

БРЮС КЛЕМИНСОН

***ВВЕДЕНИЕ
В ПАЛЛИАТИВНУЮ
ПОМОЩЬ***



фонд помощи
хосписам

Вера

Москва, 2016

УДК 616-08-039.75
ББК 55.6
К48

Оригинал: Dr. Bruce Cleminson,
«Introducing Palliative Care»

Перевод с английского О. Цейтлиной, Е. Бакуниной

Медицинский редактор — главный врач ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения РФ *Невзорова Д.В.*

Благодарим за помощь в переводе книги участников благотворительного переводческого проекта Института лингвистики РГГУ

Клеминсон Б.

К48 Введение в паллиативную помощь / Пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. — 276 с.

Работа британского доктора Брюса Клеминсона «Введение в паллиативную помощь» – это настольная книга не только каждого специалиста по хосписной и паллиативной помощи, но и каждого врача первичного звена. В ней максимально просто и одновременно подробно рассмотрены все разделы паллиативной помощи, начиная с таких основ, как купирование хронического болевого синдрома и других неблагоприятных симптомов, всесторонняя помощь пациенту и его семье, вопросы переживания утраты, особенности общения с неизлечимо больными пациентами и их близкими, командный подход к оказанию помощи, и заканчивая рекомендациями самим профессионалам хосписной помощи: как избежать выгорания, как построить общение, как выбрать правильную тактику и план лечения и многими другими.

Книга интересна тем, что автор в течение многих лет активно помогал Самарскому и Первому Московскому хосписам, обучал персонал, участвовал в конференциях. Не понаслышке ему известна история становления паллиативной помощи как раздела медицинской науки в России – он сам был ее свидетелем. Брюс Клеминсон писал свою книгу с учетом российских реалий, наличия или отсутствия в России используемых в паллиативной помощи препаратов. Он приводит множество клинических случаев из своей российской практики. Именно это делает его книгу еще более понятной и полезной отечественному врачу.

ISBN: 978-5-519-49544-8

© Bruce Cleminson, 2016
© Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016
© Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,
перевод на русский язык, 2016
© Невзорова Д.В., Бакунина Е.А., вступительная статья, 2016

Оглавление

Список сокращений	4
Предисловие к русскому изданию	5
Предисловие автора	9
Глава 1. Что такое паллиативная помощь? Историческая справка о хосписах и паллиативной помощи	13
Глава 2. Хосписное движение в России	21
Глава 3. Способы оказания качественной паллиативной помощи	25
Глава 4. Определение этапа заболевания	41
Глава 5. Боль. Краткий обзор.....	63
Глава 6. Опиоидные анальгетики в облегчении боли при онкологических заболеваниях	87
Глава 7. Использование морфиновой помпы (сириндж-драйвера)	132
Глава 8. Другие симптомы.....	145
Глава 9. Тошнота, рвота и кишечная непроходимость.....	163
Глава 10. Компрессия спинного мозга опухолевого генеза	173
Глава 11. Тревожность и депрессия.....	177
Глава 12. Приближаясь к смерти.....	185
Глава 13. Общение.....	197
Глава 14. Выбор пациента	220
Глава 15. Переживание утраты.....	227
Глава 16. Духовная помощь пациентам.....	239
Глава 17. Работа в команде и роль медсестры	246
Глава 18. Поддержка персонала и эмоциональное выгорание.....	263

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ИМАО — ингибитор моноаминоксидазы

ИПП — ингибитор протоновой помпы

КТ — компьютерная томография

ЛЖН — левожелудочковая недостаточность

МРТ — магнитно-резонансная томография

МСТ (МСТ Континус) – морфина сульфат замедленного высвобождения в таблетках

НПВС/НПВП – нестероидные противовоспалительные средства/препараты

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ССС — сердечно-сосудистая система

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

ХТЗ — хеморецепторная триггерная зона

ЦНС — центральная нервная система

ЦОГ — циклооксигеназа

HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»)

ООН — Out-of-Hours Service («Медицинская служба нерабочего времени»)

STAS — Support Team Assessment Schedule («Схема оценки ухаживающими»)

Предисловие к русскому изданию

С автором настоящего издания Брюсом Клеминсоном российские профессионалы паллиативной и хосписной помощи познакомились более 15 лет назад, когда доктор с коллегами начали ежегодно приезжать в Самару для обучения персонала в качестве тренеров-волонтеров и участия в конференциях по паллиативной помощи.

Брюс Клеминсон, дипломированный врач общей практики, всегда интересовался паллиативной помощью. Он проходил обучение под руководством самой Сесилии Сондерс — основоположницы паллиативной помощи как отдельной области медицины. Брюс начал читать лекции по этой теме в родной Шотландии еще в 1986 году. С 1999 года он вступил в ряды врачей Макмиллан — одной из самых значительных благотворительных организаций в Великобритании, оказывающих всестороннюю поддержку больным онкологическими заболеваниями и их семьям на всех стадиях болезни.

Также с 1999 года доктор Клеминсон вместе с коллегами приезжает в Россию и самоотверженно обучает российских специалистов по паллиативной медицинской помощи. Показывает личным примером техники общения с пациентами и их семьями; обучает практическим навыкам применения различ-

ных инструментальных и неинструментальных методов. Это обучение ценно вдвойне, так как основано на многолетнем личном опыте успешного оказания помощи пациентам в Шотландии, как на континенте, так и на Шетландских островах.

Данное издание является важной вехой на пути развития паллиативной медицинской помощи в России, так как отражает рекомендации по организации этого вида помощи с учетом особенностей нашей страны. В издание включены примеры клинических случаев из опыта волонтерской работы доктора Клеминсона в Самаре и Москве, описаны лекарственные препараты, применяемые на территории России.

Написанная легким и доступным языком, книга должна стать настольным изданием для российских специалистов, руководством для ежедневной рутинной работы.

Ольга Васильевна Осетрова, директор Самарского хосписа: «Для меня в 2000 году было шоком увидеть врача на коленях перед пациентом, который лежал в постели, не мог поднять головы от слабости и не особенно хотел общаться. Брюс посмотрел ему в глаза, пожал руку. И разговор получился искренним, честным, схема лечения скорректирована и согласована с пациентом. Два человека улыбались друг другу, и даже переводчик не был особенно нужен. В медицине вообще, а в паллиативной помощи особенно важно такое умение — найти ключ к сердцу человека».

Брюс и его коллеги проводят обучение по паллиативной помощи не только для врачей хосписов, но и для специалистов первичного звена, что особенно важно сейчас, когда паллиативная помощь оказывает-

ся на базе не только хосписов и отделений паллиативной помощи, но и специализированных кабинетов в поликлиниках.

Именно Брюс, его коллега из Швейцарии Натали Стейнер-Коллет и другие члены команды впервые познакомили российских коллег со шприцевыми насосами (сириндж-драйверами, шприцами-дозаторами), которые сейчас с успехом используются как в столичных хосписах, так и в регионах. Ежегодно доктор Клеминсон проводит, как минимум, один мастер-класс в России по их применению, который не может включить всех желающих, порождает множество вопросов и стабильно приводит к увеличению количества врачей, использующих шприцевые насосы в ежедневной практике.

В отличие от многих иностранных специалистов, приезжающих в Россию, Брюс прекрасно ориентируется на рынке обезболивающих и других препаратов, применяемых в паллиативной помощи и доступных в Российской Федерации. Он хорошо знаком со спецификой российского здравоохранения и менталитетом россиян. Именно поэтому все препараты, схемы лечения и рекомендации, упомянутые в книге, полностью применимы к российским реалиям.

Каждая глава книги подробно освещает важные вопросы оказания паллиативной помощи, а представленные клинические случаи являются ценнейшей особенностью данного издания.

Болезнь и смерть любимого человека всегда тяжело понять и перенести. Медицинский работник в своей ежедневной клинической практике должен быть открытым, честным и, самое важное, профессио-

нальным. Пациент и его семья испытывают невероятное доверие к профессиональной команде специалистов, которые понимают все аспекты оказания паллиативной помощи и оказывают ее с учетом индивидуальных потребностей.

Контроль симптомов, причиняющих страдания пациенту, — основная часть профессиональных обязанностей специалистов; детальное знание патогенеза тех или иных проявлений с учетом возраста и фазы заболевания, а также механизмов действия лекарственных препаратов — залог своевременного и качественного лечения.

Фонд помощи хосписам «Вера» делает очень важное дело, издавая книгу «Введение в паллиативную помощь», призванную стать настольной для профессионалов хосписной и паллиативной медицинской помощи.

***Невзорова Д.В.**, главный врач ГКУЗ «Хоспис № 1
им. В.В. Миллиончиковой»,
главный внештатный специалист
по паллиативной помощи Департамента
здравоохранения города Москвы,
главный внештатный специалист
по паллиативной помощи Министерства
здравоохранения РФ;
Бакунина Е.А., врач ГКУЗ «Хоспис № 1
им. В.В. Миллиончиковой»*

Предисловие автора

Хотелось бы выразить огромную благодарность и признательность людям, которые сознательно или неосознанно внесли вклад в создание этой книги.

В середине 1970-х годов мне выпала честь работать в хосписе Святого Христофора в Лондоне. Там я узнал, как много можно сделать для человека, который неизлечимо болен раком. Спасибо докторам Сесилии Сондерс, Мэри Бейнс, Тому Весту и Роберту Твайкроссу, всем сотрудникам хосписа.

Спасибо Роберту Твайкроссу за то, что он помог мне понять, как наиболее эффективно использовать опиоидные анальгетики в обезболивании. Я также благодарен ему за разрешение использовать в главе о купировании боли и опиоидах собранную им статистику и графики. Я благодарен доктору Натали Стейнер-Коллет, с которой за последние 15 лет не раз работал в Самаре, совершенствуя свои знания по обезболиванию и изучая, какие его виды доступны в России. Я благодарен Анне Клеминсон, которая потратила многие часы на помощь в написании этой книги, особенно глав о боли и опиоидах.

Спасибо профессору Скотту Мюррею за график, иллюстрирующий течение терминальной стадии заболевания у пациентов с онкологией, органной недостаточностью и неврологическими заболеваниями.

ми, деменцией, старческим слабоумием. Эти графики помогают понять, в какой части своего последнего путешествия находится пациент.

Спасибо британскому центру клинических исследований Oxford Radcliffe Hospitals за создание их блестящего «Клинического протокола по использованию морфиновых помп (сириндж-драйверов) в паллиативной помощи».

Тошнота всегда была неоднозначной темой в паллиативной помощи. Я благодарен докторам Мойре Ленг и Гордону Линклейтеру, которые помогли мне лучше понять эту проблему.

Спасибо доктору Анне Клеминсон за помощь в написании главы о тревоге и депрессии.

Благодарю также доктора Жана-Франсуа Коллета, психиатра из Женевы, члена группы, ежегодно посещающей Самару, который внес свою лепту в тему «Синдром эмоционального выгорания». Его лекции, наши обсуждения и его разумные предложения очень помогли мне в написании главы о синдроме эмоционального выгорания и поддержке сотрудников.

Мне повезло услышать в Канаде (1984 г.) на конференции по паллиативной помощи Уильяма Уордена, который говорил о том, как пережить утрату близкого человека. Я считаю его классификацию этапов преодоления горя очень ценной. В ней есть полезные советы о том, как понять и помочь людям справиться с потерей близкого человека. Рекомендую его книгу «Как справиться с потерей близкого человека. Психологическая помощь и терапия» (Grief Counselling and Grief Therapy). Когда я писал эту главу (главу 15), у меня не было его книги, но я уверен,

что на каждой странице проступают его строки. Моя глубокая благодарность ему.

Дэвид Морган, ранее руководивший консультационной службой на базе кабинета врача общей практики в графстве Шетланд, часто читал лекции о духовном аспекте потребностей и ухода на региональных конференциях по паллиативной помощи. Я опирался на его лекции при написании соответствующей главы. Кроме того, с темой духовной поддержки мне помогали доктор Роберт Твайкросс и его книга «Введение в паллиативную помощь» (*Introducing Palliative Care*), очень советую ее прочитать.

Я благодарен Елизавете Бакуниной за помощь и за то, что она меня вдохновляла при подготовке книги к изданию, ее профессиональным коллегам-переводчикам за русский перевод этой книги, в особенности сотрудникам и студентам РГГУ (Москва), так как именно они сделали бóльшую часть переводов как волонтеры; также спасибо Елизавете за ее помощь с главой о хосписном движении в России, в частности за подробный рассказ о Первом Московском хосписе.

Спасибо Самарскому хоспису: в течение 15 лет я и мои коллеги могли приезжать и работать вместе, что всегда было для нас большим удовольствием. Вы многому меня научили за эти годы и сделали возможным создание этой книги.

Спасибо моей семье — жене и четырем дочерям — за то, что вы меня вдохновляли и потратили немало времени, помогая мне писать, а теперь издать эту книгу.

Книга основана на моем опыте работы в лондонском хосписе Святого Христофора, 30 годах работы

семейным врачом в Национальной службе здравоохранения Великобритании и 15 годах поездок в Самару и другие города России, с которыми мы сотрудничаем и обучаем сотрудников хосписов и других людей, которые осуществляют уход за пациентами с неизлечимыми заболеваниями.

Эта книга началась с моих заметок для лекций и материалов для раздачи на курсах, которые я организовывал, и лекций, которые читал в Шотландии и на Шетландских островах, а позже в России. За последний год эти записи превратились в книгу для обучения паллиативной помощи в России.

Вы убедитесь, что все, что описано в этой книге, будет работать на практике и у вас, как работало у меня все эти годы.

*Доктор Брюс Клеминсон, член
Королевского колледжа врачей общей
практики, координатор
образовательных программ Центра
паллиативной медицины Макмиллан, ранее
врач общей практики в городе Скалловее
на Шетландских островах в течение
почти 29 лет,
30 апреля 2015 г.*

ГЛАВА 1

Что такое паллиативная помощь? Историческая справка о хосписах и паллиативной помощи

Сесилия Сондерс

В 1967 году доктор Сесилия Сондерс открыла первый современный хоспис — хоспис Святого Христофора в Лондоне.

Сесилия Сондерс родилась в Англии в июне 1918 года. Это был последний год Первой мировой войны. После окончания школы в 1938 году она поступила в Оксфордский университет, где изучала политику, философию и экономику. Когда Сесилия была на втором курсе, началась война. Сесилия чувствовала, что неправильно просиживать в университете, когда идет война и есть множество нуждающихся в помощи людей. Она оставила университет и пошла учиться на медсестру в больнице Святого Фомы в Лондоне. Сразу после получения диплома Сесилии, к сожалению, пришлось прервать работу медсестры из-за боли в спине. В скором времени она нашла новое применение своей заботливой натуре. В том же университете, где она училась ранее, она поступила на специальность «Медицинский социаль-

ный работник». Примерно в это же время Сесилия приняла решение стать христианкой.

В сентябре 1947 года она начала работать медицинским соцработником в онкологическом отделении Лондонской больницы Святого Фомы, и там она встретила Дэвида Тасма. Он был польским евреем-агностиком из варшавского гетто. У него был неоперабельный рак. Некоторое время спустя Дэвид смог вернуться домой и продолжить работу, но вскоре снова попал в больницу. Сесилия отыскала его там, их дружба возобновилась и стала крепче. До его смерти они виделись 25 раз. Во время этих встреч они обсуждали различные жизненные вопросы, в том числе что можно сделать для людей, которые оказались в такой же ситуации, как Дэвид. Постепенно к ним пришла мысль, что Сесилия могла бы что-то изменить. Нужда была такой огромной, а отчаяние таким реальным. Обезболивание и облегчение душевных, эмоциональных и социальных проблем — вот те области, на которые надо было обратить внимание. Эта идея дала Дэвиду Тасма новый смысл жизни. Возможно, его жизнь, если разобраться, не была такой уж бессмысленной (как он сам считал).

Когда в феврале 1948 года Дэвид умер, он завещал Сесилии 500 фунтов стерлингов, и благодаря этой денежной помощи для нее открылись новые возможности. Это был первый шаг на пути к мечте — основанию хосписа Святого Христофора.

Сесилия была соцработником и при этом занималась волонтерской работой в хосписе Святого Луки в Лондоне. Мисс Пипкин, старшая медицинская сестра хосписа с 1935 года, ввела в нем систему регулярного приема обезболивающих препаратов. Таким образом,

купированная боль больше не возвращалась. По возможности пациенты получали препараты чаще перорально, чем инъекционно. Хоспис был больше похож на дом, чем на больницу. Отношение к пациенту было как к человеку, личности, а не как к «клиническому случаю», помощь пациенты получали бесплатно. Люди вносили пожертвования, только если имели возможность и хотели это сделать. Все эти принципы позже использовались в хосписе, который открыла сама Сесилия.

Однажды Сесилия говорила о потребностях умирающих с мистером Норманном Барреттом, хирургом отделения, где она работала. Он посоветовал ей: «Идите и изучайте медицину. Именно врачи отказываются от умирающих». Так Сесилия в возрасте 33 лет поступила в медицинский университет при больнице Святого Фомы. Это образование помогло ей начать хосписное движение, которое в последующие годы распространилось на все континенты.

Исторические корни современных хосписов

В Средние века хосписы были местом для остановки во время путешествия, где путник мог отдохнуть и набраться сил для того, чтобы продолжить свой путь. Они располагались по всей Англии и континентальной Европе. В них также заботились о больных и бедных. Идея современных хосписов получила развитие именно оттуда: помощь умирающему человеку, восстановление сил и поддержка на его жизненном пути в это трудное время.

В Англии было несколько католических хосписов, основанных в XIX веке. В них были люди разного рода, пожилые и умирающие, те, кто нуждался в помощи хосписа.

Эти учреждения предоставляли отличный уход, но у них не было эффективных лекарств и опыта их использования, чтобы облегчить боль и другие мучительные симптомы.

Хоспис Святого Христофора

Сесилия Сондерс открыла хоспис Святого Христофора в 1967 году. В нем она объединила и применила весь имевшийся на тот момент в Лондоне опыт по хорошему уходу за пациентами. К этому Сесилия добавила собственный опыт, который получила в хосписе Святого Луки и который в дальнейшем развила и усовершенствовала [1].

Уход в конце жизни

Вид помощи, который оказывался в хосписе, был назван «уход в конце жизни, помощь на терминальном этапе». Такая помощь предоставлялась неизлечимым онкологическим пациентам в хосписе в последние недели их жизни.

В 1973 году было сформулировано одно из первых определений такого ухода.

Определение Халфорда [2]

Есть общее понимание того, что помощь на терминальном этапе относится к ведению пациентов,

для которых смерть неизбежна и довольно близка и для которых усилия медиков теперь направлены не на излечение заболевания, а на облегчение симптомов, а также на поддержку как самого пациента, так и его семьи.

Первоначально медицинское сообщество рассматривало хосписы с некоторым скептицизмом. Однако врачи, взаимодействовавшие с хосписами, заметили, что те хорошо помогали облегчить боль и другие симптомы. Они начали направлять туда пациентов на более ранней стадии заболевания, когда пациенты испытывали боли и другие неприятные симптомы еще в умеренной степени.

Пациенты, направляемые в хоспис на более ранней стадии болезни, стали приходить в хоспис не просто для того, чтобы умереть. После того как неблагоприятные симптомы отступали, они даже могли отправиться домой на некоторое время. Позже в хосписах стали появляться амбулаторные отделения. Выездные бригады, состоящие из медсестер, начали консультировать пациентов на дому. К тому же они давали рекомендации, как вести работу с умирающими пациентами и их семьями, участковым медсестрам и семейным врачам.

В современной Великобритании число хосписов заметно возросло в сравнении с началом хосписного движения в конце 1960-х — начале 1970-х годов. Большинство хосписов располагает стационарными койками, амбулаторным отделением, центром дневного пребывания и выездными бригадами. Растет также число внутрибольничных бригад по купированию симптомов, они помогают докторам и медсе-

страм стационаров в этой трудной области клинической практики.

С ростом числа хосписов и отделений паллиативной помощи увеличивалось и количество проведенных в этой области исследований.

По всему миру развитие хосписов протекало схожим образом, несмотря на культурные и финансовые различия. В Великобритании паллиативная медицина была признана отдельной врачебной специальностью, которую врач приобретал после четырех лет специализации; для медсестер также существуют специализированные курсы. Сейчас имеются ординатура и аспирантура по паллиативной медицине.

По мере развития хосписного движения и роста услуг в этой области в условиях больницы и вне ее данной области медицины понадобилось новое название. Расширившиеся возможности помощи давали уже гораздо больше, чем помощь на терминальном этапе в 1970-х годах.

Новое название «паллиативная помощь» впервые было использовано канадским доктором Бэлфуром Маунтом, теперь же оно стало общепринятым. Это понятие описывает вид помощи, которую предоставляют хосписы и отделения паллиативной помощи.

Слово «паллиативный» происходит от латинского слова «плащ», «покрывало». Плащом можно накрыться, скрыв при этом, что находится внутри. Точно таким же образом паллиативная помощь скрывает болезнь, делая ее симптомы менее выраженными, и позволяет пациенту продолжать жить привычной жизнью. Помощь начинается с купирования боли или других мучительных симптомов, но на этом

не останавливается, а помогает с любой проблемой пациенту или его семье, включая адаптацию к болезни, ее последствиям, а также поддержку родственников, потерявших близкого.

Помимо нового имени было необходимо также новое определение, отличное от того, которое существовало во времена Халфорда, так как границы помощи были расширены. Такое определение было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1990 году.

Определение паллиативной помощи ВОЗ [3]

Паллиативная помощь — это активная, всецелая помощь пациентам, чье заболевание не отвечает на терапию. Паллиативная помощь выполняет следующие первоочередные задачи: обезболивание и устранение прочих симптомов, помощь пациенту в психологических, социальных и духовных проблемах. Паллиативная помощь ставит перед собой цель обеспечить максимально высокое качество жизни как самому пациенту, так и его семье. Многие аспекты паллиативной помощи также применимы на более ранних этапах заболевания наряду с куративным лечением.

Паллиативная помощь:

- *утверждает жизнь и относится к умирающему как к естественному процессу;*
- *обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;*

- *включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;*
- *предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;*
- *предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты.*

На сегодняшний день паллиативную помощь признают и ценят не только пациенты и их семьи, но и самые авторитетные организации по всему миру.

Источники

1. Baines reflects on the pioneering days of palliative care — EJPC. 2011. V. 18 (5). P. 223–227. <http://www.stchristophers.org.uk/about/history/pioneeringdays>.
2. Halford HMSO Publication. 1973. Terminal Care — Care of the Dying.
3. WHO Palliative Cancer Care Guidelines — The Scottish office // CRAG / SPAPCC.1994.

ГЛАВА 2

Хосписное движение в России

Хосписное движение в России началось в 1990 году.

Во время Великой Отечественной войны польский еврей Виктор Зорза бежал в СССР от наступающей немецкой армии. После пребывания в Ленинграде он отправился в Самару, там вступил в польские ВВС, базирующиеся в Великобритании, где в итоге и поселился. Он женился и продолжал жить в Англии, но, к сожалению, в середине 1970-х годов у его дочери обнаружили рак — злокачественную меланому, от которой она и умерла. Государственное здравоохранение Великобритании не могло оказать ей подобающую помощь на последнем этапе жизни, и свою последнюю неделю она провела в местном хосписе в Оксфорде, где ее консультировал доктор Роберт Твайкросс. Контраст в качестве помощи был разительным, и оставшиеся дни Джейн провела уже в совершенно другой атмосфере благодаря заботе доктора Твайкросса и его команды.

Виктор Зорза решил, что должен вернуться в Россию, где видел столько страдающих людей, чтобы поделиться с ними радостной вестью о том, что умирающему человеку можно помочь.

В 1990 году он вместе с Робертом Твайкроссом приехал в Россию и совместно с врачом Андреем Гнездиловым открыл в Санкт-Петербурге первый в России хоспис — хоспис № 1 «Лахта». Год спустя доктор Твайкросс вернулся в «Лахту», чтобы провести первую конференцию о паллиативной помощи для работников хосписа и других врачей, заинтересованных в помощи на последнем этапе жизни.

Первый Московский хоспис был создан в 1994 году в самом центре Москвы по инициативе Виктора Зорза и Веры Васильевны Миллионщиковой. Вера Васильевна возглавляла хоспис в течение следующих 16 лет и завоевала безупречную репутацию в Москве. Хоспис начал свою работу при поддержке Маргарет Тэтчер, а также многочисленных российских чиновников. Первый Московский хоспис является учебной базой для новых хосписов Москвы, России и стран СНГ. Недавно Первый Московский хоспис получил право называться в честь В.В. Миллионщиковой, а возглавляет его ученица Веры Васильевны — врач Диана Владимировна Невзорова.

С тех пор в разных городах России было открыто множество хосписов.

В 2013 году к 15-летию Самарского хосписа была проведена трехдневная конференция для врачей хосписа, и большое значение имело то, что доктор Роберт Твайкросс являлся ведущим приглашенным лектором. Интересна его роль в становлении системы хосписной паллиативной помощи в России. Он приезжал в Санкт-Петербург в 1991 году вместе с Виктором Зорза с целью обучения энтузиастов хосписного движения, среди которых были А.В. Гнездилов и

В.В. Миллионщикова. Второй его приезд тоже был важным и значимым.

За год до конференции был принят «Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению», из которого, к сожалению, были исключены хосписы как учреждения, участвующие в оказании паллиативной медицинской помощи. Точка зрения, выраженная на конференции представителем Министерства здравоохранения РФ, а также несколькими другими специалистами, заключалась в том, что хосписы не должны входить в систему оказания паллиативной помощи населению, а скорее, должны рассматриваться как учреждения, оказывающие социальную помощь людям с неизлечимыми смертельными болезнями.

Ответ доктора Твайкросса содержал историческую справку о развитии паллиативной помощи во всем мире. Он рассказал участникам конференции о том, как паллиативная помощь появилась в Британии, когда доктор Сесилия Сандерс открыла хоспис Святого Христофора в Лондоне в 1967 году. Она назвала свое учреждение «хоспис», потому что ей нравился этот термин и его историческое значение. Во времена Средневековья хосписами назывались места, где путники могли остановиться и отдохнуть в пути, а также получить должный уход, если они заболели. Терминов «паллиативная медицина» и «паллиативная помощь» еще не существовало.

В 1974 году доктор Бэльфор Маунт провел три месяца в хосписе Святого Христофора, а затем вернулся в Канаду, чтобы основать первый хоспис в Монреале. Он обдумывал, как применить учение док-

тора Сесилии Сандерс в Канаде, и понял, что единственным разумным способом является интеграция в существующую систему здравоохранения, а не построение новой системы хосписов в Канаде. Доктор Бэльфор Маунт думал, как назвать этот новый вид ухода и придумал термин «паллиативная помощь».

Латинское слово «pallium» означает «плащ» или «покрывало», он назвал этот вид медицинской помощи «паллиативная помощь», потому что такой уход как бы скрывал болезнь, делая симптомы менее заметными, позволяя человеку жить более привычным образом, при том что он неизлечимо болен.

Именно поэтому в Англии помощь в терминальном периоде, а позже паллиативная помощь предоставлялась хосписами, а в Канаде — отделениями паллиативного ухода. Помощь, предоставляемая в Канаде, была такой же, как и в Англии, единственным различием было название.

В России есть хосписы и есть отделения паллиативной помощи. Доктор Роберт Твайкросс решительно утверждал, что между ними не должно быть никаких различий, несмотря на разные названия, обе организационные формы имеют право на существование.

Обсуждение на Самарской конференции в сентябре 2013 года вопроса включения, вернее даже, возвращения хосписов в систему паллиативной помощи положило начало изменениям, которые в результате активной работы Фонда помощи хосписам «Вера» и других профессионалов хосписной помощи привели к изменению «Порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению» с включением хосписов в систему паллиативной медицинской помощи России.

ГЛАВА 3

Способы оказания качественной паллиативной помощи

Для чего нужен этот вид помощи

Большинство жителей Западной Европы с большей вероятностью умрут вследствие болезней, чем вследствие несчастных случаев или других причин внезапной смерти. То же верно и для жителей России. В перечень таких смертельных болезней входят рак, СПИД, органная недостаточность (сердца, печени, почек, дыхательных органов и т.д.), неврологические заболевания (рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, болезнь Паркинсона и т.д.), старческая дряхлость и деменция.

Люди, умирающие от неизлечимых болезней, получают помощь докторов, медсестер и других лиц, осуществляющих уход, которые понимают, как оказывать качественную паллиативную помощь.

В начале развития паллиативного движения помощь оказывалась лишь пациентам на поздней стадии онкологических заболеваний, но принципы оказания помощи применимы ныне к любым другим нозологиям.

Мы, профессиональные медики, хотим обеспечить наших пациентов качественной медицинской помощью и уходом независимо от области медицины, в которой мы задействованы. У нас есть возможность предоставлять качественный уход неизлечимо больным людям, переживающим период наибольшей потребности в заботе и уходе.

Каждый из вас, кто читает эту книгу, скорее всего, к концу своей жизни столкнется с неизлечимой болезнью — своей или своих близких.

Так вот, на благо наших пациентов и в более эгоистичных целях, ради нас самих, наших родных и друзей нам и всем медикам в России необходимо знать, как оказывать высококачественную паллиативную помощь.

Итак...

Что подразумевается под качественной паллиативной помощью?

Как было отмечено в главе 1, в 1990 году ВОЗ предложила определение паллиативной помощи. В 2002 году оно было опубликовано в новой редакции.

Определение паллиативной помощи ВОЗ [1]

Паллиативная помощь — это активная помощь больным, которые находятся на поздней стадии прогрессирующего неизлечимого заболевания. Это концепция ухода за неизлечимо больными пациентами, призванная повысить качество жизни пациента и его

родных, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Помощь заключается в мерах, направленных на предотвращение и облегчение страданий посредством раннего выявления, точной оценки, лечения боли, других симптомов и прочих физических, психосоциальных и духовных проблем.

Паллиативная помощь:

- *обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;*
- *утверждает жизнь и относится к умирающему как к естественному процессу;*
- *не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;*
- *включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;*
- *предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;*
- *использует командный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в том числе при необходимости предлагает психологическое консультирование родным пациента в период переживания утраты;*
- *применима на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни, такими как химиотерапия или радиотерапия, и включает проведение исследований, необходимых для лучшего понимания и ведения причиняющих страдания клинических осложнений.*

Приведенное определение паллиативной помощи ВОЗ является попыткой описать стандарт помощи для того, чтобы обеспечивалось наилучшее качество жизни как для пациентов, так и для их родных. Под этим понимается потребность учитывать физический, психологический, социальный и духовный аспект.

Принятие этих задач и стандартов и стремление к тому, чтобы воплотить на практике это определение, и есть для нас критерий качественной паллиативной помощи.

Чем же в действительности может помочь качественная паллиативная помощь?

1. Улучшить качество жизни пациентов и их родных независимо от места их нахождения, будь то онкологический центр, больница, хоспис, отделение по уходу, дом престарелых или собственный дом пациента.

2. Отсрочить госпитализацию пациента в хоспис, отделение паллиативной помощи или больницу. Такая госпитализация может быть связана с необходимостью купировать боль или другие симптомы, дать возможность отдохнуть семье и самому пациенту (респисная помощь) либо с необходимостью стационарной помощи пациенту на последних этапах жизни и в процессе умирания [2, 3]. В этих ситуациях пациенту и семье будет легче, если у них будет доступ к качественной паллиативной помощи. Ее могут обеспечить онкологические центры, больницы, хосписы или отделения паллиативной помощи, а также на

дому специалисты первичного звена и выездные бригады онкологических центров, хосписов и больниц.

3. Дать пациентам больше выбора. Во-первых, дать больному возможность решить, где он хочет находиться и чем хочет заниматься в процессе течения неизлечимой болезни. Во-вторых, дать пациенту возможность умереть там, где он желает.

Кто может оказывать паллиативную помощь

1. Врачи общей практики. Врачи общей практики и их ассистенты — это врачи первичного звена и их ассистенты, которые не работают в хосписах или отделениях паллиативной помощи. Эти специалисты не только могут, но и должны взять на себя около 85% работы по обеспечению населения высококачественной паллиативной помощью. Это относится как к России, так и к другим странам.

2. Хосписы и отделения паллиативной помощи. Оказывают специализированную паллиативную помощь. Специалисты таких отделений имеют надлежащее образование и оснащение для борьбы с более серьезными, часто комплексными проблемами, которые не могут быть решены в больнице или силами врача общей практики.

Врачами общей практики выполняется 85% работы, еще 10% приходится на хосписы и отделения паллиативной помощи.

Оставшиеся 5% случаев попадают в категорию тех, с которыми практически невозможно справиться, какие бы специалисты ни участвовали в помощи.

Например, при опухолях головы и шеи, если у пациента развивается свищ на шее, мы можем ставить перед собой задачу лишь частичной помощи.

3. Другие специалисты, осуществляющие паллиативные вмешательства. Специалисты, работающие в стационаре, могут использовать различные методы паллиативного лечения для улучшения качества жизни пациентов и продолжительности жизни. Такие вмешательства включают в себя проводниковую анестезию, стентирование, лучевую терапию и (или) химиотерапию для уменьшения симптомов заболевания, а также в некоторых случаях паллиативные хирургические вмешательства.

Итак, что же мы должны делать, чтобы обеспечить качественную паллиативную помощь?

Нам необходимо следующее.

