

Федеральное агентство по образованию

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Ульяновский государственный университет**

**Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова**

Серия «Паллиативная медицина»

**Т.З. Биктимиров, В.И. Горбунов, А.И. Набегаев,
Г.А. Новиков, Ф.Г. Прокин, М.Г. Шарафутдинов, Н.В. Эккерт**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Учебное пособие для вузов

Рекомендовано

Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов

**Москва – Ульяновск
2009**

УДК 616-08-039.71

ББК 51.1(2)

О 64

Рецензенты:

заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
с курсом экономики Московской медицинской академии
им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ, член-корр. РАМН,
профессор *В.З. Кучеренко*;

заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Санкт-Петербургского государственного медицинского университета
им. И.П. Павлова, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н.,
профессор *Н.И. Вишняков*

Коллектив авторов:

Т.З. Биктимиров, В.И. Горбунов, А.И. Набегаев, Г.А. Новиков, Ф.Г. Прокин,
М.Г. Шарафутдинов, Н.В. Эккерт

**О 64 Организация паллиативной медицины на региональном
уровне : учеб. пособие / Т.З. Биктимиров и др. – Москва –
Ульяновск: УлГУ, 2009. – 72 с. – (Сер. Паллиативная медицина).**

ISBN 978-5-88866-316-5

В учебном пособии изложены основы развивающегося в России нового направления отечественного здравоохранения – паллиативной медицины, т.е. оказания всесторонней помощи пациентам с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии развития. Представлены разделы организации паллиативной помощи населению, принципы оказания медицинской помощи при хронической боли, основы купирования других тягостных симптомов у тяжелых больных, социально-экономические вопросы оказания паллиативной помощи и т.д.; отражены проблемы качества жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии развития, вопросы этики и деонтологии в паллиативной медицине, аспекты формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников.

Пособие разработано при участии Министерства здравоохранения Ульяновской области на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены, кафедре лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии медицинского факультета Ульяновского государственного университета и на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Предназначено для студентов 5-го и 6-го курсов медицинских вузов. Может быть использовано врачами-интернами, клиническими ординаторами всех специальностей, а также врачами общей практики и участковыми врачами, онкологами, хирургами, терапевтами, медицинскими психологами и другими специалистами, которые в своей работе сталкиваются с вопросами оказания паллиативной помощи больным и их семьям.

ISBN 978-5-88866-316-5

© Биктимиров Тофик Зиятдинович, 2009

© Коллектив авторов, 2009

© Ульяновский государственный университет, 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Введение.....</i>	<i>4</i>
<i>Глава 1. Понятие о паллиативной медицине. Интеграция паллиативной медицины и практического здравоохранения.....</i>	<i>7</i>
<i>Глава 2. Организация паллиативной медицины на региональном уровне.....</i>	<i>14</i>
<i>Глава 3. Хроническая боль: диагностика и лечение.....</i>	<i>23</i>
<i>Глава 4. Этика и деонтология в паллиативной медицине.....</i>	<i>36</i>
<i>Глава 5. «Синдром эмоционального выгорания» в паллиативной медицине.....</i>	<i>45</i>
<i>Контрольные вопросы и тестовые задания.....</i>	<i>57</i>
<i>Приложения.....</i>	<i>60</i>
<i>Список рекомендуемой литературы.....</i>	<i>69</i>

ВВЕДЕНИЕ

Начало XXI века ознаменовалось возросшим вниманием государства и общества к проблемам здоровья населения, наметилась набирающая темп тенденция восстановления профилактических основ охраны здоровья населения, совершенствования первичной и специализированной помощи, формирования фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов.

Принятый в России в 2005 г. Национальный проект в сфере здравоохранения подтвердил и развил основные направления государственной политики развития отечественной системы медицинской помощи населению, которые призвана реализовать новая отечественная *Концепция развития здравоохранения до 2020 г.*

Вместе с тем, в масштабах страны по-прежнему остаются недостаточно решенными проблемы организации паллиативной помощи тяжелобольным как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях.

Кроме многочисленной группы пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, в последние годы стали обсуждать проблемы больных, имеющих различные нозологические формы хронических прогрессирующих заболеваний (в т.ч. в терминальной стадии их развития).

Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи больным и их семьям.

Паллиативная медицина, позволяющая оптимизировать качество жизни пациентов и их родственников, должна получить свое дальнейшее развитие в структуре отечественного здравоохранения.

Основными направлениями при оказании паллиативной помощи должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

К сожалению, вопросам общения с родственниками тяжелого больного, аспектам профилактики «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь больным, в высших медицинских учебных заведениях уделяется недостаточное внимание.

В связи с этим авторы настоящего учебного пособия сочли необходимым рассмотреть принципы организации службы паллиативной помощи в РФ, этиологию, патогенез, современные методы лечения хронической боли, описали основные этапы становления паллиативной медицины и хосписного движения в России, представили наиболее актуальные эτικο-деонтологические проблемы при взаимодействии с пациентами и их родственниками, впервые в отечественной практике рассмотрели проблему формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии их развития.

Необходимо отметить, что на фоне демографического старения населения в Российской Федерации с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи и только совместными усилиями медицинских работников, различных структур власти нашего общества, представителей религиозных конфессий, волонтеров представляется возможным цивилизованно оказывать медико-социальную и психологическую помощь тяжелобольным и их семьям, обеспечивая им, насколько это возможно, хорошее качество жизни.

Учебное пособие предназначается студентам 5-го и 6-го курсов медицинских вузов. Его материалы рекомендуется использовать на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, а отдельные разделы (главы 3, 4, 5) – на всех кафедрах клинических дисциплин.

Пособие рекомендуется также врачам-интернам, клиническим ординаторам всех специальностей, а также онкологам, врачам общей практики, терапевтам, хирургам, медицинским психологам и другим специалистам, которые в своей работе сталкиваются с вопросами оказания паллиативной медико-социальной помощи.

Цель изучения темы:

изучить основные принципы организации работы, структурные подразделения и функции различных учреждений здравоохранения, оказывающих паллиативную помощь пациентам и их семьям.

По окончании изучения данной темы студент *должен уметь:*

- объяснить целесообразность оказания паллиативной помощи пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний;

- анализировать соблюдение принципа преемственности в деятельности врачей различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь терминальным больным;

- обосновать необходимость взаимодействия учреждений здравоохранения, оказывающих паллиативную помощь пациентам;

- устанавливать факторы, оказывающие влияние на качество жизни онкологических больных в терминальной стадии заболевания;

- обосновывать необходимость психологической поддержки умирающих пациентов и их родственников.

Для этого студент должен знать:

- определение паллиативной помощи;

- основные направления деятельности и функции различных учреждений здравоохранения, оказывающих паллиативную помощь;

- значение паллиативного лечения для пациентов с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития;

- основные функции и формы работы хосписов и других структурных подразделений службы паллиативной помощи;

- роль врачей в оказании паллиативной помощи больным и членам их семей;

- важность соблюдения принципа преемственности в работе различных специалистов, курирующих больных в терминальной стадии заболеваний;

- факторы, влияющие на качество жизни пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи;

- основные признаки «синдрома эмоционального выгорания» у специалистов, оказывающих паллиативную помощь, и наиболее оптимальные методы его коррекции.

ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ О ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. ИНТЕГРАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Всемирная организации здравоохранения определяет *паллиативную помощь* как «...подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки» (ВОЗ, 2002 г.).

ВОЗ определила паллиативную помощь одним из основных компонентов модели организации медицинской помощи при хронических заболеваниях.

Паллиативная помощь направлена на ослабление боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ее ускорению, ни к отсрочке наступления.

Паллиативная помощь включает психологическую и моральную поддержку, направленную на то, чтобы помочь больному сохранять в максимально возможной степени активную жизнь до последнего дня. Система поддержки для родственников больного призвана помочь им справиться с трагической ситуацией, в том числе при необходимости с применением психологической поддержки после смерти пациента. Используя комплексный подход, паллиативная помощь чутко реагирует на нужды больных и их близких, способствуя, насколько это возможно, улучшению качества жизни, и может оказывать позитивное влияние на течение хронических прогрессирующих заболеваний.

Традиционно считалось, что паллиативная помощь начинается исключительно с того момента, когда становится очевидно, что смерть больного неизбежна. Сейчас принято считать, что паллиативная помощь должна быть начата на более ранних стадиях прогрессирующего заболевания параллельно со специальными методами лечения. Паллиативную помощь следует оказывать по мере возникновения медико-социальных и психологических потребностей еще до того, как симптомы станут не-

контролируемыми.

Паллиативная помощь не должна быть исключительным приоритетом хосписов и других подразделений службы паллиативной помощи. Необходимо обеспечить возможность оказания паллиативной помощи как неотъемлемой составляющей общей системы медицинского обслуживания персоналом первичного звена, а также врачом любой специальности в зависимости от диагноза.

Паллиативная помощь наиболее эффективна там, где к ней существует комплексный клинический подход, используются все имеющиеся в арсенале средства лечения. Эта помощь не должна ограничиваться лишь уходом и пассивным наблюдением.

Даже в том случае, когда так называемое активное, направленное на борьбу с прогрессирующим заболеванием лечение больше не показано, паллиативная помощь является активной формой медико-социальной и психологической поддержки, которая в некоторых случаях по сложности и тяжести равносильна интенсивной терапии, хотя и отличается от нее по формам и методам проведения. Активные мероприятия, такие как лечение гиперкальциемии, паллиативная лучевая терапия с противоболевой целью, паллиативные химиогормонотерапия и хирургия являются обычными в практике паллиативной медицины. Кроме того, работа с больными и их близкими, испытывающими временами непереносимые страдания, требует порой проведения ряда активных мероприятий.

Медико-социальная и психологическая реабилитация также является составным звеном активной паллиативной помощи (D. Doyle, G.W. Hanks and N. MacDonald, 1997).

В паллиативной помощи необходимо постоянно прогнозировать и всегда действовать в соответствии с изменением клинической ситуации.

Паллиативная медицина – неотъемлемая составная часть общей системы здравоохранения. На современном этапе в России чрезвычайно актуальным является создание условий для развития и функциональной интеграции паллиативной медицины в национальную систему здравоохранения в условиях модернизации последней.

Паллиативную помощь не следует рассматривать как что-то существенно отличное от других форм оказания медицинской помощи населению. Такие отличия сделали бы ее интеграцию в общую систему органи-

зации медицинской помощи населению не только трудной, но и – не исключается – невозможной.

Многие из основополагающих аспектов паллиативной помощи берут свое начало в лечебной медицине. Так же, как и в других специальностях здравоохранения, врачи, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять свои профессиональные обязательства, принятые стандарты помощи и действовать только в интересах больного. В свою очередь, развитие паллиативной помощи могло бы оказать положительное влияние на другие области здравоохранения, сосредоточив внимание специалистов на некоторых разделах, которым в настоящее время уделяется недостаточное внимание, например, таких, как духовные проблемы. Паллиативная помощь – это не просто одно из составляющих звеньев системы здравоохранения. Это скорее философия помощи, которая пригодна для реализации по всем специальностям в медицинских учреждениях.

Паллиативная помощь использует все медицинские вмешательства, имеющиеся в арсенале здравоохранения. Главная задача проведения этих мер – максимально реабилитировать пациента и обеспечить ему оптимальное качество жизни. Невозможно переоценить значение физической, психологической и духовной реабилитации больных.

В настоящее время специалистами признается факт необходимости начала паллиативной помощи на более ранних стадиях заболевания, по крайней мере, с того момента, когда проявления заболевания ярко выражены и дальнейшее прогрессирование не может быть остановлено (Рекомендации 24-ого комитета Министров Совета Европы, 2003).

При этом паллиативная помощь проводится в совокупности с другими методами лечения, направленными на борьбу с заболеванием и продление жизни. Поэтому на данном этапе зарождения и развития в России паллиативной медицины чрезвычайно важно повсеместно интегрировать принципы паллиативной помощи в существующие программы организации лечебно-профилактической помощи населению страны на амбулаторном и госпитальном этапах.

Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка, отсутствие этиотропного лечения злокачественных новообразований не позволяют строить оптимистических прогнозов на снижение уровня онко-

логической заболеваемости и на уменьшение числа больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Кроме того, на современном этапе представляется весьма актуальным вопрос оказания квалифицированной паллиативной помощи пациентам с различными формами прогрессирующих хронических неонкологических заболеваний в терминальной стадии развития. Объем оказания помощи таким больным необходимо расширить от симптоматического лечения до всесторонней медицинской, психологической, социальной и духовной помощи пациенту и его семье.

Созданная в мире достаточно стройная система паллиативной помощи онкологическим больным используется в качестве модели нового направления здравоохранения – паллиативной медицины, призванной улучшать качество жизни больных с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии их развития.

Итак, *паллиативная медицина* – это оказание всесторонней помощи пациентам с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития, т.е. больным, у которых специализированное лечение уже исчерпало свои возможности и/или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния пациента. К таким пациентам относятся:

- инкурабельные онкологические больные;
- больные в терминальной некорректируемой стадии хронической почечной недостаточности различного генеза;
- больные в терминальной стадии хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, некорректируемых или плохо поддающихся коррекции;
- больные в терминальной стадии цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью;
- больные, потерявшие способность к передвижению и самообслуживанию вследствие заболеваний и травм. К ним следует отнести:
 - сосудистые заболевания головного и спинного мозга;
 - рассеянный энцефаломиелит;

- дегенеративные заболевания костно-суставной системы;
- травмы позвоночника;
- перелом шейки бедра и др.;
- больные в терминальной стадии СПИДа;
- больные с другими патологическими состояниями, неподдающимися коррекции и приводящими к тяжелым нарушениям функции жизненно-важных органов и систем, значительно ограничивающим профессиональную и социальную активность и требующим постоянного ухода.

