

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15 и 154/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА КАНЦЕР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при палијативен третман на канцер.

Член 2

Начинот на згрижување при палијативен третман на канцер е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при палијативен третман на канцер по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-10473/1
9 октомври 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПАЛИЈАТИВЕН ТРЕТМАН НА КАНЦЕР

МЗД упатства

Последен пат е ажурирано на : 22.01.2012 © Duodecim Medical Publications Ltd

Важно

- Траењето на палијативниот третман за карцином варира од месеци и години до неколку дена. Третманот со антинеоплазматски лекови или радиотерапија можат да ги потенцираат симптомите кај пациенти, додека нега и поткрепа на болката ([види го упатството: Третман на болка](#)) се есенцијални при третман на терминални пациенти. Во секој стадиум на болеста целта е да се најдат терапии со поголем бенефит отколку несаканите ефекти. Третманските алтернативи вброени тука треба да се погледнат од таа перспектива.
- Исто така, во текот на куративен третман е неопходно ефективно да се ублажат симптомите од самата болест или од третманот. Овие препораки треба да се применуваат, доколку е тоа возможно.
- Се советува дискусија за третманските алтернативи со пациентите. Да се објасни најверојатната етиологија на симптомите, членови на семејството да бидат вклучени во третманот, како и да се прават консултации со специјалисти.

Респираторни симптоми

Кашлица: причини и третман¹

- Срцева слабост ([види го упатството: Хронична срцева слабост](#)), астма ([види го упатството: Долготрајно справување со астма](#)), ХОББ ([види го упатството: Хронична опструктивна белодробна болест - ХОББ](#)), пулмонална фиброза ([види го упатството: Идиопатска белодробна фиброза](#)), гастро-езофагеален рефлукс ([види го упатството: Гастро-езофагеална рефлуксна болест](#)), несакан ефект на лек (АСЕ инхибитор): третман во сооднос на лекот, прекин на лекувањето.
- Инфекција: антимикробна, антипиретици.
- Белодробна емболија ([види го упатството: Белодробен емболизам](#)).
- Белодробни метастази, плеврален тумор, иритација, предизвикана од туморот на фаринксот и на горните дишни патишта.
 - Prednisone 40–60 mg × 1 или dexamethasone 6–9 mg × 1 со дозирање во зависност од одговорот.
 - Антитусик, види подолу.
 - Радиотерапија.
- Плеврална ефузија: види диспнеа (подолу).
- Пнеумонитис, предизвикан од цитотоксични медикаменти или радиотерапија: види диспнеа (подолу).
- Белодробен аспириат (фарингеална парализа, опструктивен тумор, гастро-езофагеален рефлукс).

¹ За повеќе детали, види ги соодветните упатства.

- Фарингеална парализа: јадење во седната положба со брадата надолу.
- Флуиди со поголема густина (на пр., Thick and Easy[®]).
- Ирадијација на опструктивен тумор, ласерска терапија или стентирање.
- Гастростома.
- Хемоптиза.
 - Инфекција: антимикробни лекови.
 - Tranexamic acid 1000–1500 mg × 3.
 - Prednisone 40–60 mg × 1 или dexamethasone 6–9 mg × 1, со дозирање во зависност од одговорот.
 - Радиотерапијата е ефективна доколку причината е локорегионална.
- Лачење на мукозата.
 - Инфекција: антимикробни лекови.
 - Болката превенира продуктивна кашлица, а кашлањето е отежнато кога пациентот лежи.
 - Справување со болка.
 - Позиционирање.
 - Дишење во шише.
 - Сув, леплив секрет.
 - Навлажнување на воздухот.
 - Муколитик (на пр., erdosteин).
 - Профузен редок секрет.
 - Инхалација со ipratropium bromide ± salbutamol.
 - Лепенки со scopolamine, 2–3 лепенки.
 - Глусоругolate, глусоругронииум bromide (види подолу).
 - Пациентот е преслаб да се искашлува.
 - Антитусик, види подолу.
 - Аспирација е често неопходна, но е непријатна за свесен пациент.
 - Антихолинергици, на пр., глусоругронииум bromide 0.2 mg × 1–6 s.c. или 0.6–1.2 mg дневно во континуирана s.c./i.v. инфузија намалува продукција на секрет, но и ја суши устата.
- Анитусици.
 - Опиоиди, на пр.
 - Codeine 30 mg + paracetamol 500 mg 1–2 × 3–4.
 - Codeine 30 mg + ibuprofen 200 mg 1–2 × 3–4.
 - Раствор на морфиум со почетна доза од 10–20 mg × 1–6.
 - Депо-препарат на морфиум со почетна доза од 10–30 mg × 2.