А. Понять, на каком этапе угрожающего жизни заболевания находится пациент:

- 1) выяснить, в какой момент началось угрожающее жизни заболевание;
- 2) определить фазу заболевания на данный момент (в том числе рецидив онкологии);
- 3) выяснить, когда болезнь вошла в терминальную стадию;
- 4) понять, когда наступит период умирания.

Б. Максимально эффективно облегчить боль и другие симптомы.

В. Общаться с пациентом и его семьей таким образом, чтобы слышать и понимать их сомнения и

потребности, не полагаясь целиком на наши собственные суждения.

Г. Обеспечить поддержку пациента и его семьи в процессе болезни и терминальном периоде.

Д. Быть готовыми предоставить квалифицированную помощь, необходимую в последние дни жизни пациента.

Е. Обеспечить поддержку родным и близким в период горевания.

Решение этих задач требует командной работы.

Но... Как понять, на какой стадии находится заболевание и в особенности как предвидеть приближение смерти? Для решения этих задач теоретических знаний недостаточно.

В марте 2008 года была опубликована статья о смертности от неизлечимых болезней во Франции: почти 4000 смертей в более чем 1000 отделениях 200 больниц. Более 50% смертей в результате неизлечимых заболеваний оказались неожиданными! Менее чем в 1 из 4 случаев рядом с умирающим пациентом были близкие.

Это просто катастрофа!

Для пациента катастрофично остаться без поддержки, когда он или она больше всего нуждается в этом. Катастрофа для друзей и семьи умершего, которые всегда будут сожалеть о том, что не смогли быть рядом с тем, кого любили.

Важный вопрос о том, как понять, на какой стадии течения заболевания находится пациент, будет рассмотрен ниже.

Кроме того...

Как нам справляться с болью и другими симптомами?

Как преодолевать психологические, социальные и духовные проблемы?

Эти вопросы также будут рассмотрены подробно далее. В настоящее время важно понимать, что они могут быть решены с помощью тех же самых методов, которые используются в любой области врачебного и сестринского процесса.

Мы анализируем состояние на основании анамнеза, обследуем его (возможно, выборочно, исходя из анамнеза) и назначаем дополнительные анализы (если они необходимы для понимания, насколько лечение может быть полезным).

Важно понимать механизмы боли и других проблем и назначать специфическое лечение там, где это возможно.

Данные доказательной медицины

Проблемы, которые испытывают неизлечимо больные онкологические пациенты, например боль и другие мучительные симптомы, исследовались в течение последних 60 лет. Первые исследования были проведены в Лондоне доктором Сесилией Сандерс. Другие врачи продолжили их по всему миру. Некоторые вопросы подвергались самому строгому научному анализу, как и в других областях медицины. Другие разделы паллиативной помощи не могли быть оценены подобными методами в силу характера заболеваний и самих проблем.

Примером области, подходящей для проведения обычного научного медицинского исследования, может быть фармакотерапия боли. Вопрос «снижает ли привыкание эффективность опиоидов?» был тщательно исследован и рассматривается в главе 6, посвященной опиоидам.

Другие вопросы, например, связанные с помощью в последние дни жизни, сложно исследовать традиционными методами, так как состояние пациентов часто изменяется, требуя смены схемы лечения и подхода, что существенно осложняет возможность применения стандартных исследовательских подходов [4].

Также во время исследований часто возникают проблемы с выбором участников клинического исследования, размером группы, гомогенностью, отсевом пациентов, определением различий между вмешательствами и итоговыми показателями [4].

Где может оказываться паллиативная помощь

Может ли качественная паллиативная помощь оказываться за пределами хосписа или отделения паллиативной помощи?

Паллиативная помощь может быть оказана на дому выездными бригадами хосписов, стационаров или онкологических центров либо работниками первичного звена. Паллиативная помощь в домашних условиях оказалась эффективнее, чем в других местах [5], потому что психологические и социальные трудности проще решать в домашних условиях.

Больничные выездные бригады также могут обеспечить качественную паллиативную помощь.

За последние 40 лет стало ясно, что комплексная паллиативная помощь может быть оказана пациентам в любом месте при условии, что выездные бригады получают достаточное финансирование, при наличии у них достаточного количества необходимых медикаментов в надлежащих лекарственных формах и при наличии у сотрудников достаточных знаний и навыков.

Командная работа

Редко кто из нас имеет все навыки, знания, время и энергию, чтобы обеспечить полноценную всеобъемлющую помощь пациентам с угрожающими жизни заболеваниями. Нужна целая команда людей, которая будет выполнять эту работу.

Хотя прежде всего этой команде нужны навыки для купирования боли и других симптомов, ей также будет нужен широкий спектр навыков, для того чтобы оказать всестороннюю помощь пациентам и их семьям. Таким образом, в команду должны входить не только доктора, медсестры и сиделки, но и психологи, социальные работники и священники, а иногда адвокаты, бухгалтеры и др.

Навыки общения

Очевидно, что те, кто будет работать с пациентами с ограничивающими жизнь заболеваниями и их близкими, должны обладать хорошими коммуникативными навыками, для того чтобы понять пациента

и его семью — их проблемы, надежды и страхи, где они хотят жить и умереть и почему.

Порой, исследуя причины тех или иных решений, которые принимают пациенты и их семьи, мы видим, что недостаточно хорошо их понимаем.

Простой пример: кто-то из близких пациента просит, чтобы его родственник был помещен в стационар или другое учреждение. Когда мы спрашиваем, почему, он отвечает, что считает, что уход в стационаре будет лучше, в то время как доказано, что чаще именно в домашних условиях качество жизни больного выше, чем в больничных стенах или в хосписе, если нет какой-то особенно трудной проблемы, с которой не удастся справиться в домашних условиях.

Понимание и терапия боли и других симптомов

Врачи и медсестры, работающие с этими аспектами, должны полностью понимать механизмы появления боли и других симптомов, уметь оценивать интенсивность боли, используя «шкалы боли», и быть экспертами по препаратам и различным методам обезболивания. Боль и другие симптомы могут быть вызваны различными причинами, и зачастую для каждой из этих причин существует свой подход.

Знать, куда обратиться за помощью...

Работающие с болью и другими симптомами люди должны знать, куда обратиться за помощью и с кем связаться, если сами они не могут справиться

с ситуацией, так как проблемы превышают их компетенцию.

...В ТОМ ЧИСЛЕ ЗА ПОМОЩЬЮ К СПЕЦИАЛИСТАМ

В оказании качественной паллиативной помощи могут помочь специалисты из различных областей медицины. Конечно, в первую очередь с пациентом взаимодействуют выездные бригады хосписов и отделений паллиативной помощи, но не нужно забывать о возможности консультации с онкологами, рентгенологами и специалистами по инвазивной радиологии.

Известно, что сегодня химиотерапия на ранних этапах заболевания крупноклеточным раком легких может продлить жизнь в среднем на шесть недель [7, 8]. На первый взгляд эффект не кажется таким уж значительным, но через несколько лет можно ожидать усиления положительных эффектов. Важно обсудить такую возможность с пациентом и врачом-специалистом.

Специалисты по инвазивной радиологии могут выполнить стентирование общего желчного протока, если он перекрыт опухолевым образованием. Это может быть очень эффективной мерой снятия неблагоприятных симптомов, особенно расстройства пищеварения [9]. Также можно стентировать и другие полые органы, к примеру пищевод, кишечник и мочеточник, когда они сдавлены или обтурированы опухолью.

Химиотерапия на ранней или поздней стадии карциномы толстого кишечника может увеличить продолжительность жизни и облегчить симптомы [10, 11].

Рецидивирующий злокачественный плевральный выпот можно эффективно лечить путем плеврального дренирования, также может быть использован плевро-перитонеальный шунт системы Денвер, установка которого проста и безболезненна для пациента [12].

Целостная помощь

И все же понятие качественной паллиативной помощи выходит за рамки простого лечения боли и облегчения симптомов. Прерогативой подобного ухода являются удовлетворение нужд и обеспечение комфортной жизни пациента. Больному и его близким могут понадобиться информация, поддержка, помощь; им может быть трудно осознать, что же с ними происходит.

Помощь, которая им оказывается, должна быть всеобъемлющей, покрывающей физические, эмоциональные, духовные, социальные и финансовые аспекты.

Насколько мы компетентны в оказании эффективной паллиативной помощи?

Как можно понять, является ли достаточной та помощь, которую мы оказываем пациентам? Для оценки эффективности нашей работы важна обратная связь с пациентами, семьями, другими людьми, осуществляющими уход, и медицинским персоналом учреждения.

Анализ качества услуг

Оценка аспектов, которые подлежат оценке, может помочь понять, качественную ли помощь мы оказываем. К примеру, все, что связано с болью, хорошо поддается такого рода анализу.

Нам необходимы определенные навыки

Каждый член команды играет свою роль и должен обладать специфическими для этой роли навыками независимо от того, где приходится работать: в стационаре, хосписе, отделении сестринского ухода, доме престарелых или на дому. Члены команды должны обладать хорошими терапевтическими и коммуникативными навыками, для того чтобы понимать и справляться с трудностями, которые испытывает пациент. Большое значение имеет и взаимопонимание между членами команды.

Непрерывность ухода

Необходимо уделять внимание непрерывности ухода как в течение дня (особенно если в это время в команде работает большое число людей), так и ночью и по выходным, когда возможно замещение основного штата отделения другими врачами и медсестрами из других отделений.

Как мы можем быть уверены, что врач или медсестра, которых вызвали в отделение, имеют достаточно информации, чтобы понять, что происходит с

пациентом, и сделать правильные шаги, если обычных сотрудников отделения нет на месте? В разных ситуациях возможны различные решения.

Трудовая нагрузка

Большая загруженность является проблемой не только для докторов и медсестер, но и для членов семьи. Оказание паллиативной помощи — трудоемкая работа. Она требует большого количества времени и сил, особенно когда уход оказывается на дому до самой кончины пациента. Для того чтобы работа шла хорошо, в команде должно быть достаточно участников.

Выгорание сотрудников является большой проблемой при выполнении такого рода работы, особенно когда членам команды приходится работать в нескольких местах из-за финансовых соображений.

Члены семьи пациента могут столкнуться с физической и эмоциональной усталостью, и им также могут потребоваться помощь и отдых.

Заключение

В заключение надо сказать, что качественная паллиативная помощь удовлетворяет широкий спектр потребностей пациента и его семьи. Это возможно при слаженной работе членов команды, ухаживающей за пациентами, будь то в онкологическом центре, больнице, хосписе или в домашних условиях. Эффективная помощь облегчит боль и другие симптомы пациента. Это позволит больному и его родным жить как можно более полной жизнью: общаться

с друзьями, заниматься повседневными делами и как можно дольше оставаться дома.

Паллиативная помощь – это сложная работа... но она того стоит!

Источники

1. WHO, National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002.

2. *Doyle D.* Practitioner, 1980.

3. *Ward A.* Home care services for the terminally ill // A report for Nuffield Foundation, 1985.

4. *Higginson I.* Evidence-based palliative care // Journal of the European Association of palliative care. 1999. Vol. 6. № 6 (Nov/Dec). P. 188–193.

5. *Ventafridda* Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients, 1989. Tumori 75. P. 619–625.

6. *Walling J.* Chemotherapy for advanced NSC lung cancer Respiratory medicine. 1994. Vol. 88. P. 649–657.

7. *Ellis P.A.* Symptom Relief results MVP (Mitomycin C, Vinblastine and Cisplatin), chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer BJ of cancer. 1995. P. 366–370.

8. *Ballinger A.B.* Symptom relief and Quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction // Gut. 1994. Vol. 35. P. 467–470.

9. *Glimelius B.* General Condition of colo-rectal cancer patients receiving palliative chemotherapy // Acta Oncologica. 1992. Vol. 31(6). P. 645–651.

10. Colorectal Collaborative Cancer Group. Palliative chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and meta-anlysis BMJ. 2000. September 2nd. Vol. 321. P. 531–535.

12. *Wong R.S.* Pleuro Peritoneal Shunts // BJ Hosp Med. 1993. Vol. 50. № 1. P. 16–21.

ГЛАВА 4

Определение этапа заболевания

Мы уже ознакомились с тем, что качественная паллиативная помощь предусматривает удовлетворение физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей пациента и его семьи. Необходима работа в команде, полезно взаимодействие с различными специалистами, и очень важно общение.

Но как нам определить, на каком этапе заболевания находится пациент?

Скрининг

Самая ранняя постановка диагноза возможна в результате скрининга. Скрининг может проводиться как в рамках государственного здравоохранения (часто такая организация бывает малозатратной), так и семейным врачом (обычно такими услугами пользуются обеспеченные семьи). Скрининг проводится на основании возрастных рисков и рисков, связанных с полом (например, у женщин регулярно берется цервикальный мазок для выявления рака шейки матки), с учетом личного или семейного анамнеза (например, наличие определенных генов свидетельствует о пред-

расположенности к раку молочной железы) либо с учетом работы на вредных производствах (например, с анилиновыми красителями или асбестом).

Как определить, в какой момент началось угрожающее жизни заболевание

Необходимо также клинически подтвердить наличие угрожающего жизни заболевания. Раннее выявление может очень существенно повлиять на результаты лечения и продолжительность жизни. В некоторых случаях, например при раке толстой кишки, ранняя диагностика означает гораздо более оптимистичный прогноз или даже возможность излечения. При рано диагностированной деменции пациент может начать получать препараты, которые притормозят или даже остановят ее прогрессирование.

Но в случае с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями независимо от рано начатого лечения если мы не определили момент, когда болезнь вошла в необратимую фазу, то не сможем вовремя начать оказание помощи, купирование симптомов – словом, полноценную поддержку пациенту и его семье.

Это раннее определение вступления заболевания в финальную фазу означает, что мы должны определить, насколько далеко зашла болезнь, и при проведении любой консультации мы должны думать не только о самом очевидном диагнозе, но и, возможно, о более серьезных. Распознать серьезные заболевания можно по присутствующим симптомам или

признакам, которые порождаются конкретной тяжелой болезнью. Нужно быть осведомленным обо всех видах заболеваний, и в нашем сознании постоянно должен звучать тревожный звон колоколов.

Как определить фазу заболевания на данный момент

На ранней стадии неизлечимого заболевания больной, как правило, может продолжать жить обычной жизнью. Однако по мере прогрессирования болезни в его жизнь вступают определенные ограничения.

Даже на ранней стадии, когда человек не выглядит больным, существуют вещи, которые мы можем сделать для пациента и его семьи. У них всех могут возникнуть тревоги и вопросы о течении болезни, опасности для жизни, здоровья, активности и т.д., и на данном этапе они должны быть услышаны, нужно дать ответы на вопросы, в которых нуждаются больной и его семья.

Могут быть вопросы о различных видах лечения, их плюсах и минусах. Сомнения могут быть связаны с убеждениями, религией или культурными особенностями, к ним следует отнестись вдумчиво и с большим вниманием, вместо того чтобы повторять медицинские клише, которые они, возможно, уже слышали и с которыми не согласны.

Беспокоящие симптомы могут возникать как после хирургической операции, так и после гормональной терапии, химиотерапии или лучевой терапии. Возможно, симптоматическая терапия потребует объяснения, что конкретно делается, чтобы разрешить все сомнения или уменьшить их, насколько можно.

На этом этапе могут возникнуть признаки прогрессирования заболевания или рецидива рака.

Что же мы ищем?

В первую очередь усугубление какого-либо симптома, возможно боли.

Пример

Моему пациенту поставили диагноз: рак поджелудочной железы. Его госпитализировали в местный онкологический центр, где провели частичную панкреатэктомию. Врач связался со мной, подробно описал лечение, сообщил, что операция прошла хорошо и гистологическое исследование поджелудочной железы показало, что раковая опухоль полностью удалена. Не было никаких данных о местном распространении опухоли или метастазах, врач был уверен, что в результате операции пациент излечился. Единственная проблема была в том, что у пациента сохранились боли. Но ведь он был недавно прооперирован, поэтому мы были обнадежены словами хирурга и ни о чем не беспокоились. Однако спустя несколько недель боль усилилась, стало понятно, что рак распространился... что пациент не выздоравливает, а умирает. Он скончался несколькими неделями позже.

Исход заболевания не противоречил первоначальному диагнозу и показаниям к операции и его было легче принять, потому что мы все хорошо понимали, насколько серьезна его болезнь и какие риски она несет.

Другой пример

К нам обратилась женщина с раком молочной железы. В анамнезе были мастэктомия, химиотерапия и лучевая терапия. Примерно через 10 лет слу-

чился рецидив на второй молочной железе, была также выполнена мастэктомия с последующим продолжением лечения.

Несколько лет спустя, вскоре после того как я начал работать врачом общей практики, она обратилась за помощью в связи с усилением болевого синдрома. Я направил ее на лечение в онкологический центр, расположенный в 300 км от того места, где мы живем (нужно пересечь море, чтобы добраться туда). Ее обследовали и диагностировали генерализацию процесса. Увы, ее состояние ухудшилось в короткие сроки, и она скончалась в онкологическом центре, так никогда больше не вернувшись в родные стены, умерла, не увидевшись с семьей и друзьями. Накануне появления болей она начала терять вес, о чем я не знал; начались проблемы с передвижением. Все это могло бы подсказать мне, что ее болезнь рецидивировала.

Таким образом, иногда появляется какой-то симптом, который при более подробном обследовании дает нам понять, что, даже несмотря на хорошее общее самочувствие и внешний вид, болезнь вернулась и стремительно прогрессирует.

Есть и другие показатели, на которые можно ориентироваться.

В первую очередь это локализация онкозаболевания.

Существует четыре основные локализации, на долю которых приходится половина всех летальных исходов. Годовая выживаемость после постановки диагноза при них — 42% (рак желудка), 40% (рак пищевода), 31% (рак легких) и 18% (рак поджелудочной железы).

Четверть всех летальных случаев — это смерть от онкологии. Вышеупомянутые разновидности рака составляют 1,5; 1,8; 7,6 и 1,4% всех летальных исходов соответственно. Если сложить, то получится 12,3% — то есть половина от всей смертности от онкологических заболеваний. Средняя годовая выживаемость при данных локализациях заболевания с учетом встречаемости каждого из видов составляет 32%.

Таким образом, когда у пациента диагностирован один из этих четырех видов рака, существует 70% вероятности, что пациент умрет в течение следующего года.

Сравните это с показателями годовой выживаемости при других локализациях процесса:

- рак молочной железы — 96%;
- рак предстательной железы — 93,5%;
- лимфома Ходжкина — 91%;
- неходжкинские лимфомы — 77%;
- рак яичников — 72,3%.



В этой группе онкологических заболеваний только небольшой процент больных умрет в 1-й год после постановки диагноза.

В случае онкозаболевания можно ориентироваться на локализацию, а также внимательно следить за появлением или усугублением симптомов, которые могут сигнализировать о прогрессировании.

Тем не менее смерть при наличии неизлечимого заболевания может наступить не только в результате его прогрессирования, но и из-за органной недостаточности, неврологического заболевания или по причине общего старения организма или деменции.

График на рис. 1 показывает траектории течения неизлечимых заболеваний. Линия 2 — траектория состояния при органной недостаточности: постепенное ухудшение с эпизодами резких ухудшений, в момент которых пациент может умереть, или с последующей стабилизацией, когда он получает быструю и качественную неотложную помощь. Такие резкие кризы появляются в последние 2 года жизни и являются сигналом того, что пациент вошел в процесс умирания, даже если его состояние еще нельзя назвать терминальным.

Линия 3 — течение неврологического заболевания: старческой дряхлости или деменции. Мы видим, что резких скачков нет, идет медленное ухудшение, которое может длиться до 10 лет. В Великобритании зачастую признаком начала терминальной стадии болезни при неврологических заболеваниях является собственно момент обращения семьи за помощью, поскольку уход за пациентом становится слишком сложным. Больные нуждаются в постоянной помощи,

и нагрузка на ухаживающих увеличивается. В России этот показатель может отличаться.

При онкологии и органной недостаточности, очевидно, легче всего определить, на каком этапе заболевания находится пациент. Сложнее всего — при общем старении организма, деменции и хронических неврологических заболеваниях, таких как болезнь Паркинсона и рассеянный склероз.

Но если мы хотим обеспечить качественную паллиативную помощь, то должны уметь определять этап заболеваний, на котором находится пациент.

«Самый важный вопрос»

Как врачи и медсестры, глядя на очень пожилого пациента или страдающего угрожающим жизни заболеванием, мы должны спросить себя: «Удивит ли меня, если пациент умрет в ближайший год?» Размышляя над этим вопросом, мы делаем глобальную оценку на основе нашего опыта. Мы можем инстинктивно прийти к ответу «да» или «нет»; при этом мы можем быть не в состоянии четко объяснить почему, но, что интересно, мы часто будем правы.

Признаки прогрессирования заболевания

Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений могут наблюдать пациентов после лечения рака. Состояние некоторых будет ухудшаться и войдет в терминальную стадию. Врачи, наблюдая таких пациентов, должны уметь распознать начало этого этапа жизни пациента.

Пациенты, у которых начинается беспричинное ухудшение состояния или появляются новые симптомы, такие как боль, должны направляться врачом общей практики в амбулаторно-поликлиническое отделение или стационар на обследование. Таким образом, именно врачи амбулаторно-поликлинического отделения или стационара могут быть первыми, кто констатирует распространение онкологического процесса. И именно эти специалисты могут отметить начало последнего этапа заболевания, а для многих разновидностей рака этот момент совпадает с рецидивом.

Врачи наблюдают и пациентов с незлокачественными ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями и также должны уметь распознать ухудшение состояния.

Для врача общей практики тоже крайне важно вовремя заметить эти перемены в пациенте. Большинство пациентов с онкологическими и другими ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями не находятся в стационарах, а живут дома. Поэтому участковый врач общей практики будет первым, к кому обратится такой пациент, когда заметит у себя какие-то проблемы со здоровьем. Участковому врачу нужно уметь понять, в чем причина такого состояния пациента.

Пример

Несколько лет назад пациент 60 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на боли в спине. Впервые боли начались за 6 недель до обращения с легкого дискомфорта в спине, затем боль усилилась настолько, что пациенту потребовался больничный.

Жалобы насторожили врача, так как любой человек, особенно пожилой, с внезапно возникшей болью в спине, которая продолжается более месяца, должен быть срочно обследован, потому что причиной может быть злокачественное новообразование.

Врач осмотрел его, но очевидной причины болей не нашел. Поэтому он назначил развернутый анализ крови, в том числе и на маркеры воспаления, дал направление на рентгенограмму пояснично-крестцового отдела, а также направил на срочный осмотр к коллеге-врачу. К сожалению, у пациента была диагностирована ретроперитонеальная лимфома — сложно диагностируемый рак. Несмотря на раннее обращение за помощью, пациент скончался в течение года после постановки диагноза.

У сотрудников хосписа обычно нет необходимости диагностировать неизлечимое заболевание. Но есть не менее сложная задача — вовремя распознать, не было ли направление в хоспис ошибочным, возможно, несмотря на уверенность врача общей практики в рецидиве заболевания, его мнение не подтвердится.

Другой пример

Врач общей практики направил пожилого мужчину, больного раком толстой кишки, на наблюдение выездной службы хосписа в Лондоне. Врач сообщил, что у пациента появились боли в животе и рвота; при пальпации четко прощупывались множественные метастазы в брюшной полости. В направлении врач указал, что пациенту необходим медицинский уход на последней стадии болезни.

Врач выездной службы посетил мужчину и убедился, что он страдает от боли и постоянной рвоты.

Осмотрев пациента, врач выяснил, что у него имеется каловый завал поперечноободочной и нисходящей толстой кишки. Была выполнена мануальная эвакуация каловых масс с последующими многократными клизмами в течение недели. Кишечная функция полностью восстановилась, после чего «метастазы» в брюшной полости пальпироваться перестали. Кишечник заработал, тошнота и рвота прекратились.

Теперь медикам нужно было ответить на новый вопрос: что вызвало данную ситуацию — рецидив онкологического заболевания или это было на 100% результатом запора, который, в свою очередь, был вызван применением опиоидов: дигидрокодеина, схожего по силе действия с трамаолом, без соответствующего назначения слабительных препаратов?

Письмо от врача общей практики подтвердило отсутствие иных признаков, позволяющих предположить рецидив, и мужчина был снова направлен под наблюдение своего семейного врача.

Почему важно выявить прогрессирующее и вхождение болезни в терминальную фазу?

Из-за кардинальных перемен, которые несет эта новость пациенту и его семье.

1. Координирование обследования и лечения

Когда врач обнаруживает у пациента распространенное онкологическое заболевание, не отвечающее на гормональную и химиотерапию, он должен предлагать только лишь варианты обследования и лечения, приемлемые для данной стадии болезни, и обозначить прогноз.

Исследования действительно необходимы только в том случае, если они позволят подобрать эффективное лечение или каким-либо образом помогут пациенту и его семье. От лечения, которое не улучшит качество жизни пациента и не скажется положительно на продолжительности жизни, следует отказаться после обсуждения этого вопроса с участием врача-специалиста и пациента, а при желании пациента также членов его семьи.

2. Допустимое правдивое информирование

Кроме того, врач в силах помочь пациенту и его семье понять реальную ситуацию, но лишь до тех пределов, до которых они этого хотят, а затем адаптироваться к новой ситуации.

3. Помощь пациенту и его семье в расстановке приоритетов

После объяснения ситуации врач может подсказать, как прожить оставшееся время наиболее полноценно. Можно закончить начатые дела, если возможно; посетить места, навестить друзей, если этого хочется; может быть, перенести на более ранний срок свадьбу в семье, чтобы пациент смог на ней присутствовать.

Пример

Бизнесмен обратился к семейному врачу с жалобами на ухудшение почерка в течение последних 1–2 месяцев. Изначально врач предположил компрессию нервных корешков в шейном отделе, но предположение оказалось неверным. Компьютерная аксиальная томография показала наличие метастазов в головном мозге. Проведенный затем рентген грудной клетки выявил рак легких, признаков которого ранее

не было. Лечение было бесперспективно. После разговора с врачом пациенту было проведено специфическое паллиативное лечение, направленное на уменьшение метастазов в головном мозге. Но не было никаких сомнений в том, что он находился на финальной стадии своей болезни.

Врач спросил его о желаниях, и он назвал два. Первое — написать мемуары, чтобы передать свой опыт детям и внукам. Это было легко осуществимо и не требовало помощи врача. Оставалось сосредоточиться на осуществлении задумки.

Второе желание было более сложным. Дело было в 1985 году, и в то время Россия не была так доступна для иностранцев. Он хотел отправиться в круиз по Волге. К тому времени он получал дексаметазон для снижения внутричерепного давления, и терапевта беспокоило такое путешествие. Что если бы ему стало плохо во время круиза? Ни он, ни его жена не говорили по-русски. Что, если бы он умер, находясь в Советском Союзе? Это желание казалось связанным со всевозможными сложностями для человека, которому вскоре предстояло самое серьезное испытание в жизни.

«Нельзя ли отправиться в круиз немного ближе к дому?» — спросил его врач. Мужчина обдумал это и остановился на Рейне, откуда, если бы положение сильно ухудшилось, было больше шансов быстро вернуться домой. В конце концов, он умер в своей постели, окруженный семьей.

Важно распознать вхождение болезни в финальную стадию, так как это имеет принципиальное значение для больного и его семьи.

Как долго живут онкологические больные?

Когда рак диагностируется впервые, приходится констатировать, что для 50% пациентов излечение уже невозможно, а около трети умрут в течение года.

Там, где есть эффективные программы скрининга, статистика излечения может быть чуть лучше, но, несмотря на это, цифры почти не изменяются в последние десятилетия, хотя продолжительность жизни для пациентов со многими видами рака значительно выросла.

Каковы признаки прогрессирования болезни или вхождения его в терминальную фазу?

Какие изменения указывают на широкое распространение онкологического заболевания у пациентов с различными локализациями заболевания?

В 1987 году я проанализировал истории болезни 40 моих пациентов, скончавшихся от онкологических заболеваний. Мой поиск был направлен на понимание признаков перехода заболевания в финальную фазу.

Специфические симптомы

Я обнаружил, что 50% пациентов жаловались на специфические симптомы. Кто-то жаловался на боли в спине, и рентген соответствующей части выявлял метастазы, вызывавшие боль. Были другие проявления, такие как кровохарканье, или неврологические симптомы, или боль в верхней правой части живо-

та, которая, как выяснялось при исследовании, была вызвана метастазами в печени.

Примеры

1. Несколько лет назад у одного из моих пациентов случился гемипарез, то есть одна сторона его тела была парализована. Он был отправлен в больницу, чтобы сделать компьютерную томографию головы, в первую очередь с целью понять, не является ли причиной тромб или кровоизлияние, поскольку от этого зависит назначение соответствующего лечения. Его томография, однако, показала метастазы в головном мозге. Это было совершенно неожиданно. У него не было абсолютно никаких признаков болезни до появления гемипареза, и ни он, ни мы до этого не предполагали у него рак.

2. Несколько лет назад мужчина обратился к своему хиропрактику с жалобой на боль в спине. Эта боль продолжалась уже несколько месяцев и постепенно усиливалась. Хиропрактик очень мудро направил пациента на рентген позвоночника, который показал, что беспокоящий позвонок был поражен метастазом рака, возникшим в другой части тела. Терапевт получил письмо об этом и смог направить пациента в стационар для соответствующего лечения.

Анорексия, потеря веса и общее недомогание

Таким образом, у 50% пациентов были специфические признаки, но у других 50% не было специфических признаков или симптомов, кроме анорексии, потери веса и недомогания.

Пример

Много лет назад пациент с рассеянным склерозом начал жаловаться на плохое самочувствие. Слабость нарастала, и пациент винил в этом свое заболевание. Он попросил врача назначить ему дополнительно препараты, и врач согласился, поскольку тоже считал, что основной причиной является прогрессирование рассеянного склероза. Однако лечение результатов не принесло. Через некоторое время пациент упал у себя дома и был доставлен в больницу с переломом таза. Рентген показал, что его скелет, и особенно кости таза, был обширно поражен метастазами рака простаты, чего ранее никто не предполагал. Он получил качественную помощь в стационаре, его боли были полностью купированы. К сожалению, он прожил всего несколько дней, так как вскоре после госпитализации у него развилась пневмония. Врач упустил начало фатального процесса, поскольку никто не подозревал у пациента наличие онкологии, а ухудшение самочувствия ошибочно списывалось на его хроническое заболевание.

Проблемы раннего распознавания неизлечимого заболевания

В случае, описанном выше, семейный врач наблюдал ухудшение, но не понял причины. В других случаях бывает, что врач понимает механизм, но продолжает назначать обследования и лечение, которое определенно не несет пользы ни пациенту, ни его семье.

Пример

Пациентка пенсионного возраста обратилась к врачу с расстройством желудка. У нее никогда не

было подобного раньше, и при пальпации живота врач немедленно обнаружил твердое бугристое образование в эпигастрии. Было очевидно, что у нее рак желудка. Врач направил ее к другому специалисту на гастроскопию, чтобы получить гистологическое заключение. К сожалению, дальше она была направлена к хирургам, которые, в свою очередь, решили провести хирургическое лечение. После гастрэктомии она прожила всего 3 месяца, в течение которых ее постоянно рвало желчью. Возможно, ей было бы лучше, если бы ее отправили домой для паллиативного лечения после постановки диагноза, чем на так называемое куративное лечение.

Выбор места получения помощи и места смерти

Ранняя диагностика также означает, что пациент будет иметь больше возможностей для выбора места, где за ним будет осуществляться уход и где в конечном счете он уйдет из жизни. Диагноз, поставленный более чем за 4 недели до смерти, дает пациенту больше шансов вернуться домой и остаться там, если такая возможность есть. Если диагноз поставлен позже, темп изменения состояния пациента в последние недели его жизни увеличивается. Социальные службы могут запланировать перевод пациента домой, но приготовления требуют времени, а состояние пациента стремительно ухудшается, и часто это означает, что пациент никогда не вернется домой и умрет в больнице. Такие пациенты лишены выбора, который им дала бы ранняя диагностика.

Пример

Если бы врач вышеупомянутого пациента с рассеянным склерозом, принятого в больницу с переломом костей таза, понял, что нарастающая слабость пациента была вызвана распространенным раком, то мужчина и его жена имели бы больше времени, чтобы адаптироваться к происходящему.

Например, члены семьи, которые живут за много миль от них, могли бы приехать и провести время с ними обоими, пока пациент удовлетворительно себя чувствовал, а не когда он уже находился в стационаре с переломом таза. Он вполне мог бы уйти из жизни в комфорте, в собственной кровати, окруженный семьей.

Как мы можем решить эту проблему?

Мы обсуждали данную проблему с главными специалистами Шетландских островов в различных областях медицины и представителями социальных служб и решили наладить систему ускоренной выписки пациентов домой, если у них обнаружено неизлечимое заболевание и они желают отправиться домой. Согласно этой ускоренной схеме с пациентом проводится работа по определению потребностей и в течение четырех рабочих дней формируется пакет социальной помощи, чтобы максимально повысить шансы пациента попасть домой.

Это существенно увеличило процент пациентов, госпитализированных на поздней стадии неизлечимого заболевания, которые смогли умереть дома.

Даже опытные специалисты что-то упускают...

Проблема в том, что никто из нас не способен диагностировать терминальную стадию заболевания со 100%-ным результатом.

Какие-то случаи мы упускаем. Пациента госпитализируют в стационар и диагностируют рак, но слишком поздно, чтобы была возможность вернуться домой к родным. Примером могут служить уже упомянутые мужчина с рассеянным склерозом и женщина, страдающая раком молочной железы.

