00	Дилатация на фронтоназален канал
Други възстановителни процедури на ректум или анус	
32153-00	Дилатация на ануса
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92067-00	Дилатация на ентеростомия

Други възстановителни процедури на ректум или анус				
90313-01	Мануално наместване на ректален пролапс			
Други терапевтични интервенции на храносмилателна система				
92071-00	Мануално репониране на херния			
92070-00	Мануално наместване на ендеростомен пролапс			
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система				
92037-00	Промивка на назогастрална сонда			
Приложение на фармакотерапия				
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество			
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система				
92073-00	Промивка на гастростомия или ендеростомия			
92077-00	Друга ректална промивка			
92076-00	Премахване на фекална задръжка			

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92096-00	Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба
92074-00	Промивка на панкреасна тръба
92075-00	Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда
Неинцизионна промивка, почистване и локално инстилиране, пикочо-полова система	
92099-00	Промивка на нефростомия или пиелостомия
92100-00	Промивка на уретростомия или уретерален катетър
92102-00	Промивка на цистостомия
92101-00	Промивка на друг постоянен уринарен катетър
Други терапевтични интервенции на дихателна система	

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
 Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
 Постурален дренаж
 Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники
 [ACBT] техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
 перкусия
 разклащане
 вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Други терапевтични интервенции

92195-00 Промивка на катетър, неклассифицирана другаде

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
 Неексцизионен дебридман на:
 инфекция
 язва
 рана
 Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
 четкане
 иригация (под налягане)
 триене
 миене
 Аспирационна вакумираща превръзка

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
 Трансфузия на:
 еритроцити
 опаковани клетки
 червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
 Трансфузия на:

	тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: антихемофилен фактор коагулационни фактори НКД криопреципитати фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: албумин плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: кръвозаместители Dextran Rheomacrodex
Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Противоинокциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуститация
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
92053-00	Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж
92054-00	Стимулация на каротиден синус

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни терапевтични процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични

процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение, изпълнител за болнична помощ, може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Отделение по палиативни грижи /отделение по медицинска онкология (съгласно стандарта по медицинска онкология) или Структура към лечебно заведение за болнична помощ с разкрити легла за палиативни грижи

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК, с изключение на т.1.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Хоспис – в случай, че лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, няма структура за палиативни грижи на територията си
2. Клинична лаборатория
3. Отделение по образна диагностика
4. Лицензирана аптека за работа с наркотични вещества

При осигуряване на комплексното лечение по договор с хоспис, дейността на последния подлежи на проверка по отношение на пациентите, които се приемат в хосписа по договора.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Основен екип:

лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
лекар със специалност по вътрешни болести или педиатрия (за лица под 18 години), или медицинска онкология, или хирургия.

Сертификат за квалификационен курс в областта на палиативната медицина на всеки член от основния екип.

Допълнителен екип (препоръчителен) - разкрива се поотделно на функционален или на договорен принцип от ръководителя на лечебното заведение:

лекар със специалност по психиатрия;
специалист по клинична психология;
лекар със специалност по неврология
социален работник;
лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина;
медицински специалист по диетично хранене;
лекар със специалност по пълноценно лечение.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ - отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“, „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“, от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“, „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ и „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология по АПр № 5, с изключение на случаите по спешност. Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по

определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания

Болничен престой общо 30 дни в рамките на терминалния стадий, в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване.

Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания с **експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий, издаден от Клинична онкологична комисия:**

Оценка на физическото, емоционалното, духовното и социалното състояние на болния и неговото семейство и изграждане на план за терапевтично поведение - лечение, грижи и подкрепа.

Разяснение на пациента и семейството му на целите на лечението и ограниченията, които го съпътстват.

Дейности, насочени към облекчаване на физическите симптоми и страдания на болния:

контрол и лечение на болката и други физически симптоми;

терминални палиативни грижи (състрадателни грижи).

Дейности, насочени към осигуряване на психологическа подкрепа на болния и семейството в контекста на болестта и потенциалната загуба.

Обучение на близките за осигуряване на грижи в домашна среда.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Тази клинична пътека се явява **“краен път”**, в който завършват всички останали клинични пътеки за онкологични заболявания. Унитарният характер на клиничната пътека за болнични палиативни грижи определя някои съществени особености при определянето на понятията терминално болен, терминалното състояние и неговата продължителност:

Терминален стадий – периодът, в който независимо от известните и приложени терапевтични действия състоянието на болния се влошава, прогресиращия ход на болестта не може да бъде преустановен и ще доведе до смъртта на болния по-скоро или по-късно, но в рамките на един ограничен период от време. Това е периодът, в който прилаганото активно лечение няма за цел излекуването на болния, а само контрол на болката и другите симптоми, изпитвани от пациента, с цел повишаване на качеството на живот.

Терминално болен - личност, за която има медицинска прогноза, че животът се очаква да е с продължителност до 6 месеца.

Времетраене на палиативни грижи в терминален стадий – условията, при които всяка личност с терминално заболяване може да избира и получава палиативни грижи с покритие от здравноосигурителни фондове за период **шест месеца**.

Тази клинична пътека изпълнява **решение** на организационна структура от предходещи клинични пътеки – това е **онкологичният комитет**.

За реално осъществяване на прехода от противотуморно лечение към палиативни грижи е необходимо **експертно решение**, което олицетворява високата отговорност на онкологичния комитет при оценка на пациента като терминално болен.

Експертното решение – експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий се издава **от онкологичен комитет** на базата на строги морфологични и клинични индикатори, специфични за конкретното онкологично заболяване. Ако специфичните индикатори за конкретното онкологично заболяване не са залегнали в предходни клинични пътеки в сферата на онкологията, както и във всички случаи, когато няма предходна клинична пътека, тези индикатори се описват кратко в свободен текст от онкологичния комитет.

Болният има право да определи приоритетите в своето лечение и да откаже провеждането на активно противотуморно лечение. Независимо от направения избор пациентът има право на облекчаване на болката и страданията. **Палиативни грижи се прилагат и в случаите, когато болния отказва провеждането на активно лечение.**

На базата на "Експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий" екипите за болнични палиативни грижи попълват **индивидуален план за палиативни грижи – Документ № 16**.

Долечебното състояние и изпълнението на клиничната пътека се дефинира на базата на следните документи:

експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий **Документ № 1а** (издаден от онкологичния комитет);

индивидуален план за палиативни грижи - **Документ № 16**;
декларация за информирано съгласие.

5.6. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Правила на СЗО за приложение на аналгетично лечение при хронична онкологично болка

Изборът на аналгетична терапия се подчинява на следните основни правила:
избор на аналгетик в зависимост от силата на болката по тристепенния модел на СЗО, представена на схема № 1

Схема № 1 Тристепенния модел на СЗО
предписва се редовен прием на медикамента ("по часовник") съобразно продължителността на аналгетичния ефект;
предписването на аналгетици „при нужда“ е неправилно и води до влошаване качеството на живот на пациента;
да се предпочитат медикаменти за перорално приложение; при повечето пациенти това е възможно;
медикаментозната терапия да се съобразява с индивидуалните особености на всеки пациент.