Диспнеја

- Идентификација на можни за третман, реверзибилни причини и во сите случаи ублажување на симптомите.
 - Коронарна срцева болест, срцева инсуфициенција, астма, ХОББ: третманот зависи од болеста.
 - Пулмонална емболија: антокоагулантна терапија.
 - Пневмонија, септикемија: антибиотици, антипиретици.
 - Пневмонит, предизвикан до медикаменти (bleomycin, methotrexate):
 - Доколку постои сомнеж за пневмонит, предизвикан од медикаменти (сува кашлица, диспнеа со влошување, атипична пневмонија/ пневмонит на ртг за време или непосредно по апликација на цитотоксичен медикамент), да се контактира центарот каде е аплицирана цитотоксична терапија.

- Радијациски пневмонит може да се појави (1–)3(–6) месеци по ирадијационен третман на белите дробови. При радиографија на торакс, пневмонитот има ист облик како радијациското поле; треска и зголемен CRP.
 - Одмор.
 - Prednisone 40–60 mg × 1 или dexamethasone 6–9 mg × 1, со дозирање во зависност од одговорот.
 - Антитусици (види погоре); антибиотици, доколку постои и инфекција.
- Анемија: трансфузија на еритроцити; во некои сличаи постои индикација за еритропоетин.
- Треска: антипиретици.
- Парцијална пулемектомија, белодробна фиброза: симптоматска терапија
- Диспнеја, предизвикана од тумор на вратот и на тораксот.
 - Компресија на трахеа, бронх или горна вена кава, ателектаза, белодробни метастази, lymphangitis carcinomatosa.
 - Dexamethasone 3–10 mg × 1–3 со дози, прилагодени на одговорот.
 - Антикоагулантна терапија при опструкција на горна вена кава, доколку не е контраиндицирана.
 - Радиотерапија.
 - Ласерска терапија или стентирање.
 - Плеврална ефузија.
 - Плеврална аспирација (не повеќе од 1500 ml во еден третман), дренажа ± склеротерапија.
 - Prednisone 40–60 mg × 1 или dexamethasone 6– 9 mg × 1 со дозирање во сооднос со одговорот.
 - Плеврална ефузија со потреба од константна аспирација: консултација со торакален хирург (долготрајна дренажа [на пр., Denver], талк, плевректомија).
 - Перикардна тампонада.
 - Аспирација ± дренирање.
- Асцит.
 - Асцитна пункција.
 - Prednisone 40–60 mg × 1 или dexamethasone 6–9 mg × 1 со дозирање соодветно на одговорот.
 - Тунелен катетер.
 - Диуретици.
 - Satumaxomab во внимателно селектирани случаи.
- Зголемен црн дроб или голем абдоминален тумор: поткревање на горниот дел од телото, полуседечка положба.
- Констипација (види го упатството: **Констипација кај возрасни**): индуцирана зголемена перисталтика.
- Анксиозност, хипервентилација.
 - Смирување, мирна, безбедна средина, бензодијазепини.
- Нефармацевтско третирање на диспнеја:
 - Пациент со диспнеа е често немирен. Анксиозноста дополнително може да ја влоши диспнеата. Потребно е да се објасни природата на болеста на пациентот и да се научи како најлесно да се справува со тие ситуации.
 - Разговор за стравот од задушување треба да се земе во предвид. Пациенти со белодробен тумор или метастази можно е да имаат страв од задушување и покрај тоа што не се со таков ризик. Задушување од канцер е многу ретко, возможно е само доколку постои бронхална опструкција или крвање од тумор