Есть другая группа пациентов, об их онкологическом заболевании мы осведомлены, но тем не менее нам не удается распознать терминальную стадию болезни. Чаще всего эта проблема встает для пациентов с поражением молочной и предстательной железы. Оба этих вида рака имеют тенденцию к длительному течению с ремиссиями и рецидивами, так как они чувствительны к лучевой, гормональной и химиотерапии. Так же как в случае с лейкемией, не всегда понятно, когда рецидив на самом деле является последним ухудшением, ведущим к смерти.

Другие болезни могут иметь похожие симптомы

Иногда врач уверен, что у пациента рак, но оказывается, что это что-то совершенно иное. Если пациент обращается за помощью с общим недомоганием, анорексией и потерей веса, врач не должен автоматически предполагать, что это вызвано прогрессирующей опухолью!

Примеры

1. Много лет назад пожилой мужчина обратился ко мне с жалобами на потерю веса, недомогание и отсутствие аппетита – анорексию. Его семейный врач был уверен, что у него злокачественная опухоль. Анализы крови показали существенно повышенную СОЭ, но никаких других проблем при обследовании или в общем анализе крови обнаружено не было. Врач направил его к своим коллегам, которые диагностировали аутоиммунное заболевание, и через месяц перорального приема стероидов пациент полностью поправился. Он прожил еще 10 лет, и причина его смерти не была связана с исходными симптомами.

2. Мужчина поступил с болями в спине, существенной потерей веса и маслянистым зловонным стулом — стеатореей. Его врач общей практики предположил рак поджелудочной железы, но исследование выявило алкогольный панкреатит с полной потерей способности вырабатывать ферменты поджелудочной железы, которые помогают расщеплять жир в кишечнике. Как только он назначил пациенту заместительную терапию ферментами поджелудочной железы, работа кишечника нормализовалась. Ему была оказана помощь в борьбе с алкоголизмом, он принимал мультивитамины и прожил еще 10 лет при вполне удовлетворительном состоянии здоровья.

Заключение

Важно распознать прогрессирование болезни и вступление ее в необратимую фазу, потому что это позволяет врачу:

- назначить подходящие обследования и лечение;
- помочь пациенту и его семье понять ситуацию;
- помочь пациенту и его семье сделать максимум за оставшееся время;
- дать пациенту и его семье возможность выбрать место, где за ним будут ухаживать и где он уйдет из жизни.

Чтобы как можно раньше поставить диагноз, врач должен уметь распознавать, что происходит и как течет заболевание, когда это возможно, и назначить при необходимости обследования.

Нам важно:

- не забывать о видах онкологии с изначально плохим прогнозом. Держать в памяти случаи таких пациентов и периодически возвращаться к обсуждению с коллегами и ассистентами этих случаев, чтобы все члены команды были осведомлены, как может измениться состояние здоровья пациентов, и умели распознавать прогрессирование болезни;
- помнить о том, как протекают угрожающие жизни заболевания (см. рис. 1, который поможет понять, на какой стадии заболевания находится каждый из ваших пациентов);
- задавать себе самый важный вопрос: «Буду ли я удивлен, если этот пациент умрет в течение следующего года?»;
- помнить, что рак груди или предстательной железы обычно хорошо отвечает на химиотерапию, радиотерапию и гормональную терапию и потому часто протекает долго и волнообразно.

А терминальное ухудшение может происходить не так резко и явно как в случае с онкологией, имеющей плохой прогноз изначально.

Если мы будем следовать всем перечисленным правилам, то сможем оказывать пациенту и его семье качественную целостную помощь на всем протяжении заболевания.

ГЛАВА 5

Боль. Краткий обзор

Люди с онкологическим диагнозом (и те, кто боится, что у них есть такой диагноз) часто выражают свои страхи при разговоре. При дальнейших расспросах выясняется, что есть один общий страх — страх боли. Многие люди считают, что рак — значит боль, то есть если вам поставили диагноз «рак», вы обязательно будете страдать от боли.

Рак встречается часто, точно так же, как боль при раке

Неудивительно, что это так. В развитых странах примерно каждый третий человек заболевает раком в течение своей жизни и каждый четвертый умирает от рака. Следовательно, у большинства людей будет друг или член семьи, заболевший раком. Мы также знаем, что около 70% всех людей, больных онкологией, испытывают боль на какой-то стадии своего заболевания [1–9a]; 59% из тех, кто проходит куративное лечение, испытывают боль; 33% из уже прошедших куративное лечение все еще продолжают испытывать боль; 64% или даже более из тех, у кого рак метастазировал и прогрессирует, также испытывают боль [9b].

Но что такое боль?

Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением ткани. Боль субъективна и, значит, может быть охарактеризована только самим пациентом. Боль неприятна и имеет эмоциональную составляющую. Пациенты иногда жалуются на боль, при которой врачи не могут идентифицировать никакого поражения тканей, но пациент все же испытывает реальную боль.

Построение партнерских отношений с пациентом и его семьей

Если мы хотим успешно помогать пациентам и облегчать их боль, то должны построить отношения с ними и их родными. Донести, что мы действительно заботимся о них, что будем использовать наши навыки, чтобы помочь всеми возможными путями, включая облегчение боли и других симптомов, и что они могут нам доверять.

Как мы можем это сделать?

Сесть рядом и поговорить, когда приходим к пациенту на визит, — очень хорошее начало.

Часто медики стоят в ногах кровати пациента и обсуждают между собой его состояние во время обхода. Такая манера поведения говорит пациенту, что врач не хочет остановиться и поговорить *с ним*, пациентом. Врачи и медсестры говорят между собой *о нем*,

о его состоянии и о терапии... пока проходят мимо его кровати на обходе.

Когда мы садимся рядом с пациентом — мы с ним вдвоем, а не врач вместе с группой коллег. Это говорит о том, что у врача есть время и он пришел выслушать и услышать слова больного, его волнения, поговорить о важных вещах.

Медсестра из Шотландии опрашивала пациентов на тему того, как команда общалась с ними. Один из рассказов был очень запоминающимся. Хирург дописал историю болезни и пошел навестить пациентов, которым в этот день сделал операции. Пациентка в интервью сказала медсестре, что хирург опустился на колени у ее кровати так, что его лицо и ее были на одном уровне. Хирург сказал: «У вас сегодня была большая операция — и вам потребуется какое-то время, чтобы восстановиться». Пациентка чувствовала, что хирург действительно беспокоился о ней, чувствовала поддержку и готова была ему полностью доверять.

Построение доверительных отношений включает в себя:

1) общение: и слушать, и говорить — нужен диалог;

2) информацию: о заболевании и его лечении, о боли и умении с ней справляться; нужно ориентироваться на пациента, думая, какую информацию обсудить и в каком объеме;

3) расположить пациента и его семью к честной обратной связи, дать родственникам возможность участвовать в принятии решений и уходе за пациентом в той степени (большой или малой), в которой они этого хотят.

Купирование боли при онкологическом заболевании часто бывает недостаточным

Еще одна проблема состоит в том, что с болью, которую пациенты испытывают при раке, врачи не всегда справляются эффективно. По данным «Медицинского журнала» Новой Англии за 1994 год, 42% пациентов, страдающим от метастатического рака и наблюдающимся выездной службой онкологического центра, боль купировали не полностью [10a]. В 1999 году неопубликованное исследование, проведенное шотландскими врачами хосписа во главе с доктором (ныне профессором) Мари Фэллон в Эдинбурге (Шотландия), показало очень похожие результаты [10b].

У разных команд показатели успеха разные

В первые годы деятельности современных хосписов было проведено исследование больных раком, в котором сравнивалась интенсивность боли в начале заболевания и позже, когда болезнь прогрессировала. Пациентам оказывали помощь разные команды медиков: специалисты первичного звена, больницы и хосписа Святого Христофора в Лондоне [11] (рис. 2). В результатах наблюдается явная разница.

В колонке 1 — пациенты под наблюдением врача общей практики. Пациенты испытывали относительно низкий уровень боли в претерминальный период, но боль заметно усиливалась по мере прогрессирования заболевания.

В колонке 3 — пациенты находились в стационаре больницы. Они сильнее страдали от боли в претерминальный период, возможно, это отражает то, что они обращались в больницу в связи с болью. В стационаре врачам лучше удавалось купировать боль при прогрессировании заболевания, чем врачам общей практики при надомном ведении пациентов. Интенсивность боли в оба периода отличается незначительно.

В колонке 2 — пациентам помогали в хосписе Святого Христофора. Пациенты гораздо больше страдали от боли в претерминальный период, это связано с тем, что хоспис Святого Христофора — центр третичного обращения, который принимает не только местных пациентов, но и пациентов из больниц Лондона. Так, пациентов, которым не могли помочь справиться с болью, направляли в хоспис, и, глядя на результаты, мы видим, что число пациентов, продолжавших испытывать боль в терминальном периоде, заметно снижалось.

Почему же хоспису удалось справиться с задачей настолько лучше, чем врачам общей практики и врачам стационаров?

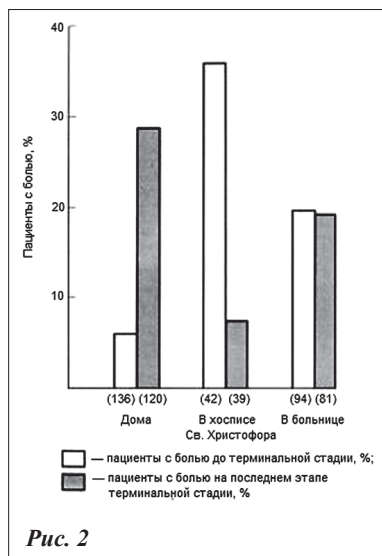


Рис. 2

Почему результаты хосписа настолько лучше?

Чтобы понять это, нужно взглянуть на разницу между болью, которую испытывают больные раком, и болью, которую испытывают большинство людей в повседневной жизни.

Острая и хроническая боль

Часто боль, которую мы испытываем в жизни, является острой (непродолжительной) болью, и она имеет свое значение. У нас болят зубы — это предупреждает нас о наличии кариеса или инфекции, и мы идем к стоматологу, который осматривает больной зуб, лечит его, и боль проходит. Мы вывихиваем лодыжку, оступившись, — появляется боль, которая сигнализирует о том, что мы повредили мягкие ткани или даже сломали кость, и мы обращаемся за помощью. На лодыжку накладывают лангету или повязку, происходит заживление, и боль уходит. Даже сильная боль в груди при инфаркте миокарда ведет к тому, что мы обращаемся за соответствующей помощью, затем при эффективной помощи и удачном стечении обстоятельств боль стихает, и наступает выздоровление.

Боли при раке обычно носят хронический характер

Проблема в том, что при онкологическом заболевании боль не носит острого, краткосрочного

характера и не имеет защитной функции. Эти боли чаще бывают хроническими, продолжительными. По сути, эти боли не только не проходят, но чем дальше, тем больше они усиливаются, и никакого полезного значения у них нет — потому что они не дают новой информации, которая бы помогла нам вылечить их причину. Пациент не спит от боли, накапливается усталость, и он не может ничего делать или даже понять, что он хочет, потому что боль заполняет собой всю жизнь и ощущения пациента, лишая жизнь смысла.

У больных раком присутствует несколько видов боли, не один

Состояние пациента ухудшается еще и тем, что обычно присутствует несколько видов боли. Доктор Роберт Твайкросс изучил случаи болевого синдрома у 100 последовательно прибывших пациентов местного хосписа. Он обнаружил, что в среднем на момент попадания онкологического больного в хоспис тот испытывает три разных вида боли. Из 100 пациентов у 80 было более одного вида боли, и у 34 было четыре или более разных видов болей [12]. Проспективное исследование, выполненное Гронда и соавторами, в котором анализировалось 2266 случаев обращения больных раком по поводу болевого синдрома, показало схожие результаты [13].

По этой причине контролировать боль намного труднее, и, чтобы действовать эффективно и контролировать такой сложный симптом, нам нужно лучше понимать механизмы, вызывающие боль.

Различные механизмы боли

Существует три основных механизма распространения боли.

1. Ноцицептивная боль. Это боль, которая вызывается повреждением органа или ткани. Информация о повреждении передается по неповрежденным чувствительным нервным волокнам в мозговые центры, которые обрабатывают информацию и преобразуют ее в ощущение боли, которое мы испытываем в поврежденной части тела. Примером такой боли может быть боль при переломе кости.

2. Висцеральная боль. Это тоже ноцицептивная боль, но ощущения передаются через вегетативные нервы, а не через обычные чувствительные нервные волокна, отвечающие в основном за поверхностную чувствительность. Боль зарождается во внутренних органах, которые иннервируются вегетативной нервной системой. Источник висцеральной боли не так просто определить, как, например, ту боль, что передается через обычные ноцицептивные волокна, как описано выше. Висцеральная боль может быть постоянной и острой, но может изменяться и иметь характер колики. Примером острой постоянной висцеральной боли может быть боль при поражении раком поджелудочной железы, а коликообразная боль обычно связана с закупоркой какого-нибудь полого органа: камень в мочеточнике, вызывающий почечную колику, желчный камень, вызывающий желчную колику, или запор, вызывающий кишечную колику.

3. Нейропатическая боль. Таковую боль вызывает повреждение самих нервов. Поврежденный нерв

начинает «стрелять» случайным образом. Эта информация передается в мозговые центры, где превращается в ощущение боли. По ощущению эта боль отличается от ноцицептивной и часто описывается как стреляющая, жгучая или просто неприятная. Пациенты обычно чувствуют эту боль в той части тела, которая связана с поврежденным нервом.

Примером такой боли может быть боль при компрессии нервного корешка: сильная и неприятная боль в ноге, вызванная компрессией корешка поясничного нерва, как при пояснично-крестцовом радикулите.

Различные причины болей

Различные виды боли могут быть вызваны следующими причинами:

1) **раком**: например, метастазы в кости, компрессия или прорастание нерва, инфильтрация мягких тканей;

2) **другим заболеванием**: например, кишечная колика, вызванная запором; ишемическая боль, вызванная недостаточным кровоснабжением; почечная боль, вызванная камнем в почках; головная боль напряжения;

3) **лечением рака**: например, воспаление пищевода, вызванное лучевой терапией, или повреждение нерва во время операции, или химиотерапия;

4) **истощением**: истощение, сопровождающее прогрессирующие раковые заболевания, само по себе может вызывать боль. Этот вид боли может включать боль от пролежней и спазмов мышц.

Определение вида боли — и только затем лечение

Учитывая, что онкологическому заболеванию могут сопутствовать разные виды боли с различными механизмами и причинами, сначала необходимо определить вид боли, чтобы правильно подобрать терапию.

Как мы определяем вид боли и оцениваем ее силу?

Боль диагностируется точно так же, как и любое другое состояние: на основании анамнеза, обследования и дополнительных исследований при необходимости.

Начиная исследовать боль, мы должны принимать во внимание ее локализацию и интенсивность. Где болит? Когда это происходит? Что облегчает боль? Что ее усиливает? Что она мешает больному делать?

Также важны свойства боли. Это тупая и продолжительная боль? У нее характер колики? Или это острая стреляющая боль? Изменение боли может указать на причину или механизм. Происходит ли изменение в течение дня? Или во время различных видов активности? Или при разных положениях тела?

Оценка боли — это основа контроля боли.

Некачественная оценка боли обычно приводит к неэффективному контролю боли

Итак, как мы оцениваем боль?

1. Оценка боли должна быть структурирована и проводиться регулярно, чтобы убедиться,

что боль не только купирована одномоментно, но и не вернется в будущем.

2. Оценку боли надо проводить на всех этапах заболевания.
3. В оценке боли мы основываемся на том, что говорит пациент.
4. Оценка боли у пациентов, страдающих серьезными когнитивными расстройствами, может проводиться с использованием визуальных шкал.

Структура и методы оценки боли

1. Позвольте больному описать собственную боль своими словами и дать интерпретацию того, что вызывает боль (не забывая, что у многих больных присутствует больше одного вида боли).
2. Используйте утвержденные инструменты для оценки боли, например «Краткий опросник по оценке боли».
3. Оценку каждой боли проводите отдельно и пытайтесь понять механизм, а значит, и причину боли.
4. Оцените влияние, которое каждый случай болевого синдрома оказывает на больного и его семью, например, что боль мешает пациенту делать, как она мешает сну.
5. Поняв механизмы разных видов болей, объясните их больному и его семье, используя доступные им понятия.
6. Обсудите и согласуйте с больным план купирования боли.

7. Обсудите с больным и его семьей, когда вы собираетесь повторить оценку болевого синдрома.

Краткий опросник по оценке боли

Краткий опросник по оценке боли — это линейная система для оценки боли, в ней «0» соответствует отсутствию боли и «10» означает самую сильную боль, которую только можно представить.

В кратком опроснике используется пять вопросов со шкалой оценки от 0 до 10.

Задают пять вопросов о последних 24 часах (или последней неделе).

1. Какую самую сильную боль вы испытывали?
0–10
2. Какую самую слабую боль вы испытывали?
0–10
3. Какую в среднем вы испытывали боль?
0–10
*(Сколько часов боль была на худшем уровне?
А в остальное время?)*
4. Какова интенсивность боли прямо сейчас?
0–10
(Как выглядит больной и согласуется ли его внешний вид с интенсивностью боли, которую он описывает?)
5. Насколько вас беспокоит и причиняет неприятные ощущения эта боль?
0–10
(Как боль повлияла на эмоциональное состояние и сон? Что она помешала вам делать?)

Ответы часто ведут к дальнейшему обсуждению, которое помогает понять механизм и выбрать самый эффективный подход к лечению.

Такую же балльную систему можно использовать для других симптомов.

В России часто используется 5-балльная шкала, 0–1–2–3–4, и ее можно использовать с пятью вопросами «Краткого опросника по оценке боли».

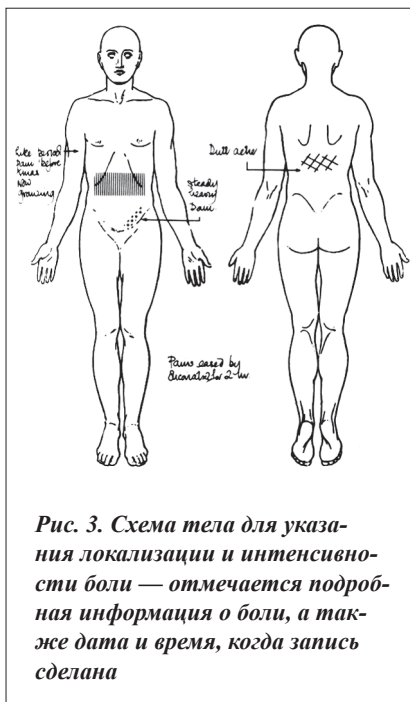


Рис. 3. Схема тела для указания локализации и интенсивности боли — отмечается подробная информация о боли, а также дата и время, когда запись сделана

Можно использовать схему тела, чтобы показать, где и какая боль ощущается.

Можно пользоваться и другими, более сложными системами, такими как «Схема оценки ухаживающими» [Support Team Assessment Schedule (STAS)] [6].

Регулярные упреждающие вопросы могут помочь выявить проблемы и необходимость в дальнейшей возможной терапии.

Также есть показатели качества жизни, которые можно использовать для измерения многих медико-психосоциальных параметров, но они сложные и ими непросто пользоваться.

Хроническая боль требует непрерывной терапии

У пациентов, которым оказывается паллиативная помощь, чрезвычайно важно выявлять и купировать хроническую боль, потому что способы ее лечения отличаются от купирования временной острой боли, указывающей на обратимую причину.

В случае острой боли, например послеоперационной, оправданно давать пациенту обезболивающие по требованию, когда появляется боль. Если боль возвращается, можно дать обезболивающее. В большинстве случаев у онкологических больных мы можем точно сказать, что боль непременно вернется и, более того, усилится со временем. В случае такой хронической боли использовать обезболивающие препараты только по мере надобности — неэффективное и неверное решение. При хронической боли обезболивающие следует назначать на регулярной основе с целью не только облегчения боли, но и предотвращения ее повторного появления, чтобы пациент мог постоянно жить без боли.

Если мы обратимся к другим областям медицины, увидим нечто схожее. Например, у нас есть пациент, больной диабетом или астмой либо страдающий гипотиреозом или сердечной недостаточностью, мы выпишем подходящее лекарство для регулярного приема, чтобы облегчить состояние и держать симптомы под контролем постоянно. Нам не придет в голову назначить медикаменты при данных заболеваниях для приема только в момент приступа.

Например, при астме мы можем прописать сальбутамол в форме аэрозоля по требованию для снятия

приступа. Но если симптомы астмы присутствуют ежедневно, то мы пропишем пациенту постоянную терапию, чтобы не допустить возникновения астматических приступов, — такие препараты, как беклометазон в форме аэрозоля по 2 дозы 2 раза в день, а также сальбутамол по требованию.

По возможности анальгетики назначают в пероральной форме

Когда это возможно, препараты назначают перорально. Инъекционное введение зачастую совершенно не нужно; оно снижает независимость пациента, дополнительно травмирует истощенный организм больного человека, а также увеличивает стоимость ухода. Схема лечения уникальна для каждого пациента. Дозу и частоту приема препарата нужно определять индивидуально для каждого пациента. Каждый из видов боли требует специфической терапии, если есть такая возможность.

Примеры

1. Кишечная колика.

В случае кишечной колики, если это возможно, необходимо лечить первопричину. Если, например, она вызвана запором, кишечник следует опорожнить, назначив слабительные свечи или клизму, затем назначить слабительные препараты для регулярного приема, чтобы колика не только разрешилась, но и не повторилась. Однако если причиной колики является прорастание стенки кишечника опухолью, стоит подумать об операции или стентировании. Если это невозможно, то для облегчения боли следует назна-

чить спазмолитики, например гиосцина бутилбромид, торговое название бускопан, вместе с противорвотным средством, если нужно.

2. Боли в костях.

Боли в костях могут доставлять немало проблем онкологическим больным. Если боли вызваны наличием костных метастазов, то купировать боль помогут нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), такие как ибупрофен или диклофенак, назначаемые вместе с опиоидом, например морфином. При назначении НПВС стоит добавить гастропротекторы из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП), например омепразол, или H_2 -блокаторы, например ранитидин. Одновременно необходима консультация клинического онколога, чтобы узнать о возможности проведения лучевой терапии. Также стоит подумать о назначении бисфосфонатов. Эти препараты (обычно памидронат внутривенно) используются при метастатическом поражении костей и уменьшают боль, вероятность патологических переломов и гиперкальциемии [14, 15].

Для облегчения боли при патологическом переломе трубчатой кости следует зафиксировать кость снаружи (с помощью гипса) или изнутри (используя металлический штифт или пластину).

3. Боль при растяжении капсулы печени или поджелудочной железы.

При увеличении размеров печени из-за роста метастазов хорошо помогают стероидные гормоны, такие как дексаметазон (4–12 мг в день), или перорально морфин (замедленного высвобождения в дозе 10 мг 2 раза в день). У одного из пациентов с непечен-

реносимостью побочных эффектов морфина мы применили паравертебральную блокаду нерва на уровне T10 с целью купирования боли при растяжении печеночной капсулы [16]. У пациента были боли вследствие растяжения печеночной капсулы после травмы.

Боль в поджелудочной железе можно купировать применением морфина перорально, но могут потребоваться более высокие дозы, чем обычно. По моему опыту, одному больному при болях в поджелудочной железе потребуется 400 мг в день морфина замедленного высвобождения, другому — 800 мг. Блокада чревного сплетения часто используется для купирования таких болей, также эффективна блокада чревного нерва.

4. Головные боли.

Головные боли, вызванные метастазами в мозг, можно эффективно купировать дексаметазоном (4–12 мг в день), также уместно поговорить с лучевым терапевтом или нейрохирургом о возможностях лечения.

5. Другое.

Другие боли могут появляться в связи с инфекцией мочевого тракта, стоматитом, пролежнями, запором, камнями в почках и т.д. Обратимые причины болей нужно лечить. Если боли сохраняются, то необходимо проводить повторную оценку и опять же купировать.

6. Нейропатическая (невропатическая, неврогенная) боль.

С нейропатической болью бороться особенно сложно. Ноцицептивная боль обычно реагирует на опиоиды. Нейропатическая боль возникает в том случае, когда поврежден сам нерв, и такую боль гораздо

сложнее снять: она либо вообще не реагирует на опиоиды, либо реагирует частично.

Что вызывает нейропатическую боль?

Нейропатическую боль может вызвать прорастание или сдавливание нерва опухолью, как, например, при раке верхушки легкого — синдроме Панкоста. Рак может вызвать такую боль опосредованно (не напрямую), например нейропатия при злокачественном новообразовании или постгерпетическая нейропатия, когда герпес развивается вследствие раковой кахексии. Боль может быть ятрогенной, вызванной химиотерапией, лучевой терапией или хирургической операцией.

Виды нейропатических симптомов

Есть много видов симптомов повреждения нервов, например аллодиния, при которой организм ощущает боль в ответ на безболезненную стимуляцию. Гиперальгезия с повышенной чувствительностью к боли и гипоальгезия с пониженной чувствительностью к боли. Дизестезия — неприятные, извращенные ощущения. Каузалгия — ощущение жжения, а также стреляющая и покалывающая боли.

Лечение нейропатической боли и симптомов

Лечение включает в себя блокаду нервов, уменьшение размера опухолей посредством химиотерапии, лучевой терапии или назначения стероидов; противо-

судорожные средства, такие как габапентин и прегабалин; трициклические антидепрессанты, например amitриптилин, также часто используются для лечения нейропатических болей. Для купирования боли эти препараты используются в более низких дозах, чем при лечении эпилепсии или депрессии. Используя эти препараты, начинайте с малых доз, потом увеличивайте. Такая схема назначения обусловлена возможностью оказания терапевтического эффекта более низкими дозами. Данные препараты могут вызывать сонливость и головокружение, особенно если начинать с высоких доз. Перед началом приема этих препаратов важно предупредить больного, что лекарства могут вызвать сонливость в течение одного дня или двух, но этот эффект пройдет, а боль останется купированной. Важно объяснить пациенту, зачем назначено это лекарство и что в данном случае его назначение не связано с эпилепсией.

Не забывайте, что если один из назначенных препаратов снимает больший компонент боли, то дозу других обезболивающих стоит уменьшить, дабы избежать побочных эффектов. Это особенно важно для любых опиоидов, которые используются для лечения боли, иначе они могут привести к серьезной токсической реакции, в том числе к нарушению дыхания.

Если больной больше не нуждается в каком-то из препаратов, отменяйте его постепенно, потому что они воздействуют на все нервные ткани организма, и резкие перемены могут вызвать тревожные расстройства или другие эмоциональные реакции.

Малые дозы трициклических антидепрессантов, например 10 мг amitриптилина на ночь, мож-

но давать вместе с противосудорожными средствами, снижая дозу антидепрессантов до минимальной эффективной для контроля нейропатической боли.

Клоназепам можно использовать для лечения нейропатической боли, если другие, более распространенные средства не помогли. Первоначально он назначается на ночь, поскольку вызывает сонливость. Не забудьте объяснить пациенту и его семье, что в начале приема препарата сонливость — это нормально, со временем она уменьшится. Клоназепам особенно часто назначают пациентам, которым нейропатическая боль не дает спать по ночам. Если пациент использует помпу для введения лекарств, то клоназепам можно добавлять в шприц.

Опиоиды

Использование опиоидов для лечения боли на конечной стадии рака — это такая большая тема, что о ней будет написано отдельно в следующей главе.

Ко-анальгетики

- По возможности всегда стоит назначать ко-анальгетики, также известные под названием препаратов адьювантной терапии. Ко-анальгетики, как правило, не являются болеутоляющими препаратами, но назначаемые в комбинациях усиливают анальгетический эффект.
- Примером ко-анальгетиков являются НПВС, такие как ибупрофен.

- Препараты для лечения нейропатической боли, назначаемые вместе с опиоидами.
- Стероиды могут уменьшить отек вокруг опухоли и, таким образом, давление, которое оказывает опухоль, а значит, и боль.
- Антибиотики уничтожают инфекцию, а следовательно, и боли, которые она вызывает.

Другие факторы, влияющие на боль

Однако причины боли не только физические, ее могут вызывать или усиливать психологические и социальные обстоятельства больного и его семьи. Существуют другие факторы, имеющие воздействие на боль.

То, как чувствует себя больной, влияет на то, как он воспринимает боль. Мы видим это каждый день в нашей жизни. Если человек во время отпуска выходит из дома, чтобы отправиться на семейный пикник, и ударяется ногой, это может не вызвать ни секунды расстройства. Но если то же самое произойдет в рабочий день, когда ты проспал, не позавтракал, поругался с родными, поздно вышел из дома... тогда удар может быть причиной слез и сильного расстройства.

Аналогично, если больной находится в приятной просторной комнате, окруженный родными и друзьями, боль может чувствоваться меньше, чем если он разлучен с семьей и друзьями и находится в неприятном месте. Если пожелания больного выслушивать и исполнять, то боль может быть меньше, чем если чувства и желания больного игнорируются.

Боль может стать интенсивнее от того значения, которое больной ей придает. Например, у боль-

ной злокачественная опухоль с язвой в паху, и боль при любых движениях была настолько сильна, что она боялась отправиться домой из хосписа, ее пугала одна мысль, что ей самостоятельно придется пойти в туалет. Боль не только была сильной, но и постоянно напоминала о ее печальной ситуации, что она не сможет вернуться домой. Только прислушиваясь к тревогам больного, можно полностью справиться с его болью. Даже просто слушая и принимая слова пациента, мы можем облегчить психологическую боль, которая является составляющей общей картины боли.

Примеры других факторов, влияющих на боль

Пожилая пациентка с тяжелой стадией онкологического заболевания, живущая одна, попросила своего врача общей практики навестить ее. Когда он пришел, она выглядела расстроенной и сказала, что ее мучает боль. Она положила руку на сердце и сказала: «У меня болит сердце». Врач тут же предположил ишемическую болезнь сердца и начал думать о схеме лечения... Но тут она продолжила: «Понимаете... мой сын не со мной». Врач знал, что ее сын уже выехал из США, где на тот момент работал, и находится в Лондоне, ожидая самолета в Шотландию, чтобы к ужину быть дома. Врач сказал, что ее сын будет дома уже сегодня. Она кивнула, но посмотрела на доктора с горестным недоверием... Может быть, она думала, что он пытается успокоить ее словами, которые, как ей казалось, не были правдой. Врач чувствовал, что боль пациентки совершенно настоящая, но в первую очередь психологическая. Он решил вернуться к ужи-

ну и проведать ее. Когда он вернулся, то увидел, что старушка сидела в постели, сияя от счастья, а ее сын сидел на кровати рядом и разговаривал с ней. Боль женщину больше не беспокоила!

Как сказал однажды мой коллега, доктор Ричард Ламертон, на лекции в 1970-е годы в Лондоне: «Что может сделать морфин, если больной несчастлив?»

В начале этой главы мы видели рисунок, демонстрирующий, что в середине 1970-х годов хоспису Святого Христофора удавалось облегчать боль пациентов гораздо эффективнее, чем сотрудникам первичного звена и больницы в том же регионе. Если мы хотим эффективно облегчать боль, то должны овладеть теми же знаниями и навыками, какие были у персонала хосписа. В этой книге я стараюсь вас с ними ознакомить.

Источники

1. *Haram B.J.* Facts and figures in «Management of Terminal Disease». Edited by Saunders C.M. Edward Arnold. London, 1978. P. 12–18.

2. *Twycross R.G.* Clinical experience with diamorphine in advanced malignant disease // *International Journal of Clinical Pharmacology. Therapy and Toxicology.* 1974. Vol. 9. P. 184–198.

3. *Foley K.M.* Pain syndromes in patients with cancer in «Advances in Pain Research and Therapy» / J.J. Bonicca, V. Ventifrida. New York: Raven Press, 1979. Vol. 2. P. 59–75.

4. *Wilkes E.* Some problems in cancer management // *Proceedings of the Royal Society of Medicine.* 1974. Vol. 67. P. 23–27.

5. *Pannuti E., Rossi A.P., Marraro D. et al.* The continuing care of patients with Terminal Cancer / R.G. Twycross, V. Ventifrida. Oxford: Pergamon Press, 1980. P. 75–78.

6. Trotter J.M., Scott R., MacBeth F.R. et al. Problems of the oncology outpatient: role of the liaison health visitor // *British Medical Journal*. 1981. Vol. 282. P. 122–124.

7. Cartwright A., Hockey L., Anderson A.B.M. Life before death. London: Routledge & Keegan Paul, 1973.

8. Norton W.S., Lack S.A. Control of symptoms other than pain in «The Continuing Care of Patients with Terminal Cancer» / R.G. Twycross, V. Ventifrida. Oxford: Pergamon Press, 1980. P. 167–168.

9a. Foley K.M. Pain syndromes in patients with cancer // *Advances in Pain Research and Therapy* / J.J. Bonicca, V. Ventifrida. New York: Raven Press, 1979. Vol. 2. P. 59–75.

9b. Van den Beuken et al. *Ann Oncol* 2007 — Ripamonti et al. *ESMO Guidelines. Ann Oncol.*, 2012.

10a. *New England Journal of Medicine*. 1994. P. 592–596.

10b. Dr Fallon et al. Prevalence of pain in patients with active cancer in Scotland — a national cross-sectional study. 1999.

