



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

В двух томах

Том II

Главные редакторы
акад. РАН И.Н. Денисов,
проф. О.М. Лесняк

Подготовлено под эгидой
Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 20

Паллиативная помощь терминальным больным

Отношение к смерти зависит от особенностей культуры, религиозной принадлежности, социального окружения и семейных традиций, которые индивидуальны для каждого человека. Обеспечение достойного ухода из жизни, лишенного страданий, — важная задача системы здравоохранения. Для ее решения потребовалось создание отдельного направления медицинской практики, ориентированного на нужды умирающих больных и поддержку их близких, — паллиативной помощи. В первую очередь она направлена на обеспечение потребностей онкологических больных. Центральное место при организации помощи больным, умирающим от онкологических заболеваний, занимает комплексное решение проблемы лечения болевого синдрома. В настоящее время принципы паллиативной помощи распространяются на ее обеспечение и при других заболеваниях, в первую очередь больным СПИДом. В дальнейшем она должна стать полноценным элементом повседневной медицинской практики. Несмотря на развитие системы хосписов в нашей стране, потребности больных в этом виде помощи в Российской Федерации не соответствуют нормативам ВОЗ, за исключением Санкт-Петербурга и Москвы. В связи с этим при ее оказании таким пациентам возрастает роль врачей, работающих в учреждениях первичного звена здравоохранения. Необходимо отметить, что задача, стоящая перед семейным врачом, состоит не только в облегчении страданий умирающего пациента, но и в поддержке его семьи. Семья — основной ресурс ухода и оказания помощи больному. Для полноценной реализации возможностей, направленных на обеспечение максимально активной жизни больного, члены его семьи нуждаются в квалифицированной консультации специалистов, и в первую очередь семейного врача. Если эта задача будет достигнута, то память о достойно проведенных последних днях жизни ушедшего близкого человека поможет его родственникам смириться с утратой и облегчить горе.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

По определению ВОЗ, паллиативной называют активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития.

Цель паллиативной помощи — достижение наилучшего возможного качества жизни пациентов и членов их семей.

Основной постулат паллиативной помощи заключается в том, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и выздоровление невозможно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

Задачи паллиативной помощи: борьба с болью и другими тягостными симптомами, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов, психологическая поддержка и помощь членам семьи, обеспечивающим уход.

В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт;
- больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

В последние годы обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящихся в терминальной стадии развития.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Основы современной паллиативной помощи были заложены доктором Сесилией Сондерс (C. Sanders) в 1967 г. при создании первого хосписа для онкологических больных в Лондоне. За вклад в развитие здравоохранения она была удостоена титула Кавалерственной Дамы Великобритании.

Слово «хоспис» в переводе с латинского языка означает «странноприимный дом». Во времена Средневековья такие дома существовали при монастырях и были предназначены для помощи заболевшим пилигримам, шедшим на поклонение в Святую Землю (Палестину).

В дальнейшем эта модель получила всемирное признание и распространение. Так, например, в США финансирование оказания помощи в хосписах предусмотрено медицинским страхованием по программам «Медикэр».

Широкая пропаганда научных исследований в области болевого синдрома, рекомендации ВОЗ, изменение ситуации в системе здравоохранения России, как и в целом в обществе, определили существенные изменения общественного и медико-социального отношения к развитию паллиативной помощи. Первая попытка ее организации в нашей стране была предпринята в середине 80-х годов прошлого века, когда на базе Московской городской больницы № 64 было создано отделение по уходу за умирающими онкологическими больными, послужившее прообразом хосписа.

Начало 90-х гг. XX в. ознаменовалось созданием системы специализированной, медико-социальной и психологической помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований в условиях специальных учреждений здравоохранения — хосписов. В них оказывают комплексную помощь пациентам в терминальном состоянии, а также больным СПИДом. Помимо медицинской помощи, направленной на устранение болевого синдрома и других симптомов, характерных для этой категории больных, в них оказывают психологическую поддержку пациентам и их родственникам.

Показанием для поступления в хоспис может быть выраженный болевой синдром, плохо купируемый в амбулаторных условиях, а также социальное неблагополучие, обусловленное отсутствием ухаживающих за больным или усталостью и перенапряжением его родственников.

По расчетам экспертов ВОЗ, рекомендуемый норматив составляет 25–30 хосписных коек на 300–400 тыс. населения. При таком положении больные с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии имели бы возможность быть госпитализированными по показаниям на длительный срок, вплоть до конца жизни, в хосписы, коечная мощность которых была бы достаточной для безотказной госпитализации нуждающихся. В развитых стра-

нах уже более трех десятилетий потребность населения в паллиативной помощи полностью удовлетворена.

Исходя из вышеперечисленных рекомендаций ВОЗ, в России с численностью населения 145 млн человек число коек паллиативной помощи должно составить от 9 тыс. до 14 тыс. Тем не менее, по данным Минздравсоцразвития РФ, в 2006 г. в стране насчитывали чуть более 1000 коек паллиативной помощи в 21-м хосписе и десяти отделениях паллиативной помощи в структуре многопрофильных городских, районных стационаров и больниц сестринского ухода.