- во главата и во вратот, многу поретко од тумор на белите дробови или тумор кој ги инфилтрира белите дробови.
- Доколку диспнеата е силна и покрај третманот, треба да постои согласност со пациентот и семејството дека треба нивото на свесност да е многу ниско за да се намали маката; инструкции за медикаменти се дадени подолу во текстот.
 - План за дејствување при напади на диспнеа:
 - Планирана терапија при рака, на пр., во џеб, на наткасна.
 - (Полу-) седечка положба за одмор, мирно дишење, отворен прозорец, итн.
 - Како да се повика помош: своно, телефон (телефонски број при рака, читливо напишан или снимен во телефонот).
 - Физиотерапија, вежби за дишење и опуштање, физичка вежба, респираторна помош.
 - Инструкции, како физичкиот напор да се прилагоди на функционалниот капацитет.
 - Кислород при хипоксемија и субјективниот бенефит од апликацијата (кислороден концентратор).
 - Дотек на воздух, вентилатор: кај нехипоксемичен пациент, зголемен проток на воздух кон пациентот делува исто како и кислород.
 - Фармакотерапија за диспнеа:
 - Доколку диспнеата е со среден интензитет, почеток на терапијата со морфиум, кортикостероид и бензодијазепин вообичаено дава одговор.
 - Опиоиди се ефикасни во третман на диспнеа (**инд-А**).
 - Почетна доза за раствор на морфиум 10–20 mg × 4–6 (други потентни опиоиди може да се користат).
 - Почетна доза на морфиум до долготрајно дејство 10–30 mg × 2.
 - Почетна доза на парентерален морфиум 5–10 mg × 4–6 s.c./i.v. или континуирана инфузија 40–60 mg/24 h s.c./i.v.
 - Дозата се зголемува 20–30% (до 50%), прилагодена на симптомот.
 - Бензодијазепини:
 - Lorazepam 0.5–2 mg × 1–3 p.o., i.m., i.v. или 2–4 mg/ден s.c./i.v. инфузија.
 - Diazepam (5–)10–20 mg навечер, 5–10 mg × 1–3 p.o./p.r.; 5–20 mg/ден i.v. инфузија.
 - Кортикостероиди и други медикаменти кои влијаат на дишните патишта:
 - Prednisone 20–80 mg × 1 или dexamethasone 3–10 mg × 1–3 дозирање соодветно на одговорот, особено при опструкција, едем предизвикан од туморот, радијациски пневмонит или реакција на медикамент.
 - Доколку постои опструкција ([види го упатството: Долготрајно справување со астма](#)): бронходилататор (спреј salbutamol или комбинација на ipratropium bromide и salbutamol; theophylline). Theophylline во мешан медикамент може да доведе до субјективно подобрување.
 - Доколку е потребно, да се започне со антидепресивна терапија.
 - Пациентот да се обезбеди со (пишани) инструкции за медикаментозна терапија при акутна диспнеа: пациентот треба да има 1–2 дози на морфиумски раствор и 1–2 дози на бенадијазепин, на пр. во џеб, во рачна торба или на наткасна.
 - Доколку е потребна ефикасна седација:
 - Да се продолжи со симптоматски медикаменти.
 - Да се дозира ефективен морфиумски медикамент.
 - Да се додаде бензодијазепин, на пр., diazepam (2.5)–5–10 mg (p.o., p.r.) i.v. секој час додека пациентот не се смири; да се планира континуирана терапија врз основа на потребните дози за смирување на пациентот.

- Haloperidol често ја нагласува седацијата, на пр., haloperidol 2.5–5 mg i.m./i.v. на секој час, додека пациентот не се смири; да се планира континуирана терапија врз основа на потребните дози за смирување на пациентот.
- Да постои согласност за ургентна терапија доколку дојде до катастрофа, на пр., трахеално крвање/компресија, а се очекува.
 - Пациентот не треба да се остави сам; потребно е да биде смирен.
 - Седатив во комбинација со опиоид: на пример, diazepam 5–20 mg i.v. или 10–20 mg во супозитор или lorazepam 1–2 mg i.v./s.c./i.m. или midazolam 2.5–5 mg i.v./s.c./i.m. заедно или со морфиум 10–20 mg i.v./s.c./i.m. (дозата се одредува според претходна медикација).
 - Доколку е потребно, да се повтори медикацијата до подобрување. При тешки случаи, медикацијата мора да се повтори додека пациентот не изгуби свест.
- Пациент кој е во тек на третман за карцином на белите дробови треба да биде информиран за бенефитите од откажувањето на цигари. Да се забрани пушење на пациент во фаза на палијативен третман е бесцелно, дури и сурово.

Сува уста и стоматит

Сува уста

- [Види го упатството: Сувост на устата.](#)
- Доколку е возможно, да се прекине со терапијата која ја суши устата.
- Замена на плунка, навлажнувачки гелови, заштитни спрејови (разни производи се достапни или се подготвуваат во аптеките).
- Здробен мраз, иситнет ананас, лимонски стапчиња, масло за готвење.

Стоматолог

- Помага за орална хигиена и поправки на забите. Дава упатства за употребата на флуор.

Орална хигиена

- Мека четка за заби.
- Силни пасти за заби и освежувачи не се препорачани.
- Добро поставени протези кои се мијат два пати на ден и не се носат навечер.
- Често плакнење на устата и на грлото.
 - Вода.
 - Солен раствор (1 кафена лажичка сол во 2 dl вода).
 - Натриум-бикарбонатен раствор (1 кафена лажичка сол + 1 к.л. натриум бикарбонат во 2 dl вода).
 - Растворен хлорхексидин.

Исхрана

- Млака, умерено зачинета мека храна.
- Ништо премногу топло, ниту ладно.

Третман на инфекции со кандида и херпес вирус

- Кандида е најчест причинител на инфекции.
- Локална терапија:
 - Miconazole гел 2% 2.5 ml × 4.
 - Nystatin капки 100 000 IU/ml 1 ml × 4.
- При силно изразени орални кандидијази, флуконазол системски треба да се ординира; доколку пациентот има сува уста, локален антимиотик треба да се ординира.
- Херпес инфекции:
 - За херпесни инфекции на оралната мукоза: valaciclovir 500 mg × 2 во текот на 5 дена, асусclovir 200 mg × 5 за 5 дена.