А. Правила за приложение на неопиоидни аналгетици:

използват се три групи неопиоидни аналгетици:

салицилати;

нестероидни противовъзпалителни медикаменти - НСПВС;

- Paracetamol;

ефективни са на първо ниво от аналгетичната стълбца;
могат да се използват като коаналгетици на второ и трето ниво;
нестероидните противовъзпалителни средства включват няколко различни групи медикаменти. Съществува индивидуално повлияване от един или друг медикамент. Възможна е смяната на няколко медикамента за откриване на най-ефективния;

НСПВС и салицилати проявяват сериозни странични ефекти: съществува разлика в степента на проява на страничните ефекти между отделните групи НСПВС, което се дължи в известна степен на тяхната релативна COX –2 селективност;

гастропатии, бъбречно увреждане, потисната тромбоцитна агрегация и други отклонения в хемопоезата са най - честите странични ефекти, независимо от начина на приложение; при рискови пациенти се предписват гастропротективни медикаменти;

осигуряването на адекватна хидратация и добра диуреза намалява риска от бъбречно увреждане;

НСПВС са противопоказани при данни за кървене, нарушения в коагулацията или тромбоцитната функция;

Paracetamol:

не притежава страничните ефекти на НСПВС;

не притежава противовъзпалителен ефект;

има централен механизъм на действие;

във високи дози има хепатотоксичен ефект.

Лечението с неопиоидни аналгетици се започва с високи или максимални дози, за да се постигне бързо оптимален ефект.

Б. Правила за приложение на опиоидни аналгетици

В България са достъпни за употреба и подходящи за приложение при хронична онкологична болка следните опиоиди:

Слаби опиоиди: Codein, Dihydrocodein, Tramadol, Tillidine; Силни опиоиди: Morphine, Fentanyl, Oxycodone и др.

Опиоидите имат сходна фармакологична характеристика. Те достигат пикова плазмена концентрация 60-90 мин. след перорално или ректално приложение, 30 мин. след подкожна или мускулна инжекция и 6 мин. след интравенозно приложение.

В 90 до 95% се екскретират през бъбреците след процес на конюгация в черния дроб.

Плазменият живот на опиоидните метаболити (някои от които активни) зависи от скоростта на бъбречния клирънс - 3-4 часа, ако той е нормален.

M6G има аналгетичен ефект. M3G притежава известна невротоксичност.

Фармацевтичните форми на Morphine с удължено действие или контролирано освобождаване могат да имат 8, 12, или 24-часов ефект. Таблетките се приемат цели, без да се чупят.

Фармакологично не е издържано да се предписват едновременно два слаби или два силни опиоиди.

Начални дози на силни опиоиди при пациенти, които никога не са приемали опиоиди:

Morphine - 10-20 mg/4h;

Трансдермален Fentanyl – 25 µg/h;

Oxycodone - 5-10 mg/4h

При пробивна болка се препоръчва приемане на извънредна доза от бързодействащ Морфин или Фентанил;

Да се избягват медикаменти с кратко действие. Pethidin не се прилага при лечение на хронична онкологична болка поради натрупването на токсични метаболити.

Да не се предписват смесени агонист-антагонисти заедно със силен агонист. Излишно е и може да доведе до антагонизиране на аналгетичния ефект, който целим.

В палиативната медицина Фентанил се използва като мощен опиоид за трансдермално приложение:

при пациенти, неупотребявали наркотични аналгетици, лечението започва с пластир, освобождаващ 25 µg/h фентанил;

пластирът трябва да бъде подменян на 72 часа; коригирането на дозите се извършва с увеличаване от 25 µg/h на интервали от 3 дни до пълно овладяване на болката;

след отстраняване на пластира на 17-ия час плазмените концентрации намаляват с 50%.

при „пробив на болката“ се използва орален морфин с бързо действие или фентанил;

трансдермалният Фентанил е особено подходящ при пациенти с локализация на тумора – глава, шия, метастази в стомашно-чревния тракт, пациенти с гадене, и упорито повръщане.

Oxycodone има различна аналгетична сила в зависимост от начина на приложение: при интрамускулно приложение 2/3-3/4 M, при интравенозно приложение - по-силен от M и при перорално приложение - 4/3 M. Тази различна еквианалгетичност го прави приложим на второ и трето стъпало от аналгетичната стълбица:

съществуват перорални форми с контролирано освобождаване;

удобен при пациенти с негативизъм към морфина - отпада психологичната бариера.

В. Правила за избор на алтернативни начини за приложение на опиоиди

- Парентерално приложение – индикации:

затруднено или невъзможно гълтане;

екстремно ескалираща болка;

трудно овладяеми и силно изразени странични ефекти - гадене, повръщане;

нарушения на съзнанието;

тежък стоматит (за периода на лечението му);

чревна обструкция;
парентерално приложение на опиоиди в палиативната медицина се препоръчва за определен (кратък) период от време;

предпочитан е методът на подкожна апликация – по-малко болезнен и със същата ефективност като мускулния;

ако се налага парентерално приложение за кратък период от време, се предпочита продължителната инфузия пред болусните апликации. Осигурява се по-постоянна плазмена концентрация, толерира се по-добре от пациента.

- Ректално приложение:

използват се супозитории, като дозата е еквивалентна на пероралната;

понякога трудно се толерира от пациента.

Ентерално приложение

През ентерална сонда могат да се поставят бързодействащите форми или тези с удължено действие, изработени под формата на гранули.

Епидурално или интратекално приложение на опиоиди:

този метод е приложим при малък брой от пациентите – 5-10%;

индикациите включват силни болки, нечувствителни на опиоиди при стандартно приложение, локализирани под средните торакални сегменти;

необходими са скъпи консумативи;

опасност от сериозни инфекции или дислокация на катетъра.

Г. Странични ефекти на опиоидите

Видове странични ефекти на опиоидите

ЧЕСТО	ПО-РЯДКО	МНОГО РЯДКО
Запек	Ретенция на урина	Алергия
Гадене и/ли повръщане	Сърбеж	Дихателна депресия
Седация	Обърканост	
Сухота в устата	Халюцинации	
	Постурална хипотензия	
	Световъртеж	

- Описание и оценка:

психическа, физическа зависимост от и привикване към опиоидите не са обект на разискване в палиативната медицина;

запекът, резултат от употреба на опиоиди, се среща при всички пациенти; рутинно се предписват лаксативни средства;

между 15 и 30 % от пациентите изпитват гадене в началото на опиоидната терапия; овладява се с антиеметици и обикновено изчезва след около една седмица; при необходимост се преминава към обезболяване с друг опиоид;

предизвиканата от опиоидите седация е временен страничен ефект; изчезва няколко дни след началото на лечението;

при появата на обърканост, халюцинации, миоклонични мускулни спазми или промяна в нивото на съзнание трябва да се предполага развитие на синдром на опиоидна токсичност;

сърбежът е резултат на хистаминолиберация и рутинно се овладява с H1-хистаминови антагонисти;

дихателна депресия се среща изключително рядко при тези пациенти.

Д. Правила за приложение на адювантни аналгетици

Адювантните аналгетици са медикаменти от различни лекарствени групи, използвани основно за лечение на други заболявания, но при определени болкови състояния имат аналгетичен ефект.

Преди да се използват адюванти е необходимо:

- да се оптимизира опиоидната терапия;
- да се прецени съотношението риск/полза;
- да се знае, че при внимателно титриране на дозата са необходими 7-10 дни за постигане на ефект;
- да се избягва употребата на два или повече адюванта едновременно;
- да се знае, че основна цел е адекватната аналгезия и симптом контрол при липса на сериозни странични ефекти.

Най-често използваните адювантни медикаменти /ко-аналгетици/ са:

- кортикостероиди;
- трицикличини антидепресанти;
- антиконвулсанти;
- орални (парентерални) локални анестетици;
- кетамин;
- бисфосфонати.

Правила за поведение при диспнея

А. Лечение на причината за диспнея, ако това е възможно:

- при плеврален излив да се извърши дрениране на плевралната кухина;
- при анемия да се извърши кръвопреливане;
- при белодробен емболизъм да се действа съобразно правилата за добра медицинска практика;
- при пневмония да се приложи адекватно антибактериално лечение.

В. Общи симптоматични мерки - кислородолечение.

Степента на задух, изпитван от пациента, може да корелира или не с нивото на кислородната сатурация.