Значимость службы паллиативной медицины, помимо гуманных соображений и идеалов милосердия, основывается и на экономической целесообразности. На первый взгляд паллиативная помощь характеризуется только экономическими затратами, поскольку фактически не способствует ни сокращению недожитых лет жизни лиц трудогового возраста, ни предотвращению инвалидизации.

Однако *экономическая целесообразность паллиативной помощи* носит опосредованный характер, который предполагает целую серию позиций, сопряженных с больными в терминальной стадии:

- помощь родственникам;
- адекватное обезболивание;
- единый Регистр больных, нуждающихся в паллиативной помощи;
- качественная медицинская, социальная и психологическая помощь на дому;
- качественная стационарная помощь;
- развитие отдельных приоритетных видов специализированной медицинской помощи (например, в онкологии это профилактика рака, раннее выявление и полноценное радикальное лечение);
- профилактика и эффективная медико-реабилитационная помощь при сосудистых заболеваниях головного мозга и др.;
- адресная социальная и психологическая помощь больным в терминальной стадии развития и их родственникам;
- привлечение внебюджетных/благотворительных средств и др.

Одна из приоритетных по социальной значимости причин актуальности развития паллиативной службы – оказание помощи родственникам. Одного больного, нуждающегося в симптоматическом лечении и уходе,

окружает 7-10 условно здоровых полноценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые находятся в разной степени тяжести психологической травматизации: чувство вины перед больным, чувство агрессии к медицине, депрессия, канцерофобия, суицидальные мысли, угроза потери рабочего места и др.

Среди окружения больного формируется так называемый хронический дистресс. По опубликованным данным, смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%.

Проводя с родственниками инкурабельного больного просветительную, социальную и психологическую работу, специалисты паллиативной службы возвращают этих граждан в строй, на работу, к исполнению своих гражданских и профессиональных обязанностей. Это снижает расходы здравоохранения на купирование у них последствий хронического дистресса, что определяет в том числе экономический эффект и социальную значимость хосписов, отделений паллиативной помощи и паллиативной медицины в целом.

Одна из приоритетных задач качественной паллиативной помощи больным – реализация стратегической программы адекватного обезболивания. Адекватное обезболивание, значительно улучшая качество жизни пациентов и их семей, обеспечивает существенный экономический эффект за счет: оптимизации неинвазивных способов введения анальгетиков в организм больного, более длительного сохранения способности этого контингента больных к самообслуживанию, без отрыва от социально полезного труда родственников и близких, а также за счет отказа от существующей дорогостоящей системы постоянных выездов бригад скорой медицинской помощи на дом для выполнения инъекций традиционных опиоидных средств.

Осуществление принципа современного обезболивания на деле дает возможность разгрузить службу скорой медицинской помощи, врачебный и сестринский персонал амбулаторно-поликлинических учреждений и др.

Нетрудно предвидеть экономические выгоды: уменьшение расходов на эксплуатацию транспортных средств, в том числе – экономию бензина, снижение затрат на оплату труда медицинского персонала и водителей, сокращение закупок одноразовых шприцев, возможность ухода за больными на дому без использования стационарных коек и др.

Создание единого Регистра больных, нуждающихся в паллиативной помощи, обеспечивает инкурабельным больным оказание симптоматической терапии и необходимого ухода медицинским персоналом стационаров и выездных бригад хосписов, отделений паллиативной помощи больниц, кабинетов противоболевой терапии и др., что позволит уменьшить количество обращений инкурабельных больных в скорую медицинскую помощь, к специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений и снизит их госпитализацию в специализированные отделения многопрофильных больниц.

Улучшение оказания паллиативной помощи будет способствовать развитию других приоритетных направлений онкологии – профилактики, раннего выявления и полноценного радикального лечения онкопатологии различной локализации.

Экономическая оценка организационно-методологических подходов к паллиативной помощи предполагает усовершенствование существующих медико-экономических стандартов ведения пациентов, что будет способствовать более рациональному использованию бюджетных средств.

Решение актуальной проблемы интеграции различных этапов лечебно-диагностического процесса невозможно без научных исследований в области паллиативной медицины и внедрения их результатов в клиническую практику.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Паллиативная помощь чаще всего ассоциируется со словом «хоспис». Слово «хоспис» имеет древнелатинское происхождение (от лат. hospes – *оказывающий гостеприимство*). Хосписом в древние времена назывались приюты, где останавливались паломники по пути в Святую землю. Современные принципы работы хосписов, создававшихся для облегчения страданий, берут свое начало еще в раннехристианской эре. Зародившись вначале в Восточном Средиземноморье, идея хосписов достигла латинского мира во второй половине IV века нашей эры, когда римская матрона Фабиола открыла хоспис для паломников и больных. Заботу о неизлечимо больных и умирающих в Европу принесло христианство. Античные медики, следуя учению Гиппократу, полагали, что медицина не должна «протягивать свои руки» к тем, кто уже побежден болезнью. Помощь безнадежно больным считалась оскорблением богов: человеку, даже наделенному даром врачевания, не пристало сомневаться в том, что боги вынесли больному смертельный приговор. Оказание помощи безнадежно больным могло уронить авторитет врача.

Обращаясь к истории оказания медицинской помощи тяжелобольным, необходимо отметить, что еще в средние века при монастырях существовали «дома умиротворения», в которые могли обратиться умирающие люди. Вплоть до XIX века врачи редко приходили к умирающим больным, даже чтобы констатировать их смерть. Эту обязанность выполняли или священники, или чиновники.

В 1905 г. в Лондоне был открыт приют Св. Христофора, в котором большое внимание уделялось помощи тяжелым терминальным больным. На протяжении длительного периода времени именно здесь накапливались медицинские знания и опыт по оказанию помощи умирающим пациентам.

Первый хоспис в современном понимании этого слова организовала Сесилия Сандерс в Великобритании в 1967 г. Была разработана философия хосписа, в основу которой положены прежде всего забота о личности, открытость разнообразному опыту, научная тщательность медицинских, психологических и социальных разработок. Высказывалось мнение о том, что важным аспектом оказания паллиативной помощи incurable больным является решение медико-психологических и этических проблем

не только пациентов, но и их родственников. Еще в 1982 году С. Сандерс утверждала, что «...современная паллиативная медицина» является альтернативой «...социально опасной идеи эвтаназии». На современном этапе хоспис Св. Кристофера, организованный Сессилией Сандерс, – ведущий мировой научно-методический центр хосписного движения. В 1981 году Национальной ассоциацией хосписов были приняты стандарты и основные принципы работы таких учреждений. К концу прошлого века в Великобритании насчитывалось уже более 150 хосписов.

В России только в конце XIX века были открыты специальные «раковые палаты» для больных с онкологическими заболеваниями в некоторых больницах Санкт-Петербурга, Киева, Тамбова и других городов.

По инициативе профессоров Л.Л. Левшина и В.М. Зыкова в Москве в 1903 г. с помощью поддержки мецената С. Морозова был открыт первый Раковый институт при медицинском факультете Московского университета для организации ухода за больными с распространенными формами злокачественных новообразований и лечения опухолей. Такие же цели преследовала и Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была создана в Санкт-Петербурге в 1911 году на средства купцов Елисеевых.

В 1906 году состоялась Первая международная конференция по изучению рака, на которой впервые были заслушаны доклады русских ученых, посвященные вопросам паллиативной помощи больным на поздних стадиях развития раковых заболеваний. Было создано «Всероссийское общество борьбы с раковыми заболеваниями», а в 1914 г. в Санкт-Петербурге на Первом Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями впервые высказана мысль о том, что «рак – болезнь социальная».

Развитие хосписного движения и открытие огромного числа этих учреждений в различных странах постепенно привело к тому, что понятие «хоспис» стало включать в себя не только тип учреждения для неизлечимо больных, но и концепцию ухода за умирающими больными. Такое двуединое толкование слова «хоспис» органически связывает тип медико-социального учреждения с системой ухода за умирающими больными, что дает возможность расширить рамки этого понятия.

В 1982 году Всемирной организацией здравоохранения было принято решение об организации паллиативной медицины как самостоятельной науки, внедрении ее в практическое здравоохранение.

Опыт цивилизованных стран и те социально-правовые предпосылки, которые появились в нашей стране в последнее время, привели к изменению медицинского и общественного мнения в отношении тяжелобольных и необходимости организации им активной медико-социальной помощи.

С 90-х годов XX столетия в России стал развиваться процесс дифференцированного перераспределения коечного фонда стационаров и выделения коек для решения медико-социальных проблем онкологических больных с распространенными формами злокачественных заболеваний. Первая попытка решения этих вопросов в России была предпринята в середине 80-х годов, когда на базе Московской городской клинической больницы №64 был создан прообраз отечественной хосписной помощи – отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

Первый хоспис в нашей стране (Лахтинский) был открыт в конце прошлого века в 1990 г. в Ленинграде (ныне – Санкт-Петербург). В Москве первый хоспис был открыт в 1994 г. Это положило начало развитию «хосписного движения» в стране. В 1995 году в РФ прошла Всероссийская конференция «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований», определившая приоритетные направления развития паллиативной помощи инкурабельным пациентам в России.

В соответствии с приказами Минздрава РФ (№19 от 01.02.1991 г., №128 от 31.07.1991 г., №270 от 12.09.1997 г.) паллиативная помощь больным в Российской Федерации организационно представлена различными структурными подразделениями. В России в большинстве случаев хосписы являются самостоятельными учреждениями. В различных регионах РФ функционируют также кабинеты противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи в многопрофильных больницах, территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи. Кроме того, помощь инкурабельным больным оказывается в гериатрических центрах, в отделениях милосердия учреждений службы социальной защиты, в виде благотворительных общественных движений и

приютов. В настоящее время программы организации паллиативной помощи в России чаще всего складываются из этапов от простого и доступного к более сложному и объемному. При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит от финансовых возможностей региона, специфики структуры региональной системы здравоохранения и его материально-технической базы, кадровых ресурсов, заинтересованности администрации в снижении уровня социальной напряженности, понимания целей, задач, возможностей и значимости паллиативной медицины.

Различные варианты организационно-методических подходов к оказанию паллиативной помощи не взаимоисключают, а дополняют друг друга, обобщая накопленный опыт работы, причем существование различных форм организации работы является в настоящее время целесообразным, так как обеспечивает улучшение качества жизни онкологических больных с распространенными злокачественными новообразованиями и их близких в реально существующих условиях (Г.А. Новиков, 1995).

В различных учреждениях различен также и подход к объему оказываемой паллиативной помощи. При этом чаще всего вопрос не в том, чтобы «лечить или не лечить», а в том, какое лечение и помощь являются более подходящими с учетом возможностей организма конкретного пациента, особенностей его личности и социальных условий. Ведь первостепенной целью паллиативной медицины является не продлевать жизнь, а способствовать тому, чтобы оставшаяся жизнь больного была по возможности как можно более комфортной, социально и психологически значимой.

Примером такой организации паллиативной помощи в России являются г.г. Москва, Санкт-Петербург, Волгоград, Ульяновская область и др.

В частности, Ульяновская область – один из немногих регионов нашей страны, где оказывается качественная паллиативная помощь умирающим пациентам и их семьям.

В области имеет место славная история помощи тяжелобольным. Еще в 1898 г. на пожертвования симбирских купцов П.А. Пастухова, В.А. Арацкова и Н.К. Ананьина были открыты 4 койки для «больных раком внутренних органов», а в 1899 г. усилиями городской думы и

городской управы был построен дом на 19 коек для неизлечимых больных на территории Симбирской городской бесплатной больницы.

Современный этап оказания помощи инкурабельным больным в Ульяновской области начат в начале 90-х гг. XX века, когда руководство региона поддержало инициативу Ульяновского государственного университета и приступило к созданию региональной службы паллиативной помощи. Была разработана идеология развития паллиативного лечения в области, налажены контакты с британским хосписом Св. Кристофера, Европейской ассоциацией паллиативного лечения. Специалисты региона проводили консультации с ВОЗ, участвовали в разработке партнерской программы «Хелспром (Лондон) – Ульяновск». В области были внедрены образовательные программы по принципу «от волонтера до врача», проводились обучающие семинары с привлечением специалистов из-за рубежа, стажировкой врачей, медицинских сестер, психологов, социальных работников и волонтеров в клиниках и хосписах Великобритании. Результатом этой активной работы стало открытие в 1994 г. двух хосписов в регионе – в Ульяновске и Дмитровграде, а также привлечение внимания общественности к необходимости оказания качественной медико-социальной помощи умирающим пациентам и их близким.

В Ульяновской области, как типичной для России территории, региональная модель паллиативной медицины представлена следующими организационными структурами:

- областной хоспис;
- областной клинический онкологический диспансер;
- отделение паллиативной помощи в составе Дмитровградского онкологического диспансера;
- областной клинический госпиталь ветеранов войн;
- участковая служба региона.

Организационно-методическим центром службы является Ульяновский областной хоспис. В хосписе создается единый Регистр больных области, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Структурно хоспис состоит из выездной службы и стационара круглосуточного пребывания пациентов. Выездной службой хосписа за год выполняется более 9000 визитов к больным, из них более 2500 врачебных посещений

пациентов. Реализуется программа социальной помощи, обеспечивается социальная и психологическая поддержка пациентов и их семей. Ежегодно психологами хосписа проводится более 700 консультаций больных и их родственников, социальными работниками обслуживается около 130 пациентов, осуществляется более 900 визитов. В стационар хосписа госпитализируется более 300 пациентов в год, из них более 50% пациентов госпитализируется по медико-социальным показаниям. Улучшается качество стационарной помощи: внедрены программы адекватного обезболивания, купирования тягостных симптомов, проведения паллиативной химиогормонотерапии, внедрены свето- и ароматерапия.