11. Parkes C.M. *Management of Terminal Disease* / C.M. Saunders, E. Arnold. London, 1978. P. 66–67.

12. Twycross R.G. Symptom control in far advanced cancer; pain relief” Robert G. Twycross and Sylvia Lack. Published by Pitman. 1983. P. 20

13. Grond S. et al. Assessment of Cancer Pain: a prospective evaluation of 2266 cancer patients referred to a pain service. 1966. *Pain*. 64. P. 107–114.

14. Walker P. The use of bisphosphonates in Palliative Care // *European Journal of Palliative Care*. 2000. May. Vol. 7. № 2. P. 46–49.

15. Bloomfield D.J. Should bisphosphonates be part of the standard therapy for patients with multiple myeloma and bone metastases from other cancers? // *J Clinical Oncology*. 1998. March. Vol. 16 (3). P. 1218–1225.

16. Hall. H., Leach. A Paravertebral block on the management of liver capsule pain after blunt trauma / B.J. *Anaesthesia*. 1999. Vol. 83(5). P. 819–821.

ГЛАВА 6

Опиоидные анальгетики в облегчении боли при онкологических заболеваниях

Опиоиды с целью купирования хронического болевого синдрома на том или ином этапе болезни назначают 70–80% инкурабельных онкологических больных [1]. При других неизлечимых заболеваниях пациенты с такой же частотой испытывают боль и также нуждаются в опиоидах [2]. Онкологические больные испытывают боли не только в терминальной фазе заболевания: 59% пациентов испытывают боли в процессе куративного лечения, 33% — после окончания куративного лечения, 65% — в процессе прогрессирования заболевания и приближения к терминальному периоду [3].

Доступность опиоидных анальгетиков в России

В сравнении со странами Западной Европы [3] в России существует только небольшой ассортимент опиоидных анальгетиков, которые можно назначить пациенту. Среди них трамадол, морфин, фентанил, бупренорфин и промедол. В России трамадол досту-

пен в таблетках с быстрым и замедленным высвобождением, а также в инъекционной форме.

Хотя морфин в различных лекарственных формах (с быстрым или замедленным высвобождением, а также для парентерального введения) был признан Всемирной организацией здравоохранения жизненно необходимым препаратом для обезболивания при ограничивающих продолжительность жизни заболеваниях, в России он доступен только в форме для парентерального применения, а также в форме с замедленным высвобождением. На данный момент в России нет морфина в пероральной форме с немедленным высвобождением.

По данным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена за 2008 год, пероральная форма морфина была недоступна для пациентов на большей части территории России. Согласно собранным данным, в этот год только 1,9% пациентов за пределами Москвы получали морфин в форме для перорального приема с целью купирования болевого синдрома. В Москве, где легче получить морфин в такой форме, 30,4% пациентов с неизлечимыми заболеваниями и присутствием болей получали морфин в таблетированной форме. Также оказалось, что в этот период весь морфин для перорального приема был доступен только в форме таблеток с замедленным высвобождением.

Учитывая вышесказанное, в настоящее время, кажется, наметился определенный прогресс: в скором времени станет проще получить этот жизненно необходимый препарат в любых необходимых формах. В ноябре 2013 года Министерство здравоохра-

нения РФ начало переговоры с ФГУП «Московский эндокринный завод» относительно производства морфина для перорального применения с быстрым высвобождением в жидкой и таблетированной формах [4].

По данным Института им. П.А. Герцена за 2008 год, получить фентанил в форме пластыря в Москве и на всей территории России было легче, чем морфин для перорального приема; большее количество пациентов с острыми болями получали симптоматическое лечение трансдермальным фентанилом, чем пероральным морфином [4].

Использование опиоидных анальгетиков для обезболивания при неизлечимых заболеваниях

Опиоиды — это обезболивающие наркотические препараты, незаменимые в паллиативной медицине в случае их правильного употребления. Особенно эффективно они помогают при прорастании опухоли в мягкие ткани, болях в костях (в комбинации с НПВС) и болях в печени при растяжении глссоновой капсулы — фиброзной оболочки печени. При всех этих локализациях пациент страдает от непрекращающейся, постоянной боли.

Виды боли, при которых требуется назначение дополнительных средств, более специфическая терапия:

- коликообразная,
- вызванная повышением внутричерепного давления,
- нейропатическая.

Лестница обезболивания ВОЗ [5, 6]

В помощь врачам в купировании такой непрекращающейся, но облегчаемой опиоидами боли ВОЗ разработала простую схему — лестницу обезболивания, опубликованную в 1996 году и обновленную в 2002 году. Согласно этой схеме пациенты с умеренно выраженной болью получают анальгетики, соответствующие 1-й ступени. По мере усиления боли они переходят на препараты, соответствующие 2-й ступени, затем 3-й ступени.

1-я ступень: умеренная боль — простой анальгетик, например парацетамол и (или) НПВС.

2-я ступень: средняя боль — слабый опиоид, например трамадол (+ препараты 1-й ступени, если врач считает, что они помогут при купировании боли).

3-я ступень: сильная боль — сильный опиоидный анальгетик, например морфин или фентанил (+ препараты 1-й ступени, если врач считает, что они помогут при купировании боли).

Существует связь между выраженностью боли по шкале от 0 до 10 баллов и выбором ступени лестницы обезболивания:

1-я ступень: умеренная боль — 4 балла и менее;

2-я ступень: от умеренной до средней боли — 5–6 баллов;

3-я ступень: от средней до сильной боли — 7 баллов и более.

Лестница обезболивания. Анальгетики 1-й ступени

Парацетамол и НПВС, такие как ибупрофен, рекомендуется использовать для обезболивания на 1-й ступени. Они эффективно справляются со слабой болью и относительно безопасны (нетоксичны).

Парацетамол

Парацетамол — это неопиоидный анальгетик центрального действия:

- блокирует регенерацию пероксидазы;
- предотвращает превращение неактивной циклооксигеназы (ЦОГ) в активную окисленную ЦОГ;
- участвует в окислении L-аргинина, в результате чего выделяется оксид азота;
- блокирует нисходящие серотонинергические пути;
- не обладает выраженным периферическим противовоспалительным действием.

Главное побочное действие парацетамола связано с гепатотоксичностью. Это может показаться удивительным, но сообщается о большом числе случаев поражения печени при употреблении парацетамола в дозе от 5 до 7,5 г/сут. [8]. Это связано с тем, что в определенных ситуациях риск поражения печени увеличивается.

Факторы риска:

- пожилой возраст;
- если пациент одновременно принимает ферментоиндуцирующие препараты, такие как карбамазепин, рифампицин, препараты зверобоя;

– при пониженном питании, что бывает при анорексии и кахексии в терминальной стадии заболевания.

Например, 43-летний пациент с болезнью Крона, весящий всего 30 кг, умер после того, как принимал 1 г парацетамола 4 раза в день на протяжении всего лишь 4 дней.

Следующие рекомендации по назначению парацетамола помогут выбрать правильную дозу [7].

Если пациент весит:

- более 50 кг и не имеет факторов риска — максимальная доза 4 г/сут.;
- более 50 кг + любые факторы риска — максимальная доза 3 г/сут.;
- 10–50 кг — 15 мг на 1 кг массы тела до 4 раз, максимальная доза 60 мг/кг в сутки;
- парацетамол, вводимый ректально, плохо всасывается, поэтому доза для пациента с массой тела 50 кг может достигать 1,5 г 4 раза/в сутки.

НПВС предотвращают или уменьшают вызванную воспалением повышенную болевую чувствительность в центральной нервной системе (ЦНС) или локально, ингибируя синтез простагландинов. Таким образом, НПВС особенно эффективны при купировании боли, вызванной воспалением. Сюда относятся большинство болей, возникающих при онкологических заболеваниях [8]. НПВС также эффективны как жаропонижающие средства, даже в случае лихорадки паранеопластического генеза [8]. Итак, НПВС — пре-

параты, широко применяемые в паллиативной медицине.

Однако побочные действия НПВС могут быть достаточно серьезными. К ним относятся:

- почечная недостаточность;
- задержка жидкости (отечность);
- поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), от легкого гастрита до язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- пониженная агрегация тромбоцитов и увеличение длительности кровотечения;
- повышенный риск сердечной недостаточности;
- бронхоспазм.

Эти побочные эффекты встречаются чаще, если пациент принимает одновременно НПВС и стероидные препараты. Риск негативного действия на ЖКТ увеличивается вдвое, если пациент принимает НПВС (в сравнении с пациентами, не принимающими НПВС). Риск также удваивается, если пациент дополнительно принимает стероиды.

Если пациент принимает НПВС в течение 2 месяцев, риск образования прободной или кровоточащей язвы составляет 1 : 500, а риск летального исхода вследствие повреждения желудка или двенадцатиперстной кишки — 1 : 200. Таким образом, риск сам по себе не велик, однако он увеличивается вследствие употребления НПВС и еще больше при одновременном употреблении НПВС и стероидных препаратов [7, 9].

Ввиду этого, когда вы как врач назначаете НПВС, нужно внимательно подумать о том, насколько

преимущества препарата будут преобладать над возможными рисками.

Преимущества эффективного обезболивания вряд ли перевесят те риски, которые возникают у пациентов с противопоказаниями к приему НПВС.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к аспирину и другим НПВС;
- наличие язв и кровотечений из ЖКТ;
- острая сердечная недостаточность;
- заболевания печени в фазе обострения, с умеренной до острой печеночной недостаточности;
- острая почечная недостаточность с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин или с ухудшающейся функцией почек с гиперкалиемией более 5 ммоль/л [8].

Правила безопасного назначения НПВС:

- выбрать наиболее безопасный НПВС для вашего пациента;
- использовать наименьшую эффективную дозу за кратчайший период времени;
- назначить пациенту гастропротекторы;
- рассмотреть варианты использования других препаратов, влекущих за собой меньший риск [8].

Какие НПВС лучше использовать?

Все НПВС токсичны для почек, однако риск негативного влияния на ЖКТ и сердечно-сосудистую систему (ССС) может различаться, поэтому при назначении препаратов необходимо взвешивать факторы

риска. Напроксен наиболее безопасен для ССС и наименее безопасен для ЖКТ. В справочниках по паллиативной медицине указывается, что ибупрофен в низких дозировках (менее 1200 мг/сут.) является препаратом первой линии, так как при такой дозировке минимален риск повреждения ЖКТ. Более высокие дозы ибупрофена повышают риск патологий как со стороны ЖКТ, так и со стороны ССС [8].

Какие из доступных в России НПВС следует назначать?

Доступность — это одно из основополагающих принципов выбора препарата. В России среди доступных НПВС есть следующие препараты: ибупрофен, кеторолак, метамизол.

Ибупрофен рекомендуется как препарат первой линии в качестве противовоспалительного анальгетика, используемого на 1-й ступени лестницы обезболивания. Как и все НПВС, ибупрофен может вызвать повреждение почек и не должен использоваться, если скорость клубочковой фильтрации меньше 30 мл/мин. Поскольку препарат несет высокий риск развития гастрита и желудочного кровотечения, он не должен использоваться при наличии у пациента пептических язв, особенно в случае наличия кровотечения из язвы, и всегда должен назначаться только вместе с гастропротекторами.

Кеторолак относится к гораздо более опасным НПВС. Побочные эффекты кеторолака включают кровотечение из ЖКТ, повреждение почек и аллергиче-

ские реакции. Эти побочные эффекты стали причиной смерти 97 человек по всему миру в период с 1990 по 1993 год, что повлекло за собой изъятие лекарства с рынка во многих странах. Учитывая такой высокий риск серьезных побочных эффектов, кетеролак должен использоваться только в крайнем случае. Повторю, данный препарат надлежит всегда принимать вместе с гастропротектором.

Метамизол — это обезболивающее, жаропонижающее и спазмолитическое средство, однако оно не является противовоспалительным. Метамизол служит предшественником активной формы ингибитора ЦОГ 3, таким образом, он ингибирует образование простагландинов. Мнение об этом препарате противоречиво, но он широко используется в России, Испании, Мексике и многих странах Латинской Америки, Азии и Африки для облегчения послеоперационной боли, боли при онкологических заболеваниях, колике, мигрени. Однако, поскольку он может вызывать агранулоцитоз, ведущий к летальному исходу, он запрещен в США, Канаде, Австралии и Великобритании. Количественно риск развития агранулоцитоза сложно определить; согласно исследованию, проведенному в Швеции, риск развития агранулоцитоза составляет 1 случай на 1439 пациентов. Тем не менее метамизол — это один из 10 лекарственных препаратов, наиболее часто вызывающих это состояние, он также может вызывать анафилаксию и гипотензию. Таким образом, перед тем как назначить пациенту подобный препарат, врачи должны внимательно оценить пользу от его применения и существующие риски. Пациентам с почечной

или печеночной недостаточностью он не рекомендуется [10]. Эффективная доза метамизола — 1–2,5 г/сут., разделенная на три или четыре приема. В России метамизол доступен в сочетании с другими лекарственными веществами. Существует около 12 различных комбинированных препаратов, содержащих метамизол.

Чаще всего врачи рекомендуют: **пенталгин** (содержит 300 мг метамизола натрия, 300 мг парацетамола, 50 мг кофеина, 8 мг кодеина, 10 мг фенобарбитала); **баралгин** (содержит 500 мг метамизола натрия, 5 мг питофенона гидрохлорида и 100 мкг фенпивериния бромида).

Сложные сочетания большого количества лекарственных веществ в препарате увеличивают риск взаимодействия лекарственных веществ и полипрагмазии. Поэтому более целесообразно назначать парацетамол и метамизол как отдельные препараты, что будет дешевле и позволит лечащему врачу оценить эффекты применения каждого препарата в отдельности. Кроме того, комбинированные препараты могут обладать не большей эффективностью, чем содержащийся в них парацетамол, в то время как все компоненты взаимодействуют между собой, что приводит к большей вероятности побочных эффектов.

Если вы решили использовать НПВС, то должны параллельно назначить пациенту эффективные гастропротекторы. Например:

- простагландин E1 — мизопропростол — по 800 мкг, однако есть риск развития диареи;
- H₂-блокаторы — ранитидин — по 300 мг 2 раза в день;
- ИПП — омепразол — от 20 до 40 мг в день.

Мизопростол является единственным из этой группы препаратов с доказанной эффективностью по гастропротекции, однако наиболее широко используется омепразол. Для пациентов, принимающих НПВС и при высоком риске развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, двойная доза H_2 -блокатора или ИПП значительно снижает возможность выявления патологических изменений при эндоскопическом исследовании.

Лестница обезболивания.

2-я ступень. Слабые опиоиды

Слабые опиоиды — это препараты 2-й ступени лестницы обезболивания ВОЗ. Слабые опиоиды обладают эффектом насыщения. Это означает, что кривая зависимости доза—эффект более не растет и после назначения максимальной рекомендованной дозы анальгетический эффект не увеличивается. С увеличением дозы повышаются лишь риск потенциальных побочных эффектов и количество единиц лекарственных препаратов, принимаемых пациентом [12]. Максимальная рекомендованная суточная доза слабых опиоидов в сутки эквивалентна 25–40 мг перорального морфина. Следовательно, вместо слабых опиоидов на 2-й ступени можно использовать морфин в низких дозах. В настоящее время прямой переход от 1-й к 3-й ступени стал официальной рекомендацией ВОЗ при обезболивании детей, в некоторых центрах он применяется и у взрослых пациентов [12]. На практике 2-я ступень до сих пор широко используется, так как слабые опиоиды более доступны, чем

сильные, и врачи и пациенты, имея с ними дело, чувствуют себя спокойнее. Самые широко используемые на 2-й ступени препараты — это кодеин и трамадол. Из них только трамадол широко доступен в России.

Метаболизм слабых опиоидов зависит от генетических особенностей организма, и они могут оказывать сильное влияние на одних людей и слабое — на других. Как врачи мы должны знать о таких особенностях и принимать их во внимание, выписывая пациенту трамадол или кодеин. Оба препарата, трамадол и кодеин, являются предшественниками лекарств, активные компоненты которых образуются под воздействием цитохрома P450 2D6. Генетический полиморфизм и воздействие лекарственных препаратов определяют характер метаболизма в данном случае. Таким образом, люди могут быть либо «медленными метаболизаторами», вырабатывающими мало метаболитов или неактивные метаболиты, либо же «сверхбыстрыми метаболизаторами», вырабатывающими больше метаболитов, чем обычно. Это особенно важно, когда речь идет о детях: были зафиксированы «редкие случаи послеоперационных смертей», связанные с употреблением кодеина [12].

Эти колебания в скорости метаболизации кодеина и трамадола являются относительно общими для всех (меньше или равны 10%), но их не всегда можно выявить [12]. Что мы видим — боль пациента не купирована при помощи анальгетиков 2-й ступени. Что мы делаем — переходим на 3-ю ступень. Однако, если мы прямо пересчитаем эквивалентную дозу обезболивающих для 3-й ступени, есть риск назначить слишком высокую дозу сильных опиоидов, так как организм

«медленных метаболизаторов» может вырабатывать меньше активных метаболитов, чем обычно. Поэтому более целесообразным будет при переходе от трамадола или кодеина к морфину назначить не более чем равноценную дозу опиоидов 3-й ступени, чем увеличивать дозу при переходе на следующую ступень. Таким образом, если ваш пациент принимает максимальную дозу трамадола — 400 мг/сут., вы должны назначить ему 30–40 мг морфина в сутки перорально или, если он принимает максимальную дозу кодеина (240 мг/сут.), назначить 20–30 мг морфина в сутки перорально. После этого необходимо оценить эффективность купирования боли, после чего доза может быть повышена без риска передозировки. Назначайте более высокую дозу препарата при переходе на более высокую ступень только при наличии частых эпизодов прорыва боли [21].

Если морфин для перорального приема недоступен, используйте морфин для парентерального введения, уменьшив его суточную дозу вдвое (от пероральной дозы), разделите на равные части и вводите каждые 4 часа. Это позволит оптимально контролировать болевой синдром.

Трамадол

Трамадол — это синтетический опиоид центрального действия, обладающий как опиоидной, так и неопиоидной активностью [13]. Для этого опиоида μ -рецепторная активность обусловлена действием активного метаболита О-дезметилтрамадола, который образуется под действием цитохрома P450 2D6 в печени после всасывания трамадола из ЖКТ.

Обезболивающее действие трамадола обусловлено также ингибированием захвата серотонина и норадреналина и, таким образом, ослабляет болевые стимулы.

Трамадол — это опиоид средней силы, сам по себе он гораздо эффективнее парацетамола. Начальная доза трамадола составляет 50 мг 4 раза в день, она может быть увеличена до максимальной рекомендуемой дозы — 100 мг 4 раза в день. Опытные клиницисты знают, что 400 мг трамадола в сутки обладают таким же обезболивающим эффектом, как 40 мг перорального морфина в сутки в несколько равных приемов или 20 мг инъекционного морфина в сутки в несколько равных приемов. Если трамадол в дозе 400 мг/сут. не снимает боль и при оценке боли вы считаете, что данный тип боли хорошо ответит на опиоиды, то наиболее целесообразно перейти к 3-й ступени обезболивания и сильным опиоидам, таким как морфин. Не переводите пациента на другой опиоид 2-й ступени, маловероятно, что от этого будет больший эффект, чем от трамадола.

Предосторожности при использовании трамадола

Учитывая механизмы метаболизма и выведения, доза трамадола должна быть уменьшена вдвое у пациентов с почечной или печеночной недостаточностью.

Судороги — достаточно редкий побочный эффект при приеме трамадола (менее 1%) — встречаются при назначении препарата в дозе более 400 мг/сут. Тем не менее препарат назначается с осторожностью пациентам с судорогами в анамнезе, а также при

приеме других препаратов, снижающих судорожный порог. Как и в других случаях, всегда нужно оценивать преимущества от приема препарата и возможные риски. Если у пациентки рак молочной железы и метастазы в головной мозг, а боли хорошо отвечают на терапию опиоидами, то надлежит назначить трамадол, так как при такой локализации он чрезвычайно редко вызывает судороги [13].

При приеме трамадола одновременно с лекарствами, препятствующими пресинаптическому обратному захвату серотонина, наблюдались случаи серотониновой токсичности. Такой риск возникает при превышении максимальной рекомендованной дозы трамадола или снижении метаболизма трамадола в организме. Такая ситуация носит название «серотониновый синдром» [13].

Одновременное назначение трамадола и ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) противопоказано; с осторожностью следует назначать трамадол совместно с другими антидепрессантами, особенно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) и трициклическими антидепрессантами [8].

Побочные эффекты

Головокружение, тошнота и рвота очень часто встречаются среди побочных действий трамадола (>10%). Поэтому, чтобы избежать их, необходимо одновременно назначить пациенту противорвотные препараты.

Головная боль, сонливость, повышенная утомляемость, потливость, сухость во рту и запоры также

встречаются у 1–10% пациентов, принимающих трамадол [13].

Кодеин

В Великобритании кодеин используется чаще трамадола. Он активируется при метаболизации цитохромом P450 2D6. Кодеин считается в 10 раз менее сильным препаратом, чем морфин, при том же способе применения. Это означает, что максимальная суточная доза кодеина, составляющая 240 мг, эквивалентна примерно 25 мг/сут. перорального морфина. В России кодеин доступен по большей части в составе комбинированных препаратов, чем как отдельный препарат, найти который проблематично.

Если кодеин в пероральной форме в дозе 240 мг/сут. неэффективен, а при оценке болевого синдрома вы считаете, что боль хорошо отвечает на опиоиды, то следует перейти к 3-й ступени лестницы обезболивания и сильным опиоидам, таким как морфин. Не переводите пациента на другой опиоид 2-й ступени, маловероятно, что от этого будет больший эффект, чем от кодеина [17–20].

Лестница обезболивания.

3-я ступень

На 3-й ступени лестницы обезболивания применяются сильные опиоиды, у которых отсутствует эффект насыщения. Это означает, что их можно продолжать титровать по мере усиления боли с течением заболевания. Таким образом, это очень полезные препараты для врачей, работающих с болевыми син-

дромами при ограничивающих продолжительность жизни заболеваниях.

Многие врачи опасаются применять сильные опиоиды из-за страха побочных эффектов, а также вследствие их ограниченных знаний и опыта использования препаратов при неизлечимых заболеваниях. Данный раздел нашей работы лучше ознакомит вас с сильными опиоидами и практическим опытом их клинического применения. Вы узнаете, как эффективно применять доступные вам опиоиды.

Сильные опиоиды

Молекулярная структура опиоидов 3-й ступени определяет их применение, степень эффективности, продолжительность действия, скорость метаболизма и выведения. Эти характеристики должны приниматься во внимание при выборе сильного опиоида для пациента, если в наличии есть различные препараты. Морфин во всем мире признан препаратом выбора для купирования онкологических болей благодаря его «изученности, доступности и стоимости» [22].

В Москве недоступен морфин немедленного высвобождения, но доступен в виде таблеток МСТ — с замедленным высвобождением. В других регионах РФ МСТ может иметься в наличии, но выписывают его редко; только 1,9% пациентов, которым мог бы помочь препарат, его получают [4].

Когда стоит вопрос о выписке сильных опиоидов, следует учитывать следующие принципы контроля болевого синдрома.

- *Пероральный прием препарата всегда луч-*

ше других путей введения при обезболивании. Это наиболее частый способ назначения лекарственных препаратов, а значит, и более привычный как для медиков, так и для пациентов. Пероральный прием позволяет пациенту жить максимально независимо от других.

- *Опиоидные препараты длительного действия на 3-й ступени лучше использовать только при постоянной боли одинаковой интенсивности.* Причина этого в том, что препараты длительного действия требуют больше времени для подбора оптимальной дозы и качественного и полного купирования боли в сравнении с формами короткого действия.
- *Пациенты с постоянным болевым синдромом нуждаются в постоянном получении препаратов 3-й ступени.* Регулярное применение обезболивающих препаратов создает постоянный уровень анальгезии. Это позволяет купировать постоянно присутствующий болевой синдром, не допустить возобновления боли и, таким образом, предотвратить страх возвращения боли.

В идеале все пациенты нуждаются в быстродействующем (быстрого высвобождения) сильном опиоиде при прорывах боли на фоне базового обезбоживания препаратами длительного действия. Требуемая по мере необходимости доза анальгетика должна составлять от 1/10 до 1/6 предписанной врачом суточной дозы опиоида, используемой для базового обезбоживания. Ее следует выписать как дозу при необходимости. Опиоиды быстрого действия для

перорального приема и подкожного введения полностью всасываются и начинают действовать в течение 1 часа, так что дозу можно вводить снова через каждый час, если боль не была купирована или возобновилась.

В России в настоящее время недоступен морфин короткого действия для перорального приема. МСТ в соответствующей дозе может заменить пероральный морфин короткого действия, если растолочь таблетку МСТ, тем самым нарушив оболочку, которая и обуславливает процесс замедленного высвобождения. В качестве альтернативы можно ввести морфин короткого действия подкожно в соответствующей дозе.

Сильные опиоиды. Способы введения

Сильные опиоиды можно вводить перорально, местно, парентерально или через слизистую.

Пероральные опиоиды

Существуют опиоиды для перорального приема быстрого и замедленного действия. Они все выводятся из организма через почки (табл. 1).

Наиболее часто используемые пероральные опиоиды — это морфин, оксикодон и гидроморфон. У этих опиоидов очень разная степень активности, поэтому переходить с одного препарата на другой нужно с большой осторожностью.

Единственный доступный в России пероральный опиоид 3-й степени — это морфин замедленного высвобождения, МСТ. В основном он доступен в Москве в дозировке 10, 30, 60 и 100 мг. В других

Таблица 1

Форма препарата	Время достижения максимальной плазменной концентрации	Длительность действия	Путь выведения из организма	Оптимальный способ применения
Быстрого высвобождения	15–60 мин	3–6 ч	Через почки	Первоначальный подбор дозы при прорывах боли
Медленного высвобождения	1–6 ч	12–24 ч в зависимости от препарата	Через почки	Купирование стабильного болевого синдрома

регионах России получить его сложно или невозможно. МСТ — препарат с замедленным высвобождением действующего вещества, длительность действия составляет 12 ч [4].

Опиоиды для парентерального введения

Опиоиды для парентерального введения — это препараты 2-й степени, они применяются в случае недоступности пероральных форм или если пероральная форма не подходит данному пациенту. Парентеральные опиоиды 3-й степени в основном вводятся подкожно. Удобство такого введения в том, что не требуется более сложного внутривенного введения, что позволяет легко использовать его на дому.

Парентеральные опиоиды 3-й степени лестницы обезболивания начинают действовать быстрее, чем пероральные опиоиды 3-й степени. Парентеральные опиоиды особенно необходимы в ситуации, когда пациент не может глотать или испытывает тошноту и рвоту, — в этом случае пероральные препараты будут всасываться плохо.

ВАЖНО ЗНАТЬ, ЧТО ОПИОИД, ВВОДИМЫЙ ПАРЕНТЕРАЛЬНО, В 2 РАЗА СИЛЬНЕЕ ТОГО ЖЕ ПРЕПАРАТА, ВВОДИМОГО ПЕРОРАЛЬНО.

Парентеральные опиоиды действуют в 2 раза сильнее пероральных благодаря эффекту «первого прохождения» (пресистемный метаболизм). Этот эффект означает, что лишь около половины дозы опиоида, принятого перорально, достигает большого круга кровообращения. Это связано как с биодоступностью через ЖКТ, так и с частичным распадом опиоида в печени.

При использовании шприцевой помпы (сириндж-драйвера) опиоиды 3-й степени могут вводиться пациенту подкожно в течение многих часов, обеспечивая постоянную базовую анальгезию. Следует помнить, что в начале использования шприцевой помпы при условии, что пациент не принимал регулярно до этого эквивалентную дозу обезболивающего препарата каким-либо другим способом, для достижения максимального эффекта потребуется 4 ч. Поэтому, если пациент испытывает боль на момент постановки шприцевой помпы, потребуется введение сильного опиоида короткого действия для ее немедленного купирования.

Морфин, оксикодон и гидроморфон могут быть введены парентерально. Различные фармакологические формы фентанила, такие как альфентанил, фентанил и суфентанил, также могут быть введены парентерально и подкожно (табл. 2). Все эти препараты имеют различную степень активности, поэтому подбор дозы осуществляется с осторожностью.

Фентанилы метаболизируются в печени, и нетоксичные метаболиты выводятся через почки. Это означает, что фентанил — превосходный опиоид для пациентов с почечной недостаточностью, хотя при острой недостаточности все же рекомендуется снизить дозу препарата. Фентанил метаболизируется очень быстро, поэтому его редко используют при прорыве боли, его однократная инъекция купирует боль очень краткосрочно.

Фентанилы реже вызывают запор по сравнению с другими сильными опиоидами.

Таблица 2

Препараты	Способ введения	Время достижения максимальной плазменной концентрации	Длительность действия	Применение
Морфин, оксикодон и гидроморфон	Подкожная инъекция	15 мин	3–6 ч	При прорыве боли могут вводиться часто — через каждые 4 ч, для обеспечения базовой анальгезии
Фентанилы	Подкожная инъекция	10–30 мин в/м или п/к (начало действия 7–15 мин)	1–2 ч	Редко применяются
Морфин, оксикодон и гидроморфон	Шприцевая помпа (сиринг-драйвер)	4 ч	Много часов — в зависимости от настроек помпы	Базовая анальгезия
Фентанилы	Шприцевая помпа (сиринг-драйвер)	4 ч	Много часов — в зависимости от настроек помпы	Базовая анальгезия при наличии почечной недостаточности

Петидин и промедол (тримеперидин)

Опиоид петидин не используется в паллиативной медицине из-за крайне короткого действия и по причине накопления в организме его метаболита — норпетидина, снижающего эпилептический порог. На практике он оказывает краткосрочное обезболивающее действие, требует частого повторного введения и, накапливаясь в организме, оказывает токсическое действие на ЦНС [23].

Промедол (тримеперидин) — схожий с петидином препарат, широко доступный в России. У него много общих недостатков с петидином, и по этой причине он не рекомендуется для использования в паллиативной медицине.

Морфин для парентерального введения при обеспечении базового обезболивания

В России недостаточно доступны пероральные опиоиды, чтобы обеспечить базовое обезболивание у пациентов.

Если возможна постановка морфиновой помпы (сириндж-драйвера), то можно заправить в нее дозу на 24 ч и таким образом обеспечить постоянное введение. Если шприцевой помпы нет в наличии, то для создания постоянной анальгезии подойдут инъекции морфина каждые 4 ч. Если возможно использовать морфиновую помпу, то регулярные инъекции морфина применяются редко — они доставляют дискомфорт пациенту, неудобны семье и медикам, обеспечивающим уход, потому что кто-то должен всегда быть рядом с пациентом ко времени следующей инъекции вне зависимости от времени суток. Облегчить ситу-

ацию может постановка подкожной иглы-бабочки. Можно обучить членов семьи отмерять нужную дозу морфина и вводить каждые 4 ч через иглу-бабочку.

Морфин вводится подкожно каждые 4 ч, поскольку такова его длительность действия. Если вводить реже, например каждые 6 ч, то пришлось бы увеличить дозу для купирования боли, к тому же препарат метаболизируется в организме, повышая риск токсического действия. Если морфин вводится лишь по необходимости, то пациент будет постоянно испытывать сильную боль, поскольку следующая доза морфина вводится уже при наличии боли, а введенный препарат начнет действовать только через определенное время (рис. 4).

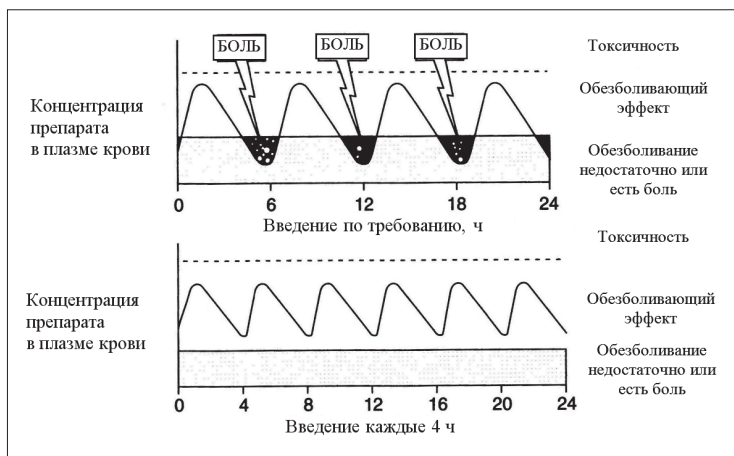


Рис. 4. График демонстрирует, что если обезболивание опиоидами проводить только по требованию (каждые 6 ч), то пациент будет испытывать боль между введением доз, к тому же повышается риск токсичности. Но если опиоиды вводятся регулярно каждые 4 ч, то можно достичь контроля над болью без риска токсического воздействия (Р. Твайкросс)

Помните, что пациенту все еще может понадобиться дополнительное обезболивание при прорывах боли, которые происходят независимо от того, каким образом обеспечена базовая анальгезия — введением морфина каждые 4 ч или установкой морфиновой помпы на 24 ч. Доза морфина при прорывной боли должна быть равной той, которая вводится подкожно каждые 4 ч, или 1/6 общей суточной дозы, вводимой через морфиновую помпу. Дополнительные инъекции морфина допустимо делать каждый час между плановыми введениями, если боль не снимается плановыми инъекциями или быстро возвращается.