Прилагане на опиоиди:

- намаляват субективното усещане за задух;
- намаляват напрежението и тревогата;
- намаляват болката, свързана с дишане.

Ако пациентът не е приемал опиоиди - Morphine 5-10mg/p.o. (2,5-5mg/s.c.)/4h с междинни дози от 3-5mg/p.o. или 1,5-3mg/s.c при засилване на диспнеята.

Ако пациентът вече е на опиоидно лечение - приема допълнителна доза бързодействащ Morphine при засилване на диспнеята (10-15% от общата дневна доза:

- бронходилататори – при изразени признаци обструкция;
- дихателни упражнения за контрол на дишането (полезни за овладяване на усещането за страх и безпомощност);
- интубация и апаратна вентилация не са подходящи при пациенти в терминален стадий.

С. Синдром на обструкция на vena cava superior

Появата на диспнея е един от водещите симптоми:

- провеждане на палиативна лъчетерапия или лекарствено лечение;
- високи дози Dexamethazone - 24mg/i.v.
- продължаване на лечението с кортикостероиди.

Правила за поведение при безапетитие и кахексия

Анорексия и кахексия се срещат при 80%-90% от пациентите в терминален стадий. Основните причини са:

- променен вкус;
- гадене;
- дисфагия;
- намален прием на храна;
- метаболически нарушения, свързани с онкологичния процес;
- забавено изпразване на стомаха.

A. Медикаментозно повлияване на анорексията:

- стимулиране на апетита:

Dexamethazone – 2 x 4-10 mg p.o/s.c./24h;

Megestrol acetate - 160mg/24h;

Medroxyprogesterone acetate(MPA) - 500-1000 mg/24h.

- овладяване симптомите на гадене и повръщане и стимулиране изпразването на стомаха (вж. т.9):

Metoclopramide;

Domperidone; - Cisapride.

- повлияване на дисфагията (вж. т.10).

B. Общи мерки:

подобряване хигиената на устната кухина;

лечение при кандидоза на устната кухина;

промяна на хранителния режим;

мерки за регулярно овлажняване при силно изразена сухота в устата.

C. Ентерално и парентерално хранене

Агресивно ентерално и парентерално хранене не се прилага в терминалния стадий, защото е доказано, че не повлиява на преживяемостта и често е съпроводено от неприятни за пациента усещания. Парентералната рехидратация се прилага с цел облекчаване на симптомите.

D. Разяснение на пациента и семейството му на целите на лечението и ограниченията, които го съпътстват.

Правила за поведение при гадене и повръщане

Хронично гадене и повръщане се срещат при около 40% от пациентите в терминален стадий (20-70%) и често са резултат на повече от една причина.

A. Да се изключи (или потвърди) наличие на илеус (вж. т.22).

B. Да се определи интензитета като се използва вербална или визуална аналогова скала.

C. Да се прецени дали причина са медикаменти, използвани за лечение на други симптоми. Най-често това са опиоиди и НСПВС:

опиоиди – ако независимо от приложеното медикаментозно лечение симптомите персистират, се преминава към алтернативен начин на обезболяване. Винаги се предпочитат неинвазивните методи – трансдермален, ректален. Парентерално приложение се налага при ограничен брой пациенти;

НСПВС- преминава се към лечение с Paracetamol или селективни Cox-2 инхибитори.

D. Медикаментозно лечение

Основно средства на избор за медикаментозно лечение - Metoclopramide – 10 mg/6h p.o/s.c.

При наличие на уремия, хиперкалцемия или други химически причини - Haloperidol – 1.5 –3mg/p.o./s.c./вечер

При наличие на вагусова стимулация – фарингеално дразнене, хепатомегалия, преразтягане на уретерите - антиеметици с централно и периферно действие.

При наличие на повишено вътречерепно налягане - Dexamethazone - 8-16mg; антиеметици с централно и периферно действие.

При повръщане в резултат на стомашна атония - Metoclopramide +/- Cisapride 10mg/8h

При наличие на констипация (вж. т.11)

При състояние на тревожност, страх и депресия (вж. т. 14)

E. Разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението

Правила за поведение при дисфагия

А. При наличие на пълна обструкция:

гастростомия, - ако позволява състоянието на пациента и съществува по-дълга прогноза;
перкутанна гастростома – ефективен метод с ниска честота на усложнения и неоспорими предимства пред другите оперативни техники;

интравенозни инфузии- преди започване на инфузионната терапия е необходимо разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението и съобразяване с желанието му документирано в “Предварително решение” (прил.7).

В. Дисфагия, резултат от лечение с медикаменти:

Metoclopramide, Domperidone - поради повишаване тонуса на гастро-езофагеалния сфинктер;

Haloperidol - поради поява на екстрапирамидни нарушения;

НСПВС - поради увреждане лигавицата на хранопровода.

Препоръчва се редуциране на дозата, спиране на медикамента или прилагане на медикамент със сходно действие, но по-слабо изразени странични ефекти.

С. При наличие на кандидоза:

Ketoconazol;

Fluconazol

Д. При наличие на рефлукс, който причинява дисфагия - H2- блокери

Е. При наличие на тумори в областта на главата и шията, причина за дисфагия -
Dexamethazone - редуцира отока и повлиява функцията на нервите притиснати или ангажирани от тумора

Правила за поведение при констипация

Ако не се третира профилактично, констипация се наблюдава при 95% от пациентите, приемащи опиоиди. Други причини, водещи до констипация, са:

намален прием на храна и течности;

намалена подвижност и залежаване;

абдоминални тумори;

електролитен дисбаланс.

А. Извършване на ректално туширане

Видът на съдържимото в ampulla recti е определящо при избора на лаксативно средство.

В. Общи мерки за профилактика:

повишен прием на течности (1500 мл/дневно);

повишена двигателна активност; предписване на лаксативни средства при започване на опиоидното лечение и последващото им постоянно приемане.

С. Медикаментозно лечение:

Стимуланти на дебелочревната перисталтика:

Senna – 1-2т./дн.; дозата се титрира до ефект; най-често ефективна доза – 2-4 т./12ч.

Bisacodyl supp;

омекотители;

Paraffin;

Glycerin.

- Осмотични лаксативни средства - Lactulose

Не се препоръчва за продължителна употреба поради опасност от поява на водноелектролитен дисбаланс.

Д. Поведение при изразена констипация - прилагат се очистителни клизми и/или супозитории до овладяване на състоянието.

Правила за поведение при промени в съзнанието

Развитието на делир е сред най-честите невропсихични нарушения, причина за нарушение на съзнанието при терминално болни. До 85% от тези пациенти развиват делир през последните седмици от живота си.

От една страна делирът е очакван симптом в края на живота, но от друга до 45% от епизодите са обратими с прилагане на подходящо лечение и на тези пациенти може да се осигурят последващи седмици и месеци с добро качество на живот.

Изисква се строго индивидуален подход при оценка на състоянието.

А. Основни критерии:

нарушение на вниманието;
нарушение на познавателната способност;
нарушение на психомоторните реакции;
остро или подостро начало;
флукутиращо протичане;
обратимост на състоянието.

В. Клинични подвидове:

хиперактивен - обърканост, възбуда, халюцинации, миоклонуси;
хипоактивен - обърканост, сомнолетност, необщителност и затваряне в себе си.

Важно в палиативната медицина е разграничаване на делир от деменция - бавно и прогресиращо начало, без промяна в нивото на съзнание, хронично протичане.

С. Лечение - откриване и конвенционално лечение на причините: опиоидно токсичност, дехидратация, инфекция, хиперкалциемия, уремия и пр.; най-често причините за развитие на делир са няколко.

Основни средства за овладяване на делир:

Haloperidol – 1-2mg/8-12h/p.o./s.c, максимална дневна доза 20-30 mg;

Promethazin – 25-50mg/8-12h/p.o/s.c.