В настоящее время в Ульяновском хосписе реализуется программа оказания паллиативной помощи не только онкологическим пациентам, но и неврологическим больным, пациентам с декомпенсированной стадией сердечной недостаточности, циррозом печени, с тяжелыми последствиями травм головного и спинного мозга, умирающим от СПИДа и др.

Реализуется также программа благотворительной деятельности в поддержку пациентов хосписа. Для привлечения благотворительных средств в 2005 г. создан попечительский совет хосписа, в состав которого вошли известные в регионе политики, общественные деятели и бизнесмены.

Чрезвычайно важна задача подготовки кадров в службе паллиативной помощи. Нередко медики считают паллиативную медицину очень простой. Некоторые полагают, что паллиативную помощь можно оказывать без специальной подготовки. Другие считают, что паллиативная помощь – это уход за престарелыми и расценивают ее только как психологическую поддержку. В результате многие врачи и медицинские сестры оказываются полностью неподготовленными к оказанию паллиативной помощи нуждающимся в ней пациентам.

Все годы работы хоспис активно взаимодействует с Ульяновским государственным университетом, участвуя в программах подготовки студентов и врачей по обучению принципам паллиативного лечения, психологической, социальной и правовой поддержки пациентов и их близких. Хоспис является базой кафедр общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены, лучевой диагностики, лучевой терапии и

онкологии Ульяновского государственного университета, а также медицинских колледжей области.

В регионе также активно оказывается медико-социальная помощь пациентам отделения паллиативной помощи Димитровградского онкологического диспансера. Димитровград – второй по величине город области. Силами онкологов около 500 пациентов в год получают помощь на дому и в стационаре. Выездной службой отделения оказывается максимально возможная помощь непосредственно на дому: адекватное обезболивание, купирование тягостных симптомов, проведение различных манипуляций и процедур, обучение правилам ухода за больными, проводится психологическая поддержка больного и его семьи, решение духовных и социальных вопросов. За год выездная служба выполняет более 5000 посещений пациентов врачами и медсестрами. В стационаре отделения проводится поддерживающая терапия, общеукрепляющее лечение, химиогормонотерапия, дезинтоксикационная терапия, парентеральное питание, хирургические манипуляции и паллиативные операции. За год госпитализируется более 200 пациентов.

Минимальные требования для врачей системы паллиативной помощи включают следующие знания и навыки: современный комплекс мер и методов лечения боли и облегчения патологических симптомов; разрешение комплексных психо-социальных проблем неизлечимых больных и их родственников; внимательный подход к духовным запросам терминальных пациентов; учет культурных и этнических особенностей в паллиативной помощи; навыки общения с неизлечимыми пациентами; знание этических проблем паллиативной помощи; оказание психологической помощи людям, перенесшим утрату близких и др.

Минимальные требования для медицинских сестер паллиативной помощи включают все перечисленное с меньшим акцентом на фармакологические методы лечения патологических симптомов и более углубленным подходом к уходу и навыкам наблюдения за состоянием пациентов и ведения соответствующей документации.

Важнейшее звено оказания паллиативной помощи в регионе – муниципальное здравоохранение.

Основными задачами муниципального уровня оказания паллиативной помощи являются:

- изучение состояния паллиативной медико-социальной помощи больным в районе и внедрение форм и методов, улучшающих ее качество;
- осуществление методического руководства лечебными учреждениями района по вопросам оказания паллиативной помощи;
- обеспечение паллиативной помощи больным на догоспитальном этапе;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в оказании паллиативной помощи;
- оказание социально-психологической поддержки больным и их родственникам;
- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

Врач муниципального уровня должен знать:

- клиническую картину злокачественных опухолей основных локализаций;
- основные симптомы, синдромы и осложнения, сопровождающие течение опухолевого процесса в его терминальной фазе;
- организационные аспекты оказания паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;
- методы оказания паллиативной помощи пациентам с различными формами хронических неонкологических заболеваний в терминальной стадии развития;
- методы лечения хронического болевого синдрома (медикаментозные, инвазивные);
- методы лекарственной детоксикации;
- принципы десмургии.

Врач муниципального уровня должен владеть:

- медикаментозными и инвазивными (блокады) методами лечения хронической боли;
- техникой проведения плевральных пункций и лапароцентезов;
- методами остановки кровотечения и наложения повязок;
- методами психологической поддержки больного и родственников.

Мониторинг оказания паллиативной помощи на муниципальном уровне обеспечивается по следующим направлениям и оценивается по следующим индикаторным показателям:

- улучшение качества оказания паллиативной помощи – количество пациентов, получивших помощь в соответствии с медико-экономическими стандартами;

- охват паллиативной помощью (в %);

- доступность паллиативной помощи: а) патронаж на дому (количество пациентов); б) обеспечение стационарной помощью (количество пациентов);

- социальная помощь (количество патронируемых на дому пациентов);

- подготовка и переподготовка врачей, средних медицинских работников, социальных работников по основам паллиативной медицины (количество человек);

- сумма привлеченных внебюджетных (благотворительных) средств для подразделений системы паллиативной помощи (в рублях) и др.

Круг задач, решаемых службой паллиативной помощи населению региона, весьма широк и разнообразен. Оказание качественной паллиативной помощи умирающим больным и их близким – важная, и не только медицинская, но и социальная, общественная, политическая и нравственная проблема. Для успешного решения этой проблемы представляется весьма актуальной консолидация специалистов, государственных и общественных структур гражданского общества. Именно комплексный подход позволяет решать основную задачу паллиативной медицины – повышение качества жизни пациентов с прогрессирующими формами хронической патологии и их близких.

ГЛАВА 3. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хроническая боль (ХБ) значительно отличается от острой боли по многообразным проявлениям, обусловленным постоянством и силой чувства боли, а также часто возникающей резистентностью к различным лечебным воздействиям. ХБ занимает одно из ведущих мест в онкологии среди тяжелых патологических синдромов и встречается примерно у 70-90% больных в стадии генерализации онкологического процесса. В связи с этим в программе ВОЗ по борьбе против рака большое внимание уделяется медицинским, социальным и гуманным аспектам помощи этим больным. Однако, несмотря на важность этой проблемы, до настоящего времени не нашли оптимального решения многие вопросы, что обусловлено рядом медицинских, социальных и финансовых проблем. «Эпидемия боли» – так характеризовала ВОЗ ситуацию во многих странах мира.

Что такое боль? Международная ассоциация по изучению боли IASP дает наиболее полное определение хронического болевого синдрома, отражающее его природу и механизмы развития: «Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, которые связаны с реальным или возможным повреждением ткани, или описываемое исходя из такого повреждения. Боль всегда субъективна. Каждый человек познает применимость этого слова через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни», т.е. боль – это сомато-психический феномен.

Ввиду того, что боль имеет многоуровневую природу, часто необходимо рассуждать о ней, пользуясь концепцией *тотальной* боли. Эта концепция указывает на то, что страдание имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, с которыми нельзя не считаться в процессе лечения ХБ.

Физические факторы страдания: симптомы болезни, ограничивающие повседневную жизнь больного; побочные эффекты лечения; другие симптомы.

Психологические факторы: гнев; разочарование; столкновение с бюрократией / отчаяние; сокрытие диагноза от больного / чувство изоляции; отгороженность врачей от общения с больным / чувство беспомощности; неадекватное лечение/гнев и потеря доверия со стороны больного;

страх больницы / тревожность; страх боли / тревожность; перестают навещать друзья / больной чувствует себя брошенным и никому не нужным.

Социальные факторы: потеря статуса / заниженная самооценка; потеря доходов от труда / чувство своей бесполезности и волнения о финансовых проблемах; тревога о финансовом положении семьи; чувство, что ты ничего не можешь; потеря уверенности / понижение самооценки; бессонница и хроническая усталость.

Духовные факторы: духовные метания; страх смерти и страх перед процессом умирания; чувство вины («меня обвиняют»); потеря уверенности в будущем – потеря надежды; философские проблемы (страх неизвестности) и др.

Патофизиологические основы боли

Постоянное ощущение пациентом боли проявляется в особых вегетативных, аффективных и поведенческих ответах по мере нарастания боли. У пациентов развивается так называемое болевое поведение, для характеристики которого Международная ассоциация по изучению боли рекомендует использовать ряд критериев: речевые (стоны, восклицания), выражение лица (grimасы), двигательная активность (крайне замедленное движение), положение тела (вынужденное из-за боли), жалобы, поза (прихрамывание, щажение или поддерживание болезненной области тела, частая смена позы, напряженная поза), поведенческие реакции для устранения боли (обращение к врачу, прием лекарств, снижение двигательной активности, остановка для отдыха при ходьбе), ограничение функциональной активности.

Развивается страх перед будущим, реактивная депрессия, бессонница, состояние безнадежности, беспомощности и отчаяния. Больные становятся подавленными, а иногда агрессивными и неконтактными.

Сочетание прогрессирующей физической усталости и слабости, неэффективность лечебных мероприятий, прогрессирование онкологического процесса, снижение физической активности приводят к глубоким поведенческим изменениям, возможности суицидальных попыток и агрессивных реакций по отношению к медицинскому персоналу и родственникам.

ХБ формирует центральный доминантный очаг в коре головного мозга, активизирующий соответствующие нейрогуморальные механизмы, что усугубляет тяжесть ее проявлений.

Нейрофизиологические основы боли заключаются в сложном взаимодействии ноцицептивной и антиноцицептивной систем.

В зависимости от патогенеза боль можно разделить на ноцицептивную (соматогенная), нейропатическую (нейрогенная) и психогенную. Данная классификация весьма условна из-за тесного сочетания патогенетических механизмов при ХБ онкологического генеза, которая весьма разнообразна по причинам и клиническим проявлениям, а главное – не имеет каких-либо специфических черт, кроме постоянства и прогрессирующего характера. Это определяет необходимость ранней диагностики и своевременного начала эффективного комплексного лечения ХБ и ее проявлений.

Диагностика хронической боли

Диагностику ХБ следует осуществлять на применении простых неинвазивных методов оценки боли, качества жизни пациента и переносимости применяемых средств лечения болей. Оптимальный комплекс диагностических критериев:

1. *Анамнез и клинический осмотр пациента с ХБ* – характер и распространенность онкологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента; анамнез ХБ (давность, интенсивность, локализация, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность).

2. *Оценка интенсивности ХБ* наиболее проста и удобна для исследователя и пациента по 5-балльной шкале вербальных (словесных) оценок (ШВО), где 0 – боли нет; 1 – слабая; 2 – умеренная; 3 – сильная; 4 – самая сильная боль.

Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%, которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику ХБ в процессе лечения.

3. *Оценка качества жизни* может быть объективно проведена по разработанной в Московском научно-исследовательском онкологическом

институте (МНИОИ) им. П.А. Герцена шкале физической активности: 1 – нормальная физическая активность; 2 – незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача; 3 – умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени); 4 – значительно снижена (более 50%); 5 – минимальная (постельный режим). Для более детальной оценки применяется комплекс критериев, рекомендуемый Международной ассоциацией по изучению боли, включающий учет социальной активности, профессиональной деятельности, духовности, сексуальных функций, удовлетворенность лечением.

4. *Оценка переносимости терапии боли* или побочные эффекты средств и методов лечения.

Чаще всего приходится оценивать побочные эффекты анальгетиков по их характеру, выраженности и частоте развития. Для опиоидных анальгетиков – это чаще всего тошнота (рвота), седация (сонливость), слабость (адинамия), снижение аппетита, запоры, головокружение, сухость во рту, реже – дисфория, дезориентация, галлюцинации, кожный зуд, затрудненное мочеиспускание, при передозировке – глубокая общая центральная депрессия (сон, брадипное до апное, брадикардия). Зрачки на фоне хронического приема опиатов сужены до точечных. Неопиоидные анальгетики и различные неспецифические противовоспалительные препараты (НСПВП) могут приводить к раздражению и эрозивным изменениям слизистой оболочки желудка, геморрагическим осложнениям, гранулоцитопении, аллергическим реакциям кожи.

Выраженность побочных эффектов анальгетиков оценивается по шкале: 0 – нет побочных эффектов; 1 – слабо; 2 – умеренно; 3 – сильно выражены. При оценке побочных эффектов медикаментов необходимо иметь в виду, что многие симптомы, сходные с побочными действиями лекарств, имеют место у инкурабельных больных до начала лечения анальгетиками и связаны с болезнью (плохой аппетит, тошнота, рвота, запоры и др.), что должно быть отмечено. Проявлением побочного действия лекарства следует считать появление или усиление того или иного симптома с началом терапии.

Лечение хронической боли

Эффективная терапия ХБ представляется сложной задачей, требующей применения многокомпонентного комплексного подхода.

Основой лечения ХБ является системная фармакотерапия.

Лекарственные препараты, используемые для этих целей, делятся на три категории: неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адьювантные препараты.

В традиционном варианте, рекомендованном комитетом экспертов ВОЗ в 1986 г., для лечения ХБ нарастающей интенсивности применяют анальгетики по трехступенчатой схеме («анальгетическая лестница» ВОЗ). Метод трехступенчатой схемы обезболивания ВОЗ заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании с адьювантными средствами по мере увеличения интенсивности боли. Схема ВОЗ основана на использовании «Образцового перечня лекарственных средств». При слабой боли (1 ступень) рекомендуется назначать неопиоидный анальгетик (парацетамол и/или НПВП). При нарастании боли до умеренной на 2-й ступени переходят к слабым опиоидам – кодеин или трамадол, при сильной ХБ на 3-й ступени – к сильнодействующему опиоиду (морфин).

За последние годы созданы и нашли широкое применение многие новые опиоидные и неопиоидные препараты с лучшими свойствами, в том числе созданные для пролонгирования анальгетического действия и оптимизации неинвазивных способов введения анальгетиков в организм больного.