Вместе с тем в ряде субъектов Российской Федерации, и в первую очередь в Москве и Санкт-Петербурге, при существенной поддержке местных властей паллиативная помощь получила развитие на уровне стандартов цивилизованных стран в форме самостоятельных учреждений здравоохранения — хосписов, а также отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц.

В Санкт-Петербурге — лидере развития хосписного движения в России — паллиативную помощь обеспечивают различные учреждения, располагающие 215 койками, из них 130 коек принадлежат четырем хосписам, 85 коек — хосписным отделениям четырех многопрофильных больниц города. Таким образом, при численности населения 4,5 млн человек число коек паллиативной помощи составляет почти 5 на 100 тыс. населения, т.е. приближается к уровню европейских стран. Кроме того, на базе городского центра по борьбе со СПИДом также функционирует пока единственный в Российской Федерации хоспис.

Таким образом, в нашей стране организационная структура оказания помощи больным с хроническими заболеваниями в терминальной стадии (в первую очередь онкологическими) развита недостаточно. Это делает особенно актуальным более активное привлечение врачей общей практики к оказанию паллиативной помощи таким пациентам, а также к осуществлению психологической поддержки членов их семей.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Понятие смерти у большинства людей, как правило, связано с негативным отношением. Человеку трудно смириться с тем, что смерть — естественный процесс. Неподготовленность к ней во многом обусловлена и тем, что до последнего времени было не принято говорить больным правду об истинном диагнозе. Нередко на этом настаивают родственники пациента, считая, что такая ложь уберет его от излишних страданий. Тем не менее вряд ли обман родных, обнаруженный в последние минуты жизни, будет способствовать большей любви и близости. Наконец, в соответствии со статьей 31 Основ законодательства о здравоохранении любой человек имеет право на знание правды о своем состоянии здоровья.

Эмоциональные реакции на информацию о плохом прогнозе могут быть самыми разнообразными. Несмотря на индивидуальные особенности людей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти или тяжелом неизлечимом заболевании. Наиболее распространена модель, описанная Элизабет Кублер-Росс (E. Kubler-Ross) в книге «О смерти и умирании» (1969). Она также известна под названием «Пять стадий горя». В дальнейшем эту модель стали использовать для характеристики психологических реакций в ответ на негативные события, в том числе и известие о тяжелых заболеваниях.

- Первая стадия — неприятие. Наиболее распространены высказывания «Я пока еще неплохо себя чувствую» и «Это может случиться, но не со мной». Человек отодвигает от себя мысли о неминуемой смерти.
- Вторая стадия — гнев. Она наступает, когда становится невозможно не согласиться с приближением смерти. Гнев может быть обращен на медицинских работников. Кроме того, могут возникнуть трудности с оказанием помощи,

поскольку все чувства замещаются яростью и завистью по отношению к тем, кто здоров.

- Третья стадия — «торговля». Человек соглашается с тем, что смерть неизбежна, но пытается «договориться» об ее отсрочке: «Я сделаю все, что угодно, только бы мне увидеть, как мои дети закончат школу».
- Четвертая стадия — депрессия. В этой стадии умирающий начинает понимать неотвратимость смерти. Он может погрузиться в молчание, отказаться от общения, постоянно плакать. Не следует излишне его тревожить. Следует дать больному возможность погрузиться в свое горе. На стадии депрессии он особенно нуждается в психологической поддержке. Следует отметить, что опасения, касающиеся сообщения правды онкологическим больным, были связаны с убеждением, что информация о диагнозе и прогнозе повергнет их в депрессию. В связи с этим до последнего времени считали, что человека не стоит травмировать, поскольку его судьба предрешена, при этом забывали о том, что он может нуждаться в выполнении каких-либо обязательств, завершении начатых дел, и ему необходимо знать, на какое время он может рассчитывать.
- Пятая стадия — принятие или финальный этап сопротивления смерти. Человек в этой стадии становится спокойным и умиротворенным, принимая приближение смерти как неизбежный финал.

По наблюдениям профессора А.В. Гнездилова, посвятившего большую часть своей жизни оказанию паллиативной помощи в хосписе, критерием правильности ведения больного служит стадия принятия, в которой крайне важным считают осмысление жизни и решение многих психологических проблем. Он подчеркивает, что часто отмечают духовный рост больных в очень короткие сроки, и это свидетельствует о необычайной интенсивности психических процессов, обострении памяти, чувств и мышления.

Необходимо отметить, что описанную очередность и признаки всех стадий далеко не всегда обнаруживают на практике. Многое зависит от типа личности, возраста, уровня образования, культуры и, наконец, от обстановки, в которой происходит процесс умирания (дом, хоспис или больница).