Ако симптомите персистират се преминава към алтернативен медикамент с по-изразен седативен ефект - много рядко за седация се използва Midazolam

Д. Оказване психологическа подкрепа на семейството

Правила за поведение при тревожни състояния и депресия

Повече от 50% от пациентите в терминален стадий са в състояние на емоционален дистрес, проявяващ се като тревожност и страх или потиснатост, отпадналост и безсилие.

А. Поведение при тревожни състояния:

изключване състояние на делир, хронична злоупотреба с медикаменти и алкохол и данни за предишни епизоди на психиатрично заболяване;
немедикаментозни методи за повлияване на състоянието.

Всички достъпни методи и техники за осъществяване на психологическа подкрепа на пациента - медикаментозно лечение:

Lorazepam – 0,5-1mg;

Alprazolam 0,25-1mg/2хдн.

Предпочитат се бензодиазепини с кратко действие

В. Поведение при депресия:

основни клинични белези на депресия:

силно чувство на вина;

силно чувства на безпомощност;

силно чувство на безполезност;

липса на желание за живот;

наличие на мисъл за самоубийство;

откриване и лечение на състояния, които могат да наподобят депресия. Състояния на делир се срещат по-често от депресия:

метаболитни (хиперкалциемия);

ендокринни (хипотиреоидизъм);

медикаменти (антиконвулсанти, бета-блокери, КС, Tamoxifen);

неовладян болков синдром;

немедикаментозно лечение чрез психологически методи и техники

лечение с антидепресанти

трициклически антидепресанти:

Amitriptylin –25-125mg/дн.;
Desipramin –10-25mg/дн.;
селективни инхибитори на серотонина (SSRI):
Fluoxetine – 10-20mg/дн.;
Paroxetine ;
Sertraline - 50-100mg/дн.

Терминални пациенти с депресия се повлияват от по-ниски дози в сравнение с физически здрави лица.

Правила за поведение при нарушения в уринирането

А. Наличие на болка:

от
туморен процес –
- по правилата на
СЗО;
палиативна лъчетерапия;
инстилация в пикочния мехур на 20ml/0,25% Bupivacain за 20 мин.;
откриване и лечение на инфекция;
отбременяване на пикочния мехур при данни за ретенция;
отбременяване балона на катетъра при болки в областта на тригонума с ирадиация към дисталната част на уретрата.

В. Инконтиненция на урината:

катетеризация на пикочния мехур:
при тотална инконтиненция поради локално авансирал тумор;
поради увреждане на pl. sacralis или компресия на гр. мозък; - променено ниво на съзнание.

грижи за кожата чрез добра хигиена и използване на кремове,
съдържащи Dimethicon;
Imipramin –10-20mg при пациенти след простатектомия.

С. Олигурия:

корекция на приема на течности при данни за дехидратация;
при обструкция на уретерите:
поставяне на уретерален stent;
перкутанна нефростома, след консултация с уролог и преценка на общото състояние;
Dexamethazone;

обструкция на уретрата:
често от фекални маси при констипация- лаксативни средства;
От туморен процес- катетеризация;
повишен тонус на сфинктерите- често медикаментозно предизвикан (антимускаринови медикаменти, трициклически антидепресанти).

Препоръчва се намаляване на дозата или спиране на медикамента, ако е възможно.

Д. Хематурия:

от авансирал тумор на пикочния мехур:
- палиативна лъчетерапия с кръвоспираща цел;
- Ethamsylate.
в резултат на инфекция – антибактериално лечение

Правила за поведение при астения - най-често срещания симптом в терминалния стадий на онкологично заболяване. Представлява комбинация от физически усещания(умора, изтощение, слабост), афективни усещания (раздразнителност, загуба на интерес) и когнитивни усещания (намалена способност за концентрация).

А. Подобряване на физическото състояние:

лечение на съпътстващите заболявания - диабет, сърдечна недостатъчност, анемия, инфекции;

индивидуализиране на медикаментозното лечение за предотвратяване предозиране с:
Бензодиазепини;

Антидепресанти;

Опиоиди.

В. Лечение на тревожни състояния, депресия и делир (вж. т13 и т.14)

С. Нарастващи туморни маси – най-честа причина за прогресираща астения
Dexamethazone – 2-4mg/дн:

подтиска се отделянето от тумора на хуморално активни вещества (TNF);

подобрява се апетита;

субективно усещане за подобряване на състоянието.

Д. Разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението

Правила за поведение при декубитус

А. Определяне на риска от развитие на декубитус (скала на Waterlow) и мерки за профилактика:

антидекубитален дюшек и/или превръзки;

честа промяна позицията на тялото;

добра хигиена на кожата;

използване на овлажняващи кремове;

при малнутриция и дехидратация- хидратиране и добавяне на VitC и Zinc.

Таблица за поведение при декубитус

Стадий	Цел	Вид превръзка	Механизъм на действие	Начин на работа
I-стадий (интактна кожа) + II-стадий (повърхностно увредена кожа)	Предотвратяване на преминаване в III-ст. и предпазване от контаминация	Полиуретанов филм	Не позволява преминаване на бактериите, молекулите на H ₂ O и O ₂ преминават свободно	Поставя се плътно върху декубитуса Оставя се за 3-4 дни При необходимост се подменя
III-стадий (повърхностна улцерация, охлузване, плитък кратер, липсва инфекция)	Мерки за предпазване от инфекция и за реепителизация	Хидроколоидни превръзки Превръзки с Calcium alginate	При контакт с раневия ексудат образуват гел Абсорбират ексудата чрез образуване на хидрофилен гел Осигуряват контрол на раневата секреция и предпазват от бактериална контаминация	Почистване с физ. разтвор Превръзката обхваща и 3 см около външния ръб Почистване с физ. разтвор Поставяне на алгината и покриване с превръзка, която не се сменя ако е суха

При част от случаите това е достатъчно

С. Умерена и тежка хиперкалцеция:

рехидратация

прилагане на бисфосфонати:

Pamidronate- 60-90 mg/500-1000ml 0,9%NaCl/до 2h/i.v.

Clodronate – 1500mg/500ml 0.9%NaCl/за 4h/i.v., p.os.1500-2000 mg.ежедневно

Zoledronate – 4mg / 500 ml 0,9% NaCl

изследване на бъбречната функция (Crea, Urea);

изследване на Ca⁺⁺, електролити и Crea на третия ден;

ако лечението е ефективно нивото на серумния Ca⁺⁺се нормализира до третия ден;

тежка хиперкалцеция обикновено се съпровожда от изразена дехидратация и множество клинични симптоми. За бързо повлияване нивото на Ca⁺⁺, докато се извършва рехидратацията, се използва Calcitonin 100-200U/s.c.-3-6 дози. Калцитонинът повлиява бързо нивото на Ca⁺⁺, но ефектът е краткотраен. Продължава се с лечение с бисфосфонати при контрол на параклиничните показатели;

основната цел при лечението на хиперкалцеция е овладяване на симптомите.

Мозъчни метастази

Срещат се при 25-35% от болните в терминалния стадий на болестта, като в 60% от случаите са множествени.

Поведение: зависи от общото състояние на пациента. Без лечение средната продължителност на живота на болните е около 1-2 месеца. Палиативното лечение – кортикостероиди, лъчева терапия и хирургично лечение може да увеличи преживяемостта на болните средно с 2 до 6 месеца.

Лечение: има за цел намаляване на мозъчния оток и вътречерпното налягане.

Кортикостероиди - Dexamethazone от 16mg до 32mg /24 ч за 5-7 дни, след което дозите се намаляват до поддържащи дози от 4-8mg/24ч. Високите дози Dexamethazone до 100mg дневно не са с доказано предимство, но се асоциират с повишен риск от усложнения. Профилактично се назначават гастропротектори – H2 блокатори или PPI блокатори.