Трансдермальные опиоиды

Сильные трансдермальные опиоиды доступны в виде пластырей. Действующее вещество — фентанил или бупренорфин. Пластыри с фентанилом имеют длительность действия 72 ч, а с бупренорфином — 1 неделю (табл. 3). Оба препарата распадаются в печени на неактивные метаболиты. Бупренорфин — частичный агонист-антагонист, а следовательно, может обладать эффектом насыщения. Это может произойти только при превышении максимальной рекомендуемой дозы, а значит, в норме не случается на практике.

Трансдермальные опиоиды очень удобны в применении у пациентов с постоянной болью, которые не могут соблюдать прием пероральных форм опиоидов,

Таблица 3

Препарат	Длительность действия	Характер боли
Фентанил	72 ч	Постоянная
Бупренорфин	1 нед.	Постоянная

так как не могут принимать лекарственные препараты *per os*, страдают от выраженных запоров, ассоциированных с опиоидами, или имеют почечную недостаточность.

Трансдермальные опиоиды часто применяют для купирования постоянной боли из-за времени, нужного для подбора достаточной дозировки. После наклеивания пластырь с фентанилом начинает действовать через 6–12 ч [19], а постоянного уровня в организме препарат достигнет через 36–48 ч [20].

Таким образом, лучше всего начинать использовать трансдермальные пластыри тогда, когда эффективная доза морфина уже подобрана. Пластырь начинает работать медленно, а значит, переходить с морфина на пластырь нужно контролируя состояние больного, чтобы у пациента в первый день использования пластыря не появились боли. На практике это означает, что трансдермальный пластырь с фентанилом нужно наклеить в то же время, когда введена последняя доза морфина, или что пациенту нужно прекратить вводить парентеральный опиоид спустя 8–12 ч после наклеивания пластыря [24].

Если пациент пользуется пластырем, то при прорыве боли, который может случиться на фоне базовой анальгезии, следует использовать опиоид короткого действия. Если в момент наклеивания пластыря пациент жалуется на боли, то нужно дополнительно обезболить его опиоидом короткого действия, так как пластырю требуется время, чтобы достичь эффективного уровня анальгезии.

Начиная терапию трансдермальными опиоидами, помните, что признаков токсичности можно не

увидеть в первые 12–24 ч, поскольку препарату нужно время для усвоения организмом пациента.

Трансдермальные терапевтические системы с бупренорфином и фентанилом доступны в России. Фентанил доступен в виде пластырей дюрөгезик в различных дозах — 25, 50, 75 и 100 мкг/ч.

Опиоиды трансмукозального применения

Трансмукозальные опиоиды используются при прорыве боли у пациентов, которым уже обеспечена постоянная анальгезия другим сильным опиоидом. Среди их преимуществ — быстрое начало действия и простота в использовании. Однако они значительно дороже пероральных опиоидов, а данных, доказывающих их преимущество над последними в процессе лечения, пока недостаточно. Доза трансмукозальных анальгетиков не коррелирует с дозой препарата, обеспечивающего базовое обезболивание, поэтому их использование требует опыта.

«Медицинские консультативные советы в Великобритании (Шотландская медицинская ассоциация, Стратегическая медицинская группа Уэльса) рекомендуют ограничить их применение и назначать лишь пациентам, которым не подходят другие опиоиды короткого действия, например пероральный морфин» [25].

В настоящее время эти препараты в России недоступны.

Морфин ректально

Возможно введение морфина через ректальные суппозитории, однако они недоступны в России.

Имеются непроверенные данные, что морфин замедленного высвобождения в таблетках (МСТ) эффективен при ректальном введении. Клинически, если невозможен прием препарата перорально и назначено ректальное введение, следует вводить ту же суточную дозу морфина. В теории возникают споры о том, какой процент морфина при ректальном введении всасывается напрямую в кровь, минуя пресистемный метаболизм, однако это не оказывает влияния на терапию.

Следует ли назначать парацетамол одновременно с опиоидами 3-й степени?

Механизм действия парацетамола при купировании боли отличается от механизма действия морфина, поэтому пациент только выиграет от одновременного введения сильного опиоида и парацетамола. Однако доза парацетамола при этом достаточно велика — 6–8 таблеток в день, так что лучше вначале попробовать сильные опиоиды без парацетамола с целью убедиться, что парацетамол действительно приносит пользу.

Разбор случаев использования опиоидов, доступных в России

Москва

К вам попадает пациент с полностью некупированным болевым синдромом, анамнез и данные обследования свидетельствуют о том, что пациент должен хорошо ответить на наркотические анальгетики.

Следует провести оценку боли, используя утвержденный алгоритм оценки, например с помощью «Краткого опросника по оценке боли», независимо от того, какую шкалу вы используете — от 0 до 10, как в Великобритании, или от 0 до 4, как в России, главное — обратиться к нему. Если показатели низкие, то стоит начать с 50 мг трамадола каждые 4 ч, при этом можно ввести еще 50 мг после, как минимум, 2 ч, если боль не ушла или вернулась (максимально допустима одна дополнительная доза между установленными дозами). По прошествии 24 ч следует повторно осмотреть и опросить пациента, чтобы понять, как подействовал трамадол. Если боль не прошла, можно повысить дозу трамадола до 100 мг каждые 4 ч, что является максимальной рекомендуемой дозой. Эффект препарата снова нужно проверить через 24 ч, используя алгоритм оценки боли. Если боль по-прежнему не проходит, то пациент нуждается в анальгетиках 3-й степени, что означает использование морфина в таблетках МСТ или в форме инъекций. Поскольку эффективность трамадола зависит от скорости метаболизма, лучше начать МСТ с 20 мг в сутки (МСТ 10 мг 2 раза в день). Если при следующей оценке боли очевидно, что МСТ 10 мг дважды в сутки неэффективно, следует увеличить дозу до 20 мг препарата дважды в сутки и увеличивать ее каждые 24 ч, пока боль не будет купирована.

Когда подобрана эффективная доза препарата, полностью устраняющая боль и не дающая ей вернуться до следующего введения, пациент может продолжать принимать эту дозу в форме таблеток МСТ регулярно. Необходимо продолжать проводить

регулярную оценку боли, удостоверьтесь в том, что мы эффективно и полностью контролируем болевой синдром.

Если ситуация позволяет, можно перейти с МСТ на трансдермальный пластырь с фентанилом, но поскольку его стоимость значительно выше, чем эквивалентная доза МСТ, то для обоснования такого перехода нужна серьезная причина. Например, пластырь может быть необходим пациенту с опухолевым поражением пищевода, который не может глотать и чья предполагаемая продолжительность жизни составляет несколько недель.

Когда пациент больше не может проглатывать таблетки из-за прогрессирования заболевания и ухудшения его состояния, его можно перевести на парентеральный морфин в эквивалентной дозе для обеспечения базового обезболивания. Если в арсенале есть морфиновая помпа, можно непрерывно вводить морфин через помпу вместе с другими препаратами, например противорвотными, когда это необходимо. Если помпы нет, то для базовой анальгезии может быть достаточно подкожного введения морфина каждые 4 ч.

Если тот же пациент обратился к вам в другом регионе России

Чаще всего на остальной территории России сложно получить морфин в таблетированной форме. Таким образом, если при максимальной рекомендованной дозе в 100 мг каждые 4 ч трамадол оказался неэффективен, пациента нужно переводить на инъекционный морфин. Рекомендуется начинать с дозы 10–15 мг морфина в сутки подкожно по 2,5 мг

каждые 4 ч с оговоркой на возможность вводить дополнительные аналогичные дозы каждый час между основными введениями для подбора эффективной дозы. Однако здесь нас ждет затруднение — введение столь малой дозы морфина инъекционно может вызвать трудности. В России одна ампула морфина содержит 10 мг, и согласно приказам, регулирующим получение пациентами этого препарата, все содержимое ампулы должно вводиться единомоментно, поэтому для врачей, чтобы исполнять имеющиеся требования, безопаснее назначать по целой ампуле каждые 4 ч. Если пациенту не нужны все 10 мг для снятия боли, в таком случае в первые дни он может быть чуть более заторможен, но этим нежелательные реакции ограничатся. Довольно редко возникают ситуации, когда доза морфина бóльшая, чем требуется пациенту, может привести к неблагоприятным эффектам, как, например, угнетение дыхания у пациентов с терминальной легочной недостаточностью. Я слышал, что в таких случаях некоторые российские врачи вводят лишь половину ампулы морфина, а оставшуюся сохраняют для следующего введения. В своей практике каждый медик поступает так, как ему кажется наиболее правильным, поскольку в настоящее время пока нет хорошего решения данной проблемы.

Обычно введение дозы, превышающей необходимую пациенту даже вдвое, не несет каких-либо ощутимых последствий для состояния больного, если только пациент ранее никогда не сталкивался с морфином или организм его ослаблен до крайней степени. В Великобритании до появления таб-

летированной формы морфина с замедленным высвобождением, МСТ, пациентам вводили двойную дозу морфина короткого действия перорально перед сном, стараясь обеспечить им на всю ночь анальгезию и сон. Сейчас мы понимаем, что это не могло оказать ожидаемого фармакологического эффекта, но у пациентов хотя бы не возникало серьезных побочных эффектов.

После первых 24 ч приема

После первых суток приема пациентом опиоида посчитайте общую суточную дозу введенного препарата и разделите на шесть равных доз; вводите новую дозу каждые 4 часа в течение следующих суток.

Если изначально пациенту вводили 5 мг морфина каждые 4 ч и между каждыми 2 плановыми введениями пациенту требовалось еще 2 внеплановых введения, то общее количество морфина за 24 ч будет равно 6 плановым дозам плюс 12 внеплановых доз, что составляет $18 \text{ раз} \times 5 \text{ мг} = 90 \text{ мг}$ морфина в сутки. Полученную дозу разделим на 6 равных доз и будем вводить инъекционно каждые 4 часа. То есть $90 \text{ мг} / 6 \text{ раз} = 15 \text{ мг}$; вводим 15 мг морфина каждые 4 ч. Следуя правилу введения дополнительных доз при возобновлении болей, можем вводить по 15 мг каждый час между плановыми инъекциями.

При желании врач может увеличить дозу с 15 до 20 мг, то есть с 1,5 до 2 ампул каждые 4 ч. Такое увеличение дозы не будет иметь значимого влияния на состояние пациента.

По истечении вторых суток

В конце вторых суток снова подсчитывается общая доза за 24 ч и делится на 6 введений. Такой

подсчет может продолжаться до тех пор, пока не отпадет необходимость в дополнительных дозах. Когда суточная доза морфина подобрана, а МСТ получить возможности нет, то можно вводить морфин посредством морфиновой помпы, если есть такая возможность. Другие альтернативы — это трансдермальный фентаниловый пластырь или обычные подкожные инъекции каждые 4 ч.

Побочные эффекты опиоидов и борьба с ними

Опиоиды, как и все лекарственные препараты, имеют побочные эффекты. Наиболее частые побочные эффекты при приеме морфина могут вызвать некоторые неудобства, но они не опасны. Среди них: запоры, сонливость, тошнота, сухость во рту.

Обстипация

Причин обстипации у пациентов, страдающих неизлечимыми заболеваниями, как правило, несколько: малоподвижность, изменения в диете, лекарственные препараты. Прием морфина усугубит ситуацию, поскольку он взаимодействует с μ -рецепторами в ЖКТ и снижает перистальтику тем же путем, что и лоперамид. Поэтому, назначая опиоидный препарат, назначьте и слабительное. Согласно результатам рандомизированных плацебо-контролируемых исследований онкологических пациентов лучше всего начать со стимулирующих слабительных препаратов, постепенно увеличивая их дозу до достаточно эффективной. Если нормальной регулярной дефекации не уда-

ется добиться за 3–4 дня, можно начать прием размягчающих препаратов [26].

Сонливость

Сонливость, как правило, является временной проблемой. Обычно она длится 2–3 дня после начала приема препарата или увеличения дозы. Важно предупредить пациента и его семью о данном побочном эффекте, так как они могут отказаться от приема медикамента, если не будут знать о том, что это временное явление. Частично сонливость может быть обусловлена накопившейся усталостью пациента. Боль могла мешать больному полноценно отдыхать, а после ее устранения пациенту требуется время, чтобы выспаться и восстановить силы.

Тошнота

Тошнота часто возникает у пациентов, которые начали принимать слабые или сильные опиаты впервые. Как и о других побочных эффектах, важно предупредить пациента о возможности возникновения тошноты заранее, а при ее возникновении назначить противорвотное средство для регулярного приема. Тошнота, вызываемая опиоидами, имеет свойство проходить примерно через неделю, поэтому не забудьте отменить противорвотные средства по прошествии нескольких дней.

Сухость во рту

Этот побочный эффект часто встречается и легко устраняется постоянным увлажнением ротовой полости маленькими глотками воды.

Токсичность опиоидов

Токсичное воздействие на ЦНС

Легкие проявления интоксикации со стороны ЦНС являются первым сигналом отравления опиоидами. Важно вовремя выявить легкую интоксикацию, чтобы не допустить развития тяжелого поражения ЦНС.

Первыми сигналами обычно становятся слишком красочные сны и клонические судороги. Такие симптомы бывают настолько слабо выраженными, что пациенту не приходит в голову рассказать о них врачу или медсестре. Поэтому важно регулярно спрашивать пациента о наличии таких проявлений. Пациенты часто описывают легкую форму миоклонии, говоря о том, что они начали ронять вещи. Если как клиницист вы заподозрили отравление опиоидами, проверьте, нет ли у пациента инфекции, обезвоживания или почечной недостаточности. Все эти состояния могут спровоцировать интоксикацию. Попросите пациента больше пить.

Еще одной причиной интоксикации может быть разрешение болей. Например, в результате паллиативной лучевой терапии при опухолевом поражении костей боли уменьшаются. С уменьшением болей доза опиатов, которую получает пациент, становится слишком большой — появляются признаки токсичности. Следует уменьшить дозу наркотических анальгетиков, и проблема будет решена. Если нет очевидной причины токсического поражения, на которую можно повлиять, уменьшите дозу препарата и назначьте дополнительно адъювантную терапию,

чтобы снизить токсичность, но оставить обезболивающий эффект на прежнем уровне. Если можно воспользоваться другими опиоидами, такими как фентанил или бупренорфин, то следует перейти на другой препарат. Если вы перевели пациента на другой опиоид по причине токсичности, то всегда уменьшайте дозу при переходе.

С другой стороны, если симптомы у пациента выражены слабо, то можно не менять схему лечения, но внимательно понаблюдать за состоянием больного. Приведу пример: у меня был пациент с местным метастатическим раком кожи, который покрывал почти всю кожу головы. Боль было очень сложно купировать. Когда мы добились максимально возможного уменьшения болей, у пациента появились миоклонические судороги. После обсуждения ситуации с больным он выразил желание принимать обезболивающие в той же дозе и мириться с присутствием миоклонуса. Я и мои коллеги внимательно следили за его состоянием, чтобы не пропустить появления новых симптомов токсичности опиоидов, но состояние не менялось в течение нескольких последующих месяцев.

Другой пример, который показывает, что иногда следует назначить дополнительную терапию, чтобы уменьшить симптомы интоксикации опиоидами, даже если они слабо выражены. У пациента с трудно поддающимся терапии болевым синдромом появились слабо выраженные галлюцинации в тот момент, когда болевой синдром как раз был купирован. После обсуждения ситуации с пациентом я назначил ему небольшую дозу галоперидола, оставив опиаты на прежнем уровне.

Сонливость и невнятная речь

Прием опиоидов может сопровождаться сонливостью и невнятностью речи, иногда появляется ярко выраженная миоклония без угнетения дыхательной функции. Такой уровень интоксикации не опасен, но требует принять меры, чтобы предотвратить усиление интоксикации. Следует уменьшить дозировку опиоидов для базовой анальгезии и дополнительных введений для купирования прорывов боли на $1/3$ – $1/2$, назначить обильное питье или подкожное введение жидкостей (физраствора), затем провести оценку причин интоксикации, как уже было описано выше.

Угнетение дыхания

Угнетение дыхания — это один из самых значительных страхов, которые испытывают медики при назначении опиоидов. Однако угнетение дыхания является признаком далеко зашедшей интоксикации, и ему предшествуют другие симптомы токсического поражения организма. Таким образом, угнетение дыхания редко встречается в паллиативной медицине, так как подбор дозы опиоидов происходит постепенно и с осторожностью, состояние пациента регулярно оценивают на наличие первых признаков поражения ЦНС.

Угнетение функции дыхания, таким образом, редко возникает как побочный эффект приема опиоидов. Если все же частота дыхания пациента уменьшилась до 12 – 8 в минуту, то следует уменьшить дозу опиоида на $1/3$ – $1/2$; следует обдумать отмену следующего планового введения препарата; назначить обильное питье или введение физраствора подкожно.

Пациенту не следует назначать антагонист опиоидов в такой ситуации, потому что жизнь пациента не подвергается риску. Если ввести антагонист в такой ситуации, то у пациента разовьется острая неконтролируемая боль, снять которую в течение нескольких часов не будет возможности, пока не закончится действие антагониста.

Если частота дыхания более 8 в минуту, пациент находится в коме (без сознания) и (или) наблюдается цианоз кожных покровов:

- 1) немедленно введите 100–200 мкг налоксона внутривенно;
- 2) затем вводите по 100 мкг внутривенно каждые 2 минуты до тех пор, пока дыхательная функция не нормализуется.

Если передозировка ассоциируется с опиоидами длительного действия, например МСТ или трансдермальными опиоидами, «длительность действия опиоида будет превышать длительность действия налоксона. Поэтому может возникнуть необходимость в дальнейших внутривенных введениях налоксона в течение 24 ч, а иногда и дольше» [27].

Зависимость

Зависимость — это еще один страх, который часто появляется у врачей и пациентов. Роберт Твайкросс провел интересное исследование в этой области в начале 1970-х годов во время работы над докторской диссертацией. Он выявил, что пациенты, употребляющие морфин во время лечения, не проявляют признаков зависимости. Более того, после паллиативного лечения, направленного на уменьшение

выраженности болей, такого как лучевая терапия или блокада нервов, доза опиатов может быть постепенно уменьшена, вплоть до полной отмены.

Однако если прием опиоидов был прерван внезапно, то могут возникнуть физические недомогания от резкой отмены препарата: диарея и тревожное возбуждение, так как организм привык к постоянному приему опиоидов и ему требуется время, чтобы адаптироваться к их отсутствию. Если отменять препарат постепенно, то синдрома отмены не возникает.

Толерантность к опиатам

Это понятие подразумевает, что эффект одной и той же дозы снижается со временем. При использовании морфина у пациентов с неизлечимыми заболеваниями такое явление, как возникающая со временем толерантность, большого значения не имеет.

Исследование, проведенное доктором Робертом Твайкроссом, показало, что толерантность обычно не развивается. Именно по этой причине средняя доза опиоида у пациента через 6 месяцев после начала приема лишь немного превышает среднюю дозу, которую пациент получал после 3 месяцев приема.

Как видно из графика на рис. 5, увеличение доз с 12 до 24 недель значительно меньше, чем в первые 12 недель. Роберт Твайкросс смог доказать, что люди, страдающие от онкологической боли, могут оставаться на фиксированной дозе опиоида до 1 года без необходимости увеличения дозы. В редких случаях возникает снижение анальгетического эффекта и необходимость повысить дозировку морфина, чтобы оставаться на том же эффективном уровне обезболивания.

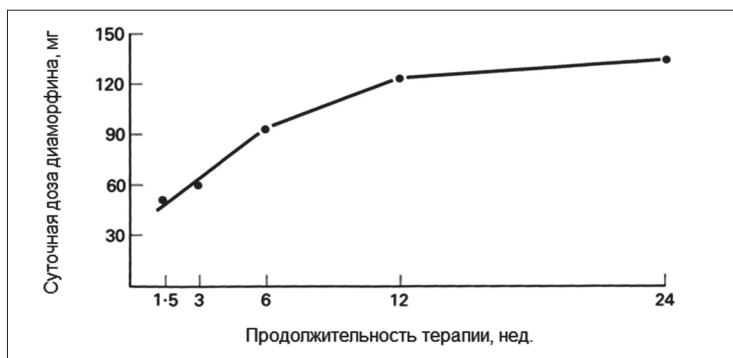


Рис. 5. Средние дозы диаморфина, используемые на сроках 1, 5, 3, 6, 12 и 24 недель после начала обезболивающей терапии. График показывает, что привыкание не возникает и резкое увеличение дозы не требуется при внимательном использовании опиоида (Р. Твайкросс)

Обычно увеличение дозировки связано с прогрессированием заболевания. Чрезвычайно редко встречается истинная толерантность к препарату, в этом случае наилучшим решением будет смена опиоида.

Двойной эффект: «Я не хочу убить своих пациентов!»

Идея «двойного эффекта» заключается в том, что врач, используя сильные анальгетики для устранения боли, может сократить жизнь пациента. На самом деле у такой теории нет никаких доказательств. В действительности, облегчая боль, вы помогаете пациенту не быть истощенным ею и улучшаете его качество жизни. Благодаря этому жизнь пациента, возможно, даже продлится дольше. Качество жизни намного важнее, чем продолжительность; повторюсь, не было доказано, что использование сильных анальгетиков по всем правилам сокращает жизнь пациента.

Пример

Пациент умирал от рака поджелудочной железы и получал 400 мг МСТ дважды в день для устранения боли, что является достаточно большой дозой. Он принимал такую дозу морфина в течение нескольких недель. Ночью накануне смерти он самостоятельно, без посторонней помощи, смог дойти до гостиной. Он с удовольствием посмотрел телевизор: международный матч по регби, а потом реслинг, затем он пошел спать. На следующий день он уже не приходил в сознание и умер к полудню.

Заключение

Опиоиды — крайне важная группа препаратов для купирования болей в терминальном периоде онкологического заболевания.

Правильное использование опиоидов — следуя принципам, описанным в данной главе, — может существенно улучшить качество жизни пациентов и их семей.

Источники

1. *Caraceni et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // *Lancet Oncol.* 2012. Vol. 13. P. 58–68.

www.thelancet.com/oncology/vol/13/feb/2012/a

2. *Solano J.P. et al.* A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease // *Journal of pain and Symptom Management.* 2006. Jan. Vol. 31(1). P. 58–59.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16442483

3. *Ripamonti et al.* Management of cancer pain. ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012. Vol. 23 (supp 7). P. 139–154.

http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii139.full.pdf+html

4. Abuzarova and Usenko — Figures from the Herten Institute in Moscow about opioid availability in Russia for 2008 // Oral presentation at the EAPC Conference in Prague. 2013.

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3VAFEDxUHMU%3D&tabid=1912> p 52

5. WHO Guidelines: Cancer Pain relief (2nd edition) // World Health Organisation. Geneva, 1996.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>

6. *Caraceni A. et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // Lancet Oncol. 2012. Vol. 13. P. 58–68.

www.thelancet.com/oncology/vol13feb2012

7. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* Palliative care formulary — PC4 — on line.

<http://www.palliativedrugs.com/shop/palliative-care-formulary-pcf4-e-book.html>

8. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* Palliative care formulary — PC5 — on line.

<http://www.palliativedrugs.com/>

9. *Tramer M. et al.* Quantitative estimation of rare adverse events which follow a biological progression: a new model applied to chronic NSAID use. Pain. 2000. Vol. 85. P. 169–182.

www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/nsaid.pdf

10. *Hearn L., Derry S., Moore R.A.* Single dose dipyron (metamizole) for acute postoperative pain (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. Issue 12. Art. No.: CD011421. DOI: 10.1002/14651858.CD011421.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011421/abstract>

11. NICE (2004) Dyspepsia. Management of dyspepsia in adults in primary care. Clinical Guideline G17.

www.nice.org.uk/guidance/cg17

12. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* Palliative care formulary — PC5 — on line — section weak opioids.

www.palliativedrugs.com/formulary/en/weak-opioids.html

13. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* Palliative care formulary — PC5 — on line — section tramadol.

www.palliativedrugs.com/formulary/en/tramadol.html

14. *Moore A., Collins S., Carroll D., McQuay H.* Paracetamol with and without codeine in acute pain: a quantitative systematic review. *Pain*. 1999. Vol. 70. P. 193–201.

15. *McQuay H., Moore A.* Bibliography and systematic reviews in cancer pain. A report to the NHS National Cancer Research and Development Programme. Oxford, 1997.

16. Committee on safety of medicines. Tramadol (Zydol) — psychiatric reactions in Current Problems. 1995. (21) Feb.

17. *Regnard C., Tempest S.* A guide to symptom relief — advanced disease. 4th edition. Cheshire: Haig and Hochland, 1998. P. 19.

18. *Twycross R.* Symptom management in advanced cancer 2nd Edition Oxford: Redcliff Medical Press, 1997. P. 67.

19. North West Drug Information Service. Drug information letter no 110. Palliative care prescribing. 1996. Nov. P. 7.

20. *Quidling H., Persson G., Ahlstrom U. et al.* Paracetamol plus supplementary doses of codeine. An analgesic study of repeated doses // *Eur J Clin Pharmacol*. 1982. Vol. 23. P. 315–319.

21. *Caraceni A. et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC published in the lancet. 2012. Vol. 13. Feb.

www.thelancet.com/oncology/vol13-feb2012

22. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* Palliative care formulary — PC5 — on line — section strong opioids.

<http://www.palliativedrugs.com/formulary/en/strong-opioids.html>

23. <http://ns1.medicineau.net.au/clinical/palliativecare/palliativec1258.html?NewsID=&Mode=Print>

24. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* <http://www.palliativedrugs.com/formulary/en/use-of-transdermal-fentanyl-patches.html>

25. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* <http://www.palliativedrugs.com/formulary/en/fentanyl-transmucosal.html>

26. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* <http://www.palliativedrugs.com/formulary/en/laxatives.html>

27. *Twycross R., Wilcock A., Howard P.* <http://www.palliativedrugs.com/formulary/en/opioid-antagonists.html>

28. *Foley K.M.* Pharmacological approaches to cancer pain management // *Advances in Pain Research and therapy. Pain (suppl 2) Fourth World Congress on Pain. ISAP. New York. Raven., 1989. ed H Fields. P. 629–653.*

ГЛАВА 7

Использование морфиновой помпы (сириндж-драйвера)

Основные задачи этой главы:

1. Сформировать понимание, когда стоит использовать шприцевую помпу.

2. Помочь научиться выставлять верные настройки.

3. Помочь научиться определять, продолжает ли помпа оказывать нужное действие.

Введение

Шприцевая помпа — это небольшое переносное устройство для введения жидкостей, работающее от батарейки, которое может использоваться пациентами в стационаре, хосписе и на дому. Шприцевая помпа используется для непрерывного подкожного введения лекарственных препаратов, например: анальгетиков, противорвотных, седативных или противосудорожных препаратов. Шприц наполняется одним препаратом или смесью препаратов, которые вводятся постоянной дозировкой в течение определенного отрезка времени — обычно 1 суток в стационаре больницы или в хосписе, но, возможно, в течение более длительного времени в домашних условиях. Шприцевая помпа — это альтернативный способ введения препарата, а не метод обезболивания сам по себе.

Показания к применению

- Персистирующие тошнота и рвота.
- Кишечная непроходимость.
- Затруднение глотания вследствие сильнейшего истощения организма.
- Сонливость (кома).
- Слабое усвоение через ЖКТ (редко).

Преимущества морфиновой помпы

- Качественный контроль симптомов — через поддержание стабильного уровня — концентрации препарата в плазме.
- Позволяет избежать многократных инъекций, которые болезненны и дают колебания концентрации препарата в плазме крови: пики и снижения.
- Подкожное введение менее болезненно, чем внутримышечное, особенно у кахексичных пациентов.
- Подкожное введение сопряжено с меньшими рисками, чем внутривенное.
- Не ограничивает подвижность и независимость.
- Шприц нуждается в замене лишь 1 раз в день или при использовании на дому даже реже.
- В целом морфиновую помпу настроить легче, чем множество других аналогичных приборов.

Рекомендации при использовании шприцевой помпы

Через помпу пациент получает препараты на постоянной основе в течение, как минимум, 1 суток. Скорость введения лекарства можно настроить на вве-

дение в течение 24 ч, таким образом, вам нужно рассчитать дозу на 24 ч. В случае нарастания болей или других симптомов по каким-то новым причинам или усугубления существовавших ранее симптомов врачу важно провести оценку состояния пациента, объяснить причины и скорректировать терапию при необходимости.

При нажатии кнопки «Дополнительная подача» к постоянной дозе добавляется совсем небольшое количество препарата из шприца — одно нажатие передвигает поршень на 0,4 мм, что позволяет ввести чрезвычайно маленькую дополнительную дозу морфина в сравнении с необходимой для купирования прорыва боли. Количество нажатий кнопки «Дополнительная подача», необходимое для получения достаточной дозы для снятия прорыва боли, будет варьировать в зависимости от размера шприца и объема смеси в нем, поэтому «Дополнительную подачу» не следует использовать для введения дополнительной дозы. Кроме того, если в шприце находится смесь препаратов, то, возможно, потребуется дополнительное введение лишь одного из них.

Выбор препаратов для заполнения шприца помпы

Используйте только препараты, которые можно вводить подкожно. Диазепам, хлорпромазин и прохлорперазин являются слишком раздражающими препаратами, чтобы вводить их подкожно. Для разведения всегда используйте воду для инъекций. Можно использовать физиологический раствор, если возни-

кает местное раздражение. Бóльшую часть препаратов, которые целесообразно использовать, можно вводить вполне безопасно.

Совместимость препаратов

Всегда существует риск, что в случае использования нескольких препаратов между ними возможно взаимодействие. Обычно это случается, если соединить в шприце более двух препаратов, а также в случае применения лекарств с высоким содержанием активного вещества.

Подобные проблемы совместимости не возникают, если смешать в шприце две-три общепринятые комбинации из следующих препаратов: морфин—галоперидол—метоклопрамид—левопромазин—гиосцин—атропин.

Из препаратов, имеющихся в России, это:

- кеторолак, часто несовместимый с другими препаратами. Главным образом он не совместим с галоперидолом, при использовании которого рекомендуется пользоваться отдельным шприцем;
- дексаметазон лучше вводить в виде отдельной инъекции один раз в день в первой половине дня во избежание нарушения сна ночью.

Я использовал морфиновые помпы на протяжении 25 лет и только однажды видел реакцию несовместимости препаратов. В этой ситуации содержимое шприца становится мутным и подлежит немедленно уничтожению.

Морфин

В Москве есть возможность приобрести морфин в форме МСТ, но за пределами Москвы это не всегда возможно. Если вы находитесь в Москве и у вас есть возможность использовать МСТ, то все равно в какой-то момент болезни пациента врачу придется перевести больного на обычный инъекционный морфин. Это может быть вызвано временными проблемами, например краткосрочным эпизодом рвоты, или в преддверии смерти, когда больной находится в бессознательном состоянии и скончается в течение следующих нескольких дней. Независимо от причины вы должны будете пересчитать дозу перорального морфина на парентеральный.

Как сделать это? Какова будет верная доза?

Ответ очень прост. Вы считаете, сколько морфина пациент принимает перорально за сутки, и половину этой дозы вводите больному парентерально за сутки.

Если вы не использовали МСТ, то на парентеральный морфин вам нужно будет перейти с трамадола в дозе 400 мг/сут.

Но вы можете возразить, что у вас просто нет морфиновой помпы. Если нет возможности использовать морфиновую помпу, то нужно решить, как вводить пациенту морфин.

1. Мы можем вводить пациенту 1/6 суточной дозы инъекционно каждые 4 ч.

2. Мы можем установить пациенту подкожную иглу-бабочку и вводить 1/6 суточной дозы каждые 4 ч через нее. Это снизит уровень дискомфорта от

постоянных уколов и это проще для человека, который будет осуществлять введение препарата, особенно если это член семьи, а не медик.

3. Теоретически можно ввести назогастральный зонд и давать жидкий морфин в изначальной дозе для пероральной формы морфина, но разделенной на 6 равных доз, каждые 4 ч. Однако в России пероральный морфин в жидкой форме недоступен, то есть такой вариант не рассматривается.

4. Можно попробовать вводить таблетки МСТ ректально 2 раза в день. Есть неподтвержденные данные, что такой путь введения дает результаты, но он не упоминается ни в одних официальных рекомендациях.

5. Если боль стабильна и хорошо поддается контролю, можно пересчитать дозу перорального морфина на соответствующую дозу трансдермального фентанила (пластырь дюрөгезик), но помните, что пластырю требуется 2–3 дня, чтобы достигнуть полного эффекта. Поэтому в первые 12 ч применения пластыря нужно постепенно снижать дозу морфина, и подобная смена препарата может быть не самым оптимальным решением, если пациент живет свои последние дни.

Оснащение

- Шприцевая помпа и пластиковая крышка.
- Маленькая отвертка для настройки скорости введения.
- Игла-бабочка и пластиковая система длиной 1–2 м, соединяющая помпу с иглой.
- Девятивольтовая цилиндрическая батарейка (если помпа используется на дому, нужно всегда иметь запасную батарейку).

- Подходящий шприц — обычно это стандартный шприц на 10 мл, но для больших объемов препарата можно использовать шприц на 20 или 30 мл.
- Шприц не вставится в помпу, если он заполнен на полный объем. Шприц на 10 мл может быть заполнен примерно на 9,5 мл, шприц на 20 мл заполнен на 16 мл, шприц на 30 мл заполнен на 21 мл.
- Прозрачный пластырь (например, Tegaderm или Opsite) для фиксации иглы-бабочки. Лучше использовать прозрачный пластырь для контроля положения иглы при возникновении боли или отека в области введения иглы, но при отсутствии прозрачного пластыря можно использовать любой другой.