Осуществляя психологическую поддержку пациентов, страдающих тяжелым заболеванием в терминальной стадии, семейный врач может в полной мере опираться на методы, которые с успехом используют специалисты, работающие в отечественных хосписах. Это различные виды психотерапии, элементы которой можно внедрить в практику, например психотерапия средой. Если в условиях хосписа сотрудники стараются приблизить окружающую обстановку к домашней, то при оказании помощи дома важно помнить о том, что психотерапия средой в первую очередь — создание красивого окружения. Цветы, картины, красочные репродукции, старые фотографии, запечатлевшие умирающего человека в молодости, любимая музыка — все это создает определенный настрой. Семейный врач должен подсказать родственникам пациента, что музыка, художественные альбомы и фильмы — элементы арт-терапии. Он должен объяснить, что они могут не только отвлечь от тягостных мыслей, но и оказывают лечебное воздействие и способны облегчить страдания, а нередко и уменьшить потребность в болеутоляющих средствах. Естественно, многое зависит от уровня культуры пациента и его семьи, а также сложившихся традиций. Благотворное влияние на больного оказывает природа. В городских условиях, особенно в районах новостроек мегаполиса, трудно найти зеленый уголок, но, если позволяет погода, а вид с балкона квартиры пациента радует глаз, можно посоветовать организовывать для него короткие прогулки, которые позволят полюбоваться зеленью деревьев или их заснеженными кронами. Хорошее воздействие оказывают «голоса природы» — записанное на пленку пение птиц или журчание воды. Пожилые люди

довольно трудно воспринимают вербальное общение, при этом общение через какой-либо образ, воплощенный в мягкой игрушке или кукле, обеспечивает необходимый контакт. Можно сообщить родным больного о пользе такого подарка. В основе этого своеобразного метода психотерапии лежит перенос на игрушку чувств, которые вызвали в больном его близкие или друзья.

Не менее важно формирование эмоционального контакта с пациентом. Больной и его родные сразу же почувствуют, если врач или медицинская сестра искренне настроены на облегчение страданий. Лишний раз сказанное доброе слово, похвала за соблюдение рекомендаций, заинтересованность в том, как справляются с уходом близкие, а также любая позитивная информация создает доверительную атмосферу и способствует возникновению положительных эмоций, так важных и необходимых для человека, время которого в этой жизни отмерено.

Важный аспект психологической поддержки умирающего больного — правильно примененный невербальный контакт. Прикосновение одного человека к другому, особенно в момент беседы, дает ощущение близости и сопереживания. В книге профессора Арчи Кокрана (A. Cochrane) (в его честь названо Кокрановское сообщество, в котором сосредоточены данные о рандомизированных клинических испытаниях различных лекарственных средств) «Медицина одного человека» описан эпизод, который серьезно повлиял на него как на врача и человека. В нем повествуется об оказании помощи больному, умирающему от рака легкого, который кричал, как представлялось автору, от боли. Больной был русским, и вербальный контакт с ним был практически невозможен. В больнице не было морфина, который раньше облегчал страдания пациента. Автор вспоминает, что он инстинктивно сел на кровать, взяв руку больного в свою, после чего крик практически сразу прекратился. Через несколько часов больной мирно умер на его руках. Комментируя этот эпизод из своей практики, А. Кокран отмечает, что позднее он осознал: причиной криков больного была не боль, а одиночество. Этот случай стал для него прекрасным уроком по уходу за умирающим.

Болевой синдром. Большинство людей диагноз «рак» ассоциируют с возникновением мучительной боли. Именно поэтому известие об этом заболевании вызывает резко негативные эмоции практически у всех пациентов. Необходимо отметить, что рак уже на ранних стадиях в 40–50% случаев действительно сопровождается возникновением боли. При прогрессировании процесса и метастазировании болевой синдром регистрируют у 60–90% больных. Боль формируется под влиянием физических, эмоциональных, социальных и душевных факторов. Пациенты в терминальной стадии хронического заболевания оказываются перед лицом многих утрат — привычного состояния, здоровья, и наконец, в ближайшей перспективе — будущего. Болевая импульсация вмешивается в повседневную жизнь, особенно влияя на мобильность и выносливость. Кроме того, она постоянно напоминает о причине своего возникновения — тяжелом заболевании, указывая его настоящие и возможные осложнения. Выраженность боли зависит от личности, культуры, образования человека и характера заболевания. Сам пациент может интерпретировать ее как признак прогрессирования заболевания и приближения смерти. Безусловно, эффективное болеутоление — одна из важнейших задач паллиативной помощи терминальным больным.

Знание механизмов развития болевого синдрома и современных возможностей его устранения необходимо для выбора оптимального метода болеутоления для конкретного пациента.

Учитывая продолжительность существования болевого синдрома, сопровождающего онкологическое заболевание практически до наступления летального исхода, ему присущи характеристики хронической боли, отличающейся не только длительностью, но и вовлечением в патологический процесс структур ЦНС. Это требует особого подхода к болеутолению. Хронический болевой синдром раз-