Терапија за болка

- Локална терапија:
 - Лидокаински раствор за уста 5 mg/ml 15 ml за плакнење на грлото + 15 ml да се голтне × 1–8 (да се внимава на алергии и на аспирации).
 - Лидокаински раствор (20 mg/ml) 5–10 ml прво за плакнење, потоа за бавно голтање × 1–6 (да се внимава на алергии и на аспирации).
 - Сукралфат прво за плакнење, потоа за голтање 200 mg/ml 5 ml x 4–6 (доколку се појави повраќање, пациентот не треба да ја голтне дозата) може да се намали потребата за аналгетик.
 - Морфиумски раствор 2 mg/ml 15ml за плакнење 2–3 минути × 6–8, не треба да се голта.
 - Системски медикаменти за болка. При силно изразено оштетување на мукозата, често се потребни парентерални опиоиди ([види во упатство: Фармаколошки третман на болка кај пациенти со канцер](#)).

Анорексија

- Овој сегмент се однесува на причините за анорексија, некои и се подложни на третман. Доста често пациентите кои се ближат до крајот на животот губат интерес за јадење и за пиене. Сознанието дека губиток на апетит е чест феномен кај пациентот со напреднат канцер може да помогне пациентот и семејството да не се зафатат со компулсивна потрага по соодветна храна.
- Не постојат јасни докази за корелација помеѓу рамнотежата на течности и чувството за жед ([ннд-С](#)).
- Причини за анорексија:
 - Медикаменти, како антинеоплазматски лекови, интерферон, аналгетици.
 - Орална кандидијаза (често).
 - Отечена или сува уста; види погоре за третман на стоматит и сува уста, [види и во упатството: Сувост на устата](#).
 - Гадење: види за третман на гадење подолу во текстот.
 - Рано чувство на ситост, може да биде предизвикано од:
 - Констипација (види подолу во текстот за третман).
 - Абдоминален тумор или зголемен црн дроб (кортикостероиди можат да намалат отекување: prednisone 20–40 mg × 1 or dexamethasone 3–9 mg × 1).
 - Асцит (третман, види погоре).

- Третман: (полу-)седечка позиција, мали порции со храна, metoclopramide 10–20 mg × 3–4 даден 20 минути пред јадење и навечер.
- Метаболични причини, на пр., хипокалцемија (види во упатството: Хиперкалцемија и хиперпаратироидизам), уремија (види во упатството: Третман на хронична бубрежна слабост).
- Белодробна аспирација (фарингеална парализа, опструктивен тумор): види погоре под кашлица.
- Болка (да се води сметка за медикаменти за болка).
- Депресија: утеша, медикација.
- Непријатно опкружување при оброк.
- Ладна храна (сладолед итн.).
- Мали порции на мали чинии. Пријатни оброци на помали интервали по желба на пациентот. Место без дополнителни мириси за конзумирање на храната.
- Оброци во друштво на маса, а не во кревет и облека за спиење.
- Аперитив може да го подобри апетитот на пациентот; кој било алкохолен пијалак (NB antabus интеракција со metronidazole).
 - Рецепт за egg-pog: 1 неварено јајце, 0.5–1 dl полномасно млеко, 2 к.л. шеќер, 1 супена лажица сок од портокал, 10–15 ml коњак.
- Медикаменти можат да го подобрат апетитот кај пациентите:
 - Кортикостероиди: dexamethasone 3–6 mg × 1 или prednisone 10–20 mg × 1.
 - Megestrol acetate 160 mg × 2 најмногу до 800 mg/ден.
 - Medroxyprogesterone acetate 100 mg × 3 – 500 mg × 2 (ннд-А).

Гадење и повраќање

Причини и третмански алтернативи

- Хемотерапија:
 - Акутна емеза, предизвикана од хемотерапија: антиеметска терапија, ординирана во болница.
 - Третман за одложена емеза, предизвикана од хемотерапија.
 - Dexamethasone 3–6 mg × 1–2 во тек на 2–4 дена ± metoclopramide 10–30 mg × 3–4 ; некои пациенти кои патат од емеза покрај овие медикаменти можат да имаат бенефит и од блокатори на 5-HT3-рецептор (види дозирање подолу во текстот).
 - Lorazepam со доза од 0.5–1 mg × 1–4 го зголемува ефектот на некои од другите лекови за гадење.
 - NB: некои медикаменти за канцер, на пр., капецитабин, се примаат дома континуирано или во курс кој трае неколку недели; види ја листата со медикаменти.
 - Некои други лекови, на пример, опиоиди (гадење, предизвикано од опиоиди ретко трае подолго од една седмица), digoxin (концентрација), NSAID групата на лекови.
 - Да се прекине внесот на непотребни лекови, да се промени лекот и да се провери дозата.
 - Ирадијација на абдоменот и големо радијационо поле на малата карлица.
 - Metoclopramide 10–20 mg × 3–4 p.o., p.r.; блокатор на 5-HT3-рецептор (види дозирање подолу во текстот).
- Целосна кранијална ирадијација:

- Може да зголеми интракранијален притисок: Двојно или тројно да се зголеми дозата на кортикоидот; доколку кортикостероиди не се употребувани претходно, да се ординира dexamethasone 1.5–3 mg × 1–3 и блокатор на 5-НТЗ-рецептор (види дозирање подолу во текстот).
- Хиперкалцемија: рехидрација, бифосфонати, кортикостероиди; види третман на хипокалцемија (види го упатството: [Хиперкалцемија и хиперпаратироидизам](#)).
- Зголемен интракранијален притисок, тумор на мозокот, мозочни метастази:
 - Dexamethasone 3–10 mg × 1–3 дозирање според одговор, радиотерапија, хирургија.
- Зголемен црн дроб, асцит: види погоре во текстот за третман.
- Уремија, хепатална инсуфициенција: симптоматски третман.
- Езофагит, гастрит, гастричен улкус (види го упатството: [Пептична улкусна болест, инфекција со хеликобактер пилори и хроничен гастритис](#)), да се види за орална кандидијаза и езофагит.
- Констипација е честа причина за гадење и може да се третира; види подолу во текстот за третман (види го упатството: [Констипација кај возрасни](#)).
- Илеус: види подолу.
- Анксиозност, страв, депресија:
 - Соодветен третман за гадење, психолошка поддршка и анксиолитичка и/или антидепресивна терапија, доколку е потребно.
- Кашлица која резултира со гадење: види во третман за кашлица.
- Симптоматска терапија со предложени дози:
 - Metoclopramide 10 mg 1–3 × 3–4 p.o./p.r./i.v./i.m., 20–50 mg/ден како континуирана s.c./i.v. инфузија.
 - Haloperidol 1–2 mg навечер, 0.5–2 mg × 1–3 p.o., 2.5–5 mg × 1–3 i.m./i.v. , 5–15 mg на ден s.c./i.v. инфузија (**ннд-D**).
 - Lorazepam 0.5–2 mg × 1–3 p.o., i.m., i.v., 2–4 mg/ден како s.c./i.v. инфузија.
 - Dexamethasone 3–9 mg × 1 p.o., 5–10 mg × 1–2 i.m., i.v., prednisone 20–60 mg × 1.
 - Prochlorperazine 5–20 mg × 1–3 p.o., 25 mg × 1–3 p.r.
 - Лепенка со scopolamine 1 mg секои 3 дена.
 - Levomepromazine 2.5–12.5 mg навечер.
 - Cyclizine 25–50 mg × 1–3, hydroxyzine 20 mg навечер.
 - Блокатори на 5-НТЗ-рецепторот се ефективни во превенција на акутно гадење од цитотоксични лекови кои предизвикуваат средно до силно изразено гадење (**ннд-A**), како и гадење, предизвикано од ирадијациони третмани на главата и на горниот дел од абдоменот (**ннд-C**).
 - Блокатори на 5-НТЗ-рецепторот можат да бидат од бенефит во превенција на одложено гадење, предизвикано од цитотоксични агенси, хронично гадење кај пациенти со канцер, како и ублажување на гадењето, предизвикано од опиоиди, доколку други лекови не помогнат; несаканите ефекти вклучуваат констипација и главоболка.
 - Granisetron 1 mg × 1–2, 2 mg × 1 p.o.
 - Ondansetron 4–8 mg × 1–3 p.o./s.l., 16 mg × 1 p.r., 8 mg × 1–3 i.v.
 - Tropisetron 5 mg × 1 p.o., i.v.
 - Претходно наведените лекови во комбинации.

Констипација

- Констипација е многу чест симптом кај пациенти со напреднат канцер. Поврзана е со самата болест, промени во исхраната, редуција на физичката активност, лекови,

недостаток на приватност во болница или комбинации на овие фактори. Да се исклучи илеус (повраќање, грчеви, видлива перисталтика, отекување на стомакот), види подолу за третман на илеус и акутен абдомен.