Установка скорости введения и подготовка помпы к использованию

Сириндж-драйвер можно настроить на любую скорость — от 1 до 99 мм за 24 ч. Настройка скорости осуществляется маленькой отверткой или сложенным в несколько раз листом бумаги. Когда вы начинаете подготовку, установите скорость на 0 мм. Когда вы заполнили шприц необходимым объемом препарата на сутки, измерьте линейкой расстояние от подыгольного конуса (не включая сам подыгольный конус) до ближайшего конца резиновой пластинки на поршне. Это измерение даст количество миллиметров, которое будет введено за сутки. Теперь можете установить скорость введения, используя полученное количество миллиметров, с помощью маленькой отвертки.

Возьмите систему (пластиковую трубку) и соедините ее конец с подыгольным конусом шприца как можно плотнее.

Чтобы предотвратить риск разъединения, можно использовать шприц с фиксатором иглы (когда игла защелкивается на подыгольном конусе или навинчивается на него). На другой конец системы присоедините иглу-бабочку. Аккуратно продвиньте поршень, чтобы система заполнилась жидкостью. Теперь в шприце осталось меньше препарата и помпа не может работать все 24 ч на рассчитанной скорости. Обычно помпа заряжается на 24 ч, поэтому на этапе заполнения шприца нужно добавить в него больше препарата, чтобы компенсировать то количество, которое заполняет систему. Теперь поместите шприц в помпу, закрепив шприц черной резинкой. Удостоверьтесь, что крылья упора для пальцев смотрят вверх и вниз, а не в стороны, параллельно полу. Закрепите поршень в приводе так, чтобы между ними не оставалось расстояния.

Обработайте место инъекции, затем аккуратно введите иглу под кожу под острым углом и закрепите пластырем. Сделайте небольшую петлю из пластиковой трубки системы и закрепите рядом с местом, где введена игла. Это нужно для того, чтобы при потягивании за систему игла не вышла из-под кожи.

Теперь вставьте батарейку в помпу, предварительно открыв заслонку отсека для батарейки. В отсеке для батарейки есть рисунок с правильным ее положением, чтобы не перепутать «+» и «-». После того как батарейка установлена, снова закройте крышку. Как только вы вставили батарейку, услышите сигнал.

Если звука нет, замените батарейку или проверьте, не перепутали ли вы полярность при установке. После появления звука нажмите кнопку «Старт» — сигнал отключится. Вы должны нажать кнопку «Старт», иначе помпа не начнет работать. Индикатором начала работы будет включение мотора, вы услышите звук включения на несколько секунд, начнет мигать желтая лампочка примерно через каждые 30 с.

Теперь помпа работает. Но как узнать, что она работает нормально?

1. Если желтая лампочка мигает, то помпа работает.
2. Периодически слышен звук работающего мотора.
3. Если вы проверите состояние шприца через некоторое время, например через 4 часа, то заметите, что поршень сдвинулся на соответствующее количество миллиметров.
4. Спросите пациента о наличии или отсутствии болей; боли усилятся, если помпа не работает должным образом.

Что делать, если у пациента присутствуют выраженные боли на момент постановки помпы?

Если вы начинаете введение морфина через морфиную помпу, а у пациента на тот момент уже присутствуют боли, через какое время морфин из помпы начнет действовать? Примерно через 4 ч, потому как помпа доставляет в организм пациента лишь достаточное количество препарата, чтобы пополнить количество обезболивающего, которое подверглось мета-

болизму в печени и было выведено почками. Помпа не предназначена для введения недостающей дозы. Поэтому если у пациента есть боли на момент постановки помпы, то необходимо ввести дополнительную дозу препарата в размере 1/6 от суточной дозы опиоида для подкожного введения. Дозу нужно ввести также подкожно, используя отдельный шприц с иглой. Введение такой дополнительной дозы немедленно снимет боль, а морфин из помпы будет поддерживать нужную концентрацию препарата в крови.

Выбор места установки иглы

Куда лучше вводить иглу-бабочку? Подходящие места для установки иглы это плечо, верхняя часть груди и спины. Я предпочитаю ставить иглу непосредственно под ключицей, но и в другой зоне введение также будет эффективным. Однако в последние дни жизни, когда скорость всех процессов в организме снижается, лучше, если игла стоит ближе к магистральным сосудам. Даже в последний день жизни введение препарата подкожно сохраняет свою эффективность.

Пополнение количества препарата в шприце помпы с возможным изменением скорости подачи или добавлением новых препаратов

Если вы заполняете шприц тем же самым препаратом или смесью препаратов, тогда подготовьте препарат или их смесь, отсоедините систему от шприца,

а шприц от помпы, заполните шприц и снова поместите шприц в помпу. Вы можете поменять скорость введения препарата, если необходимо увеличение дозировки препарата. Не забудьте ввести дополнительную дозу препарата, чтобы обеспечить обычный уровень обезболивания в течение последующих 4 ч; затем начнет действовать содержимое помпы. Однако если вы добавили в помпу другой препарат, то безопаснее заменить шприц и систему на новые и начать весь процесс заново.

Перед тем как назначить дозу обезболивающего или изменить путь введения препарата, необходимо провести оценку боли. Также после того как вы изменили состав смеси препаратов в помпе или скорость введения препарата, важно провести оценку болевого синдрома через 4 ч или на следующий день, чтобы при необходимости снова откорректировать дозу.

Регулярный контроль

В условиях стационара персонал проверяет работу помпы каждые 4 ч, но на дому, если врач или медсестра приезжают через день, то и работу помпы они проверяют через день или даже реже, если болевой синдром стабилен и обезболивание эффективно. Естественно, если что-то идет не так, то пациент или члены семьи звонят и консультируются. Мне звонили и в 3 часа ночи, потому что включалась сигнализация на помпе, тогда я проехал 15 км и обнаружил, что шприц в помпе пуст — весь препарат был введен, а согласно записям, он не должен был опустеть

до прихода медсестры следующим утром. Дело оказалось в том, что врач, приходивший накануне, неверно выставил скорость введения, и препарат вводился в 2 раза быстрее! Боль купировалась просто прекрасно, не было никаких признаков интоксикации, но препарат закончился раньше, чем нужно.

Смена места введения иглы

Обычно нет необходимости переставлять иглу-бабочку. Однако, если на месте введения образуется покраснение, отек или повреждение, возможно, произошло инфицирование, что иногда случается, или вводимый препарат вызвал местную реакцию, что встречается даже чаще. В таком случае нужно поменять место введения, а если раздражение вызывал вводимый препарат, то заменить его на альтернативный.

Введение обезболивающего по необходимости

При прорывах боли на визит отправляется врач и оценивает болевой синдром. Если требуется болюсно ввести дополнительную дозу препарата, это делается также подкожно новым шприцем и иглой или через предварительно установленную для этих целей иглу-бабочку. Доза для дополнительного купирования прорывной боли составляет 1/6 суточной дозы препарата. Следует давать дополнительную дозу тем же способом, каким осуществляется базовое обезболивание: перорально, если перорально, и парентерально, если парентерально.

Общение

Перед установкой помпы очень важно обсудить все моменты с пациентом и его семьей — почему именно через помпу лучше вводить данные препараты, развеять любые сомнения. Иногда можно услышать такое мнение: «Мне не нравятся эти помпы, как только пациенту ставят такую, он или она вскоре умирают!» Конечно, это правда, потому что эти пациенты и находятся в процессе умирания, именно поэтому им и ставится помпа, а не наоборот. Этот момент обязательно нужно объяснить, особенно семье. Разумеется, необходимо и эффективное общение с медицинским персоналом. Но для персонала основной информацией от врача будет содержимое шприца. Что должно быть набрано в шприц и почему? Когда проверять систему, какие сигналы должны быть зафиксированы и как быстро?

Заключение

Морфиновые помпы очень помогают в работе, они достаточно просты в использовании. Если обращаться с ними внимательно и осторожно, они отлично помогают контролировать боль и другие симптомы, особенно в конце жизни пациента.

ГЛАВА 8

Другие симптомы

Боль — это настолько важный вопрос в паллиативной помощи, что мы посвятили ему две предыдущие главы, рассматривая типы и механизмы боли, способы оценки и методы обезболивания.

Но есть и другие симптомы, представляющие огромные трудности для пациентов, умирающих от рака. Мы выяснили, что очень важно понимать механизм любого типа боли. Для этого требуется внимательно изучить историю болезни, провести соответствующее обследование и назначить анализы, поскольку все это необходимо, чтобы определить тип боли. Именно таким путем причину боли можно понять наилучшим образом, а потом спланировать и начать наиболее эффективное для пациента лечение. Затем через определенный промежуток времени, продолжительность которого зависит от эффективности терапии, боль нужно оценить заново. Оценка покажет, эффективно ли лечение или необходимо увеличить дозировку либо поменять схему лечения, чтобы достичь наибольшего эффекта в борьбе с болью. «Краткий опросник по оценке боли» и другие подобные инструменты помогают оценить выраженность болевого синдрома и проводить повторные оценки по

мере необходимости. Уровень боли до начала лечения, записанный в числовом выражении, можно сравнить с уровнем боли при последующих осмотрах.

Контролировать и оценивать симптомы можно по той же схеме. Необходимо проводить такую же тщательную оценку для понимания механизма этого симптома и при возможности начать специфическое лечение. Затем нужно провести повторный осмотр, чтобы оценить эффективность лечения. «Краткий опросник по оценке боли» можно применять ко всем симптомам, так же как и к оценке интенсивности боли.

Понимание механизма симптома должно предшествовать терапии, и там, где это возможно, нужно начинать специфическое лечение.

Пример

Мужчина доставлен в палату или еще находится с семьей в приемном отделении. У него распространенный рак, и вы садитесь поговорить с ним о его жалобах. По его словам, у него присутствуют боли различной локализации: болят голова, спина, мучает кишечная колика. А еще тошнота, запоры, одышка и общее состояние тревоги. К тому же видно, как он подавлен и рассержен.

Чтобы помочь этому пациенту, нужно собрать подробный анамнез по каждому из симптомов, провести полный осмотр, при необходимости назначить анализы, если они помогут лучше понять ситуацию.

В приемном отделении стационара или на приеме у врача первичного звена, куда пациент попадает много раз в течение своей болезни, он, как правило, жалуется на один симптом. Особенно если врач общей практики регулярно посещает или звонит

пациенту, чтобы узнать, не появились ли новые симптомы, а не ждет, чтобы пациент накопил побольше вопросов перед тем, как снова прийти к врачу.

В хосписы и профильные отделения стационаров пациенты обычно прибывают с комплексом проблем, что сложнее для принимающей пациентов команды.

Иногда врачу приходится говорить пациенту что-то вроде: «Кажется, у вас много разных проблем. Давайте начнем с одной из них, той, что тревожит вас больше всего, а с другими разберемся позже». Подобным образом можно поступить, если вы выявите что-то очень серьезное, например проявление симптомов компрессии спинного мозга; но даже если вы первым делом бросите все силы на наиболее серьезную проблему, то нужно одновременно начинать работать и над другими беспокоящими симптомами.

Нашу работу можно сравнить с очисткой лука от шелухи — под первым слоем мы находим второй и т.д. В симптоматической терапии, как только вы справились с одним симптомом, тут же появляется другой, требующий внимания.

Позже, когда все физические проявления заболевания взяты под контроль, мы обнаруживаем, что существуют другие проблемы, которые не так легко идентифицировать и о которых не так просто говорить. К тому времени как между вами, пациентом и его семьей установилось доверие и человек почувствует, что он может поделиться этими сложностями с вами, он ими поделится. Чаще всего проблемы оказываются эмоциональными, о них поговорим ниже.

Далее в этой главе рассмотрим другие, часто возникающие симптомы, поговорим об их механизмах и лечении.

Две самые сложные проблемы оставим для следующей главы: тошнота и рвота, а также кишечная непроходимость. Обе эти проблемы комплексные и требуют отдельного рассмотрения.

Анорексия — отсутствие аппетита

Анорексия встречается у 65% онкологических пациентов на поздней стадии заболевания. Ее можно легко перепутать с другими симптомами. Ваш пациент жалуется на:

- тошноту — если да, то почему?
- запоры — если да, то почему?
- депрессию — если да, то почему?
- нарушение глотания — если да, то почему?

Если это на самом деле анорексия, которая является распространенной проблемой на поздней стадии онкологического заболевания, то состояние пациента можно улучшить по крайней мере на пару недель, назначив стероиды внутрь. Например, преднизолон по 15–30 мг в день или дексаметазон по 2–4 мг в день. Эти два препарата в указанных дозах производят одинаковый эффект. Назначайте стероидные препараты утром в один прием, поскольку, если принимать стероиды позже в течение дня, это может вызвать нарушение ночного сна. Также помните, что стероиды нельзя давать вместе с НПВС, так как вероятность возникновения осложнений со стороны ЖКТ резко возрастает. Даже назначая стероиды без НПВС, всегда параллельно прописывают гастропротекторы.

Обстипация

Почему 60% пациентов на терминальной стадии страдают от запоров?

- Малоподвижность.
- Анорексия.
- Мало грубых пищевых волокон в рационе.
- Обезболивающие препараты.

При наличии у пациента данного симптома важно тщательно ознакомиться с анамнезом и провести обследование, особенно внимательно — брюшной полости и прямой кишки. Лечение будет направлено на восстановление работы кишечника и его нормального функционирования. Оно может включать в себя назначение *слабительных препаратов* — размягчающих и стимулирующих перистальтику.

Размягчающие слабительные

Лактулоза — на первом этапе 15 мл 2 раза в сутки, лучше обильно запивая водой. Препарат вызывает газообразование, что нужно учитывать для активных пациентов.

Докузат — не более 5 капсул по 100 мг в день.

Вазелиновое масло — имеет нейтральный вкус, эффективно.

Препараты, увеличивающие объем каловых масс, обычно не применяются на финальной стадии онкологического заболевания.

Стимулирующие перистальтику

Сенна (жидкая или в таблетках) — препарат эффективен при обстипации, вызванной приемом

опиоидов. Обычно назначается 3 раза в сутки (см. главу об опиоидах).

Бисакодил в таблетках также эффективен.

Существуют хорошие комбинированные препараты, сочетающие размягчители стула и стимуляторы перистальтики.

Гутталакс (натрия пикосульфат) — достаточно сильный препарат, его следует принимать очень осторожно.

Магния гидроксид в комбинации с вазелиновым маслом (Мил-пар) — действует мягко и эффективно, обычно это препарат моего первого выбора.

Суппозитории (свечи)

Глицериновые свечи смазывают стенки кишечника и облегчают дефекацию, могут хорошо помочь.

Свечи с бисакодилом — стимулируют перистальтику, хорошо помогают.

Клизмы

Арахисовое масло — размягчитель стула, хорошо помогает.

Натрия цитрат (микролакс), объемом всего 5 мл, стимулирует перистальтику, хорошо помогает.

Мануальная эвакуация каловых масс

Может быть необходимой манипуляцией при развитии калового завала.

Профилактика всегда лучше, чем лечение.

Регулярно спрашивайте у пациента, нет ли у него проблем с функционированием кишечника. Всегда

давайте стимулирующие перистальтику слабительные, если пациент принимает опиоидные анальгетики.

Диарея

Может возникнуть по разным причинам.

1. В связи с онкологическим заболеванием.

Например, рак прямой кишки. Если хирургическое лечение невозможно, назначьте местно стероиды в форме суппозиторий или ректальной пены.

2. В связи с лечением.

Например, постлучевой проктоколит или побочный эффект после химиотерапии препаратом капецитабин. В обоих случаях диарея возникает ненадолго и хорошо купируется лоперамидом или при приеме опиоидных препаратов.

3. По какой-либо третьей причине.

Например, инфекционный гастроэнтерит. Хроническое воспалительное заболевание кишечника. Диарея после приема лекарственных препаратов, например антибиотиков.

Но особенно нужно помнить о следующих возможных причинах.

4. Подострая кишечная непроходимость — частичная непроходимость опухолевого происхождения. В первую очередь проверьте, не страдает ли пациент от обычного запора!

Если у пациента возникла частичная непроходимость из-за опухоли, но в целом его состояние удовлетворительное, необходимо рассмотреть возможность хирургического лечения. При этом следует принять во внимание факт, что обычно при наличии

одной зоны непроходимости в кишечнике есть и другие, не столь сильно выраженные пока, но потенциально опасные в будущем. Если ситуация такова, то польза от хирургического вмешательства будет очень кратковременна.

Если хирургическая операция невозможна, необходимо провести вмешательство методом интервенционной радиологии и выполнить стентирование. Это поможет разрешить частичную кишечную непроходимость и на время остановит прорастание опухоли в просвет кишки. Затем с применением размягчающих слабительных функционирование кишечника может быть восстановлено на недели или месяцы.

5. Мальабсорбция как следствие недостаточности поджелудочной железы может вызвать диарею. Решение — назначение заместительной терапии ферментами поджелудочной железы, которые принимаются при каждом приеме пищи, перекусе или принятии молочного напитка.

Головные боли

Головные боли могут возникнуть из-за ряда различных причин. У неизлечимо больного пациента головные боли могут возникать по абсолютно несвязанным с онкологическим заболеванием причинам или их лечением:

- напряжение (беспокойство);
- шейный спондилез;
- височный артериит;
- фронтит;
- мигрень.

Но особенно нужно помнить о следующих возможных причинах.

- Повышенное внутричерепное давление из-за метастазов в головной мозг. При наличии единичного метастаза следует обдумать возможность хирургического лечения. При наличии множественных метастазов или одного, но также неоперабельного следует назначить 12 мг дексаметазона в сутки и срочно направить на рентгенологическое обследование для оценки состояния и, возможно, назначения лучевой терапии.
- При наличии метастазов в костях черепа помогут НПВС и морфин внутрь; пациента следует направить к лучевому терапевту для оценки состояния.

Особая причина → особое лечение

Одышка

Почему у пациента одышка?

Причина может быть не связана с онкологией, как например...

Астма?

Терапия астмы проводится по обычному протоколу, после выяснения, какие препараты пациент уже принимает, проверив правильность проведения ингаляций и использования спейсера, обдумав, что помогает, а что ухудшает состояние; увеличить дозу (?), добавить еще препараты (?), теofilлин (?), стероиды внутрь (?)

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)?

Ухудшение инфекционной природы (?), назначить антибиотики или это терминальная стадия ХОБЛ (?), ингаляционные или пероральные стероиды (?), кислород через кислородную маску (?)

Инфекция?

Лечение, соответствующее стадии заболевания, и пожелания пациента и его семьи.

Левожелудочковая недостаточность (ЛЖН)?

Лечение обычное при данном состоянии с использованием диуретиков, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, опиоидами и, возможно, дигоксином и кислородом.

Злокачественный плевральный выпот?

Как результат онкологического заболевания.

Стоит ли его дренировать? Принесет ли дренирование облегчение? Можно ли это сделать в домашних условиях? Вы можете это сделать? Или нужен специалист? Если рецидивирует, стоит ли установить постоянный шунт?

Раковый лимфангиит?

Лимфатические сосуды легких поражены распространением онкологического процесса. В такой ситуации может помочь дексаметазон до 12 мг/сут.

Общие правила лечения:

- опиоиды — снимают одышку;
- бензодиазепины — купируют сопутствующее одышке беспокойство.

Наиболее эффективно применять оба препарата вместе;

- кислород обычно менее эффективен, чем выше-

перечисленные средства, а маска мешает общению с пациентом.

Отеки

Отек может быть генерализованным или локализованным.

Генерализованный отек может быть вызван:

- сердечной патологией; лечение диуретиками или ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента;
- гипопроteinемией;
- анемией; лечение — прием препаратов железа внутрь, эритропоэтин, переливание крови;
- ухудшение функции почек; лечение — диета, ограничение жидкостей, диуретики.

Локализованный отек может быть вызван:

- тромбозом глубоких вен; лечение — фиксация в приподнятом положении; тщательная оценка состояния, рассматриваем вопрос о назначении антикоагулянтов;
- сдавлением переполненными петлями кишечника (обычно только левая нога); лечение — слабительные свечи и размягчающие слабительные;
- сдавлением опухолью верхней и нижней полой вены; лечение — дексаметазон по 12–16 мг/сут.

Пример

Пациентка, страдающая мезотелиомой плевры правого легкого в поздней стадии, обратилась к врачу общей практики в связи с возникшим отеком обеих ног. Врач осмотрел пациентку и выявил лимфостаз

обеих нижних конечностей вплоть до паха, а также сеть выступающих вен по поверхности живота вверх к грудной области, что подтвердило предположение врача о сдавлении нижней полой вены. Врач назначил дексаметазон в дозе 12 мг/сут. Спустя 2 дня лимфостаз ног разрешился, и женщина снова смогла самостоятельно передвигаться. Затем стероиды постепенно отменяли, снижая дозу каждый 3-й день до минимальной эффективной дозы, которая составила 4 мг/сут. Через 4 недели отеки ног возобновились, доза стероидов вновь была повышена до 12 мг/сут., отеки снова разрешились. Затем доза дексаметазона снова снижалась до минимальной эффективной и составила 6 мг/сут. Отеки не возобновлялись, и пациентка могла самостоятельно передвигаться вплоть до последних дней жизни, она скончалась 3 месяца спустя. В последние дни жизни даже доза 12 мг/сут. уже не снимала отек, и пациентке приходилось все время проводить в кровати.

Гемипарез / поражение черепных нервов

Сосудистого происхождения или опухолевого?

Или это начало последней стадии терминального этапа?

Если возможно выполнить компьютерную томографию головы, это лучше сделать, если состояние пациента позволяет и ухудшение не означает вхождения заболевания в финальную фазу. Если результаты сканирования показали метастазы в мозг или если нет возможности провести сканирование, назначьте 12–16 мг/сут. дексаметазона перорально.

Перед назначением взвесьте, есть ли действительно причины несколько продлевать пациенту жизнь такой терапией. Например:

- общее состояние пациента хорошее и есть перспективы на достаточно продолжительную жизнь;
- члены семьи едут из отдаленных мест, нужно дождаться их прибытия;
- впереди, в ближайшем будущем, ждет важное семейное событие, такое как свадьба, и пациент хочет на нем присутствовать.

В случае хорошего эффекта от приема дексаметазона следует подумать о консультации с лучевым терапевтом. Возможно, локальная лучевая терапия на пораженный участок мозга может дать хороший паллиативный эффект.

Если дексаметазон дал хороший результат, можно также подумать о постепенном уменьшении дозы до минимальной эффективной, как уже было описано выше, а затем, при росте опухоли и подъеме внутричерепного давления, сопровождающегося головными болями, снова увеличивать дозу.

Изменения личности

- Сосудистого генеза?
- Опухолевого?
- Спровоцировано приемом лекарственных препаратов?
- Депрессией или тревожностью?
- Гипоксией?

Внимательное изучение истории заболевания и проведение необходимых обследований могут пролить свет на причину.

Сосудистые причины должны подвергаться обычной для такого диагноза терапии, если пациент не на пороге смерти, когда имеет смысл применять только симптоматическое лечение.

Если причина **опухолевого генеза**, то имеет смысл провести лучевую терапию или даже химиотерапию, если болезнь еще не зашла слишком далеко. Из консервативных средств следует назначить дексаметазон в дозе 12–16 мг/сут., даже если пациент ожидает специфического лечения или начала симптоматического.

Если ситуация спровоцирована **приемом лекарственных препаратов**, например трициклических антидепрессантов, интоксикация чаще встречается у пожилых. Важно вовремя выявить и устранить такое токсическое воздействие.

Если причинами выступают **депрессия и тревожность**, эти проявления необходимо хорошо обдумать и обсудить с коллегами, обязательно выявив их причину. Лечение: антидепрессанты и анксиолики.

Помните, что трамадол взаимодействует с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) — антидепрессантами и фенотиазинами — и может вызвать серьезное нежелательное лекарственное взаимодействие, судороги и летальный исход.

Результаты недавно проведенных научных работ свидетельствуют о том, что эффективные дозы антидепрессантов дают хороший эффект уже на 1-й неде-

ле лечения; прежде считалось, что эти препараты не оказывают значимого эффекта вплоть до нескольких недель после начала применения.

Если причиной изменения личности является **гипоксия**, то необходимо немедленно выявить и скорректировать ее причину.

Инфекции дыхательных путей

Такое осложнение сигнализирует, как правило, о начале финальной фазы заболевания. Оцените состояние больного, действительно ли это финальное ухудшение состояния? Если это так, то обеспечьте пациенту частую смену положения и назначьте симптоматическую терапию:

- а) одышка — морфин и бензодиазепины;
- б) плевральная боль — морфин;
- в) нарушение дренажа бронхолегочного секрета («предсмертный хрип») — антихолинергические средства, например бускопан или атропин.

Предпочтительно начинать прием антихолинергических препаратов на раннем этапе, когда пациент еще только начинает входить в бессознательное состояние, чтобы предотвратить появление хрипов, чем после того, как они уже появились.

Кислород применяется редко в подобных случаях, а санация чаще вызывает лишь дискомфорт у пациента и не оказывает пользы.

Перед тем как начать лечебные мероприятия для борьбы с легочной инфекцией, спросите себя, а одновременно очень деликатно спросите пациента и членов его семьи, есть ли разумное основание бороть-

ся с инфекцией? Например: свадьба сына через два дня... и, если есть, то лечите антибиотиками, и т.д. [2].

Традиционно в Великобритании в терминальном периоде бускопан используют для снижения выработки секрета дыхательных путей. Он не проходит через гемато-энцефалический барьер и поэтому не обладает седативным эффектом. Однако я не нашел парентерального бускопана в России.

Атропин — зачастую единственный парентеральный антихолинэргический препарат, имеющийся в продаже в России. Он снижает выработку секрета, скапливающегося в дыхательных путях, но обладает побочным эффектом — вызывает беспокойство, с которым можно справиться с помощью небольших доз бензодиазепина. Можно попробовать 300 мкг подкожно каждые 4–6 ч или 1200–2400 мкг/сут. подкожно с использованием шприцевой помпы.

В России я бы посоветовал использовать атропин, но как только появится в наличии бускопан для инъекций, лучше использовать его. Использование атропина упоминается в научных трудах в Австралии и Гонконге. Он также используется в США.

Другие симптомы

- Сухость или боли в горле: афтозный стоматит? местное распространение?
- Дисфагия: афтозный стоматит? местное распространение?
- Икота.
- Кашель.
- Частое мочеиспускание или недержание.

- Образование некротической язвы.
- Бессонница.
- Спутанность сознания.

Почему?

Каковы механизмы?

Есть ли какое-то специфическое лечение?

Купирование симптомов — резюме

Идентифицируйте проблему и определите ее причины. Тщательно изучите анамнез и историю болезни, оцените частоту возникновения симптома, можно использовать «Краткий опросник по оценке боли»; выясните, чем симптом мешает пациенту и какие ограничения накладывает на его жизнь. Проведите осмотр. Назначьте необходимые анализы. Если есть сомнения, посоветуйтесь с коллегой внутри вашей команды, позвоните в местный хоспис или обратитесь к другому опытному профессионалу. Подумайте: чего я пытаюсь достичь? До какой степени можно улучшить состояние здоровья пациента? И будет ли в этом для него польза? Назначьте специфическое лечение, если это возможно. Сравните состояние пациента до и после начала лечения спустя некоторое время, чтобы понять, было ли лечение эффективным.

Не забывайте про общение:

- поговорите с пациентом и его семьей;
- записывайте ваши назначения и действия в истории болезни, чтобы информировать коллег;
- обсудите случай с коллегами на встрече коман-

ды, чтобы ее участники были осведомлены о том, что происходит.

Источники

1. Eastern Metropolitan Region Palliative Care Consortium. Victoria. Australia June 2013. — End of Life Care — Management of respiratory secretions.

<http://centreforpallcare.org/assets/uploads/EMRPCC-%20EOLRS%202013.pdf>

2. Death Rattle — a brief review — Dr Wok — PCU. Shatin Hospital, Hong Kong.

<http://www.fmshk.org/database/articles/hkspmnewsletterapr20101p3334deathrattleabriefrevi.pdf>.

ГЛАВА 9

Тошнота, рвота и кишечная непроходимость

Тошнота и рвота

Встречается у 50% неизлечимо больных пациентов и имеет четыре основные причины:

1. Гастростаз и кишечная непроходимость.
2. Интоксикация.
3. Растяжение или раздражение органов.
4. Повышенное внутричерепное давление.

Все эти состояния имеют разные причины и различные способы лечения.

1. **Гастростаз и кишечная непроходимость** могут быть вызваны:
 - лекарственными препаратами, например антихолинергическими средствами;
 - вегетативными нарушениями (инфильтрация нерва, диабет);
 - асцитом;
 - гепатомегалией;
 - прорастанием опухоли;
 - пептической язвой или раздражением.

Симптомы:

- неприятные ощущения в эпигастрии;
- ухудшение аппетита;
- улучшение самочувствия после рвоты;
- быстрое насыщение во время приема пищи;
- симптомы возникают при изменении положения тела;
- сопутствующая отрыжка и икота.

2. Интоксикация:

- лекарственными средствами: антибиотиками, опиоидными препаратами, дигоксин-противовоспалительными средствами, противоспазматическими средствами;
- продуктами метаболизма (почечная недостаточность, печеночная недостаточность, кетоацидоз, гиперкальциемия, гипонатриемия);
- токсинами.

Симптомы:

- постоянная тошнота;
- не купируется обычными средствами;
- рвота время от времени;
- признаки лекарственной интоксикации (?).

3. Растяжение или раздражение органов:

- печеночные метастазы;
- обструкция мочеточников;
- забрюшинные лимфоузлы (опухоль);
- запор;
- кишечная непроходимость.

Симптомы:

- постоянная тошнота;

- рвота не очень характерна;
- частая сопутствующая боль;
- другие симптомы.

4. Повышенное внутричерепное давление или менингизм:

- внутричерепная опухоль;
- отек головного мозга;
- внутричерепное кровоизлияние;
- менингеальная инфильтрация опухолью;
- метастазы в кости черепа;
- церебральная инфекция.

Таким образом, чтобы понять механизмы, нужно:

- внимательно изучить историю болезни;
- провести внимательный осмотр;
- провести необходимые обследования;
- если возможно, устранить (вылечить) причину;
- попробовать любой подходящий немедикаментозный метод лечения;
- рационально подойти к выбору противорвотного препарата.

Как рационально выбрать противорвотный препарат?

Чтобы сделать рациональный выбор, потребуются понимание, какие рецепторы включены в механизм рвоты. Вовлечены три зоны:

1. Хеморецепторная триггерная зона (ХТЗ). Другое ее название — «самое заднее поле», находится

в головном мозге. Кровеносные сосуды в ХТЗ имеют **окончатый эпителий**. Окоччатый эпителий (от лат. *fenestra* — окно) — это «окна» в стенках кровеносных сосудов в эпителиальной выстилке, для того чтобы химические вещества в крови вступали в тесный контакт с клетками ХТЗ.

Рецепторы в ХТЗ — эффективные препараты:

- допаминовые рецепторы (D2) — галоперидол;
- 5-НТЗ-рецепторы — ондансетрон.

Они вызывают постоянную тошноту в ответ на лекарственные препараты, токсины и функциональную недостаточность органов.

2. Рвотный центр:

- Н1-гистаминовые рецепторы — циклизин или другие антигистаминные;
- ацетилхолиновые рецепторы — циклизин или другие антигистаминные;
- 5-НТ2-рецепторы — метотримепразин.

Опиоидные рецепторы

Тошнота и рвота как результат кишечной непроходимости, раздражение глотки, увеличение печени, желудочная компрессия и эмоциональные реакции — все эти реакции проходят через рвотный центр.

3. Желудочно-кишечный тракт:

- 5-НТ → ахроматопсия → блуждающий нерв — циклизин или другие антигистаминные;
- 5-НТЗ — цилансетрон;
- 5-НТ4-прокинетик — метоклопрамид;
- D2-антикинетик — метоклопрамид;
- Н2 — ранитидин (или пиррофосфаты).

Таким образом, нужно запомнить три главных препарата:

- 1) **галоперидол** — фенотиазин — для ХТЗ — химические вещества — лекарственные препараты — токсины;
- 2) **циклизин** или другие антигистаминные — для рвотного центра — чувства — страхи — ощущения;
- 3) **метоклопрамид** — желудочный прокинетик — при замедленном опорожнении желудка.

И еще четыре других препарата, которые вы, возможно, захотите запомнить:

- 1) **дексаметазон** — стероид — при повышенном внутричерепном давлении;
- 2) **гиосцина бутилбромид** — антихолинергическое средство (бускопан) для снижения желудочно-кишечной перистальтики;
- 3) **октреотид** — для сокращения желудочно-кишечной секреции;
- 4) **ондансетрон** — 5-НТЗ антагонист — при тошноте, связанной с химиотерапией.

Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость — частое явление у онкологических больных на далеко зашедшей стадии заболевания. Она возникает у 3% всех хосписных пациентов и 40% больных с поражением яичников или тазовой локализацией опухоли.

Постановка диагноза

Стоит задуматься о кишечной непроходимости, если в анамнезе есть упоминание о кишечной колике, тошноте и рвоте, отсутствии перистальтики и вздутии кишечника на различных участках, в зависимости от уровня возникновения непроходимости.

Основные причины

1. Раковая опухоль:

- сдавливание или прорастание опухолью просвета кишки.

2. Причины, не связанные с опухолью:

- запор или каловый завал, что бывает частой проблемой у угасающих больных;
- странгуляционная кишечная непроходимость или ущемленная грыжа.