Для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии необходимо строго соблюдать *три принципа*:

- дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера ХБ, добиваясь устранения или значительного облегчения боли;

- назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей;

- анальгетики применять «по восходящей», т.е. от максимальной дозы слабо действующего опиоида к минимальной дозе сильнодействующего.

На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адьювантными средствами: кортикостероидами, антидепрессантами, транквилизаторами и др.

Оптимальным анальгетиком 2-й степени является синтетический опиоид – агонист опиоидных рецепторов – *трамадола гидрохлорид (трамал)*. Разовая доза трамадола – 50-100 мг, максимальная суточная доза – 400-500 мг. Главные преимущества трамадола – отсутствие опасных побочных действий, присущих анальгетикам центрального действия; минимальная вероятность развития резистентности и лекарственной зависимости даже при длительном лечении. Анальгетический эффект трамадола развивается к 30 минуте и продолжается 5-6 часов. Наиболее частыми побочными проявлениями центрального действия трамадола являются преходящая сонливость, тошнота, сухость во рту. Однако их выраженность обычно не превышает степени «легкой» и не требует отмены препарата. Трамадол можно с успехом применять в течение нескольких недель или даже месяцев.

Трамадол имеет двойное обезболивающее действие: частично он действует как опиоид, частично как блокатор пресинаптического обратного захвата моноаминов (подобно трициклическим антидепрессантам, поэтому вместе с ними трамадол не назначается), два механизма обезболивающего эффекта действуют синергически. Трамадол не является опиоидосберегающим препаратом. Он значительно снижает обезболивающее действие опиоидных анальгетиков, поэтому трамадол вместе с ними *не назначается!*

На 3-й степени обезболивания используются сильнодействующие опиоиды. К ним относятся промедол, просидол, бупренорфин, морфин и фентанил.

Промедол (тримеперидин) является опиоидным агонистом. Выпускается в таблетках по 0,025 (высшая суточная доза 200 мг) и ампулах по 1 мл 1% и 2% раствора (высшая суточная доза 160 мг). Анальгетический потенциал промедола составляет около 1/3 от морфина, поэтому промедол не обладает достаточной продолжительностью и эффективностью при тяжелой ХБ. Инъекции промедола эффективны не более 2-4 часов.

Просидол – отечественный синтетический опиоидный агонист, хорошо всасывается через слизистую оболочку ротовой полости.

Выпускается в буккальных таблетках по 0,01 и 0,02 г (высшая суточная доза 250 мг). Отличается хорошей переносимостью пациентами и редко вызывает серьезные побочные эффекты, которые аналогичны вызываемым трамалом. Суточная доза колеблется от 60 до 240 мг, продолжительность успешной терапии может достигать нескольких месяцев. Подбор оптимальной разовой дозы начинается путем последовательного защежного введения 1-2-3 (не более) таблеток с интервалом 30 мин. в случае недостаточной анальгезии после первой и второй доз (без проглатывания!). При неэффективности 3-х таблеток следует перейти на анальгетик большей мощности. Недостатком просидола является его кратковременный эффект – в среднем 4 ч, а число приемов в сутки составляет 4-8 раз.

Промедол и просидол следует рассматривать как промежуточные анальгетики между 2-й и 3-й ступенями «обезболивающей лестницы».

Бупренорфин – полусинтетический дериват алкалоида тебаина, частичный μ -агонист и частичный κ -антагонист. Бупренорфин отличают более высокий, чем у морфина, анальгетический потенциал (30:1) и более продолжительный анальгетический эффект (6-8 ч). Для бупренорфина характерен так называемый «потолочный» эффект: увеличение дозы свыше 3,6 мг/сут не сопровождается усилением анальгезии, что считается его основным недостатком при лечении ХБ. Целесообразно назначать бупренорфин в подъязычных таблетках 0,2 мг. Разовая доза подбирается титрованием (последовательный прием 1-2-3 таблеток (не более)) с оценкой эффекта через каждые 30 мин. Максимальная суточная доза – 3,0 мг. Побочные эффекты менее выражены, чем у морфина. При хорошей эффективности и переносимости может применяться месяцами. Таблетки бупренорфина эффективны только при полном всасывании в ротовой полости (без проглатывания!). В случае установления начальной анальгетической разовой дозы не выше 0,6 мг можно продолжить терапию (суточная доза составит 1,8 мг). При неэффективной начальной разовой дозе 0,6 мг или достижении в процессе терапии бупренорфином суточной дозы 3 мг следует назначить вместо бупренорфина морфина сульфат или фентанил трансдермальный.

Бупренорфин может быть также назначен в виде трансдермального пластыря *Транстек* в дозах, аналогичных вышеуказанным для сублингвальных таблеток. Для пластыря, высвобождающего 35 мкг/ч бупре-

ноρφина, доза опиоида за 24 ч составит 0,8 мг, для пластыря 52,5 мкг/ч – 1,2 мг, для пластыря 70 мкг/ч – 1,6 мг. Максимальная трансдермальная доза не должна превышать 2 пластыря по 70 мкг/ч., т.е. 3,2 мг/сут. При переходе на терапию транстеком после поддерживающей опиоидной или неопиоидной терапии его начальную дозу назначают в соответствии с инструкцией к препарату. В связи с постепенным развитием анальгетического эффекта апплицированного пластыря транстек пациентам рекомендуют при необходимости дополнительный прием прежнего анальгетика до завершения подбора эффективной анальгетической дозы транстека. Максимальная доза транстека не должна превышать 140 мкг/ч, т.е. 2 апплицированных пластыря на период 3 суток. При этом исключается прием других опиоидов. При неэффективности этой дозы следует сразу заменить бупренорфин одним из опиоидов 4-й ступени – морфином или фентанилом в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС) Дюрогезик.

Морфин является классическим представителем опиоидных анальгетиков-агонистов μ -рецепторов. Морфин быстро всасывается как при приеме внутрь, так и при подкожном введении. Действие развивается через 10-15 мин при подкожном введении и через 20-30 мин после перорального введения. Действие однократной дозы продолжается 4-5 ч.

Морфин для лечения тяжелой ХБ целесообразно назначать в виде таблеток ретард морфина сульфата (*МСТ-континус*), в дозах 10, 30, 60, 100 мг, прием которых осуществляется 2 раза в сутки (утром и перед сном), что удобно для пациентов. При назначении морфина после терапии другими опиоидами следует учитывать соотношение их анальгетических потенциалов. Так, эквивалентная бупренорфину доза морфина должна быть примерно в 30 раз выше, т.е. при суточной дозе бупренорфина 2,4-3,0 мг ориентировочная доза МСТ составит 75-90 мг в сутки (в 2 приема утром и перед сном). Морфин может быть назначен и после анальгетиков 2-й ступени (например, при отсутствии или непереносимости бупренорфина). При неэффективности дозы трамала 400 мг/сут. суточная доза МСТ будет составлять не менее 40-60 мг; при дозе просидола 240 мг/сут. – до 80-90 мг/сут.

При длительной терапии дозу морфина приходится постепенно увеличивать в связи с развивающейся толерантностью к опиоиду, а также с

усилением ХБ по мере прогрессирования онкологического процесса. Толерантность проявляется обычно на 3-й неделе терапии укорочением периодов анальгезии или снижением ее эффективности. В этих случаях при удовлетворительной переносимости препарата его разовую дозу повышают на 10-30 мг/сут.

Побочные эффекты морфина (тошнота, рвота, запоры, сильная седация, дезориентация и др.) могут лимитировать назначение его в анальгетической дозе. В этих случаях по показаниям назначают соответствующие симптоматические средства (одновременно с началом терапии морфином назначают противорвотные (метоклопрамид), слабительные и др.), позволяющие продолжить терапию, либо (при очень сильных побочных эффектах) переходят на альтернативный мощный опиоид – ТТС фентанила (Дюрогезик).

Морфин не вызывает клинически значимого подавления дыхания у онкологических больных, страдающих от болей. Это объясняется тем, что боль является физиологическим антагонистом центральных тормозящих эффектов морфина. В отличие от послеоперационной боли, при раковой боли больные уже некоторое время получали слабые опиоиды, у них уже есть опиоидный опыт, а также производится постепенное поднятие дозы (титрация), и, таким образом, меньше вероятность, что им дадут избыточную дозу. При нормальных обстоятельствах морфин несколько угнетает дыхание, однако это менее выражено при длительном его применении. Более того, опиоиды (кодеин, морфин) иногда бывают наиболее эффективными препаратами при лечении кашля и одышки у больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Их эффект обусловлен угнетающим действием на дыхательный центр с умеренной депрессией дыхания, подавлением кашлевого рефлекса, уменьшением секреции и кровохарканья, без какого-либо существенного снижения показателя вентиляции.

Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) фентанила (Дюрогезик) – наиболее мощный опиоидный анальгетик, впервые созданный в виде системы для трансдермального введения в разном диапазоне доз: 25, 50, 75 и 100 мкг/ч. В настоящее время широко применяется как альтернативный опиоид при лечении ХБ высокой интенсивности. ТТС Дюрогезик представляет фактически универсальную лекарственную

форму (пластырь с депо фентанила, наклеиваемый на кожу с минимальным волосяным покровом) и может применяться у любых пациентов, в том числе неспособных принимать таблетки через рот. Анальгетический эффект Дюрогезика мощнее и длительнее, чем оральных форм морфина продленного действия. Длительность анальгезии при аппликации на кожу пластыря с фентанилом составляет 72 ч, т.е. смена пластыря происходит 1 раз в 3 дня. Пациенты с тяжелой ХБ оценивают Дюрогезик как наиболее эффективный и удобный вариант противоболевой терапии. Дюрогезик может вызывать те же побочные эффекты, которые присущи морфину. Наиболее опасным из них является депрессия дыхания. При появлении у пациента затрудненного дыхания пластырь следует удалить, и после нормализации дыхания использовать пластырь с дозой фентанила на одну ступень ниже.

Таким образом, наиболее рациональный перечень опиоидных анальгетиков для лечения ХБ включает следующие препараты в неинвазивных, по возможности ретардных формах: трамал – таблетки ретард (капсулы, свечи, инъекции), просидол – таблетки защечные, бупренорфин – таблетки подъязычные, морфина сульфат – таблетки ретард (МСТ и др.), ТТС фентанила Дюрогезик.

Лечение современными лекарственными формами неинвазивных анальгетиков имеет существенные преимущества: высокую эффективность, удобство использования, хорошую переносимость, отсутствие опасных побочных эффектов, сохранение социальной и физической активности больных, меньшую опасность лекарственных средств с точки зрения их немедицинского использования.

На всех этапах обезболивания необходимо назначение адьювантной терапии.

Группы адьювантов:

1. *Глюкокортикоиды* (преимущественно дексаметазон);
2. *Антидепрессанты* (амитриптилин, имипрамин);
3. *Противосудорожные* (карбамазепин, клоназепам, финлепсин, габапентин);
4. *Нейролептики* (тизерцин, аминазин, галоперидол);
5. *Транквилизаторы* (диазепам, феназепам, реланиум и др.);
6. *Антигистаминные* (димедрол, супрастин, тавегил);

7. *Седативные* (валериана, корвалол, пустырник);
8. *Бифосфонаты* (бондронат, зомета, бонифос, аредия и др.);
9. *Диуретики*.

Специального лечения требует *нейропатическая боль*, не поддающаяся устранению классическими опиоидными и неопиоидными анальгетиками. Средства лечения нейропатической боли можно разделить на традиционные, рекомендуемые ВОЗ (1986, 1996): антидепрессанты, антиконвульсанты, препараты, родственные местным анестетикам, и специальные патогенетические средства последнего поколения разного механизма действия: агонисты тормозного медиатора ЦНС – гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), антагонисты возбуждающих аминокислот (ВАК), антагонисты ионов кальция (Ca^{++}), агонисты адренергических альфа₂-рецепторов. Антинейропатическое действие могут проявлять антагонисты кальция (нимодипин, верапамил) и агонисты адренергических альфа₂-рецепторов (клофелин), назначаемые в обычных терапевтических дозах, а также препараты, обладающие свойствами антагонистов рецепторов ВАК: ламотриджин в диапазоне доз от 25 до 200 мг/сут. через рот, тизанидин (сирдалуд) – 12-36 мг/сут.

Лечение боли мощными опиоидами 3-й степени продолжается столько, сколько требуется для облегчения его страданий.

В случае назначения анальгетика, недостаточного для устранения ХБ, последняя сохраняется и начинает быстро нарастать за счет суммации болевых стимулов и перевозбуждения проводящих боль нервных структур – в результате формируется трудно купируемая боль, т.н. «прорыв боли».

В случае первичного обращения онкологического больного с запущенной тяжелой ХБ рекомендуется сразу назначать один из препаратов 3-й степени, подобрав оптимальную для больного разовую и суточную дозу.

Морфин и другие опиоиды существуют для того, чтобы их назначали, а не для того чтобы их придерживали. Их применение диктуется лечебной необходимостью, а не краткостью прогноза.

Время, образование и развенчивание мифов об этих важных лекарствах, в конце концов, привели повсеместно к истинности данных утверждений.

Таким образом, в настоящее время в России созданы предпосылки для адекватной терапии хронической боли.

Лечебно-профилактическим и аптечным учреждениям РФ предписывается осуществлять терапию хронической боли и лекарственное обеспечение этой терапии в строгом соответствии с действующими нормативными и законодательными актами. Для исполнения обязательны не только разделы приказов, посвященные контролю оборота наркотических, сильнодействующих и других групп препаратов ПКУ, но и разделы приказов, предписывающие адекватное обеспечение пациентов этими группами лекарственных средств. Следует особо подчеркнуть обязанность врачей назначать и выписывать рецепты на сильные опиоиды пациентам с тяжелой ХБ, не купируемой неопиоидными анальгетиками. При этом необходимо помнить о возможном привлечении к административной и даже уголовной ответственности (при обращении пациента или его родственников в суд) в случае неоказания пациенту адекватной противоболевой помощи и отказе в назначении необходимых лекарственных средств (ФЗ №2288 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 24.12.1993 г. в редакции ФЗ от 02.02.2006 г.; раздел VI, статья 30, пункт 5, согласно которому каждый пациент имеет право «...на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами»).