- На почетокот од третманот, аускултација на абдоминални звуци, палпација и ректално туше во насока за елиминација/потврда за блокада на ректумот.
- Причини:
 - Канцер: опструкција (хирургија, стентирање), перитонеална карциноза, асцит (види погоре), компресија на ’рбетен мозок (третман според причината).
 - Лекови: опиоиди, антихолинергици (на пр., антипсихотици, антидепресиви), винка-алкалоиди, блокатори на 5-НТЗ-рецептор; со редукција, доколку е возможно.
 - Промени во исхраната, намален апетит, сува уста, дехидратација: препорачани доволни дози на течности, сокови и доколку е возможно, растителни влакна, аналгетици.
 - Редукција на физичката активност: да се охрабрува физичка активност (да се третира болката која превенира активност).
 - Болна анална фисура, иритирани хемороиди (види го упатството: Хемороиди).
 - Хиперкалцемија (види во упатството: Хиперкалцемија и хиперпаратироидизам).
 - Недостаток на приватност во болница: да се обезбеди соодветна приватност.
- Констипација е дискретна поплака: активно треба да се прашува и да се информира пациентот.
- Да се започне со профилатички медикаменти за констипација при план за ординирање на опиоиди!
- Медикацијата се препорачува орално. Супозиториуми се употребуваат доколку се неопходни или перисталтика се стимулира со клизма.
 - Лаксативите имаат потреба од дополнително хидрирање и не се соодветни кај пациенти во тешка состојба.
 - Осмотски лаксативи (на пр., lactulose 20–30 ml × 1–2, polyethylene glycol) се ординираат самостојно или во комбинација со стимулантни лаксативи.
 - Стимулациски лаксативи (senna, sodium picosulphate, docusate, bisacodyl) се ординираат самостојно или во комбинација со осмотски лаксативи.
 - Прокинетици: metoclopramide 10–20 mg × 3–4.
 - Комбинација на опиоид со налоксон: мали дози досега предизвикувале проблем; да не се користат при хепатална инсуфициенција.
 - Опиоидни антагонисти со парентерална администрација: methylnaltrexone може да е од корист при опиоидно-предизвикана констипација, рефракторна на други лаксативи (**ннд-С**); дозирање според упатството на производителот. Пациент не смее да има механичка опструкција.

Дијареја

- Причини поврзани со третман:
 - Дијареја кај болни со канцер најчесто е поврзана со цитотоксична терапија (на пр., g. 5-fluorouracil, capecitabine [орално ординиран во домашни услови], иринотекан, топотекан).
 - Ирадијација на пелвична регија.
 - Постоперативни причини: ресекција на тенко црево или панкреас, blind-loop синдром.
 - Антибиотска терапија: *Clostridium difficile*.
- Причини, поврзани со канцер:

- Карциноиден синдром кај неуроендокрин карцином: специфична и симптоматска терапија, вклучително октреотид.
- Карцином на панкреас: осмотска дијареја, супституција на панкреатски ензими, консултација со тераписки нутриционист.
- Постоперативни состојби кај интестинални канцери: консултација со тераписки нутриционист.
- Констипација може да доведе до "overflow" дијареја.
- Некои хранливи состојки можат да ја потпомогнат дијарејата: зачинета, масна храна, богата со растителни влакна, млечни производи со лактоза.
- Парентерална замена со течности е индицирана доколку се очекува бенефит од неа.
- Симптоматски треба да се третира (белешка: кај дијареи и некои инфективни состојби, предизвикани од цитотоксични лекови или радиотерапија, без двоумење треба, доколку е потребно, пациентите да се препратат во болница, каде симптоматска терапија се администрира заедно со течности и друга супортивна терапија според состојбата).
 - Таблети со активен јаглен.
 - Loperamide 4 mg почетна доза, и 2 mg по секоја течна столица до 16 mg/ден.
 - Раствор на морфиум 10–20 mg × 1–6 или раствор на оксикодон 10–15 mg 1×6.
 - Морфиум со продолжено делување 10–30 mg×2 или оксикодон p.o. 20 mg×2.
 - Морфиум или оксикодон; почетни дози 5–10 mg × 4–6 s.c.
 - Октреотид 25–100 µg × 1– 3 s.c., освен при карциноиден синдром може да ублажи рефракторна дијареја и кај други случаи.

Интестинална опструкција

- Доколку состојбата на пациентот дозволува хируршка интервенција, треба да се консултира хирург во иницијалниот стадиум.
- Иноперабилна опструкција:
 - Прекин на внес на храна, интравенска хидрација и назогастрична сукција се индицирани при подготовка за операција.
 - Кога опструкцијата е лоцирана проксимално во гастроинтестиналниот тракт, набргу по конзумација на храна се јавува повраќање; при дистална опструкција, орална терапија може да делува.
 - Потребата на парентерална терапија со течности или храна мора да се разгледува индивидуално. Кога е настаната трајна опструкција, најчесто канцерот е толку напреднат што парентералната исхрана не е од бенефит.
 - Гадење, повраќање, колики:
 - Haloperidol 5–15 mg дневно s.c./i.v. инфузија или 1–2 mg × 3 p.o.
 - Морфиум 30–60 mg/ден s.c. /i.v. инфузија, 10–30 mg × 2 p.o., почетни дози.
 - Glycopyrronium bromide 0.6–1.2 mg/ден во континуирана s.c./i.v. инфузија, 0.2 mg × 1–6 s.c.
 - Dexamethasone 6–20 mg × 1 може да го намали отокот околу туморот (**инд-С**).
 - Chlorpromazine 10–25 mg × 3 на ден p.o.; може да предизвика седација.
 - Октреотид може да е корисен во третман на гадење и повраќање и да ја намали профузната секреција на течности во интестиналниот канал; дозирање 25–100 µg × 1–3 s.c., 100–150 µg s.c. инфузија.
 - Поставување на PEG сонда треба да се разгледа во случај на опструкција, рефракторна на медикаменти, која често е проксимално лоцирана.