Осмотична терапия – Mannitol венозно в доза 1-1,5g /kg /24ч в случаите, когато лечението с дексаметазон не е достатъчно ефективно.

Противогърчово лечение – при поява на гърчова симптоматика – carbamazepine 2 x 200mg /24h през устата.

Лъчева терапия – съгласно стандартите по лъчелечение.

Палиативна химиотерапия – съгласно стандарта по лекарствено лечение.

Неврохирургическо лечение – показано е при единични метастази и при добро общо състояние на болния.

Гърчове

При около 1% от болните в терминален стадий могат да се развие симптоматична епилепсия, която да протича с гърчове.

Предпочитат се пероралните противоепилептични средства като Carbamazepine в доза 200 - 800mg/24ч.

При епилептичен статус – Lorazepam 4mg, венозно за 2-5 мин, Diazepam 10-20mg венозно бавно 15-20 мин. Midazolam 2 x по-мощна противогърчова активност от диазепам, като за

разлика от него може да се прилага като продължителна подкожна инфузия. Доза от 5 - 30мг /24ч.

Компресия на гръбначния мозък

При 70% от онкологично болните в терминален стадий се срещат метастази в прешлените, а при около 5% от тях настъпва компресия на гръбначния мозък. В 70% от случаите се засяга дорзалната повърхност на прешлените.

Бързо развитата се компресия на гръбначния мозък (в рамките на часове), която протича със задълбочаваща се неврологична симптоматика (парализа), е с лоша прогноза и почти винаги е необратима, независимо от вида на онкологичното заболяване довело до нейното развитие. Усилията са насочени към контрол над оплакванията и симптомите на болния.

Лечение

Кортикостероиди – намаляват локалния оток и болката. Имат противотуморен ефект при някои злокачествени заболявания. Предпочитан кортикостероид е Dexamethasone във високи дози 16-100мг венозно за пълните 24-48 часа и постепенно намаляване на дозата.

Осмотични диуретици – намаляват локалния оток. Mannitol в доза 1-1,5г/кг/24ч венозно.

Лъчелечение – ефективно при лъчечувствителни тумори. Намалява оплакванията и в частност болката. Дозата е съгласно стандартите за лъчелечение.

Неврохирургическа интервенция. Показана е при болни с очаквана продължителност на живот над 3 месеца.

Химиотерапия – при тумори чувствителни на лекарствено лечение. Основна цел е да се намали общото туморно натоварване. Прилага се съгласно стандартите за лекарствено лечение на туморите.

Контрол на болката с опиоидни аналгетици – най-често парентерално, под формата на продължителна подкожна инфузия.

Контрол на дефекацията с лаксативи и клизми.

Поведение при предстояща смърт на болния

Клинични белези:

Загуба на интерес към заобикалящата действителност.

Нараства и се задълбочава изпитваната от болния умора.

Болният може да бъде летаргичен или обратно - неспокоен и възбуден. Наблюдават се делириум и халюцинации.

Интензивността на изпитваната болка в повечето случаи нараства и често е трудна за контролиране.

Появява се шумно клокочещо дишане, често с прояви на диспнея.

Настъпват проблеми с отделянето на урина. Могат да се появят както ретенция на урината, така и инконтиненция.

Намалява приема на храна и течности.

Наблюдава се невровегетативна симптоматика, която протича с гадене и повръщане и/или с профузно изпотяване.

Появяват се количествени нарушения на съзнанието – болните стават сомнолентносопорозни или изпадат в кома.

Златно правило при предстояща смърт на болния е да се редуцира текущата терапия като се запазва прилагането на следните медикаменти:

Morphin – основно обезболяващо средство. Аналгетичното лечение продължава до настъпването на смъртта на болния. Прилага се под формата на подкожна инфузия.

Midazolam – основен транквилизирац и седирац медикамент. Може да се прилага и като подкожна инфузия.

Furosemide – диуретик. При шумно и клокочещо дишане в последните часове на болния. Може да се прилага венозно или като подкожна инфузия.

Atropin – намалява секрецията. Прилага се венозно или като подкожна инфузия.

Храненето на болния и приема на течности се запазва, докато болния може да гълта или показва признаци на глад и жажда.

Лекарствена група	Медикамент	Продължава или се спира	Алтернатива или друг път на прилагане
Аналгетици	НСПВС, парацетамол	Спират се	При нужда, температура и при костна болка – супозитории с подходящи НСПВС
Аналгетици	Опиоиди - орално	Спират се	Преминава се към парентерален път – 1/3 от оралната доза като CSCI (продължителна подкожна инфузия)
	Метоклопрамид, халоперидол, левомепромазин,	Продължават при нужда	Преминава се към парентерален път на прилагане на метоклопрамид, халоперидол, левомепромазин като CSCI (продължителна подкожна инфузия)
Антиеметици – сетрони	Сетрони ондансетрон	Спират се	Не се заместват
Лаксативи	Всички медикаменти	Спират се	
Седативи	Бензодиазепини - орално	Спират се	Мидазолам – при нужда парентерално приложение като CSCI (продължителна подкожна инфузия)
Антиконвулсанти	Орално	Спират се	Мидазолам – при нужда парентерално приложение като CSCI (продължителна подкожна инфузия)
Кортикостероиди	Орално	Спират се	Парентерално прилагане при необходимост
Диуретици	Орално - Спинолактон	Спират се	Фуросемид - парентерално при необходимост
Гастропротектори	Антиациди и H2 блокери	Спират се	Подходящи за парентерално приложение H2 блокери при кървене от пептична, стомашна язва
Бронходилататори	Теофилин и други	Спират се	При нужда – инхалиране на смес от морфин и атропин във физ.серум
Спазми на пикочния мехур	Оксибутин	Спира се	При нужда – промивка на катетъра с лидокаин 0,5% или морфин 1мг/мл

Антидепресанти	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват
Антикоагуланти	Ацетил салицилова киселина	Спира се	Не се замества
Сърдечно-съдови	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват
Антибиотици, хормони, антидиабетни, витамини	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват

Midazolam – прилага се като болус в доза 5мг или като подкожна инфузия в доза 30мг/24ч при тревожност, възбуда или безпокойство, характерни за последните часове на болния. При необходимост може да се приложи Chlorpromazine в доза 12,5-25мг венозно.

Комбинирането на Furosemide 20-40мг венозно и Atropin 1-2мг мускулно или подкожно се препоръчват при лечението на предсмъртното хъркане (death rattle)- шумното и клокочещо дишане характерно за последните часове на болния.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

На базата на експертното решение на онкологичния комитет пациентът има окончателна диагноза и дефинирано терминално състояние.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Тази клинична пътека дефинира здравноосигурително покритие за **6 месечен период** в края на онкологичното заболяване, в който се предвиждат няколко хоспитализации с обща продължителност **до 30 дни**. В тази клинична пътека не се предвиждат други срокове.

В случаите на преживяемост на пациента над 6 месеца, той се включва в нова клинична пътека “Палиативни грижи при онкологично болни”, което не се счита за нарушение на постановките на НРД.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”*.

„Документ №1а „Експертно решение” и „Документ №1б „Индивидуален план”, които са неразделна част от ИЗ при започване на палиативното лечение на болния. При последващи пролежавания в рамките на отчетния период задължително се попълва „Документ №1б „Актуализация”, който е неразделна част от ИЗ. „Документ №1в – „Предварително решение” е задължителна част от ИЗ при първото хоспитализиране на болния в отчетния период по настоящата кл. пътека.

Състоянието на болния, промените в хода на болестта и приложените лечебнодиагностични и рехабилитационни процедури се отразяват в история на заболяването ежедневно.