Перечень основных законодательных и нормативных актов, касающихся правил медицинского применения наркотических, сильнодействующих и психотропных средств.

Постановления Правительства РФ:

1) «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» от 30 июня 1998 г. №681;

2) «Об утверждении Положения о выдаче лицензий на использование объектов и помещений, где осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» от 30 мая 1998 г. №541;

3) «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» от 6 августа 1998 г. №892.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ:

1) «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» от 12 ноября 1997 г. №330 (с дополнениями);

2) «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» от 12 февраля 2007 г. №110.

ГЛАВА 4. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Этика (лат., греч.) – «благо», «долг»:

- учение о морали, ее сущности, значении для человека и общественной истории;

- система норм нравственного поведения человека.

«Деонтология» – учение о должном (И. Бентам, начало XIX века).

Биоэтика – исследование этических проблем в здравоохранении и биологии.

Каждый медицинский работник в своей деятельности призван руководствоваться этическими принципами, которые составляют не юридические, а моральные основы медицинской практики. Существует четыре основных принципа медицинской этики:

- «делай благо»,
- «не навреди»,
- «уважай автономию»,
- «будь справедлив».

Они применимы к любой сфере медицинской деятельности, но особенно важны в паллиативной медицине.

Этические принципы паллиативной медицины:

- уважайте жизнь;
- допускайте неизбежность смерти;
- рационально используйте возможные ресурсы;
- делайте добро;
- сводите к минимуму вред.

Восприятие болезни с прогнозируемым тяжелым течением и летальным исходом, безусловно, чрезвычайно проблемно и по-своему уникально для каждой личности. Тем не менее, есть и некоторые сходства, которые, в основном, являются общими для многих пациентов. Так, в начале болезни обычно имеет место возрастающий страх. Пациент сталкивается с наиболее тяжелыми душевными проблемами. В это время он испытывает неуверенность в себе, его чувства колеблются между надеждой и отчаянием.

Ощущение разрушения своего внутреннего мира, которое испытывает

больной и которое часто не осознается многими близкими и друзьями, добавляет чувство изоляции ко многим другим его проблемам.

Единственное, что остается делать в этой ситуации – это жить с человеком общей жизнью, поддерживать его своим пониманием и принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны.

Пациент должен чувствовать, что для него делается все возможное, чтобы облегчить его проблемы, в том числе и душевные. Если же у пациента сложилось впечатление, что это не так, то все усилия медицинского персонала и родственников добиться эмоционального контакта с ним будут бесполезны.

«Мы становимся беспомощными при виде страданий других людей, и самое лучшее и нужное, что мы можем сделать, – это просто находиться рядом с ними» (Твайкросс Р.Д., Фремpton Д.Р., 1990).

Основные этические проблемы паллиативной медицины:

- *Выбор лечения.*

Лечение – процесс сложный, начинающийся от полного излечения с одной стороны и заканчивающийся контролем симптомов – с другой.

При выборе подходящего лечения нужно иметь в виду следующее:

- возможности организма пациента;
- терапевтические цели и пользу от каждого вида лечения;
- побочные эффекты;
- желания пациента.

Следует помнить, что врач – не технар, а медицина – не просто «пилюля на каждую болезнь». Существует несколько общих возможных направлений, которые может порекомендовать врач, оказывающий паллиативную помощь. При этом абсолютно объективных критериев, позволяющих прекратить специальное лечение, почти не существует – каждого конкретного больного следует рассматривать как уникальный случай. Тем не менее, при оказании помощи пациенту в терминальной стадии заболевания главным бывает вовремя перейти от специального лечения к активной паллиативной помощи.

- *Общение с неизлечимым больным.*

«Правда – одно из наиболее сильных терапевтических средств, доступных нам, но нам по-прежнему надо знать точный смысл ее клинической фармакологии и выяснить оптимальное время и дозировку к

ее употреблению. Похоже, нам необходимо вникнуть в близкую связь между надеждой и отрицанием ее» (М. Симпсон, 2001).

Ф. Бэкону принадлежат слова: «Знание – сила». Знание врачом вопросов, касающихся здоровья пациента, кроме способности оказать помощь людям в бедственном положении, дает ему одновременно власть над ними. Отказ раскрыть пациентам важную информацию об их здоровье может повлиять на способность пациентов принимать важные решения. Если «знание – сила», то пребывание в неведении означает пребывание в состоянии беспомощности и зависимости от врача.

Однако скоропалительное сообщение окончательного, фатального диагноза может быть не просто безответственным, но и представлять существенное злоупотребление профессиональной властью, или, в лучшем случае, быть неуместным выражением профессионализма.

Дилеммы раскрытия истинной информации и конфиденциальности возникают из существующего конфликта между правами пациента и обязанностями лечащего его врача.

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни (особенно при онкологической патологии) приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существовала деонтологическая тактика не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Однако, как правило, incurable больные получают травмирующую их информацию по другим каналам. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала оказывает весьма негативное влияние на больного. Поэтому необходимо ориентироваться на *каждого* больного в *каждой* конкретной ситуации.

Говорить с человеком о его диагнозе нужно, если это будет способствовать более эффективному лечению. Ведь эффективность лечения зависит не только от того, как пациента будут лечить, но и от того, как он будет лечиться. Говорить с пациентом о сложности и проблемах заболевания нужно откровенно, если он настойчиво задает вопросы, оставаясь недовольным щадящими ответами. Иначе возникает недоверие врачу и медицине в целом, что не будет способствовать эффективному лечению.

- *Как сообщать плохие новости.*

«Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели». Плохие новости решительно и отрицательно меняют взгляд пациента на собственное будущее. При этом, рассказывая пациенту и его семье обо всем, вы избегаете сложностей и недоверия. Необходимо придерживаться двух параллельных принципов: никогда не обманывать пациента и избегать неконтролируемой откровенности. Следует помнить, что в любых и особенно в тяжелых случаях доверительные отношения между пациентом и врачом основаны на искренности, доброжелательности и правде.

Правда имеет широкий спектр: от мягкости с одной стороны и, при необходимости, до жесткости – с другой. Пациенты всегда предпочитают мягкую правду. Насколько это возможно, рекомендуется сглаживать (смягчать) первоначальное восприятие негативных слов. Например, лучше: НЕ: «У вас рак», А: «Анализы показывают, что это разновидность злокачественной опухоли»; НЕ: «Вам осталось жить 3 месяца», А «Время, возможно, ограничено». Целесообразно использовать слова с положительными, а не отрицательными оттенками: НЕ «Вы слабеете», А «Энергию в настоящий момент следует поберечь».

- *Забота о родственниках.*

Забота о родственниках является неотъемлемой частью заботы об умирающем человеке. Удовлетворенная семья повышает вероятность удовлетворения пациента. Неизлечимая болезнь, поддающаяся контролю, снимает мрачное состояние с семьи, понесшей утрату. Очень легко забыть про родственников, т.к. они не хотят беспокоить доктора, поскольку он «очень занят». Инициатива к общению на уровне «родственник – врач» должна исходить со стороны врача и поддерживаться им. При этом не стоит забывать: семья не может запретить врачу обсуждать диагноз и прогноз с пациентом.

- *Ятрогения* – нарушения психогенного характера в состоянии здоровья пациента, возникающие как следствие (или неправильное толкование) слов, поведения и действий медицинского работника. При ятрогении возможно как появление чисто невротических реакций с новыми для данного больного симптомами, так и усугубление ощущений, связанных с имеющейся болезнью.

Еще за 2 тысячи лет до нашей эры говорили, что «врач лечит словом, растением и ножом». Слово стояло на первом месте. Примечательно, что слово «врач», известное в русском языке уже с XI века (как считают филологи) происходит от слова «врать», которое в старину означало не «лгать», а просто «говорить». То есть врач считался человеком, умеющим заговаривать, влиять на больного силой слова. Слово врача может способствовать выздоровлению, но оно же может и усугубить или вызвать болезнь. Важно подчеркнуть, что внушать себе можно не только то, что хочешь, но и чего боишься. Например, пациент, страдающий канцерофобией, с одной стороны, трактует неосторожные высказывания врача в пользу своих подозрений, а с другой – может действительно начать ощущать признаки опухоли, о которых слышал или читал, и предъявлять соответствующие жалобы.

Очевидно, определенному периоду времени присущи свои, чаще встречающиеся ятрогенные заболевания, что зависит от распространенности и эффективности лечения тех или иных болезней. Так, судя по литературе, в XIX и начале XX веков среди подверженных ятрогении чаще встречались больные, предполагающие у себя туберкулез и сифилис, а в настоящее время более распространены боязнь рака, болезней сердца, СПИДа.

В последние годы за рубежом и в России все чаще в печати инициируется дискуссия о проблемах *эвтаназии*. Слово «эвтаназия» произошло от двух греческих слов: «eu» – хорошая и «thanatos» – смерть. Термин «эвтаназия» предполагает осознанное, мотивированное, намеренное и достаточно быстрое прекращение жизни кого-либо, пораженного в том числе и неизлечимой болезнью.

Паллиативный уход отстаивает право пациента на «хорошую смерть», а различия между пассивной и активной эвтаназией и естественной смертью могут быть весьма «размытыми» в условиях паллиативного ухода. И все-таки философия паллиативной медицины состоит в том, что намеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются. *Хоспис и паллиативная помощь – альтернативы эвтаназии*. Врачи и медсестры должны понимать, что их долг – поддерживать жизнь, а не поощрять идеи пациентов убивать себя или ускорять наступление смерти.

Ни закон, ни общественная мораль не согласны с тем, что каждый имеет право требовать, чтобы другое лицо было ассистентом при завершении его жизни. Однако на практике некоторые врачи и медсестры могут почувствовать себя вынужденными прекратить лечение или поддержание жизни, или же активно вмешаться для прекращения жизни невыносимо страдающего пациента, используя наркотические препараты или иные средства. Ведь паллиативная помощь не всегда может облегчить все страдания. Но такие действия при любых обстоятельствах будут считаться незаконными, и в большинстве случаев порицаемы общественной моралью.

Легализация эвтаназии в Голландии и некоторых других странах формально выводит из криминальной сферы акты эвтаназии при определенных, очень строгих и в правовом плане легитимных обстоятельствах. Но легализация эвтаназии не разрешает моральной дилеммы для врачей и медсестер, т.к. никакой закон не вынудит их применить эвтаназию против их воли или совести и не отменит долг оказывать медико-социальную и психологическую помощь страдающему (умирающему) пациенту, уважая его человеческое достоинство. К тому же легализация эвтаназии не может адекватно предотвратить злоупотребления ею недобросовестными лицами, которые могут извлечь выгоду из смерти другого.

Наиболее исчерпывающее изучение эвтаназии было предпринято в начале 90-х годов в Голландии. Ориентировочно самыми существенными причинами прошения больными эвтаназии определены:

- невыносимая ситуация (70%);
- страх перед будущими страданиями (50%);
- потеря достоинства (57%);
- зависимость от других (33%);
- усталость от жизни (33%).

Боль как причину прошения эвтаназии назвали 46% пациентов, но как единственную причину – только 3%. Невозможно вывести определенное заключение о причинах прошения эвтаназии, кроме того, что в их корне лежат не только физические страдания, но и психологическое состояние больного, которое может изменяться в зависимости от ситуации в ту или другую сторону.

Исследования в США (Чочинов, 1995 г.) показали, что около 9% пациентов обнаружили настойчивое и убедительное желание умереть. Это было связано с болью и бедной социальной поддержкой, но еще больше – с глубиной депрессии пациента. По прошествии 2-х недель работы с ними психотерапевта 2/3 пациентов отказались от эвтаназии.

Есть много причин прошения эвтаназии. Для врача в клинической практике один из наиболее важных вопросов – как отвечать пациенту, просящему об эвтаназии. Недостаточно лишь понимать проблему, не зная, как нужно говорить или что делать, встретив просьбу пациента помочь ему умереть.

Рассмотрим некоторые возможные способы ответа на прошение эвтаназии:

- спросить пациента о причинах появившейся просьбы;
- исследовать эти причины;
- скорректировать то, что представляется возможным осуществить;
- вернуть пациенту контроль своего решения;
- подумать вместе с родственниками о духовных проблемах;
- признать свою беспомощность, но убедить просящего в имеющихся (пусть слабых) возможностях ее коррективов и т.д.

Некоторые причины прошения эвтаназии могут быть поправимы, поэтому необходимо спрашивать пациентов о причинах их просьбы. Только после того, как были выяснены все проблемы пациента, ему следует дать совет или, по возможности, убедить его отказаться от этой мысли.

В таких ситуациях нередко для пациентов невозможно что-то улучшить. Пациенты предпочли бы, чтобы мы признавали их боль и обреченное состояние. Иногда медицинскому персоналу необходимо уметь разделять беспомощность пациентов откровенным признанием своей беспомощности.

Пока не существует идеального правового разрешения проблемы эвтаназии. В некоторых случаях не существует ее идеального этического разрешения. Принимая во внимание, что настойчивое и оправданное прошение эвтаназии, как правило, редкость, каждый случай требует отдельного обсуждения и никогда не будет легким. Применяя этику, разумно и активно общаясь с пациентами, можно разрешить некоторые непримиримые дилеммы и помочь пациентам, как и самим врачам,

принимать решения более комфортно. Ясно то, что гораздо больше пациентов, которые, как предполагается, нуждаются в эвтаназии, а в действительности – в понимании, разъяснениях, насколько это возможно, необходимости оказания адекватных диагнозу физической, духовной и психологической поддержки, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

Важной этической проблемой является также вопрос *равноправия и распределения ресурсов*. Равноправие означает равную доступность ресурсов системы здравоохранения (в том числе хосписной помощи) для всех граждан в соответствии с их нуждами, независимо от финансового положения, классовой, религиозной или расовой принадлежности.