Обследования:

- пальпация живота и ректальное обследование;
- пальпируется ли опухоль? где? насколько большая?
- пальпируется ли переполненная нисходящая ободочная кишка?
- рентгенография брюшной полости может быть очень информативна.

Терапия при причинах, не связанных с раком

Разрешение констипации или копростазы назначением внутрь размягчающих слабительных, таких как лактулоза, докузат, фенолфталеин или вазелино-

вое масло. В более серьезных случаях можно использовать свечи, клизмы или, если необходимо, мануальную эвакуацию каловых масс.

Лечение при других причинах, не связанных с раком

Странгуляционная кишечная непроходимость или ущемленная грыжа могут быть разрешены хирургическим путем или консервативно, сообразно состоянию пациента.

Лечение при кишечной непроходимости, напрямую связанной с наличием раковой опухоли

Для купирования схваткообразной боли и рвоты назначаем гиосцина бутилбромид (бускопан) в дозе 20 мг или атропин по 300–600 мкг подкожно. Когда колика, тошнота и рвота взяты под контроль, назначаем бускопан перорально 4 раза в день. Может понадобиться назначение перорального противорвотного препарата, например галоперидола.

Следует предпринять попытки восстановления функции кишечника с помощью размягчающих слабительных (например, лактулоза, фенолфталеин, докузат, вазелиновое масло). Дозу гиосцина бутилбромида (бускопан) следует сократить после 1–2 дней применения, чтобы посмотреть, выходит ли жидкий стул. Если стула по-прежнему нет, нужно задумать о хирургической операции. Если хирургическая операция невозможна или нецелесообразна, назнача-

ем внутрь бускопан 4 раза в день для снятия схваткообразной боли и галоперидол для купирования тошноты. Если бускопан недоступен, заменяем его атропином парентерально (например, подкожно с помощью шприцевой помпы).

Хирургическое лечение

Многим пациентам помогает паллиативное хирургическое лечение, однако летальность составляет 12–33%, риск формирования наружного кишечного свища составляет 7–18%. У значительного количества пациентов непроходимость не разрешается, а у других в краткие сроки возникает вновь. Таким образом, консервативное лечение может быть наилучшим вариантом, в каждом случае хирург должен высказать свое мнение и рекомендации, чтобы пациент мог принять правильное решение, имея всю информацию.

Пример 1

75-летняя женщина наблюдалась у своего семейного врача. Она страдала раком яичников и прекрасно пошла на поправку после проведенной химиотерапии на основе препаратов платины. Приблизительно за год до смерти у нее внезапно открылось обильное кровотечение из нижних отделов ЖКТ. Как выяснилось, это произошло из-за прорастания опухоли в малом тазу в нижние отделы кишечника. После следующего курса химиотерапии опухоль вновь уменьшилась и кровотечение прекратилось. Через 6 месяцев семейному врачу сообщили, что у больной появились схваткообразные боли в животе и наруши-

лась работа кишечника. Обследование показало, что 10 см сигмовидной кишки не функционировали из-за инфильтрации опухолью. Был установлен стент, но это не привело к возобновлению нормальной функции кишечника, возможно, потому, что имелось другое поражение выше установленного стента или потому, что стент был немного короток либо не полностью расширил просвет кишки, 10 см — это большой отрезок для стента. Была наложена двустольная илеостома, которая отлично функционировала до самой смерти пациентки.

Пример 2

Пожилая женщина находилась под наблюдением у своего врача общей практики. Она страдала от распространенной онкологии, начали появляться признаки непроходимости кишечника.

Семейный врач назначил ей спазмолитический препарат (гиосцина бутилбромид), сначала инъекционно, с постепенным переходом на прием внутрь для купирования колики и тошноты. После назначения внутрь лактулозы кишечник начал функционировать. Лечение спазмолитическими средствами позже было прекращено.

Несколько недель спустя повторилось то же самое, но кишечник не работал с увеличенной дозой смягчающего слабительного. Доза спазмолитического средства была увеличена для предотвращения колики и тошноты, и пациентка оставалась на таком лечении вплоть до смерти 3 месяца спустя. У нее было хорошее качество жизни, и она умерла очень спокойно, без рвоты или схваткообразной боли в животе.

Заключение

С непроходимостью кишечника у пациента в терминальной фазе онкологического заболевания можно успешно справиться консервативно. Хирургическое лечение тоже можно рассматривать, но, если пациенту осталось не так много времени, операция может не дать положительного эффекта, а лишь добавить страданий, боли и трудностей пациенту и его семье.

ГЛАВА 10

Компрессия спинного мозга опухолевого генеза

Компрессия спинного мозга опухолевого генеза, как правило, имеет метастатическую природу при раке молочной железы, легких или предстательной железы, развивается в позвонках и растет в направлении назад, уменьшая просвет спинномозгового канала. Это означает, что постепенно увеличивающееся давление на спинной мозг сопровождается постепенным нарастанием симптомов. К сожалению, при отсутствии лечения это приводит к параличу обеих ног — параплегии — с потерей контроля над мочевым пузырем и кишечником.

Признаки и симптомы развивающейся компрессии спинного мозга

Рак разрастается в позвонках, вызывая локальные боли в спине, обычно в ниже-грудном или поясничном отделе, соответствующем нижней части спинного мозга, затем начинают появляться и другие симптомы. Далее из-за сдавливания спинного мозга появляются сенсорные нарушения: сначала в стопах и затем продвигаются вверх по нижним конечностям.

В то же самое время это сказывается на мышечной силе, ноги становятся слабее, больной передвигается неустойчиво, с большим трудом. Наконец, сфинктеры, контролирующие кишечник и мочеполовую систему, теряют свою иннервацию, как следствие, появляется двойное недержание. Прежде чем появится недержание, врач при выполнении ректального исследования, возможно, заметит, что мышечная сила сфинктера уменьшилась.

Диагностика

С момента, когда врач заподозрил развитие компрессии спинного мозга, начинается гонка со временем за постановку верного диагноза и начало лечения. Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) необходима для постановки диагноза. Эти исследования покажут, какие кости поражены, а какие — нет и на каком уровне происходит сдавливание спинного мозга; КТ и МРТ помогают легко установить диагноз. Если на момент начала лучевой терапии пациент сохраняет возможность ходить, то с большой вероятностью он сможет ходить и дальше, несмотря на заболевание. Однако если диагноз поставлен уже частично парализованному больному, то крайне маловероятно, что способность ходить восстановится. Поскольку компрессия спинного мозга — это обычно не терминальное состояние, значит, люди, парализованные вследствие этой причины, проводят последние месяцы жизни в инвалидном кресле, страдая от трудностей и унижений двойного недержания, в то время как если бы

они прошли лечение на ранней стадии, то сохранили бы способность передвигаться до ухудшения состояния и смерти.

В результате лечения раковая опухоль уменьшается, следовательно, снижается и давление на спинной мозг. Таким образом, негативные эффекты от компрессии нивелируются. Но если негативный эффект, связанный с компрессией, уже имел место, то улучшение после лечения наступает редко, разве что ненадолго и временно. Поэтому, если пациент теряет способность ходить до начала лечения, эта способность впоследствии редко восстанавливается.

Что касается лечения, первое, что можно сделать, — это назначить стероиды. Вокруг каждого растущего опухолевого образования есть отек, и он уменьшается при назначении дексаметазона в дозе 12–16 мг/сут., как уже было рассказано в главе, повествующей об основных симптомах при онкологии, а именно в разделе о терапии метастазов в головной мозг, одышке и компрессии нижней полой вены.

На следующем этапе необходимо провести лучевую терапию пораженного участка позвоночника. Пораженные клетки погибают, тем самым надолго уменьшается компрессия спинного мозга. Для эффективного лечения компрессии спинного мозга важна быстрота оказания медицинской помощи. Если симптомы возникли в пятницу, тогда в этот же день доктор должен поговорить со специалистом по лучевой терапии и пациент должен быть отправлен в онкологический центр для проведения лучевой терапии в эти же выходные. Только в редких случаях лечение может потребовать оперативного вмешательства

и (или) химиотерапии, но это не самый распространенный способ лечения злокачественной компрессии спинного мозга.

Пример из России

Осенью 2014 года мы наблюдали тридцатилетнюю женщину, больную раком молочной железы с метастазами в позвоночник. Пациентка страдала от болей в спине, и ее лечащий врач заметил, что за последние недели она стала хуже ходить. Она теперь могла подниматься с кровати или стула только с помощью своей матери и нуждалась в поддержке при ходьбе. Анамнез давал полное право предположить компрессию спинного мозга. Пациентка нуждалась в МРТ пораженной части позвоночника и лучевой терапии. Мы обсудили это с врачом и выразили нашу озабоченность и надежды на улучшение ее состояния. Мы были рады услышать через месяц, что женщина прошла МРТ-обследование и лучевую терапию и теперь снова самостоятельно ходит. Ее не вылечили, но существенно улучшили состояние правильной терапией, избавили пациентку от параплегии и двойного недержания.

Заключение

Пациентам на далеко зашедшей стадии онкологического заболевания, страдающим от болей в спине, необходимо проводить обследования на наличие метастазов в позвоночник и помнить о риске развития компрессии спинного мозга опухолевого генеза, которая несет чудовищные последствия, но хорошо лечится высокими дозами стероидов (дексаметазоном) и лучевой терапией.

ГЛАВА 11

Тревожность и депрессия

Люди с неизлечимыми заболеваниями, как правило, подвержены тревожности и депрессии. Изучив 46 исследований по данной теме, Готопф и соавторы выяснили, что от большого депрессивного расстройства, диагностируемого психиатрами, страдает около 15% пациентов на далеко зашедшей стадии рака. В то же время по оценке частоты возникновения депрессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) средняя распространенность выраженной депрессии на последней стадии рака составляет 29% [1].

Лечение депрессии важно не только потому, что депрессия усиливает душевные страдания пациента, но и потому, что она усугубляет боль и другие симптомы [2]. Исследования, проведенные в Канаде [3], Австралии [4] и Великобритании [5], свидетельствуют, что в этих странах процент пациентов со смертельными заболеваниями, страдающих тревогой и депрессией, ниже. Учитывая ограниченную продолжительность жизни пациентов с неизлечимыми заболеваниями, важно выявить депрессию на ранней стадии, так как она снижает качество жизни пациента и усугубляет симптомы. К тому же лечение депрессии требует времени для достижения эффекта.

Так как же помочь пациенту, страдающему от тревожности и депрессии?

Причины депрессии и тревоги могут быть различны

Причины тревоги и депрессии могут быть нормальными и вполне объяснимыми, а могут быть патологическими.

Тревожное состояние и депрессия могут быть связаны с неизлечимой болезнью пациента или с одним из аспектов, также напрямую связанных с заболеванием. С другой стороны, они могут быть вообще никак не связаны с онкологическим заболеванием.

Если у пациента уже были когда-либо проявления депрессии, следует осведомиться о предыдущем лечении, было ли оно эффективно, и что, по мнению пациента, может быть эффективно в этот раз. Депрессия и тревога могут быть связаны с трудностями в отношениях с другими людьми, или это черта личности пациента, или рецидивирующая психическая проблема. Возможно, пациент скорее опечален, чем депрессивен, он привыкает к мысли, что болен неизлечимой болезнью и что его жизнь будет короче, чем он себе представлял.

Единственный способ узнать причину — это поговорить с пациентом. Знание причины тревоги и депрессии поможет назначить подходящее лечение.

Диагностика депрессии

Сначала мы должны поговорить с пациентом, а потом, возможно, с его семьей и друзьями. Нам нужно понять, что пациент чувствует и почему он это чувствует. Это позволит нам выяснить, страдает он

депрессией и тревожностью или нет. Единственный способ выявления этих расстройств — проводить скрининг депрессии на первом обследовании, а в качестве инструментов скрининга использовать следующие вопросы: «Не ощущаете ли вы подавленности?» или «Чувствуете ли интерес к ежедневным делам?».

Если вам кажется, что тревожность и депрессия могут иметь место, задайте пациенту часть или все следующие вопросы: как начались состояния тревоги и уныния? произошло ли какое-то событие, которое это спровоцировало? каковы облегчающие и обостряющие факторы? как пациент спит? есть ли какие-либо значимые физические симптомы? были ли у пациента до этого депрессия и тревожные состояния? поддерживает ли его семья? возможно, кто-то умер недавно в семье? верит ли пациент в Бога? если да, то как и насколько это ему помогает?

Если пациент ранее уже страдал депрессией, нам необходимо осведомиться о предыдущем лечении, было ли оно эффективным.

Лечение тревожности и депрессии

1. Для начала мы должны обратиться к факторам, которые можно нивелировать: боль, бессонница и трудности в общении.

2. Мы должны поддержать пациента эмоционально и дать ему время справиться с печалью. Нам нужно выяснить, что стоит за его тревогой, и помочь разобраться с причинами.

3. Следует подумать и о немедикаментозном лечении. В случае тревожного расстройства это могут

быть техники релаксации и медитация. Для депрессии это могут быть психологическое консультирование, когнитивно-поведенческая терапия и книги для самопомощи.

4. Медикаментозная терапия.

Лечение при тревожном состоянии

Препараты первой линии — это симптоматическое лечение, например бета-блокаторы, если этого недостаточно, то нужно добавить СИОЗС, если и этого недостаточно, можно попробовать бензодиазепины.

Лечение при депрессии

СИОЗС, миртазепин и трициклические антидепрессанты могут помочь, но мы должны помнить сами и предостеречь пациента и членов семьи, что эффект от этих препаратов наступает не сразу. Через 2 недели дозу антидепрессанта нужно будет скорректировать, если эффект недостаточный, а через 4 недели, возможно, нужно будет добавить второй препарат.

5. Если у пациента нет улучшений или он склонен к суициду либо при предыдущем эпизоде депрессии пациент плохо отвечал на терапию, следует обратиться за советом к психиатру.

Некоторые особенности дозирования и взаимодействия с другими препаратами антидепрессантов при назначении их пациентам с неизлечимыми заболеваниями

На поздней стадии неизлечимого заболевания, особенно у пожилых пациентов, теряющих вес, при полиорганной недостаточности, рекомендуемые дозы

препаратов следует уменьшать, а возможно, даже прекратить лечение, так как есть высокий риск развития побочных эффектов.

При неизлечимых заболеваниях, особенно в старости и когда пациент теряет вес, его органы работают не так хорошо, как раньше, и дозы медикаментов должны быть уменьшены. Если появляются побочные эффекты, по возможности нужно остановить прием препаратов.

Пример

Пациент хосписа в возрасте за 70 лет находится в состоянии депрессии и плохо спит. После беседы с ним врач рекомендовал прием антидепрессантов. К несчастью, врач начал с нормальной взрослой дозы amitriptilina — 75 мг перед сном — и вскоре у пациента проявились дезориентация и сонливость. На следующий день заведующий отделением провел осмотр. По его рекомендации, пациент несколько дней вообще не принимал этот препарат, а затем возобновил прием с очень низких доз. У него не наблюдалось никаких побочных эффектов, а приблизительно через неделю у него наладился сон, он почувствовал улучшение настроения.

Следует помнить, что антидепрессанты и фенотиазиновые основные транквилизаторы плохо взаимодействуют, иногда очень серьезно, с трамадолом и вызывают серотониновую интоксикацию, которая может привести к летальному исходу.

Как только мы оценили состояние пациента и намечили схему лечения, нам нужно **составить план лечения вместе с пациентом.**

Необходимо обсудить с пациентом:

1) наше впечатление о его симптомах тревоги и депрессии;

2) варианты лечения.

Следует выслушать мнение пациента, узнать его страхи и сомнения касательно лечения. Составить план лечения вместе. Назначить дату следующего осмотра, чтобы оценить, работает ли эта схема; если нет, нужно начать снова.

Такой подход, когда мы прежде всего обсуждаем все с пациентом и внимательно прислушиваемся к его мнению, утверждает его автономность, акцентирует внимание на том, что у пациента всегда есть выбор, и даже если он представляет опасность для самого себя или окружающих, мы не можем настаивать, чтобы он придерживался того, что нам кажется наиболее подходящим в данной ситуации. Врач и пациент должны обсудить и согласовать лечение.

Рефрактерные депрессия и тревожность

Депрессивные расстройства и тревожность вызывают душевные и физические страдания. Лечение пациента способами, описанными выше, может облегчить его состояние. Однако некоторые виды депрессий и тревожности не поддаются лечению как силами врача общей практики, так и силами психиатра.

Если у пациента долгосрочный прогноз жизни — от нескольких месяцев до нескольких лет — нужно продолжать лечение депрессии, как мы бы

поступили со здоровым человеком, обратившись за советом к специалисту-психиатру.

Однако, если состояние пациента не дает надежды на продолжительный прогноз жизни и дальнейшие вмешательства только усилят страдания, депрессию и тревогу, возможно, стоит обсудить назначение седативных препаратов как способа борьбы с психологическим дискомфортом. Схема может включать седацию на короткий период (на пару дней) или эпизоды седации в течение дня. Например: сон утром и пробуждение к обеду, сон после обеда, пробуждение вечером к приходу членов семьи. Пациент может предпочесть лекарственную седацию состоянию постоянной тревожности.

Если вы выбрали седацию, то важно обсудить все вопросы с пациентом и коллегами, так как этот период всегда тяжел в этическом и эмоциональном смысле для всех.

Если принято решение использовать седативные препараты, необходимо получить одобрение пациента и объяснить стратегию родственникам. Некоторые пациенты решают сказать свои последние слова родственникам, прежде чем погрузиться в сон.

Заключение

Справиться с депрессией и тревогой может быть сложно, но, справившись с этими симптомами, вы поможете пациенту и его семье. Вы улучшите качество его жизни в последние дни жизни, а следовательно, смягчите воспоминания и поможете справиться с утратой родственникам.

Источники

1. *Hotopf M. et al.* Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1. Prevalence and case finding // *Palliative Medicine*. 2002. Vol. 16. P. 81–97.

2. *Rayner et al.* Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis // *Palliative Medicine*. 2011. Vol. 25 (1). P. 36–51.

3. *Wilson K.G. et al.* Depression and anxiety disorders in palliative cancer care // *Pain Symptom Management*. 2007. Feb. Vol. 33 (2). P. 118–129.

4. *O'Connor M. et al.* The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales // *Medical Journal of Australia*. 2010. Sep. Vol. 6. № 193 (5 Suppl). P. 44–47.

5. *Mitchell.A.J. et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies — *Lancet* — Published Online. 2011. 19 Jan.

ГЛАВА 12

Приближаясь к смерти

Мы рассмотрели аспекты купирования боли и других симптомов в финальной стадии болезни, и теперь достигли момента, когда смерть уже близко. Все подходит к заключению. Как мы можем помочь пациенту и его семье на этом этапе?

Определение, на каком этапе заболевания находится пациент

Чтобы была возможность сделать что-то полезное в дни ожидания смерти, нам нужно узнать, что мы находимся именно в этом временном отрезке. Роберт Твайкросс поделился со мной своим методом, на основании каких признаков можно понять состояние онкологических больных в процессе умирания.

- Если состояние постепенно ухудшается и изменения заметны месяц за месяцем, но оно происходит плавно, значит, впереди у пациента еще месяцы жизни.
- Если вы видите ухудшение состояния неделя за неделей, но не быстрее, то впереди у пациента недели.
- Если состояние меняется день ото дня, но не быстрее, то впереди у пациента дни.

- Если вы видите ухудшение час за часом, то впереди всего лишь часы.

Выглядит очень просто, но более 25 лет этот метод меня не подводил. Он применим почти всегда, за исключением случаев с отдельными осложнениями (например, перелом или артериальное кровотечение), которые меняют ход болезни на финальной стадии.

Лишь добавлю, что ближе к концу у пациентов, как правило, происходит резкое ухудшение, и они уходят быстрее, чем можно предположить. И все же если при обсуждении пациентов я спрашиваю у медсестер, как быстро ухудшается состояние пациента, и получаю ответ «день ото дня», то полностью уверен, что пациент уйдет в ближайшие дни.

Итак, на какие именно признаки мы смотрим?

1. Энергичность и подвижность.

Часто после периода стабильности у пациента, после периода «плато», наступает резкое ухудшение состояния. Накануне пациент ходил самостоятельно, водил машину, и вот он уже не может выйти из дома, затем проводит бóльшую часть времени в своей комнате или передвигается на инвалидном кресле, затем в основном остается в кровати, затем перестает вставать. Сначала эти изменения происходят медленно, но затем быстрее и быстрее, по мере приближения смерти.

На этой стадии пациенту сложно даже двигаться и поворачиваться в постели из-за недостатка энергии и ограниченной мобильности. В самом конце мы уже видим заметные изменения в течение дня, а не в течение более длительных периодов времени.

2. Уровень сознания.

Состояние пациента ухудшилось уже настолько, что он прикован к постели и более не может повернуться или пересесть на стул с судном. Теперь мы замечаем начинающиеся изменения уровня сознания. Утром пациент еще вел осмысленную беседу, к обеду пациент приветствует нас лишь движением глаз и невнятным звуком. К полднику он без сознания и пробуждается лишь тогда, когда испытывает дискомфорт или боль.

3. Кровообращение.

Часто с изменением уровня сознания мы замечаем, что параллельно происходят другие изменения.

Циркуляция крови замедляется; мы замечаем, что ступни утром были розовыми и теплыми, а теперь, к обеду, стали холодными и бледными или до колен покрыты цианотичными пятнами. Позже в тот же день циркуляция нарушилась уже до уровня бедер, и только торс остался теплым.

4. Дыхание.

Мы замечаем изменение дыхания; ранее в тот же день оно было регулярным, а сейчас стало прерывистым, иногда глубоким и затрудненным, иногда пропадает совсем, заставляя нас задаться вопросом: жив ли еще пациент?

Что предвещают эти признаки?

Эти изменения сигнализируют нам о близости надвигающейся смерти. Обычно смерть от онкологического заболевания в пожилом возрасте очень спокойная, человек впадает в бессознательное состояние

и, «засыпая», уходит за считанные дни. Таким образом, по этим признакам мы узнаем о приближении смерти, но что мы будем с этим делать?

Специфические проблемы в последние дни жизни

Некоторые трудности, возникающие в последние дни жизни, могут вызывать затруднения у пациента, семьи и медицинского персонала.

Я хотел бы поделиться своим опытом и знаниями, чтобы помочь справиться с трудностями в следующих областях:

- физической,
- интеллектуальной и эмоциональной,
- духовной.

Мы должны помнить:

- о пациенте,
- его семье,
- команде медиков, осуществляющих уход.

Давайте следить за течением болезни, как мы описали выше, и смотреть, какие перед нами возникают проблемы, что мы можем сделать для пациента и семьи.

Снижение энергии

Если пациент становится менее энергичным, мы должны всегда смотреть на проблему с его стороны. Важно увидеть это изменение состояния и не застав-

лять пациента делать больше, чем он хочет или может. Например, может возникнуть ситуация, когда пациент настолько слаб, что не может самостоятельно дойти до туалета. Стульчак прекрасно решит эту проблему, но важно понять, что он нужен пациенту заранее, а не в 2 часа ночи, когда ему понадобится пойти в туалет, а стульчака рядом с кроватью не оказалось.

Ухудшение аппетита

В период умирания у пациента часто снижается или отсутствует аппетит, скорее всего он не сможет принимать привычный объем пищи через рот.

Важно ли это? Нет, не важно.

Если мы будем заставлять пациента есть, он не проживет дольше, но этим мы доставим ему много дискомфорта.

Важен сам вопрос выбора, мы должны дать пациенту возможность самостоятельно принимать все решения до той степени, до которой он хочет. Это касается и вопроса питания.

Стул и моча

В приближении смерти кишечник может не работать в течение многих дней, мочи также будет мало.

Это вполне нормально, не нужно ничего делать, кроме ситуаций, когда пациенту это доставляет беспокойство. Нет смысла проводить процедуры, которые заставляют пациента лишний раз испытать боль или дискомфорт.

Этот вопрос часто волнует семью и ухаживающий персонал. Потребуется время, чтобы объяснить и обсудить с ними происходящее так, чтобы все стало понятно и чтобы недопонимание не усилило их тяжелое положение.

Нарушение глотания

С приближением смерти, обычно в последние несколько дней жизни, пациент больше не может глотать пищу. Отказ от приема жидкости обычно происходит в течение следующих суток.

Это проблема? С точки зрения питания нет.

Мы не должны считать, что обязаны заставлять или уговаривать пациента принимать больше пищи и жидкости, чем он хочет и может.

Поэтому при нарушении глотания что-то предпринимать необходимо только в нижеописанных случаях.

1. Если нарушение глотания создает пациенту какой-либо дискомфорт, тогда нам нужно выяснить причину дискомфорта.

Что конкретно доставляет ему дискомфорт? Возможно, то, что ротовая полость пересыхает и это причиняет болезненные ощущения.

Могут быть также другие причины.

Только если мы выясним причину беспокойства, мы можем надеяться с ней справиться.

2. Если из-за нарушения глотания пациент не может принимать необходимые препараты. На этой стадии не так много необходимых медикамен-

тов. Самыми важными являются обезболивающие и другие препараты для контроля симптомов, таких как тошнота и рвота, судороги и эмоциональное беспокойство. Если пациент принимает пероральные препараты, особенно обезболивающие, нам важно понимать его состояние и ожидать, что в скором времени пациент, вероятно, перестанет глотать. Такая предусмотрительность позволит нам избежать кризисных ситуаций.

3. Если нарушение глотания приводит к обезвоживанию. Иногда, достаточно редко, у пациента случается обезвоживание, и тогда можно подумать о доступном способе регидратации. В мире используются различные способы восполнения жидкости, в том числе с помощью клизм, перорально (с помощью назогастрального зонда), подкожными и внутривенными капельницами. Наименее инвазивный способ всегда самый лучший. В Канаде и Австралии предпочитают использовать ректальный способ, который, однако, не пользуется популярностью в Великобритании. Пожалуй, если регидратация необходима, мы предпочтем подкожный способ введения жидкости. Однако ближе к концу жизни может увеличиться риск отека легких, поэтому назначение регидратации необходимо тщательно обдумать.

Другой причиной для медицинского вмешательства может стать обезвоживание, которое ведет к интоксикации морфином из-за накопления активных метаболитов. В данной ситуации самыми распространенными симптомами морфиновой интоксикации являются спутанность сознания, галлюцина-

ции и мышечные спазмы. Если уменьшение суточной дозы морфина на 30% не избавляет от перечисленных симптомов, то стоит задуматься о смене опиоида на иной препарат с иным путем выведения. С другой стороны, если мы проведем инфузионную терапию с целью регидратации, это восстановит функцию почек, улучшится экскреция морфина и его активных метаболитов, токсический эффект морфина может нивелироваться.

Самое главное — выбрать наиболее подходящий для пациента и семьи (в этом порядке приоритетов) способ регидратации, который доставляет им меньше дискомфорта.

Боль

Боль может быть серьезной проблемой, ее причину всегда следует идентифицировать, чтобы назначить оптимальную терапию. К примеру, боль могут вызвать растянутый мочевого пузырь или воспаленная слизистая оболочка рта. Или пациент принимал обезболивающие перорально, но с ухудшением уровня сознания перестал глотать. С подобными эпизодами можно справиться, если один из членов семьи или медсестра быстро вызовут врача.

Нарушение дренажа бронхолегочного секрета

Иногда секрет, скапливающийся в гортани, начинает производить очень неприятный звук, который называют предсмертным хрипом. Он пугает семью

пациента и ухаживающий персонал, но не самого пациента, который на тот момент уже не слышит его и не ощущает.

Хрип может и не возникнуть при соответствующих назначениях со стороны врача. Бускопан (или атропин подкожно), как уже упоминалось выше, подкожно инъекционно или через шприцевую помпу, назначенный до появления хрипов, дает почти полную гарантию того, что хрипов не возникнет.

Начальная профилактическая доза — немедленное подкожное введение атропина в дозе 300–600 мкг/сут. и введение 1200–2400 мкг/сут. атропина с помощью шприцевой помпы. Его можно смешивать с морфином при наличии болей и с бензодиазепином при судорогах или возбуждении и т.д.

Если пациент находится не один в палате и хрипы могут услышать окружающие, есть возможность быстро отреагировать на появление предсмертного хрипа, введя больному дозу атропина болюсно. Но на дому все происходит не так, медики не находятся рядом постоянно и вряд ли будут рядом в момент начала хрипов. Даже на этой стадии болезни медперсонал может приезжать и отлучаться несколько раз в течение дня. Таким образом, медперсонал может уехать утром после первого посещения, когда еще не было никаких признаков начинающихся хрипов, а вернувшись к обеду, обнаружить сильнейшие хрипы, когда организм уже не ответит на введение атропина. Таким образом, на дому атропин надлежит использовать для предотвращения нежелательного развития ситуации, а не в качестве лечения развивающегося хрипа.

Интеллектуальные и эмоциональные аспекты

В эти последние недели до наступления смерти мы должны всегда помнить, что у пациента, членов его семьи и ухаживающего персонала есть чувства! Никогда нельзя об этом забывать, когда перед вами человек, приближающийся к смерти.

Например, почему пациент подавлен? Не нужно считать, что мы это понимаем. Можно слишком легко все объяснять обстоятельствами: «Он умирает, естественно, что он такой подавленный».

Возможно, у пациента есть какое-то конкретное желание, например, чтобы пришел определенный человек или восстановить отношения с кем-то. Или есть чувство потери, которое необходимо высказать и с ним поработать.

Мы не сможем узнать, пока не спросим. Например: «Мистер Смит, сегодня вы выглядите расстроенным. Хотите рассказать мне, что вас беспокоит?» Он может ответить «да» или «нет», и это его выбор. Но вам, по крайней мере, следует предоставить ему возможность рассказать о своих чувствах и тревогах. То же самое касается семьи и медперсонала. Если родственники расстроены, нужно задать им те же вопросы. Может быть, им нужно объяснение, почему болезнь протекает именно так или почему было назначено именно такое лечение. Они могут отметить какую-то небольшую деталь, которая кардинально повлияет на то, как мы можем помочь пациенту.

Духовные аспекты

Подобным образом мы должны с вниманием относиться к духовным потребностям пациентов, их семей и ухаживающего персонала.

В определении паллиативной помощи ВОЗ 1990 года говорится о духовном аспекте помощи пациенту. Это область ценностей и смыслов: мы пытаемся понять, кто мы такие, для чего мы живем, с пользой ли мы прожили жизнь.

Многие считают, что религия помогает найти ответы на такие вопросы: она дает какую-то определенную структуру этой части жизни и этим размышлениям. Мы должны знать о важности этого аспекта, особенно если видим, что пациент подавлен.

Если мы не чувствуем себя достаточно компетентными в этой области, нам необходимо знать, к кому обратиться за помощью в момент, когда пациент приближается к концу жизни.

Опытный священник или другой религиозный наставник может оказаться незаменимым, в особенности для людей преклонного возраста. Помощь христианского священника, как правило, состоит в том, что он будет находиться рядом с пациентом и его семьей, чтобы почитать Священное Писание, помолиться, причастить пациента. Священнослужители других религий постараются утешить соответствующим для данной религии образом. В такой момент это может быть очень важной помощью для пациента и его семьи.

Священник также может существенно помочь и медицинскому персоналу, разъяснив, на что сто-

ит обратить внимание, что сильнее всего беспокоит людей на пороге смерти.

Для пациентов, принадлежащих к другой вере, следует пригласить их духовного наставника, если сам пациент и его семья этого захотят.

Заключение

Ухаживающий персонал может сделать многое, чтобы облегчить страдания пациента и семьи в последние дни жизни больного. Это важно не только для самого пациента, но и для его семьи, у которой навсегда останутся в памяти теплые моменты, связанные с последними днями жизни родного, что поможет им легче справиться с утратой.

ГЛАВА 13

Общение

Общение с пациентом — это ядро качественной медицинской помощи.

Как наилучшим образом организовать такое общение?

Общение — это всегда двусторонний процесс. Он включает в себя четыре аспекта.

1. Слушание.

Невозможно удовлетворить какую-либо потребность человека, не выслушав прежде, в чем она заключается.

2. Обдумывание.

Как говорилось в одном постере: «Сначала включи голову — потом говори».

Наши ответы должны быть обдуманными. Обдумывание ответа может происходить почти мгновенно, но иногда на это может потребоваться время.

3. Говорение:

а) говорить необходимо таким образом, чтобы слушающий вас понял и при этом чтобы вы ответили на все его вопросы;

б) делайте записи — возможно, это будет полезным как обобщение разговора для вашего собеседни-

ка либо для вас самих как подробное и точное воспроизведение беседы, полезное в дальнейшем с медицинской точки зрения.

4. Невербальное общение.

Ваше невербальное сообщение прозвучит для слушателя убедительнее слов.

Очень важен зрительный контакт.

То, что люди читают на вашем лице, по вашей позе, то, что вы то и дело поглядываете на часы, нервно меняете положение, — все это может свести на нет ваши слова и перечеркнуть всю беседу.

Общение внутри команды

Хорошая командная работа очень важна в нашем деле и невозможна без общения. Будь то оркестр или футбольная команда, которые могут подать пример прекрасной командной работы, общение внутри коллектива — неотъемлемый фактор. Нашим медицинским командам общение нужно не меньше, чем музыкантам или спортсменам.

Можно назвать три области, в которых общение особенно необходимо:

- 1) общение внутри хосписной команды;
- 2) коммуникация с сотрудниками медицинской службы, работающей в ночное время и выходные дни;
- 3) коммуникация с другими учреждениями, осуществляющими паллиативную помощь.