8.3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

Допълнителен лист към ИЗ №

ДОКУМЕНТ №1а

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ В ТЕРМИНАЛЕН СТАДИЙ

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ	
Име год.	Общо практикуващ лекар:
Адрес	Трите имена:
ЕГН тел професия	Тел:
Здравно осигурен: ☐ да ☐ не	
ОНКОЛОГИЧЕН КОМИТЕТ	
РЕШЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ	
ДИАГНОЗА:	
Код на заболяването по МКБ-10	
Хистологичен резултат.....	
ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА МЕТА СТАДИЙ	
Клинични индикации за спиране на активно (противотуморно) лечение	
КОМИСИЯ /СЪСТАВ/: ТРИТЕ ИМЕНА	ПОДПИС ПЕЧАТ
1.....	
2.....	
3.....	

.....
Дата:.....

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

Изследвания и операция(и):
заведение

Дата

Лечебно

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Лъчетерапия

(вид,

място):

.....
.....
.....

Химиотерапия (вид в т.ч. хормонотерапия и имунотерапия)

.....
.....
.....

Предоставена Декларация за информирано съгласие - Предварително решение

Получих декларацията :

Дата:

Подпис:

Допълнителен

лист

към

ИЗ

№

ДОКУМЕНТ №16 - 1

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ			
Трите		имена:	
АДРЕС:		ТЕЛ:	
Решение на онколог. комитет	гр	лечебно	заведение
ДОЗ.....			или
БОЛНИЧЕН ЕКИП ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ			
На базата на решението на онкологичния комитет, данните от проведеното лечение и сегашното състояние се състави следната индивидуална програма за палиативни грижи:			
Вид	и	място	на болката:
Контрол на симптомите:			
Дихателни:			
Стомашно-чревни			
Урологични			
Кожни			
Психическо		състояние	
Неврологичен		дефицит	
Двигателна		активност	
Други:			
МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ			

- | | |
|--------|--------|
| 1..... | 5..... |
| | |
| 2..... | 6..... |
| | |
| 3..... | 7..... |
| | |
| 4..... | 8..... |
| | |

decursus morbi.....

.....

.....

КОМИСИЯ /СЪСТАВ/: ТРИТЕ ИМЕНА

ПОДПИС

ПЕЧАТ

1.....

.....

.....

2.....

.....

.....

3.....

.....

.....

4.....

.....

.....

град

.....

лечебно

заведение:

Дата:.....

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №16-2

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

АКТУАЛИЗАЦИЯ		
Трите имена:		
АДРЕС: ТЕЛ:		
Решение на онколог. комитет гр лечебно заведение		
КОНТРОЛ НА СИМПТОМИТЕ	Посещения при/от екипа	Консултации по телефона
1. болка	 дата	 дата
.....	 дата	 дата
.....	 дата	 дата
.....	 дата	 дата
2.	 дата	 дата
.....	 дата	 дата
3.	 дата	
.....		
4.		
.....		
МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ		
Доза		дата
1.		
.....		
2.		
.....		
3.		
.....		
4.		
.....		
5.		
.....		
Други неописани по горе:.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Посетен от ОПЛ дата		

.....
Нанесени корекции в терапия ☐ да ☐ не

Спешност

(ЦСМП)

Решение за хоспитализация:

.....
.....
дата:

ИНСТРУКЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Въведение:

Тази бланка представлява комбинация от:

- дълготрайно пълномощно за здравни грижи;
- воля за живот.

С тази бланка Вие можете:

да определите някого, който да взема вместо Вас решения за здравни грижи, ако Вие не сте в състояние да вземате тези решения за себе си; и/или:

да посочите какви видове здравни грижи и лечение бихте или не бихте желали, ако не сте в състояние да кажете какви са Вашите решения.

Насоки:

прочетете внимателно всички части;
поговорете с лицето, което смятате да определите, за да сте сигурни, че той/тя разбира Вашите желания и има желание да поеме отговорността да следва Вашите желания;

поставете инициалите на името си на празните места пред онези избори, които желаете да направите;

попълнете само онези избори, които желаете в части 1, 2 и 3; Вашето предварително решение ще бъде валидно за всяка част, която попълните, стига да е правилно подписана;

прибавете всякакви специални инструкции в предвидените празни места; можете да напишете допълнителни коментари на отделен лист хартия; ако добавяте страници, Вие трябва да отбележите върху бланката, че има допълнителни страници към Вашата предварителна директива;

подпишете бланката и я дайте за подпис на свидетели;

дайте копие от Вашата предварителна директива на Вашия лекар, Вашата медицинска сестра, на лицето, което сте определили да взема вместо Вас решения за здравни грижи, на Вашето семейство, Вашия свещеник, Вашия адвокат и на всеки друг, който може да бъде ангажиран с грижите за Вас;

разберете - Вие можете да промените или да отмените този документ по всяко време.

Думи, които трябва да знаете:

Предварително решение - писмен документ, който показва какво желае или не желае лицето, ако в бъдеще той/тя не може да изразява своите желания относно здравните грижи и лечението.

Изкуствено хранене и хидратиране - когато храната и водата се дават на лицето чрез сонда.

Грижа за комфорта: грижа, която помага да се поддържа комфорта на човека. Облекчаване на болката, къпане, обръщане и поддържане на устните влажни.

Сърдечно-белодробно съживяване (СБС) - опит да се поднови дишането или биенето на сърцето на човек. СБС може да включва масаж на гръдния кош, поставяне на сонда в гърлото и/или друго лечение.

Дълготрайно пълномощно за здравни грижи: - предварително решение, което посочва човек, който ще взема решения за здравето на лицето, ако той/тя не може да ги вземе или да съобщи своите собствени желания. Този човек може да е член от семейството или приятел, не е нужно да е адвокат. Определеният човек трябва да следва Вашите желания, ако те са известни. Ако те не са известни, този човек трябва да взема решения, основаващи се на това какво мисли, че бихте желали Вие.

Състояние в последния етап от развитието на заболяването или нараняването (за краткост – състояние в последен етап) - хронично, необратимо състояние, причинено от нараняване или болест, довело до сериозно, трайно увреждане на тялото; едно лице в състояние в последния етап изисква околните да вършат повечето от неговите/нейните дейности.

Животоподдържащо лечение: - всяка форма на здравни грижи и лечение, която се използва, за да предпази човека от смърт; апаратът за изкуствено дишане, СБС, диализата, изкуственото хранене и оводняване (хидратиране) са примери за животоподдържащо лечение.

Воля за живот - предварително решение, което казва какви здравни грижи и лечение желае или не желае лицето, ако той/тя не е в състояние да съобщава своите желания.

Даряване на органи и тъкани - когато едно лице се съгласи неговите/нейните органи (като очи или бъбреци) или други части - от тялото (като кожа) да бъдат взети след смъртта му/й и да бъдат трансплантирани за употреба от друго лице.

Постоянна кома - когато лицето е в безсъзнание и няма никаква надежда да дойде в съзнание, дори с медицински грижи. Когато е в кома, човек не е буден или не съзнава заобикалящия го/я свят.

Непроменливо вегетативно състояние - когато лицето има мозъчно увреждане, което го/я прави нечувствително към болка или към околния свят и няма никаква надежда за подобрене дори с максимално лекарствено лечение. Очите могат да са отворени, а тялото може да се движи.

Терминално състояние - напреднало, необратимо състояние, причинено от нараняване или болест, която не се лекува и от която лекарите очакват човека да умре дори с максимално лекарствено лечение; животоподдържащото лечение няма да подобри състоянието на човека, а само ще удължи умирането му.

ДОКУМЕНТ №1в

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ПРЕДВАРИТЕЛНО РЕШЕНИЕ

Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи, воля за живот и други желания

Аз, _____,
пиша този документ като решение, касаещо моите здравни грижи.