Все пациенты в терминальных стадиях активного, прогрессирующего заболевания, для которых основной целью лечения является облегчение или предотвращение страданий и поддержание качества жизни, должны иметь доступ к паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Как в России, так и за рубежом существует позиция, что при лечении больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний необходимо отдавать приоритет клиническим дисциплинам, поскольку их цель – продление жизни пациентов, что является экономически и социально более полезным и продуктивным. Иногда у клиницистов возникает вопрос: «Зачем тратить и без того ограниченные ресурсы здравоохранения на умирающих больных (бесперспективных в плане медицинской помощи)?». Однако существует и другое мнение: паллиативная медицина весьма актуальна, поскольку общество не будет здоровым ни морально, ни физически, если не станет заботиться о неизлечимо больных и если вдруг экономические проблемы станут приоритетными по отношению к жизни тяжелобольных. Паллиативная медицина имеет реальную возможность продемонстрировать эффективность мер по повышению качества жизни больного и его родственников, по контролю патологических симптомов, в том числе болевого синдрома, а не просто удовлетворенность пациентов; доказать эффективность проводимых затрат, сравнимых с альтернативными формами медико-социальной помощи (Г.А. Новиков с соавт., 2004, 2006).

В клинической практике, особенно в паллиативной медицине, вполне реален конфликт различных этических принципов. При оценке их относительной важности необходимо отдавать предпочтение тому, что идет на благо конкретному больному, и соотносить между собой потенциальное благо и вред от каждого вмешательства для него.

Хосписы, онкологические учреждения, подразделения службы паллиативной помощи позволяют на практике реабилитировать этическую ценность древней медицинской заповеди: SALUS AEGROTI SUPREMA LEX – «Благо больного превыше всего».

ГЛАВА 5. «СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

В зарубежной и отечественной литературе описан *«синдром эмоционального выгорания»*, характерный для лиц коммуникативных профессий, оказывающих помощь больным и пострадавшим или работающих с населением.

По данным отечественных и зарубежных исследователей данный синдром встречается у медицинских работников в 30-90% случаев в зависимости от конкретной профессиональной деятельности, типа личности, объективных возможностей психологической адаптации к реальным ситуациям.

Профессиональная деятельность медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии, как никакая другая сфера деятельности, связана со значительными психоэмоциональными нагрузками и сопровождается влиянием комплекса эмоционально негативных факторов, вызывающих у сотрудников неадаптивную реакцию на стресс, возникающий в результате работы.

Проведенные в последние годы в России и за рубежом исследования свидетельствуют о подверженности врачей и сестринского персонала, оказывающих паллиативную помощь инкурабельным больным, формированию состояний личностной дезадаптации («синдрома эмоционального выгорания»).

Термин «синдром эмоционального выгорания» был введен в 1974 г. и означает долговременную стрессовую реакцию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной степени интенсивности. В опубликованных в печати исследованиях чаще всего дается следующее определение «синдрома эмоционального выгорания»: «...это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиональной сфере». Профессиональное «выгорание» характеризуется физическим утомлением, чувством эмоциональной усталости и опустошенности, в отдельных случаях – бесчувствием и негуманным отношением к пациентам, ощущением некомпетентности в профессиональной сфере, неуспеха в ней и в личной жизни, пессимизмом, снижением удовлетворенности от повседневной работы и др.

Согласно МКБ-10, данный синдром входит в рубрику Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Этот синдром можно представить в виде деформированного в процессе повседневной деятельности стереотипа профессионального поведения, характеризующегося поэтапной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющегося в существенном снижении качества жизни медицинского работника.

«Синдром эмоционального выгорания» представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в ответ на систематические психотравмирующие воздействия. Следовательно, под «выгоранием» принято понимать процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи умирающему человеку, постепенно приводит к проблемам со здоровьем психологического и физического характера, возникающим у врачей и сестринского персонала.

Необходимо также учитывать тот факт, что среди медицинских работников широко распространено стремление заниматься самолечением и скрывать проблемы с собственным здоровьем от администрации, коллег по работе и членов семьи.

При анализе факторов, потенциально влияющих на развитие данного синдрома, выделяют социально-демографические (пол, возраст, психологический климат в семье и др.), профессиональные (место работы, специальность, стаж работы, заработная плата и т.д.) и личностные факторы (эмоциональная устойчивость, фрустрированность, доминантность и др.).

«Синдром эмоционального выгорания» может не только негативно влиять на оказание медицинской помощи incurable пациентам, снижая качество профессиональной деятельности, но и неблагоприятно отражаться на состоянии психического и соматического здоровья самого медработника и коллег по работе.

Для «синдрома эмоционального выгорания» характерно чувство хронической усталости, эмоционального истощения и опустошенности, смены настроения, раздражительность, неудовлетворенность работой, толерантность к просьбам пациентов о поддержке и помощи, грубость, депрессия, личностная отстраненность, формальность при выполнении профессио-

нальных обязанностей, нарушение межличностных отношений, приводящее к конфликтам на рабочем месте, и др.

По данным проведенного на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова исследования (2007), в одном из лучших в стране хосписе №1 г. Москвы имеет место высокий уровень текучести кадров сестринского персонала, связанный, в том числе, с проявлением «синдрома профессионального выгорания». У 75% медицинских сестер хосписа стаж работы составлял до 3-х лет, еще у 20% – до 7 лет. Стаж работы от 8 лет и более имели только 5% медицинских сестер хосписа.

Известно, что в паллиативную медицину идут врачи и медицинские сестры, обладающие определенными положительными качествами характера (доброта, интеллектуальность, открытость, тонкость восприятия эмоционального состояния окружающих, способность понимать поступки людей и др.). Более подвержены «синдрому эмоционального выгорания» оказываются те медицинские работники, которых отличают такие личностные качества, как повышенное чувство ответственности, готовность всегда прийти на помощь больному, стремление быть нужным, желание оказать психологическую поддержку, высокая степень нравственного долга перед больным и желание соответствовать определенным этико-деонтологическим требованиям, переживания по поводу своей профессиональной компетентности и др. Кроме того, у сотрудников хосписа, испытывающих трудности в разрешении собственных проблем и недостаточно хорошо справляющихся со стрессами, может отмечаться преобладание эмоциональных отношений над профессиональными и инициирование собственных переживаний о смерти.

Медицинские работники при общении с инкурабельным больным и его родственниками должны по возможности создавать обстановку оптимального психологического климата с учетом личностных особенностей пациента, стадии заболевания и длительности проводимого лечения. Такая психологическая поддержка, исходящая от врачей, медицинских сестер, членов семьи больного, а также волонтеров и представителей различных религиозных конфессий, способствует адаптации пациента к новым условиям своего существования, не позволяет ему «уйти в болезнь», снимает излишнее эмоциональное напряжение и агрессию.

Однако необходимо отметить, что на этом положительном психологическом фоне медицинский персонал, работающий в паллиативной медицине, подвергается постоянному воздействию острых и хронических стрессогенных факторов, следствием чего являются различные психологические реакции, состояния, обуславливающие отрицательные специфические психосоматические и личностно-характерологические проявления, существенно снижающие их качество жизни, т.е. проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обходят стороной и занятых в ней сотрудников.

Работа с умирающими и их родственниками чрезвычайно сложна и требует больших душевных затрат. У медицинских работников происходит переосмысление собственной системы жизненных ценностей. Меняется направленность работы. Надо *научиться находиться рядом с пациентом*, а не просто выполнять свои функциональные обязанности. Очень сложно прийти к пациенту не для того, чтобы сделать инъекцию или проверить его состояние, а *просто находиться рядом* (дать пациенту чувство уверенности, сопереживания) всегда, когда пациенту это присутствие необходимо. Надо научиться справляться со своими негативными эмоциями, причины которых могут быть различными (работа, семья, состояние здоровья и др.), и честно осознавать причину их возникновения, прийти на работу и «забыть о домашних делах и личных проблемах», что не всегда просто и что порой усиливает психоэмоциональную дезадаптацию.

Наряду с этим после работы врачам и медицинским сестрам необходимо пытаться воспитывать у себя правило – не нести те эмоции, которые накопились за день, домой и не выплескивать их на родственников.

Острыми являются проблемы соприкосновения медработников со смертью, «неуспешностью» лечения. Инстинктивный страх смерти заставляет пациента искать поддержки у окружающих, и в первую очередь – у медицинских работников. Известны случаи, когда пациенты несколько часов перед смертью крепко сжимали руку медсестры и как бы «тянули» ее за собой. Такие эмоциональные переживания вместе с пациентом отражаются на психике и самочувствии медицинского персонала.

Иногда бывает трудно принять пациента таким, каков он есть. Не всегда пациент вызывает симпатию у окружающих, может быть раздраженным, обозленным. Поэтому воспитание в себе безоценочного отношения у медицинского работника является важным моментом для успешной работы.

Такое же отношение должно быть и к родственникам пациента. Проведенное М.Е. Липтугой (2006) исследование показало, что наиболее сложная проблема в работе медперсонала хосписов – это общение с родственниками пациента. Так ответили 41,6% опрошенных медработников.

Зачастую, наблюдая за происходящими изменениями в состоянии близкого человека, родственники пациента с этим не могут примириться: отрицают диагноз, требуют дополнительного обследования, настаивают на операции и т.д.

Смерть пациента, даже в результате неизлечимой болезни и несмотря на предупреждение медицинских работников о приближении смерти, может быть полной неожиданностью для родственников. Часто персонал становится объектом агрессивных реакций родственников пациентов. Тяжело также в момент агонии пациента объяснить присутствующим родственникам, почему ему не проводятся реанимационные мероприятия, особенно когда они настаивают на этом.

У медицинского работника может вызвать раздражение неумение родственников поговорить с родным человеком, нежелание быть с ним рядом, поддержать, помочь выполнить простые действия (например, поправить постель, покормить, причесать волосы, подстричь ногти, подать судно и т.д.).

Тяжело наблюдать за пациентом, безуспешно ожидающим прихода родственников. Некоторые сводят заботу об умирающем родственнике только к внешним атрибутам: ежедневным беседам с врачом, выясняя, когда же наступит улучшение, или связывая ухудшение состояния с вводимыми препаратами и при этом отказывая больному в элементарных психологических и гигиенических просьбах, перекладывая их выполнение на медицинский персонал. При всем этом медработникам не следует обижаться, а важно помнить, что родственники пациента тоже нуждаются

в поддержке и забота о них является неотъемлемой частью заботы о пациенте.

Состояние неуверенности, беспомощности, чувство тревоги, растерянности родных передается пациенту и отрицательно влияет на его самочувствие. Сознание того, что есть кто-то, к кому можно обратиться в случае необходимости, придает семье уверенности и благоприятно отражается на настроении пациента.

Необходимо помочь семье избавиться от чувства вины и беспомощности, которые могут сохраняться всю жизнь. В достижении этой цели необходимо проводить беседы с родственниками пациента, что тоже требует дополнительной психологической нагрузки.

По результатам проведенного П.А. Антипиным (2006) анкетирования медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, выявлено, что большинство опрошенных испытывают повышенную раздражительность (16%), значительную утомляемость (36%), головную боль (56%), эмоциональную напряженность (40%), повышенную тревожность и мнительность (16%), нарушения сна (24%), вегетативные расстройства (28%) и др.

Профессиональная деятельность медицинских работников влияет и на их отношения с окружающими, в частности, притупляются чувства сострадания к пациенту (52%). Испытывают разочарование в профессии 32% опрошенных из-за отсутствия положительных эмоций от профессиональной деятельности – 20%.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова проведено по адаптированной методике В.В. Бойко изучение формирования «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников (врачей и медицинских сестер) хосписов и хосписных отделений многопрофильных больниц г.г. Москвы, Санкт-Петербурга, Волгограда, Нижнего Новгорода, Архангельска и Северодвинска.

Выявлено, что у 64,3% опрошенных работа с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, со временем приносит все меньше и меньше удовлетворения, а 75,3% респондентов хотели бы сменить место работы, если бы представилась такая возможность. Из-за дефицита времени, усталости и напряжения в процессе трудовой смены почти 80%

опрошенных признаются, что часто уделяют пациентам хосписа меньше внимания, чем положено, 53% устают на работе настолько, что дома с родными стараются общаться как можно меньше, у 62% не остается сил заниматься домашними проблемами. 43,5% медицинских работников мысли о работе не покидают и дома, у них повышается артериальное давление, появляются головная боль и боли в области сердца.

Анализ влияния на личность медицинского работника его профессиональной деятельности, связанной с оказанием паллиативной помощи больным, позволяет выделить значимость психологических факторов в возникновении психогенных реакций, а позже – в развитии «синдрома эмоционального выгорания».

Важным компонентом профилактики «синдрома эмоционального выгорания» является умение разделить личное и профессиональное пространства и адекватно распределить ответственность за выполняемую работу. При этом понимание и сочувствие к incurable пациенту должны основываться не на идентификации с ним, а на позиции эмпатии, на понимании его психологического состояния на различных этапах лечения, а также на адекватной оценке своих профессиональных возможностей в оказании помощи терминальному больному.

Для врачей и медицинских сестер, работающих в онкологических учреждениях и хосписах, необходимо наличие определенной «эмоциональной сопротивляемости», позволяющей им сохранить свои лучшие человеческие качества (отзывчивость, доброту, уважение к пациенту и др.) при длительном действии стрессогенных факторов, связанных с оказанием помощи incurable пациентам и общении с родственниками умирающих больных.

Совершенно очевидной становится необходимость психологической поддержки медицинского персонала хосписов, онкологических отделений и отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц.