- Доколку прогнозата за живот е кратка и пациентот повраќа и покрај дадената терапија, потребно е да се направи разговор со пациентот за поставување на назогастрична сонда.

Икање

- Причини ([види го упатството: Икање](#)).
 - Иритација на френичниот нерв или на дијафрагмата (тумор, дистензија на желудникот, зголемен црн дроб, дијафрагмална хернија, асцит, чир, гастрит, езофагит).
 - Тумор на мозокот или метастази.
 - Уремија.
 - Третман со цитотоксични медикаменти.
- Третман на причината доколку возможно.
- Нефармацевтски третман, на пр.: пациентот да седи, дишење во хартиена ќеса, пиење на две чаши вода или да земе две к.л. шеќер.
- Metoclopramide 10–20 mg × 3–4 на ден p.o./p.r. или парентерално.
- Haloperidol 0.5–2 mg × 1–3 на ден p.o., or 2.5–5 mg i.m. × 1–3, 5–10 mg/ден s.c./i.v. инфузија.
- Chlorpromazine 12.5–50 mg × 1–3 на ден p.o (може да предизвика прекумерна седација).
- Доколку причината е мозочен тумор, антиепилептична терапија може да биде ефективна.

Улцерации, предизвикани од кожни метастази или улцеративни тумори

Третман

- Радиотерапија.
- Третманскиот пристап при ексудативни улцерации во денешно време се менува од чести тоалети и солени компесивни материјали кон употреба на високо апсорбентни лепенки со резултат за јасно зголемено време помеѓу промената на завоите.
- Лоша миризба, инфекции:
 - Апсорбирачки завои со активен јаглен ја намалуваат миризбата.
 - Да се имаат во предвид системски антибиотици кои делуваат и на анаероби.
 - Лошата миризба во собата може да се намали, на пример, со тркалца од лимон или со миризливи свеќи.
- Фокална улцерација, резистентна на третман: консултација со (пластичен) хирург.

Чешање

- Кожни заболувања: третман на базичното заболување.
- Алергиски реакции: прекин или промена на медикамент, третман на алергиски реакции.
- Морфиум е можна, но не толку честа причина за чешање: промена со оксикодон или фентанил (фентанилот не ослободува хистамин).
- Уремија: (симптоматска) третман на болеста.

- Чешање, предизвикано од кожни метастази; радијациона терапија; види погоре во третманот на кожни улцерации.
- Полицитемија вера: причински третман, ниски дози на ASA.
- Холестаза, предизвикана од канцер:
 - При екстрахепатична холестаза, ендоскопска или перкутана дренажа на билијарниот тракт. Во некои случаи, радиотерапијата е опција.
 - Prednisone 20–80 mg × 1 или dexamethasone 3–10 mg × 1–2 со дозирање соодветно на одговорот.
 - Добра нега на кожата, види подолу.
 - Симптоматски медикаменти, со седација како главен бенефит. Во некои случаи само нокна терапија е доволна. Да се прекине неефикасен медицински трајал.
 - Антихистаминици (особено се седативен ефект) како хирдоксизин 10–25 mg × 1–3.
 - Haloperidol 0.5–2 mg × 1–3 p.o., 2.5–5 mg i.m./i.v., или 5–10 mg/ден s.c./i.v. инфузија.
 - Бензодиазепини (lorazepam 0.5–2 mg × 1–3, 2–4 mg/ден s.c./i.v. инфузија; diazepam 5–10 mg p.o./p.r. навечер, 5–10 mg × 1–3 p.o./p.r., 5–10 mg/ден i.v. инфузија).
 - Chlorpromazine 25–50 mg × 1–3 p.o. NB: прекумерен седативен ефект.
 - Опиоиди, на пр., морфиум со продолжено дејство 10–30 mg × 2, оксикодон 20 mg × 2, почетни дози.
 - При чешање, предизвикано од холестаза, cholestyramin ги врзува жолчните киселини, препорачана доза е 4 g × 4 на ден p.o.; тешко е да се аплицира доколку пациентот малку консумира храна и вода.
- Нега на кожата: најчеста причина за пруритус кај пациенти со канцер е сувата кожа. Без разлика на етиологијата, нега на кожата е најбитна форма на третман.
 - Сува кожа потенцира пруритус. Колку е помасно средството, подолг е ефектот. Помалку масни препарати се поприматливи: да се аплицираат почесто. Сапун треба да се избегнува. На кожата се аплицира емулзионен крем пред бањата/тушот или масло се додава во водата. Кожата се суши со нежно тапкање.
 - Разладувачки масти со ментол можат да се користат како креми за кожа.
 - Во аптеките се достапни ментол-алкохол раствори.
 - Топлина, анксиозност, досада и намалена активност потенцираат пруритус.
 - Памучни ракавици навечер, кратки нокти да се спречи чешање, лесна памучна облека.