Поставете инициалите на Вашето име до изборите, които желаете:

Част 1. Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи

Докато аз мога да съобщавам желанията си, моите лекари ще говорят с мен и аз ще взимам решенията за моите здравни грижи.

..... Ако дойде време, когато аз не мога да взимам решения за здравни грижи за мен самия/самата, аз определям това пълнолетно лице да взима тези решения вместо мен:

.....
.....
трите имена

домашен телефон

служебен телефон

.....
.....
адрес

e-mail.....

Ако горепосоченото лице не може или няма право да взима решения вместо мен, аз определям второ лице:

.....
.....
трите имена

.....
.....
домашен телефон

.....
.....
служебен телефон

.....
.....
адрес
e-mail.....

.....Разбирам, че ако аз не направя дълготрайно пълномощно за здравни грижи, някой може да бъде определен да взима решения за моите здравни грижи чрез закона или чрез съда.

Аз желая лицето, което съм определил/а, моите лекари, моето семейство и околните да бъдат ръководени от моите желания, описани на следващите страници.

Част 2. Моята воля за живот

А. Използвайте тази страница, за да помогнете на човека, когото сте назовавали в Част 1, да взима решения вместо Вас, според това какви са Вашите разбирания по отношение на определени медицински състояния. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.

Като цяло, това трябва да бъдат целите на грижите за мен, ако аз съм в състояние в последния етап на заболяването, в терминално състояние, или ако съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение:

Ако аз **не съм в състояние да разпознавам и говоря с моето семейство/приятели, това са моите желания:**

.....
.....

Ако аз **не съм в състояние да живея самостоятелно и трябва да живея в институция (лечебно заведение), това са моите желания:**

.....
.....

Ако аз трябва да прекарам на легло остатъка от живота си, това са моите желания:

.....

.....

Ако аз не съм в състояние да се грижа за себе си (обличане, къпане и т.н.), това са моите желания:

.....

.....

Ако аз не мога да ям през устата, и храната и водата трябва да ми бъдат давани чрез сонда, това са моите желания:

.....

.....

Б. Използвайте тази страница, за да опишете видовете лечения, които могат да бъдат предложени, ако сте в състояние в последния етап на заболяването, в терминално състояние, или в непроменливо вегетативно състояние, за да помогнете на човека, когото сте назовавали в Част 1 и който ще взема решения вместо Вас. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.

(Поставете инициалите на Вашето име до Вашите избори)

Избори за лечение:

..... Не желая да започва животоподдържащо лечение. Ако е започнат някакъв вид такова лечение, желая то да бъде спряно.

(Специални бележки):

.....

.....

..... Желая да бъде започнато временно животоподдържащо лечение; ако не покажа признаци за възстановяване, искам то да бъде спряно.

(Специални бележки):

.....

.....

..... Други желания относно животоподдържащите видове лечение, включващи диализа или други основни медицински лечения:

.....

.....

Изкуствено хранене и хидратиране (като хранене със сонда):

.....Аз не желая да бъда хранен/а със сонда, ако това ще бъде основното лечение, което ме поддържа жив/а. Ако ми бъде сложена сонда за хранене, искам тя да бъде махната.

(Специални

бележки):

.....
.....

.....Искам да ми бъде поставена сонда за хранене временно; ако не покажа признаци на възстановяване, тогава искам тя да бъде махната.

(Специални

бележки):

.....
.....

.....Искам изкуствено хранене и хидратиране, дори ако то е основното лечение, което ме поддържа жив/а.

(Специални

бележки):

.....
.....

Други желания, отнасящи се до изкуственото хранене и хидратиране:

.....

В. Други насоки

Вие имате правото да участвате във всички решения относно Вашите здравни грижи, дори и относно тези, които не са свързани със състоянието в последния етап, терминалното състояние или непроменливото вегетативно състояние. Ако Вие имате желания, които не са посочени в другите части на този документ, моля, посочете ги тук:

Част 3. Други желания

Други

желания:

.....

Част 4. Подписи

Вие трябва да подпишете този документ. Желателно е двама души, които не са Ваши роднини, да се подпишат като свидетели. Този документ не е необходимо да бъде заверен от нотариус. Дори ако не можете да намерите свидетели, Вие трябва да подпишете това и да го дадете на Вашия лекар като посочване на Вашите желания.

А. Вашият подпис

С долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този документ.

Подпис: Дата:

.....

Адрес:

.....

Аз,..... с
долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този
документ, но отказвам да попълня предоставения ми формуляр „Документ №1в –
„Декларация за информирано съгласие – предварително решение”.

Подпис: Дата:

.....

Адрес:

.....

Б. Подписите на Вашите свидетели

Вярвам, че лицето, което е подписало това предварително решение, е със здрав разум, че е подписало или удостоверило това предварително решение в мое присъствие и че той/тя не го прави под натиск, под принуда, под заплахата или незаконно въздействие. Аз не съм свързан/а с лицето, което прави това предварително решение чрез кръвна връзка, брак или осиновяване и, доколкото знам, не съм споменат/а в неговото/нейното завещание. Аз не съм лицето, посочено в това предварително решение. Аз не съм лице, предлагащо здравни грижи или пък служител на лице, предлагащо здравни грижи, което сега или в миналото е било отговорно за грижите за лицето, правещо това предварително решение. Аз съм на възраст над 18 г.

Свидетел 1:

Подпис: Дата:

.....

Адрес:

.....

Свидетел 2:

Подпис: Дата:

.....

Адрес:

.....

МЕТОДИЧНИ УКАЗАНИЯ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

А. Анамнеза

Запознаване с историята на онкологичното заболяване и придружаващите заболявания в т. ч. алергия и експертното решение на онкологичния комитет.

Задължително се отбелязва от кого е снета анамнезата. **Състоянието на болния и настъпилите промени в следствие на проведените терапевтични действия се отразяват в историята на заболяване ежедневно.**

В. Физикален преглед

Общото състояние на болния (performance status) се измерва посредством скалата на СЗО (ECOG) от 1 до 5 или посредством скалата на Карнофски (Karnofski scale)

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

ECOG - PERFORMANCE STATUS*	
Степен	ECOG – Болният е
0	Напълно активен способен да извършва всички нормални дейности, които е извършвал преди появата на заболяването без ограничения.
1	Изпитва симптоми, които го ограничават при извършване на дейности изискващи физически усилия, но е амбулаторен и може да извършва лека работа без физическо натоварване – домакинска дейност или работа в офис.
2	Амбулаторен и способен да се грижи за себе си, но не е в състояние да извършва каквато и да е трудова дейност. Прекарва на легло по-малко от 50% от часовете, когато е буден.
3	Много ограничен в грижите за себе си. Прекарва на легло повече от 50% от времето, когато е буден.
4	Тежко болен. Напълно зависим от околните. Прекарва на легло 100% от времето.
5	Умрял.

Скала за общото състояние на Карнофски

Критерии за оценка на KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS в (%)

Способен да извършва обичайната си активност и да се труди; не се нуждае от специални грижи.	100	Нормално състояние, няма оплаквания и симптоми; няма доказателства за болест.
--	-----	---

		Здрав.
	90	Способен да извършва нормалната за него активност; наличие на малки оплаквания и симптоми на съществуващото заболяване.
	80	Трудно извършва нормалната за него активност; на лице са симптоми и оплаквания предизвикани от заболяването.
Не е в състояние да се труди. Може да живее в домашни условия и да удовлетворява повечето от персоналните си нужди; количеството на необходимата помощ варира.	70	Може да се грижи за себе си. Не е в състояние да извършва характерите за него дейности, а също и да се труди активно.
	60	В някои случаи се нуждае от помощ и подкрепа, но като цяло е в състояние да се грижи сам за себе си и да удовлетворява повечето от своите потребности.
	50	Нуждае се от значителна помощ и подкрепа и от чести медицински грижи.
Не е в състояние да се грижи за себе си. Нуждае се от специализирани болнични или еквивалентни на тях грижи. Болестта може бързо да прогресира.	40	Инвалидизиран болен. Нуждае се от специални грижи, помощ и подкрепа.
	30	Тежко болен и тежко инвалидизиран болен. Желателно е хоспитализирането на болния, независимо че смъртта не е непосредствена.
	20	Много тежко болен. Болният се нуждае от провеждането на активно поддържащо лечение. Фаталния край е много вероятен.
	10	Терминален болен. Фаталния край бързо приближава. Смъртта е предстояща и неизбежна.
	0	Смърт

С. Запознаване с настоящите оплаквания на пациента

1. Болка

Пациентът прави детайлно описание на болковия синдром .