Медицинские работники хосписов, как никакие другие специалисты, нуждаются в психологической помощи, которая может быть представлена специальными занятиями с медицинскими психологами на обучающих семинарах, тренингах и т.д. К сожалению, в большинстве российских хосписов отсутствует или носит эпизодический характер служба психоло-

гической помощи персоналу. Каждый сотрудник решает эту проблему самостоятельно.

На практике сами способы снятия напряжения очень индивидуальны и разнообразны. В решении психологических проблем помогают общение с коллегами, друзьями, а также любимые занятия, хобби, семья, сама работа (сознание хорошо сделанной работы, постановка реальных целей, достижение определенных результатов, разделение ответственности с другими коллегами и т.д.), чувство юмора, коллективный отдых с сотрудниками, поездки на природу, работа на даче, наличие достаточных перерывов во время работы на отдых и еду, полноценный сон, посещение церкви, молитва на ночь и т.д.

Большое значение имеет психологический климат в коллективе. Доброжелательные, партнерские взаимоотношения между коллегами являются предпочтительными перед строгим соблюдением субординации.

Итак, «синдром выгорания» – процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи тяжело-больному человеку, постепенно приводит к проблемам с собственным здоровьем психологического и физического характера.

Психологическими компонентами «выгорания» являются:

- эмоциональное истощение (чувства эмоционального перенапряжения, нехватки сил до конца смены и на следующий день);
- деперсонализация/обезличивание (чувства опустошенности, самоизоляции, потери интереса к общению; психологически неадекватная, раздраженная манера общения с окружающими);
- снижение самооценки значимости своих действий и принимаемых решений (чувство «провала») и т.д.

«Синдром выгорания» проявляется в снижении мотивации, трате большего количества времени с меньшими результатами, жалобах на свою судьбу и др. Так как «выгорание» нарастает постепенно, медицинский персонал часто продолжает работать в том же режиме с тяжелыми психологическими перегрузками до тех пор, пока не наступят критические его проявления: физические, психологические и поведенческие.

К *физическим* проявлениям относятся: снижение аппетита, обострение хронических заболеваний, быстрая утомляемость, повышение артериального давления, головная боль, нарушение сна и др.

Психологические симптомы проявляются в раздражении, чувстве усталости, разочаровании в работе и в личной жизни, потере самоуважения и уверенности в себе, снижении интереса к работе, усталости и депрессии, в чувстве неадекватности, безнадежности и необъяснимой вины, в частой смене настроения, немотивированном беспокойстве о будущем, чувстве несостоятельности, безысходности, потере веры в завтрашний день и др.

Поведенческие проблемы могут быть представлены: эмоциональными «взрывами», немотивированной сменой настроения, пренебрежением профессиональными и семейными обязанностями, снижением самокритичности, ограничением общения с друзьями и знакомыми, трудностями при общении с окружающими и др.

Причины «выгорания» могут быть классифицированы на две группы:

- *объективные* (напрямую связаны с выполняемыми видами деятельности по оказанию помощи, например, изменение распорядка дня, чередование дневных и ночных смен и т.д.);

- *субъективные* (связаны с личным отношением ухаживающего к умирающему больному, выполняемым видам деятельности, взаимоотношениями с больными, их родственниками, коллегами по работе, членами своей семьи и т.д.).

К наиболее распространенным причинам «выгорания» в паллиативной медицине следует отнести:

- психологическую неподготовленность медицинского персонала к формам и методам оказания паллиативной помощи;
- неизлечимый характер заболевания пациента;
- непредсказуемость течения болезни;
- большие психологические и физические нагрузки;
- этические проблемы взаимоотношений с больными в терминальном состоянии и их родственниками;
- отсутствие необходимых профессиональных знаний и навыков взаимоотношений с умирающими пациентами и их родственниками;
- личностное отношение к смерти в целом и т.д.

Следует также выделить факторы, которые, не являясь причинами развития «синдрома выгорания», оказывают существенное влияние на медицинский персонал и их можно отнести к группе предрасполагающих факторов:

- *индивидуальные* (связанные с особенностями личности человека, оказывающего помощь, его системой жизненных ценностей, убеждениями, способами и механизмами индивидуальной психологической защиты);
- *ситуационные* (факторы, связанные с условиями оказания помощи инкурабельным больным).

К *индивидуальным* факторам относятся: возраст (молодые люди больше подвержены риску «выгорания»), высокий уровень ожидания результатов своей профессиональной работы, ярко выраженная ориентированность на достижение цели, высокий уровень преданности моральным принципам работы, проблема ответить на просьбу отказом и сказать «нет», склонность к самопожертвованию, тенденция быть только «отдающим» и не принимать помощь от других и т.д.

Ситуационные факторы представляются: чрезмерной профессиональной нагрузкой, слабой подготовленностью к роли ухаживающего за терминальным больным, недостаточным пониманием должностных обязанностей, неадекватной социальной и психологической поддержкой, межличностными конфликтами с коллегами, пациентами, их родственниками и членами своей семьи и т.д.

Помимо этого, необходимо активизировать психокоррекционную работу и психологическое сопровождение деятельности врачей и сестринского персонала медицинских учреждений, оказывающих паллиативную помощь. Наиболее оптимальными методами при этом могут являться: индивидуальная работа с психологом, направленная на психокоррекцию и повышение стрессоустойчивости медицинского персонала, группы психологической поддержки, создание условий сотрудникам для снятия психоэмоционального напряжения, отдых персонала, переключение на другие виды деятельности и т.д.

Такое сопровождение, призванное способствовать формированию психологической компетентности специалистов и субъективных стратегий «совладающего» поведения, должно включать в себя проведение индивидуальных психологических консультаций, оптимизацию профессиональной нагрузки, изменение графика дежурств, введение дополнительных форм морального и материального поощрения сотрудников и др.

Для профилактики проявления «синдрома выгорания» необходимо постоянное повышение знаний по вопросам оказания паллиативной помощи, индивидуальные консультации и коллективные занятия с медицинским психологом, обмен опытом работы стажированных работников хосписов с молодыми коллегами, соблюдение здорового образа жизни (сбалансированное регулярное питание, регулярные физические упражнения, сон не менее 7-9 часов в сутки), уделение времени любимым занятиям, обсуждение возникающих психологических проблем с коллегами по работе, друзьями, членами семьи и т.д.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания» должна быть комплексной, учитывающей индивидуальные особенности каждого медицинского работника, условия работы в данном лечебно-профилактическом учреждении, возможности проведения специальных методов психологической разгрузки, своевременное выявление сотрудников, нуждающихся в оказании профессиональной помощи психологов, и др. Профилактические мероприятия данного синдрома и реабилитация должны осуществляться не только самим медицинским работником, но и администрацией лечебно-профилактического учреждения, в котором он работает. Некоторые зарубежные исследования свидетельствуют о том, что использование профилактических программ «антивыгорания» может уменьшить число сотрудников с синдромом выгорания в два раза.

Вместе с тем, известно, что одним из путей оптимизации медико-психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи, является специальная подготовка врачей и сестринского персонала, оказывающих медицинскую помощь incurable больным, в связи с чем изучение факторов риска формирования состояний личностной дезадаптации сотрудников, как и качества жизни в целом, в паллиативной медицине приобретает особую актуальность.

Существенным моментом в профилактике «синдрома эмоционального выгорания» должно также явиться расширение объема профессиональных знаний студентов медицинских вузов, врачей и медицинских сестер по проблемам паллиативной медицины, социальной, медицинской и индивидуальной психологии.

Студенты-медики еще во время обучения в вузе должны получить базисные знания по паллиативной медицине, в том числе – информацию о

«синдроме эмоционального выгорания» и методах его профилактики (способах повышения стрессоустойчивости при работе с тяжелыми инкурабельными пациентами и их родственниками, методах самоконтроля своего физического и психического состояния, методах релаксации и др.).

Эти же вопросы представляется необходимым включать в программы курсов, семинаров, мастер-классов и других форм последипломного повышения квалификации врачей общей практики, онкологов, терапевтов, невропатологов, а также специалистов в области организации и управления здравоохранением.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение паллиативной помощи.
2. Какие учреждения оказывают паллиативную помощь пациентам в Российской Федерации?
3. Назовите основные задачи и функции учреждений, осуществляющих паллиативное лечение.
4. Что такое эвтаназия? Отношение к вопросу эвтаназии в РФ.
5. Перечислите основные направления деятельности Территориального центра паллиативной помощи.
6. С какой целью организуются отделения паллиативной помощи?
7. Что такое хоспис? Какова цель создания хосписов?
8. Назовите основные задачи хосписа.
9. Основные функции, структурные подразделения и методы работы хосписов.
10. Укажите основные задачи выездной службы хосписов.
11. В чем заключается преемственность между врачами различных специальностей, оказывающими паллиативную помощь больным и контактирующими с членами их семей?
12. Перечислите факторы, определяющие качество жизни пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.
13. Объясните, что такое «синдром эмоционального выгорания» у медицинских работников хосписов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Паллиативная помощь – это:

- а) система мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний;
- б) оказание реабилитационной помощи пациентам на базе санаторно-курортных учреждений;
- в) всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития с целью купирования боли и других симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной поддержки;
- г) оказание помощи на дому инвалидам и пациентам пожилого возраста.

2. Какие из перечисленных медицинских учреждений не оказывают паллиативную помощь:

- а) больницы медико-социальной помощи;
- б) госпитали ветеранов войн;
- в) центры паллиативной помощи;
- г) медико-санитарные части;
- д) поликлиники;
- е) хосписы;
- ж) гериатрические центры.

3. Какова цель проведения паллиативного лечения?

- а) снижение затрат на лечение больных;
- б) достижение адекватного качества жизни пациентов и членов их семей;
- в) подготовка медицинских кадров;
- г) проведение ранней диагностики онкологических заболеваний.

4. Главная задача паллиативной помощи – это:

- а) симптоматическая терапия хронических соматических заболеваний;
- б) клиническая апробация новых обезболивающих препаратов у онкологических больных;

- в) купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов и их родственников;
- г) применение цитостатических препаратов у онкологических больных.

5. Что такое хоспис?

- а) медицинское учреждение, оказывающее помощь инвалидам на дому;
- б) медицинское учреждение, оказывающее паллиативную помощь incurable больным;
- в) учреждение для оказания медико-социальной помощи пожилым пациентам.

6. Кто из перечисленных людей не принимает участия в работе хосписа?

- а) медицинские сестры;
- б) волонтеры;
- г) участковые терапевты;
- д) родственники больного.

7. Что такое эвтаназия?

- а) помощь пациентам, страдающим депрессиями;
- б) мероприятия, направленные на прекращение жизни incurable пациентов;
- в) комплекс мер по оказанию медико-социальной помощи инвалидам.

8. Паллиативное лечение не предусматривает:

- а) пересадку органов;
- б) хирургическое лечение;
- в) бальнеотерапию;
- г) химиотерапию;
- д) лучевую терапию.

«АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ ЛЕСТНИЦА» ВОЗ (1986 г.)

Принципы:

1. Индивидуальный подбор дозы
2. «По часам»
3. «По нарастающей»

		<p>Сильный опиоид МОРФИН</p> <p>+/- неопиоидный анальгетик + адьювантная терапия</p>
	<p>Слабый опиоид КОДЕИН или ТРАМАДОЛ</p> <p>+/- неопиоидный анальгетик + адьювантная терапия</p>	<p>СИЛЬНАЯ БОЛЬ</p>
<p>Неопиоидный анальгетик</p> <p>+ адьювантная терапия</p>	<p>УМЕРЕННАЯ БОЛЬ</p>	
<p>СЛАБАЯ БОЛЬ</p>		

ЛЕЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
(Новиков Г.А. с соавт., 2006)

Симптомы	Причины	Патогенез	Методы паллиативной помощи
Одышка	<p>Обструкция дыхательных путей</p> <p>Функциональные изменения легочной ткани</p> <p>Нарушение биомеханики дыхания</p> <p>Сердечно-сосудистые нарушения</p> <p>Анемия</p> <p>Беспокойство</p>	<p>Эндобронхиальная опухоль</p> <p>Бронхит</p> <p>Бронхоспазм</p> <p>Хирургическое удаление</p> <p>Ателектаз, лимфангит, эмфизема</p> <p>Фиброз</p> <p>Гидроторакс</p> <p>Инфекция</p> <p>Кровохарканье</p> <p>Эмболия мелких ветвей легочной артерии</p> <p>Общая мышечная слабость</p> <p>Боль в груди</p> <p>Высокое стояние диафрагмы</p> <p>Сердечная недостаточность, кардиомиопатия</p> <p>Перикардит</p> <p>Шок, кровотечение, септицемия</p>	<p><u>Общие меры:</u></p> <p>Психотерапия</p> <p>Комфортное положение пациента</p> <p>Усиленная циркуляция воздуха</p> <p>Отвлекающая терапия</p> <p>Методы релаксации и управления дыханием</p> <p>Помощь в откашливании мокроты</p> <p>Уменьшение избыточной секреции</p> <p>Противокашлевые средства</p> <p><u>Лекарственная терапия:</u></p> <p>Бронходилататоры (сальбутамол, теофиллин)</p> <p>Кортикостероиды</p> <p>Опиоиды</p> <p>Транквилизаторы</p>
Кашель	<p>Раздражение дыхательных путей</p> <p>Изменения в легком, плевре, перикарде, диафрагме</p> <p>Легочный фиброз</p> <p>Хронические заболевания дыхательных путей</p>	<p>Эндобронхиальная опухоль</p> <p>Внешнее сдавление бронха</p> <p>Аспирация</p> <p>Инфекции</p> <p>Опухолевая инфильтрация и/или лимфангит</p> <p>Лучевой или химиотерапевтический пневмонит</p> <p>Задержка мокроты или ее избыточная секреция</p> <p>Сердечная недостаточность, перикардит</p>	<p><u>Общие меры:</u></p> <p>Избегать курения</p> <p>Комфортное положение пациента</p> <p>Усиленная циркуляция воздуха</p> <p>Отвлекающая терапия</p> <p><u>Облегчение отхаркивания</u></p> <p><u>Уменьшение избыточной секреции</u></p> <p><u>Подавление кашля</u></p> <p><u>Седация</u></p>