Палијативна радиотерапија

- Индикации:
 - Коскена болка рефракторна на медикаменти (вклучително и опиоиди): најмалку парцијална палијација се постигнува кај две третини од пациентите, а целосно обезболување кај околу половина. Траењето на обезболување варира од неколку дена до четири недели и палијацијата трае 3–6 месеци; најголем број на пациенти имаат бенефит од повторен третман. Еднократна ирадијација е подеднакво ефикасна, како и повеќекратна фракционирана ирадијација при ублажување на болки **(ннд-А)**.
 - Превенција од фрактури на коските кои ја носат главната тежина на телото. Доколку ризикот е присутен (повеќе од половина кортекс е уништен или е присутна метастатска остеолитична лезија на дијафизата, поголема од 2–3 cm), најпрво да се консултира хирург за профилатичка стабилизација.

- Превенција и третман на компресија на ’рбетен мозок. NB: доколку пациентот развива парестезии, тетрапареза или синдром на кауда еквина или тој/таа има прогредирачки невролошки симптоми, радиотерапија (или хируршка терапија) треба да се одреди како ургентен третман. Невролошкиот статус на пациентот за време на терапијата е тоа што ќе го одреди одговорот. Да се започне со кортикостероидна терапија: види инструкции подолу.
- Справување со синдромот на притисок: на пр., мозочни метастази, мозочен тумор, компресија на нерви.
- Хеморагија: хемоптиза, хематурија.
- Третман на кожни тумори и метастази.
- Намалување на опструкции (бронх, синдром на горна вена кава, уретер).
- Доколку настанат симптоми на невролошки притисок или опструкција во почетокот на третманот или доколку се очекуваат во текот на терапијата, да се започне со кортикостероидна терапија, на пр., dexamethasone 3–10 mg × 1–3 p.o. или парентерално (некои центри започнуваат со доза од 96 mg на ден при медуларна компресија **(ннд-А)**). Антикоагулантна терапија се започнува при опструкција на горна вена кава доколку не постои контраиндикација.
- Целта на палијативната радиотерапија е брзо ублажување на симптомите со што е можно помалку несакани ефекти.
- Во просек, палијативна радиотерапија се аплицира во 1–10 фракции. Понекогаш подолги ирадијациони третмани се потребни.

Палијативен третман на канцер – Поврзани извори Кохранови прегледи

- Брахиотерапија, ласертерапија или фотодинамичка терапија и различни фармацевтски агенси, вклучително морфиум и кодеин, веројатно се ефективни за палијација на кашлица кај белодробен канцер, но не постојат доволно докази **(ннд-D)**.
- Акупунктурата можно е да е ефикасна во контролирање на болката кај возрасни пациенти со канцер, но не постојат доволно докази **(ннд-D)**.
- Музиката како терапија може да го подобри квалитетот на животот кај терминални пациенти **(ннд-С)**.
- Можеби постојат предности на домашен третман во споредба со болнички кај пациенти со инкурабилен канцер, но резултатите не се константни низ постоечките студии. Не постојат доволно докази за да се препорачаат одредени модалитети на палијативна нега **(ннд-С)**.
- Обезбедувањето на снимки или заклучоци на клучни консултации наизглед се од бенефит кај возрасни пациенти со канцер **(ннд-С)**.
- Не постојат доволно докази за примена на медицински асистирани хидрација во палијативна нега на пациенти **(ннд-D)**.
- External beam радијацииска терапија (EBRT) изгледа е поефикасна во палијација од самостојно аплицирана ендобронхијална брахиотерапија (EBB) кај пациенти со неситноклеточен карцином на белите дробови, иако за тоа доказите се недоволни **(ннд-D)**.

Други резимеа на докази

- Нутриционална поддршка, најверојатно, нема ефект кај пациенти со канцер **(ннд-D)**.

Литература

- Abrahm JL et al. Abrahm JL, Banffy MB, Harris MB. Spinal cord compression in patients with advanced metastatic cancer: "all I care about is walking and living my life". JAMA 2008 Feb 27; 299(8): 937-46 . JAMA 2008; 299: 937-946.
- Yennurajalingam S, Bruera E. Yennurajalingam S, Bruera E. Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". JAMA 2007 Jan 17; 297(3): 295-304.
- Wilson P, Bezjak A, Asch M, Barton R, Wong R, Levin W, Kane G, Kirkbride P. The difficulties of a randomized study in superior vena caval obstruction. J Thorac Oncol 2007 Jun; 2(6): 514-9.
- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med 2008 Jan 15; 148(2): 147-59.

Article ID: rel00198 (016.011)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Автор: Rita Janes

Article ID: ebm00339 (016.011)

© Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBMG Guidelines 22.01.2012 Essential evidence plus, www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg?page=39&results=20&class=none&resource=G
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.