Анамнезата на болковия синдром е ключът към правилната оценка на болката на пациента и избора на правилна терапевтична схема.

Трябва да се зададат стандартни въпроси за локализацията, продължителността, ирадиацията на болката и факторите, които я засилват или облекчават.

Трябва да се отговори на редица важни допълнителни въпроси:

Характер на болката, описан от пациента

Има ли типични белези на ноцицептивна или невропатична болка?

Какъв е резултатът от прилаганата досега аналгетична терапия?

Какви са били страничните ефекти и как са овладяни?

Воден ли е дневник или записки за историята на болковия синдром?

Съществува ли у пациента страх или предубеждение от употребата на аналгетици?

Как разбира и приема заболяването си?

Съществуват ли социални, фамилни или културни особености, които имат връзка с болката и нейното лечение?

2. Критерии за оценка на болката

Етиологични:

от тумора;

от противотуморното лечение;

от други причини.

Патофизиологични:

ноцицептивна соматична;

ноцицептивна висцерална;

невропатична; - идиопатична.

Болкови синдроми

Лезии на соматични и висцерални структури:

на кости и стави;

на коремни органи;

На меки тъкани

Лезии на нервна тъкан:

периферни нерви;

радикулопатия или синдром на кауда еквина;

плексопатия;

краниална невропатия;

интракраниална хипертензия (главоболие).

3. Обективизиране интензитета на болката.

За обективизиране интензитета на болката могат да се използват:

Вербални аналогови скали - ефективен и лесен метод

NRS – цифрова скала пациентът определя силата на своята болка като използва цифрите от 1 до 10, като 1 (едно) означава липса на болка, а 10 (десет) – най- силна болка;

може да се използва и петстепенна описателна скала: 1- слаба, 2- умерена, 3- силна, 4- много силна и 5 -възможно най - силна болка;.

Визулни аналогови скали - Цифрово, цветово или картинно изображение на аналогова скала за оценка на болката.

VAS = |-----|
0 10

Между различните системи за оценка има добра корелация:

VAS = |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

NRS = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Описат. скала = няма болка
най-силната болка

силна болка

възможно

Изборът на аналогова скала зависи от възрастта, интелектуалните особености или психоемоционалното състояние на пациента

Определя се вида на болката, като се използва описанието на болния. По възможност схематично се отбелязва мястото на болката.

В индивидуалния план се описват болката съобразно механизма на възникване (ноцицептивна, невропатична) и нейния интензитет. Целта е да бъде максимално ясна аргументацията за предпочетен начин на обезболяване.

Мнемонична схема за оценка на болката:

O	Onset	Начало	Кога е започнала болката? Колко време е продължила? Колко често се появява?
P	Provoking and Palliating factors	Провокиращи и облекчаващи фактори	Кое предизвиква болката? Кое облекчава и кое влошава болката?
Q	Quality	Качество	Как болния чувства болката? Може ли да опише, какво усеща?
R	Region, radiating	Регион болката излъчване (и радиация)	Къде боли? Излъчва ли се и накъде?
S	Severity	Интензивност	Колко силно боли от 0 до 10, където 0 означава липса на болка, а 10 означава непоносима болка? Сега в момента? Колко е била най-силната болка през изминалото денонощие, а най-слабата? Обичайно, колко силна е била болката през изминалото денонощие? Притеснен ли е пациента от болката? Има ли други симптоми или оплаквания?
T	Treatment	Лечение	Какви медикаменти и методи на лечение използва в момента за контрол и лечение на болката? Ефективно ли е приложеното лечение? Изпитва ли някакви странични ефекти при провежданото лечение? Какви други лекарства и методи на лечение са прилагани в миналото?
U	Understanding	Разбирания заблуди, влияние болката	Какво, според болния, е предизвикало болката? Как болката влияе върху живота на болния? А върху семейството му? Склонен ли болният да приема опиоидни аналгетици?
V	Values	Ценности	Каква е целта на болния при лечението на болката? Какво е приемливото ниво на облекчаване на болката като използва скалата където 0 означава липса на болка, а 10 непоносима болка? Има ли други възгледи и чувства, които са предизвикани или са свързани с болката и които са важни за болния и неговото семейство?

4. Оценка на симптомите

В терминалния стадий на онкологичното заболяване е възможна поява на редица симптоми, резултат от авансиране на туморния процес или от проведеното лечение. За да се постигне по-високо качество на живот на пациента е необходимо максимално повлияване на симптомите. Използват се вербални или визуални аналогови скали за оценка на интензитета на симптомите.

Мнемонична схема за оценка на симптомите:

O	Onset	Начало	Кога се е появил симптома? Колко време е продължил? Колко често се появява?
P	Provoking and Palliating factors	Провокиращи и облекчаващи фактори	Какво го предизвиква? Какво го облекчава и какво влошава неговото протичане?
Q	Quality	Качество	Какво чувства болния? Може ли да опише, какво усеща?
R	Region, radiating	Регион болката излъчване (ирадияция)	Къде се усеща? Излъчва ли се (разпространява ли се) и накъде?
S	Severity	Интензивност	Каква е силата (интензивността) на симптома от 0 до 10, където 0 означава липса на симптома, а 10 означава възможно най-интензивен симптом? Сега в момента? Каква е била най-голямата интензивност на симптома през изминалото денонощие, а най-слабата? Притеснен ли е пациента от симптома? Има ли други симптоми или оплаквания?
T	Treatment	Лечение	Какви медикаменти и методи на лечение на симптома използва в момента за лечението на симптома? Ефективно ли е приложеното лечение? Изпитва ли някакви странични ефекти при провежданото лечение? Какви други лекарства и методи на лечение са прилагани в миналото?
U	Understanding	Разбирания и заблуди, влияние на болката	Каква, според болния, е причината за симптома? Как симптома влияе върху живота на болния? А върху семейството му?
V	Values	Ценности	Каква е целта на болния при лечението на този симптом? Какво е приемливото ниво на облекчаване като използва скалата където 0 означава липса на симптома, а 10 възможно най-голямата интензивност? Има ли други възгледи и чувства, които са предизвикани или са свързани със симптома и които са важни за болния и неговото семейство?

В индивидуалния план се отбелязват както симптомите и техния интензитет, така и тяхното повлияване.

Особено внимание се обръща на двигателната активност на пациента, необходимостта от третиране на декубитални рани, психическото състояние и социалния статус. При необходимост се осъществява връзка с регионалния център за социални грижи.

5. *Разяснение на индивидуалния план на пациента и семейството му.*
За да бъде ефективно обучението на пациента и семейството, е необходимо:

да се разговаря на достъпен език, съобразен с нивото на образование и култура на пациента;

да се осигури достатъчно време за разговор в спокойна за пациента обстановка;

да се опишат причините за болката и/ или симптомите и възможните методи и степен на повлияване;

да се изяснят очакванията на пациента и семейството, като целта на обучението е те да бъдат съобразени и съпоставими с реалността при спазване на основните ценности на палиативните грижи.