		Раздражение рефлексогенных зон	
Кровохарканье	Патология легкого Сердечно-сосудистые нарушения Ятрогения	Опухоль Инфекция Пневмонит Эмболия легочной артерии Геморрагический диатез Травма (интубация трахеи, бронхоскопия)	Психотерапия Противокашлевые средства При массивном кровотечении – введение морфина, седация
Боль в груди	Повреждение нервных структур Боль в костях Плевральная боль Перикардиальная боль Боль в трахее и/или пищеводе	Опухолевая инвазия Синдром Панкоста Метастазы в ребра или позвоночник Опухолевая инфильтрация Инфекция Инфаркт (эмболия) Ятрогения (плевродез) Опухолевая инфильтрация Инфекция	При наличии респираторной инфекции – антибактериальное лечение При неустранимой причине боли – анальгезирующие средства по принятой «обезболивающей лестнице»
Дисфония	Воспаление гортани Повреждение возвратного нерва	Инфекция Жесткий кашель Лучевая терапия Бронхоскопия Операция Расположение опухоли Herpes zoster	Лечение инфекции
Терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов – «предсмертный хрип»	Накопление мокроты в дыхательных путях	Полу- и бессознательное состояние пациента, выраженная общая слабость	Аспирация отделяемого Скополамин 0,3-0,8 мг или атропин 0,4-0,8 мг п/к через 2-4 ч

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКОГО

(Новиков Г.А. с соавт., 2006)

Вид осложнения	Причины	Основные симптомы	Методы паллиативной помощи
Пневмония	Обструкция дыхательных путей. Снижение иммунитета	Кашель, одышка, лихорадка. Возможны гнойная мокрота и кровохарканье. Боль в груди и гидроторакс – при вовлечении плевры	Терапия антибиотиками, сульфаниламидами перорально (кроме последних дней жизни). Лечение одышки, кашля, боли и лихорадки
Пневмонит	Лучевая и/или химиотерапия	Одышка, непродуктивный кашель	Лечение одышки, кашля. Иногда эффективны кортикостероиды в умеренной дозировке
Гидроторакс	Повышение проницаемости капилляров. Обтурация легочных вен опухолью. Метастатическое поражение плевры	Одышка, непродуктивный кашель, боль в груди	Лечение одышки, кашля, боли для большинства пациентов. Эвакуация экссудата и плевродез только в случае несомненного положительного эффекта
Эмболия легочной артерии	Гемореологические нарушения	Острая одышка, боль в груди, кровохарканье	Лечение одышки и боли

**ЛЕЧЕНИЕ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

(Новиков Г.А. с соавт., 2006)

Причина тошноты и/или рвоты	Противорвотное средство	Возможные побочные эффекты
Побочное действие лекарств Химиолучевая терапия Метаболические нарушения: уремия, гиперкальциемия Повышение внутричерепного давления Кишечная непроходимость	Галоперидол 1,5-3 мг или метеразин 5-10 мг через 8 ч Галоперидол 5-20 мг/сут. Дексаметазон, димедрол 50-100 мг 3 р/сут Димедрол 50-100 мг 3 р./сут. или бускопан 60-120 мг п/к	При назначении низких доз – редко Сухость полости рта, умеренная сонливость, иногда – экстрапирамидные расстройства Сонливость, антихолинергические эффекты
Рефлюкс-эзофагит Замедленное опорожнение желудка Лекарственный гастрит	Метоклопрамид 10-20 мг или мотилиум 10-20 мг 4-6 р./сут. Лечение гастрита, коррекция медикаментозной терапии	Иногда – экстрапирамидные расстройства Иногда при приеме НПВС и кортикостероидов

Приложение 5

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИЕМЕТИКОВ ПО УРОВНЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Предполагаемый уровень воздействия	Класс препарата	Препарат
Рвотный центр	Антихолинергические Антигистаминные	Атропин Скополамин Димедрол
Хеморецепторы триггерной зоны	Антагонисты допамина (D2)	Галоперидол Метеразин Метоклопрамид Мотилиум
Верхний отдел ЖКТ	5НТ4-агонисты Антагонисты допамина (D2) 5НТ3-антагонисты	Метоклопрамид Цизаприд Метоклопрамид Мотилиум Ондасетрон (латран) Эметрон
Кора головного мозга	Бензодиазепины	Диазепам
Неизвестен	Кортикостероиды	Дексаметазон

Приложение 6

ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Механизм действия	Препарат	Доза
Увеличение объема содержимого кишечника	Отруби Подорожник Форлакс	8-24 г (утром) 5-15 г (утром) 20 г и более/сут.
Осмотический	Лактулозы сироп Магния сульфат Магния карбонат Форлакс	15 мл 2 р./сут. 5-15 г утром 2-5 г утром 20 г и более/сут.
Размягчение каловых масс	Вазелиновое масло	10-30 мл вечером
Стимуляция функции тонкого кишечника	Касторовое масло	5-20 мл утром натощак
Стимуляция функции толстого кишечника	Сенна Бисакодил Гутталакс	2-4 таблетки на ночь 5-10 мг на ночь 5-15 мг на ночь

Приложение 7

ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Причины	Клиника	Лечение
Собственно рак Последствия противоопухолевого лечения Сопутствующая астенизация Ущемление кишки Комбинация факторов	Боль в животе, кишечная колика	Морфин или другие опиоиды Скополамин 60-120 мг/сут.
	Тошнота и рвота	Метоклопрамид 60-160 мг/сут. Галоперидол 5-10 мг/сут.
	Нарушение стула – запор или диарея	Дексаметазон Вазелиновое масло с эмульсией гидроксида магния при запоре

Приложение 8

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА (ЛИМФЕДЕМЫ)

Причины	Клиника	Лечение
Хирургические операции в подмышечной и паховой областях Послеоперационная инфекция Лучевая терапия Рецидив болезни	Распухание, ощущение тесноты и напряженности; лимфорея; проблемы с кожей; боль и дискомфорт; психологические трудности	Психологическая поддержка Уход за кожей Специальные упражнения и изменение положения Легкий массаж и дренирование лимфы Компрессия, стягивание

Приложение 9

Пролежень – язва на коже +/- подкожных тканях, полученная вследствие ишемии, которая, в свою очередь, была следствием внешнего давления и трения поверхностей.

Места, где бывают пролежни

Больше	Меньше
Ухо Грудной отдел позвоночника Крестец Большой вертел бедренной кости Выступ малоберцовой кости Седалищный бугор	Затылок Сосцевидный отросток Ость лопатки Латеральный мыщелок

Факторы риска образования пролежней

Внутренние	Внешние
Истощение, уменьшение подвижности, анемия, недостаточное питание, дегидратация, гипотензия, плохое периферическое кровообращение, недержание, неврологические расстройства, старческий возраст, ослабленное сознание, кома	Давление, «срезание» поверхностей, травма, трение, смятое постельное белье, инфекция, плохая гигиена

Предотвращение образования пролежней:

- использование мягкого и поддающегося материала;
- частая смена положения;
- избегать трения и «срезания»;
- полноценное питание, достаточный объем жидкости;
- поддерживать кожу сухой и чистой, увлажняющие кремы;
- поддержка кровообращения – аккуратный массаж кожи;
- убрать давление в местах костных выступов.

Лечение пролежней:

- убрать некротические ткани;
- аккуратно менять перевязочный материал;
- защита от загрязнения/инфекции;
- держать боль под контролем.

«Идеальная» повязка должна: 1) давать защиту; 2) поддерживать в ране влажность; 3) абсорбировать избыток экссудата; 4) поддерживать нормаль-

ную температуру на поверхности раны; 5) быть гипоаллергичной; 6) не приклеиваться; 7) способствовать лечению; 8) быть доступной по цене.

«Пленки» – Опсайт, Биоклюзив, Тегадерм, Меналинд.

Гидроколлоиды – Грануфлекс, Дуодерм.

Гидрогели – Гидрогель, Гелперм.

Альгинаты – Калтостат, Сорбидан.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипин П.А. Медицинский персонал хосписа как объект изучения влияния профессиональной деятельности на личность / П.А. Антипин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – №4. – С. 25-28.
2. Биктимиров Т.З. Психоонкология. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины / Т.З. Биктимиров // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – М.: 2004. – Т. II. – С. 342-363.
3. Биктимиров Т.З. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Т.З. Биктимиров, О.П. Модников. – Ульяновск, 1998. – 237 с.
4. Биктимиров Т.З. Национальные системы хосписов и некоторые исторические аспекты их развития / Т.З. Биктимиров, Г.А. Новиков, О.П. Модников // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – М.: 2004. – Т. I. – С. 34-46.
5. Биктимиров Т.З. Модели развития паллиативного лечения и ухода на примере Ульяновского региона России / Т.З. Биктимиров, Г.А. Новиков, О.П. Модников // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – М.: 2004. – Т. I. – С. 75-90.
6. Великолуг А.Н. Хоспис – как форма медико-социальной помощи онкологическим больным / А.Н. Великолуг, П.И. Сидоров, А.А. Дергалю // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – №6. – С. 27-28.
7. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу / А.В. Гнездилов. – СПб, 1995. – С. 8-25.
8. Гнездилов А.В. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных / А.В. Гнездилов, С.А. Леоненкова, М.Т. Репина // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – №3. – С. 41-42.
9. Краткое клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе / под ред. Г.А. Новикова. – М, 2005. – 116 с.
10. Лечение хронической боли онкологического генеза: учеб. пособие / под ред. Г.А. Новикова и Н.А. Осиповой. – М., 2005. – 83 с.
11. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь. Краткое руководство / М.Е. Липтуга. – Архангельск, 2005. – 192 с.

12. Миллионщикова В.В. Хосписы. Сборник материалов / В.В. Миллионщикова, П.Н. Лопанов, С.А. Полишкис. – М.: ГРАНТЬ, 2003. – 280 с.
13. Модников О.П. Методика оценки качества жизни в системе паллиативной помощи / О.П. Модников, В.Д. Семенов, М.Г. Шарафутдинов // Материалы VII Российского онкологического конгресса. – М., 2003. – С. 249-250.
14. Модников О.П. Организационные аспекты оказания паллиативной помощи в условиях малых территорий России / О.П. Модников, Г.А. Новиков, М.Г. Шарафутдинов, Т.З. Биктимиров // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – М., 2004. – Т. II. – С. 90-105.
15. Новиков Г.А. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным / Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, Б.М. Прохоров и др. // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. – М., 2004. – Т. I. – С. 7-20.
16. Новиков Г.А. Паллиативная помощь на региональном уровне / Г.А. Новиков, В.И. Соловьев, Б.М. Прохоров. – М, 2004. – 113 с.
17. Осипова Н.А. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных / Н.А. Осипова, Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – №1. – С. 31-37.
18. Паллиативная помощь онкологическим больным: учеб. пособие / под ред. Г.А. Новикова и В.И. Чиссова. – М., 2006. – 191 с.
19. Твайкросс Р.Д. Введение в паллиативное лечение / Р.Д. Твайкросс, Д.Р. Фремpton. – Оксфорд, 1992.
20. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы / А.К. Хетагурова. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.
21. Хрусталеv Ю.М. Философско-медицинские аспекты паллиативной помощи и проблемы эвтаназии / Ю.М. Хрусталеv, Н.В. Эккерт // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2007. – №6. – С. 28-36.
22. Шарафутдинов М.Г. Проблемы качества жизни и организация паллиативной помощи онкологическим больным в условиях малых территорий России: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1999. – 24 с.
23. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь / Н.В. Эккерт; под ред. В.З. Кучеренко // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.– С. 357-380.

24. Cella D.F. Quality of life: concepts and definition / D.F. Cella // *J. of Pain and Symptom Management*. – 1994. – V. 9. – №3. – P. 186-191.
25. Cohen S.R. Quality of life in terminal illness: defining and measuring subjective well-being in the dying / S.R. Cohen, B.M. Mount // *J. of Palliative Care*. – 1992. – №8. – P. 40-45.
26. Kovacs M.Y. Quality of life in cancer patients – effects of a psychosocial intervention programme / M.Y. Kovacs // *European Journal of Palliative Care*. – 1995. – №4. – P. 156.
27. Peruselli C., et al. Quality-of-life assessment in a home care program for advanced patients: a study using the symptom distress scale / C. Peruselli, et al. // *J. of Pain and Symptom Management*. – 1993. – V. 8. – №5. – P. 306-310.
28. Twycross R.G. *Introducing Palliative Care* / R.G. Twycross // Oxford, 1997. – P. 4-5.
29. World Health Organization. *Symptom relief in terminal illness* // WHO. – Geneva, 1998. – 109 p.
30. World Health Organization. *Cancer pain and palliative care. Report of WHO Expert Committee* // WHO. – Geneva, 1990. – 117 p.

Учебное издание

**Т.З. Биктимиров, В.И. Горбунов, А.И. Набегаев, Г.А. Новиков,
Ф.Г. Прокин, М.Г. Шарафутдинов, Н.В. Эккерт**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Учебное пособие для вузов

Директор Издательского центра *Т.В. Филиппова*
Редактирование и подготовка оригинал-макета *Е.Ю. Власенко*

Формат 60x84/16. Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 4,12. Уч.-изд. л. 3,51.

Подписано в печать 14.01.2009

Тираж 500 экз. Заказ /

Оригинал-макет подготовлен
в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42

Отпечатано с оригинал-макета
в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42