(Общение с самими пациентами и родственниками мы обсудим позже.)

1. Общение внутри хосписной команды.

Обсуждение пациента с коллегами помогает нам согласовывать работу. И тут мне хотелось бы сказать об одной из причин, почему так необходим ежедневный обход.

Когда я работал в хосписе Святого Христофора, там ежедневно проходил «виртуальный» обход. Персонал хосписа собирался в кабинете. Каждый член команды принимал участие в обсуждении одного за другим всех пациентов. Таким образом, выявлялись и обсуждались различные проблемы и разным членам команды поручалась та или иная задача в зависимости от их должности и навыков. Команда работала прекрасно благодаря таким ежедневным обсуждениям. И поскольку мы сталкивались с тем, как самые разные навыки могут быть полезны, мы начинали больше ценить каждого из своих коллег. Даже уборщики и волонтеры, которые не принимали участия в ежедневных обсуждениях, получали информацию о них от дежурной сестры. Эти члены хосписной команды, не медики, часто проявляли такую чуткость, что удивляли новых сотрудников хосписа. Бывало, что именно уборщики первыми сообщали об ухудшении состояния пациента.

2. Коммуникация с сотрудниками медицинской службы, работающей в ночное время и выходные дни.

В Великобритании медсестры всегда делали отчет в конце смены, передавая каждого из пациентов заступившей смене. У врачей никогда не было такой системы. Мы полагались на качество наших записей,

которые должны сообщить другому врачу информацию о текущем состоянии пациента, проведенных обследованиях и ходе лечения.

Но сейчас в Великобритании, особенно в тех ситуациях, когда пациента ведет семейный врач, докторам приходится осваивать процедуру передачи пациента от одного специалиста другому. Традиционно районная медицинская система помощи была устроена таким образом, что медики на конкретном участке несли ответственность за своих пациентов круглосуточно, без выходных, весь год и год за годом. Доктор, вызванный посреди ночи, мог приехать и прочитать свои же медицинские записи о пациенте.

Примерно 10 лет назад система изменилась: было решено создать «Медицинскую службу нерабочего времени» (ООН, Out-of-Hourse Service), которая работает с 18:30 до 8:00, а также по выходным дням и государственным праздникам. Задача службы — в нерабочее время обеспечить охват большого числа населения небольшим числом медиков, выезжающих на вызовы. Однако это поставило медиков перед новой проблемой: как передавать информацию сотрудникам службы:

- 1) об инкурабельных больных;
- 2) о пациентах, нуждающихся в особом уходе или имеющих психические заболевания.

Таким образом, было решено ввести систему электронных медицинских отчетов, информация в которых должна обновляться по мере того, как меняется состояние пациента, то есть зачастую ежедневно для пациентов на терминальной стадии заболевания.

Такие обновленные медицинские отчеты направляются по электронной почте в службу ноч-

ного времени и выходного дня в конце каждого рабочего дня, чтобы врачи, отправляясь на вызов, имели информацию о пациенте. Мы не были уверены, что эта система окажется эффективной, но на данный момент нововведение показало себя очень хорошо. Недостаток системы состоит в том, что информация о пациенте не передается врачам скорой помощи и в случае госпитализации врачам больницы.

Приведу **пример**, когда связь с дежурными врачами ночной службы была необходима.

Один мой пациент примерно 20 лет назад находился на последних неделях жизни. Он страдал от сильнейшей боли в паху справа, которая возникала каждый раз при движении правой ногой. Я считал, что это связано с прорастанием опухоли в мягкие ткани, но пациент не отвечал на повышение дозы морфина, который он уже на тот момент принимал.

Я позвонил врачу местного хосписа, и она предположила, что у пациента затронута опухолью поясничная мышца, что дает болевой синдром при раздражении мембран мышечных клеток. Она посоветовала попробовать клоназепам в таблетках. Мы попробовали, и он сработал очень быстро — примерно в течение 1 часа! Клоназепам, как и другие бензодиазепины, стабилизирует клеточные мембраны.

Но затем, когда я был в отпуске, пациент ночью вызвал доктора местной ночной службы, и у врача не было доступа к моим записям. Пациента госпитализировали, но доза морфина — 100 мг в таблетках — не была указана в сопроводительных документах, а клоназепам упоминался, но не пояснялась причина

назначения. Принимавший врач прописал пациенту недостаточную дозу морфина и отменил клоназепам.

Мой пациент умер через 5 дней, страдая от тяжелой боли. Я узнал об этом позже, и мне было очень жаль пациента, такой ситуации нельзя было допускать.

Это произошло именно из-за отсутствия коммуникации.

3. Коммуникация с другими учреждениями, осуществляющими паллиативную помощь.

Последний пример показывает, как недостаток коммуникации на врачебном участке привел к недостатку коммуникации с больницей, куда поступил пациент.

Полноценная коммуникация с учреждениями, оказывающими помощь пациентам с угрожающими жизни заболеваниями, чрезвычайно важна.

Пример

У меня была пациентка 80 лет, которая жила одна в сельской местности, в 15 км от моего хирургического кабинета. У нее был рак головки поджелудочной железы, и после постановки диагноза она прожила 2 года. В какой-то момент у нее началась желтуха из-за того, что опухоль перекрыла общий желчный проток. Ей установили стент, и желтушность быстро исчезла. Как-то я заглянул ее проведать, потому что ее соцработник позвонила и сказала, что та не может встать с кровати.

Как только я вошел в дверь, я был поражен, насколько она была бледная. Ее гемоглобин упал вдвое. Было ли это началом последнего этапа терминальной стадии? Или анемия вызвала такую слабость,

что она не могла подняться? По моим показаниям, она была госпитализирована в местную больницу. Я рассказал дежурному врачу о ее состоянии и оставил детальное письмо со всеми подробностями и указаниями. Ее обследовали и выяснили, что слабость была связана с основным заболеванием, а не с анемией. В больнице пациентке помогли прожить оставшееся время максимально комфортно и оказали всю доступную паллиативную помощь.

Возможно, она предпочла бы умереть дома, но в больнице, в тихой отдельной палате, она умерла в комфорте, без боли и страданий, окруженная заботой медицинского персонала.

Коммуникация между медиками в этом примере была абсолютно необходима: я сообщил устно и письменно изложил всю информацию о ее состоянии принимавшему врачу. Поэтому, когда в больнице провели обследования и сделали вывод, что она умирает, медики не пытались ни ускорить, ни отсрочить смерть, а старались удовлетворять все потребности пациентки — телесные, умственные и духовные.

Общение с пациентом и его семьей

Это еще один очень важный пункт.

Давайте рассмотрим его, отвечая на вопросы: для чего? когда? где? с кем? кто должен участвовать в разговоре?

Для чего?

- Для чего нам нужно поговорить с ним? с ней? с ними?

- Какова цель нашего разговора?
- Что мы должны выяснить к моменту окончания разговора?
- Что мы надеемся сообщить пациенту во время разговора?
- А сам пациент настроен ли услышать от нас то, что мы хотим сообщить?

Когда?

- Насколько неотложен этот разговор?
- Считает ли его неотложным сам пациент? Или это наше собственное мнение? Или чье-то еще? И почему?
- Сколько примерно времени займет беседа?
- Как лучше встроить этот разговор в свой график?
- А самому пациенту, может быть, в какой-то момент будет легче воспринять этот разговор, а в какой-то — сложнее?
- Например, прийти для серьезного разговора в тот момент, когда подают обед, это навязчивость и пренебрежение к нуждам пациента.
- А как говорить с семьей? Хотим ли мы провести разговор с родными пациента? Вместе с пациентом или отдельно от него?
- О времени разговора можно посоветоваться с сестринским персоналом. Сестры могут рассказать о привычном распорядке дня пациента, его пристрастиях, когда обычно он отдыхает и когда лучше его не тревожить.

Где?

- Обстановка.
- Важно, чтобы пациенту и его семье было комфортно.
- Должна создаваться обстановка конфиденциальности — возможно, отдельная комната с закрытой дверью?
- Ничто не должно отвлекать.
- Времени должно быть достаточно.
- Может быть, чашечку чая?

Как лучше расположиться во время разговора?

- Говорить через стол? Это создает некоторое противостояние между пациентом и врачом и пугает пациента, а значит, препятствует общению. Может быть, лучше сесть не напротив друг друга, а за соседние стороны стола? Или просто сидеть в мягких креслах, а рядом будет низкий журнальный столик, чтобы было, куда поставить чашку чая и положить бумаги?
- А компьютер? Должен ли он быть включенным? Возможно, это будет отвлекать и вас, и пациента.
- А планшет или мобильный телефон? Если можно, отключите их или отдайте медсестре и попросите, чтобы вас на время не беспокоили.

С кем мы должны поговорить?

Что предполагает русская культура? Каковы ожидания пациента и его семьи?

Обычно лучше всего вести разговор непосредственно с пациентом. Ведь, в конце концов, речь

пойдет именно о его организме, о его болезни и лечении. И именно ему предстоит принять «информированное решение» на основании информации, которую он от нас услышит. Мы не должны привлекать к разговору членов семьи без согласия пациента.

Собираетесь ли вы вести разговор один на один с пациентом? Или есть какие-то веские основания, чтобы другие люди присутствовали при этом? Иногда хорошо, чтобы с вами находилась опытная и чуткая медсестра. У нее могут быть полезные комментарии. А если вам предстоит сообщить плохую новость, она увидит реакцию пациента и семьи и сможет впоследствии поддерживать их.

Пациент также может пожелать, чтобы кто-нибудь из членов семьи или друзей присутствовал:

- 1) для поддержки;
- 2) чтобы запомнить информацию, которую он услышит во время разговора.

Будет ли аудио- или видеозапись разговора полезна для пациента и его семьи? Особенно если это первый такой разговор с пациентом.

Для начала нам необходимо представиться. Это простые правила вежливости: поздороваться и представиться. Очень полезно, чтобы у всех сотрудников хосписа были бейджи с именем и должностью, написанными крупным, легко читаемым шрифтом.

Мы должны объяснить, для чего мы пришли, если это не запланированный визит, а не ежедневный плановый обход. Нужно спросить, не хочет ли пациент что-нибудь обсудить с нами — и начать разговор именно с этой проблемы — и только тогда перейти к нашей теме.

Возможно, нам понадобится расположить вопросы пациента по степени важности: если он хочет обсудить несколько проблем, будет полезным выделить среди них наиболее важные, а наименее важные перенести на следующий визит.

Нам необходимо уметь выслушать. Предложите пациенту поделиться своими мыслями и переживаниями, не перебивайте — обычно это дается нам трудно, мы даем пациенту около 15 секунд, прежде чем начать задавать наши вопросы! Надо дать ему хотя бы 2 минуты и выслушать все, что он хочет сказать! Если выделить пациенту несколько минут, он перейдет к сути намного быстрее, чем если вы будете наводить на тему вопросами!

Уточните, правильно ли вы поняли пациента:

— Иван Петрович, я правильно понимаю, что у вас в роду кто-то болел таким же заболеванием, или вы говорили о родственниках жены?

Подведите итог.

— Иван Петрович, позвольте, я кратко обобщу, что вы сейчас рассказали...

Очень важно интересоваться, что думает сам пациент о своем состоянии и как он объясняет себе происходящее.

— Иван Петрович, вам недавно пришлось узнать о вашей болезни. Вам и вашей семье сейчас, наверное, нелегко. Как вы думаете, в чем причина всей этой ситуации?

Иногда может быть полезным узнать о религиозных убеждениях пациента, была ли его семья религиозной, так как это может повлиять на его воспри-

ятие ситуации, а также на то, к какому лечению он будет готов. Например, свидетели Иеговы будут отказываться от любых переливаний крови. Во многих религиях существуют принятые посмертные обряды.

Спросите также о его предыдущем опыте или опыте родственников и друзей — если он еще ничего не сказал об этом, спросите сами. Имейте в виду, что иногда на пациента очень влияет информация, которую он получает из телевизора. Возможно, он смотрел по телевизору что-то, что считает чрезвычайно важным в отношении своей болезни.

Если это необходимо, готовьте ответы заранее. Если во время беседы у пациента возникает вопрос, на который у вас нет ответа, вы с полным правом можете сказать: «Да, это хороший вопрос... у меня пока нет на него ответа. Я обязательно это выясню и приду к вам завтра с ответом». Но в таком случае вы непременно должны действительно найти ответ и вернуться с ним к пациенту на следующий день.

Обсудите план лечения и оценку результатов.

Сообщите пациенту, какое, по вашему мнению, лечение будет наиболее эффективным, согласуйте с пациентом план лечения, в том числе обсудите, в каких случаях вы будете от него отступать. Поступайте в соответствии с совместно согласованным планом и, если от него приходится отступать, объясните пациенту, почему.

Убедитесь, что пациент понял то, о чем вы с ним говорили и к каким выводам пришли. Иногда необходимо, чтобы в обсуждении принимали участие члены семьи.

Очень важны слова, которые вы выбираете в разговоре. Говорите простым языком, избегайте медицинских терминов. Нам очень легко иногда прятаться за словами, которые действительно отражают реальность, но ничего не значат для пациента.

При этом если вы употребляете слово «рак», что в принципе совершенно допустимо, воображение пациента может нарисовать такие вещи, которых вы не имели в виду. Поэтому очень важно пояснить, что именно вы сообщаете пациенту.

Далее в этой главе я рассмотрю эту проблему более подробно.

Обращайте внимание на невербальную сторону общения. Посмотрите на пациента: оцените его реакцию, был ли он достаточно спокоен во время разговора или же был напряжен. Постарайтесь заметить тот момент беседы, когда он чувствовал себя комфортно. Тогда вы сможете мягко вернуться к этому вопросу.

Мы обсудили вопрос общения в целом, а теперь давайте перейдем к проблеме, которая никому из нас — даже самым опытным специалистам — не кажется простой.

Как сообщить плохую новость

Предметом такого разговора могут быть как сам диагноз, так и неблагоприятные изменения в течении болезни или прогнозе. Разговор может происходить в хосписе, в больнице или дома у пациента.

Нам нужно выяснить, что пациент думает, знает и чувствует. Что ему сказали и что он понял? Задавайте открытые вопросы, предлагайте открытое

начало фразы. На открытый вопрос нельзя ответить «да» или «нет». Можно начинать вопросы с вопросительных слов: «Когда...?», «Где...?», «Как...?», «Что...?» или «Скажите, пожалуйста...».

Пример

Пациент госпитализирован в ваш хоспис. Вам необходимо выяснить, что пациент знает о своей болезни и прогнозе. Вы садитесь рядом с ним и начинаете беседу.

— Игорь Михайлович, **скажите, пожалуйста**, что с вами произошло, как вы оказались здесь?

— Я заболел примерно четыре месяца назад. У меня появились боли в спине, и становилось все хуже и хуже, пока я совсем уже не мог больше работать. И я пошел к терапевту, который направил меня к другому специалисту. Мне сделали анализы, прописали обезболивающее и сказали, что я быстрее поправлюсь, если пройду лечение в хосписе. Поэтому я лег к вам.

Вы задаете вопросы дальше:

— А **что** доктор сказал вам о вашей болезни?

— По сути, мне ничего не сказали. Мне выписали трамадол, он только отчасти снимает боль.

— Игорь Михайлович, **что** вы об этом **думаете**? Есть у вас кто-то в семье или среди знакомых, у которых было что-то подобное?

— Да. Мой отец умер от рака, и его болезнь начиналась с болей в спине. Я надеюсь, что у меня спина болит по какой-то другой причине, но не могу отделаться от мысли, что все серьезно...

— А **что** вы **чувствуете**?

— Я волнуюсь. Я думаю, что, если это рак, мне

нужно лечиться, а если это такая же болезнь, как у отца, то, может, и вылечиться нельзя...

Теперь вы представляете себе степень его понимания, знаете некоторые его мысли и страхи.

Как сообщить самую плохую новость

Существуют достоверные опубликованные данные, что пациенты в Великобритании хотят знать больше, чем предполагают доктора. И абсолютное большинство докторов чувствуют, что они поступили правильно, сказав правду пациенту.

В «Британском медицинском журнале» были опубликованы данные по результатам исследования в онкологической больнице:

- 79% пациентов хотят знать всю правду;
- 96% хотят знать, рак это или нет;
- 91% хотят знать, каковы шансы на выздоровление;
- 94% хотят узнать о побочных действиях препаратов (*Meredith et al. BMJ. 1996. Sept.*).

Мы представляли себе результаты и до публикации, но были поражены такими высокими цифрами: так много людей хотят знать правду о своей болезни. Насколько я знаю ситуацию в России, здесь люди думают приблизительно так же.

Пример

Несколько лет назад я выступал в России перед выездной бригадой помощи онкобольным, и мы обсуждали вопрос, как сообщать плохие новости. Один из присутствовавших докторов — в комнате

было около 20 человек — сказал, что в медицинской практике в России говорить правду о диагнозе не принято. Он считал, что только сами врачи могут выдержать такую новость, поэтому он ничего не говорит своим пациентам об их болезни. Кроме троих врачей в комнате находились примерно десять медсестер, которые также выезжали к пациентам на дом. Я спросил, как они относятся к сказанному доктором.

Они были в ужасе от того, что сказал врач. Восемь из них ответили, что они хотели бы знать все о своем диагнозе. Две из них сказали, что хотели бы знать о болезни и методах лечения что-то, но не всё или, по крайней мере, не всё сразу.

Итак, как нам подойти к тому, чтобы сообщить плохую новость?

Во-первых, мы должны поговорить с самим пациентом. Не родственники, а именно больной должен узнать все первым. Это касается здоровья и жизни пациента, поэтому он должен получить информацию первым, а потом он или она могут обсудить с доктором: как, когда и кто сообщит семье. Может быть, такой подход для вас не совсем привычен. Но подумайте, как бы вы предпочли поступить, если бы речь шла о вас самих. Предпочли бы вы, чтобы члены вашей семьи узнали первыми и выбирали, что из услышанного они сообщат вам?

Во-вторых, плохие новости нужно сообщать очень бережно. Не сразу, шаг за шагом. Это не обязательно должно занять много времени, но нужно делать паузы, чтобы дать возможность пациенту усвоить информацию.

Пример

К вам приходит пациентка Мария Павловна. У нее обследовали уплотнение в молочной железе. Новости удручающие.

— Здравствуйте, Мария Павловна. Заходите, присаживайтесь. Как вы съездили в больницу?

— Слава богу, я вовремя добралась, несмотря на пробки. Была гроза, лужи на дорогах, пришлось ехать медленно...

— А обследования уже провели?

— Да. Они проводили дольше, чем я ожидала... вот снимок. А потом еще сделали биопсию. Неприятная процедура — было больновато. Мне не объясняли, что это и зачем, но сделали.

— Результаты уже есть?

— Да, — пауза, — результаты мне отдали, — пауза, — есть там у меня что-то...

— Да, я вижу, есть нечто серьезное. Обследования показывают, что у вас рак груди.

Мария Павловна начинает плакать. После короткой паузы вы продолжаете:

— Мария Павловна, у кого-то из вашей семьи или друзей была подобная болезнь?

— Да, у мамы и бабушки было такое... и обе умерли от этого.

— Как проходила болезнь у вашей матери?

— У нее были страшные боли, вся семья замучилась. И у бабушки также.

— Мария Павловна, я сделаю все, что смогу, чтобы вы получили самое лучшее лечение. И как бы ни шло лечение, все наши медики всегда готовы вам помочь, звоните, когда нужно. Мария Павловна, важ-

но, что сейчас уже другое время. Сейчас есть новые препараты для облегчения боли и других симптомов. Вам доступно такое лечение, которого не было ни у мамы, ни у бабушки. Скажите, Мария Павловна, как вы будете добираться до дома? И кто сейчас дома?

— Поеду на метро. Все нормально. Мой муж Игорь будет дома. Я сама ему скажу. Мы с ним поговорим.

— Мария Павловна, запишитесь ко мне на прием через неделю. Я надеюсь договориться со специалистом к тому времени. Если я что-то узнаю раньше, я вам позвоню.

— Доктор, спасибо, такой ужас, а вы мне так помогли! Я приду через неделю, если вы раньше не позвоните.

Как правило, целесообразно говорить прямо и недвусмысленно, чтобы избежать недопонимания. Я выступал на курсах для врачей, которые готовились начать работать как семейные врачи, и мы обсуждали тот же самый вопрос. Я спрашивал у докторов, говорят ли они своим пациентам, какой у них диагноз. И если это так, то какие слова они используют. Один из врачей сказал, что он всегда говорит только правду. Когда я его спросил, какие слова он при этом использует, он ответил: «Я говорю, что у пациента идет процесс метастазирования опухоли».

Это, конечно, правда. Но когда она подается таким образом, это осознанный выбор врача, чтобы скрыть правду от пациента, и, я думаю, врач старается таким образом предотвратить эмоциональную реакцию, с которой ему будет трудно справиться. Обычно

правильнее использовать слово «рак», иначе пациент может вас неправильно понять.

Пример

Николай Александрович вернулся из больницы с результатами обследований. Обследования показали, что у него рак желудка, но доктор об этом умалчал.

Когда он возвращается домой, жена спрашивает, как дела.

— Все нормально, — отвечает Николай Александрович, — доктор сказал, что у меня просто язва желудка... А я думал, у меня рак.

Но что означает для него слово «рак»? Нам необходимо выяснить, что думает сам пациент. Как мы можем это сделать? Мы можем спросить у него, была ли подобная болезнь у его друзей или родственников и как она протекала. Как только вы упомянете слово «рак», перед пациентом тут же ярко встанут все эти воспоминания. Как в нашем прошлом примере с Марией Павловной. Слова «рак груди» немедленно напомнили ей картины смерти мамы и бабушки.

Однако не все пациенты реагируют с таким ужасом.

Например, Петру Семеновичу уже хорошо за 80. После некоторой подготовки вы сообщаете, что у него рак. Он не выглядит потрясенным. Вы спрашиваете, было ли нечто подобное у членов его семьи.

— Да, — отвечает он, — у отца был рак простаты. В том же возрасте. На лечении он продержал-

ся еще много лет... И умер он хорошо. Во сне, в своей постели. Мы все были рядом.

Но, к сожалению, не всегда плохие новости сообщают должным образом.

Один из моих пациентов находился в стационаре. Его только что прооперировали и обнаружили рак. На следующее утро заведующий отделением во время обхода задернул шторку вокруг кровати пациента и сообщил новость очень прямолинейно и нечутко при всем персонале. Остальные больные в той шестиместной палате слышали, как мой пациент громко заплакал.

Это пример очень неудачной со всех точек зрения коммуникации. И конечно, в этой ситуации нужно было поступить иначе.

Другой пример

Пациент после операции находится уже в палате.

Хирург входит в хирургическом костюме, прямо из операционной. Он задергивает шторки вокруг постели пациента, становится на колени рядом с кроватью так, чтобы их с пациентом лица находились на одном уровне.

— Вы выдержали сегодня очень серьезную операцию. Мы еще не можем точно сказать, каков будет результат. Вам нужно восстановиться, прежде чем вы сможете вернуться домой. Через несколько недель мы получим результаты анализов, которые мы взяли во время операции, и все с вами обсудим.

Позже пациент сказал медсестре:

— Надо же, доктор пришел и так со мной разговаривал! Такой занятой и ко мне сам пришел! Такому заботливому врачу можно доверять.

После того как вы сообщили пациенту плохую новость, постарайтесь чем-то его обнадежить.

— Иван Александрович, ваша печень увеличена, в этом причина ваших болей. Вероятно, это вызвано раком, источник которого — в нижнем отделе кишечника. Вы оцениваете свою боль на 6 из 10, а через 1 час после приема трамадола — на 3 из 10. На данный момент вы принимаете максимальную дозу трамадола, 400 мг в день. Сначала это вам помогало, но через несколько недель оказалось недостаточным. Мы можем назначить вам такой же препарат, но более сильный. Это морфин пролонгированного действия. Его нужно принимать регулярно 2 раза в день. Возможно, нам понадобится отрегулировать дозу. Но вы увидите, что это поможет. Что вы думаете?

Еще один случай из реальной жизни в России, осложненный «заговором молчания». Я посещал пациента, пожилого мужчину по имени Лев. Любящая семья окружила его заботой. У него был рак желудка в терминальной стадии. Ему, по-видимому, оставалось жить лишь несколько недель. В его семье знали диагноз, но посещавшие его медсестры из хосписа были предупреждены, что сам он о диагнозе не знает, они видели, что пациент не понимает, почему ему не становится лучше, и от этого ему плохо. Никто ему ничего не говорил, потому что все боялись, как на него подействует эта информация. Врачи тоже советовали ничего ему не говорить.

Я в качестве «специалиста из Англии» получил возможность поговорить с ним. Я заверил семью, что не скажу ему то, чего он не хочет услышать. Как я должен был действовать?

Я вошел, представился и сказал, что после осмотра он может задать мне любые вопросы. С его разрешения я пропальпировал брюшную полость с плотным образованием в эпигастрии. По мере обследования, когда моя рука была у него на животе, я сказал:

— Я чувствую здесь причину вашей болезни. К сожалению, мы не можем вылечить вас, но можем помочь облегчить симптомы, которые сейчас вас беспокоят.

Он посмотрел на меня, улыбнулся и поблагодарил. Когда мы уходили, вся семья окружила его, они испытали облегчение после нашего разговора с пациентом, им было спокойно и хорошо.

И наконец, помогите пациенту обсудить диагноз с членами семьи. Ему потребуются их поддержка и помощь в течение болезни, поэтому они должны знать диагноз, чтобы иметь возможность помочь ему.

Итак, общение — это существенная часть качественной медицинской помощи и лечения.

Общение включает четыре аспекта: 1) слушание; 2) говорение; 3) обдумывание; 4) невербальное общение.

Мы должны выстраивать коммуникацию:

- 1) с пациентом и его семьей;
- 2) внутри своей медицинской команды;
- 3) с сотрудниками медицинской службы ночного времени и выходного дня;
- 4) с другими учреждениями, осуществляющими медицинскую помощь.

Общение в команде и коммуникация с коллегами преследуют две цели:

- мы должны убедиться, что у нас есть полная картина в отношении пациента и его семьи;
- нам необходимо наладить коммуникацию таким образом, чтобы избежать ошибок и обеспечить качественное обслуживание пациента.

Помните также о невербальном аспекте общения, который может либо помочь, либо стать препятствием хорошей коммуникации.

Продумывайте и тренируйтесь сообщать пациентам плохие новости — разыгрывайте ситуации с коллегами или актерами. В таких разговорах подбирайте ясные недвусмысленные фразы, но говорите деликатно. Полезно будет выяснить, что понимают пациенты под термином «рак» и др., и затем осторожно корректируйте их понимание, чтобы пациент действительно получил от вас и смог воспринять точную информацию.

Помогайте пациенту обсудить все с семьей и, наоборот, семье с пациентом. В ходе болезни пациенту понадобятся их помощь и забота.

«Заговор молчания» создает барьеры вокруг пациента и лишает его поддержки в тот самый момент, когда любовь и поддержка нужны больше всего.

ГЛАВА 14

Выбор пациента

Право пациента на выбор имеет очень большое значение. Это право не всегда признавалось медиками как необходимое и законное. Однако именно невозможность выбирать, чувство потери контроля над ситуацией во многом являются источниками тревоги для некурабельного пациента: пациент и его семья ощущают, что почва ушла из-под ног, их уносит быстрым течением реки, и они ничего не могут сделать.

К счастью, наша социальная культура меняется и общество призывает медиков пересмотреть этот вопрос.

Медицинские клише

«Информированное согласие», «права пациента», «защита прав пациента», «заблаговременное завещание относительно медицинских вмешательств» (документ, в котором пациент указывает, как бы ему хотелось, чтобы строились лечение или уход, когда он окажется не способен принимать решения. — *Примеч. пер.*), «пассивная эвтаназия» — это распространенные в наше время медицинские клише,

которые отражают теоретическое наличие у пациента права на выбор. Общество ожидает, что эти слова не останутся пустым звуком.

Права пациента в Великобритании

В начале 1990-х годов британское правительство выпустило постановление относительно прав некурабельных пациентов, в котором говорилось следующее: «Пациент имеет право участвовать, насколько это осуществимо, в принятии решений относительно оказываемой ему медицинской помощи и всегда, когда это возможно, имеет право делать собственный выбор».

Это важное утверждение, которое должно быть применимо как в Великобритании, так и в России.

Итак, когда онкобольному пациенту важно иметь право на собственные решения?

1. После постановки диагноза или при рецидиве.

Нам нужно понимать:

- насколько много хочет знать о своем состоянии сам пациент?
- что он готов сообщить семье?

Выяснить это можно только одним способом: спросить самого пациента. Ответы в различных ситуациях могут быть разными.

Примеры

Случается, что пожилой пациент принимает диагноз с мудрым спокойствием и не хочет знать подробностей. Ему будет достаточно знать, что в нужное время он сможет получить все необходимое лечение и уход от врачей и медсестер, которым можно доверять.

Другому пациенту узнать о диагнозе будет очень непросто. Он может отказаться принимать диагноз, демонстрируя отрицание. В таком случае он будет словами или своим поведением говорить: «Доктор, я боюсь, я не хочу ничего знать!»

У молодого семейного пациента, который ведет свой бизнес, будет совсем другой подход: «Доктор, я должен знать все. Мне нужно подумать, как жить семье. Мне нужно принять решение относительно бизнеса. Это очень важно».

2. В ходе обследований и лечения.

- Какие исследования интересуют врача?
- Насколько они инвазивны?
- Насколько легко их будет перенести пациенту?
- Насколько они необходимы?
- Насколько их результаты повлияют на ход лечения?

Какое лечение назначит мне доктор?

- Будет ли оно эффективным?
- Что доктор подразумевает под эффективным лечением?
- Какие могут быть побочные действия?
- Означает ли это лечение, что я буду меньше времени находиться дома?
- Смогу ли я благодаря лечению вместе со своей семьей выполнить то, что для нас важно?

Здесь необходимо быть реалистичным.

Будет полезным обсудить эти вопросы с онкологами и другими специалистами, а затем вернуться к ним с пациентом. Чтобы дать пациенту возможность

выбора, нужно сначала предоставить ему правдивую информацию.

3. Где пациент желает находиться на этапе паллиативного лечения?

- Дома, с семьей и друзьями?
- Это его собственное желание?
- Вы его об этом спрашивали?
- Где он хочет умереть?
- Чего хочет сам пациент?
- Чего хотят родные пациента?
- Как быть, если желания пациента и семьи не совпадают?
- Чем мы можем помочь, чтобы прийти к согласию?

При хорошей паллиативной помощи у пациента должно быть больше возможностей выбора.

При поддержке со стороны заботливой семьи последние этапы болезни и смерть дома могут быть хорошим выбором. Но в случае социальной изоляции или если семья не желает взять уход на себя, пациент может предпочесть не находиться дома.

Пример

Пациента госпитализировали из-за нарастающей боли неясной этиологии. Месяц назад впервые появились признаки серьезной болезни: пациент начал терять в весе, быстро уставать, начались боли, которые усиливались и причиняли пациенту все больше страданий.

Пока в больнице шли обследования, пациенту, очевидно, становилось все хуже. Было выяснено, что причина боли — злокачественная опухоль, а вместе

с этим стало понятно, что у пациента осталось всего несколько недель.

Семейный доктор понимал, что если он не будет действовать быстро, у пациента нет шанса вернуться домой. После разговора с районной медсестрой доктор позвонил в больницу, где находился пациент. На следующий день пациента выписали домой.

Доктор навестил больного... и обнаружил его в холодной непротопленной спальне, в то время как его жена сидела в гостиной возле камина. Доктор ожидал увидеть совсем другое. Он представлял себе пациента, окруженного теплой семейной заботой, а не брошенного в атмосфере отчуждения и изоляции. Ему даже не приходила в голову мысль спросить самого пациента, хочет ли он домой — это было собственное предположение врача — и теперь он увидел, что принял совершенно неуместное решение о выписке больного! В течение следующих суток он искал предлог для новой госпитализации. Когда у пациента появился новый симптом, он использовал это как причину для отправки в стационар — и там, в палате, пациент провел оставшиеся две недели.

Семейный доктор, навестив пациента в больнице, обнаружил его вполне довольным и улыбающимся. Он находился в уютной палате, теплой, с видом на море. Медсестры выполняли все его просьбы, и можно было видеть, что теперь пациент оказался в правильном месте.

Итак, пациент должен иметь выбор.

В России это может выглядеть неразрешимой задачей. Для большинства пациентов может не быть

выбора, где они должны провести время терминальной стадии заболевания. Пациенты неизбежно находятся дома, если только им не случится оказаться в хосписе, которых в России так критически мало. У большинства людей поблизости хосписов нет, и они могут вообще не знать об их существовании.

Однако люди с более высокими доходами могут иметь возможность выбора.

Заблаговременное завещание относительно медицинских вмешательств

Это распоряжения пациента относительно его лечения на то время, когда он не сможет принимать решений.

О чем действительно может дать распоряжение пациент?

Могут ли быть такие распоряжения, которые мы не сможем выполнить?

Можно рассматривать заблаговременное завещание о медицинских вмешательствах не как руководство к действию, а как предмет для обсуждения.

Если пациент требует чего-то, что кажется вам странным, задайте ему вопрос: почему он выбирает именно это?

Желание пациента может быть основано на неправильном понимании ситуации или какой-либо драматической семейной истории, и разговор может помочь прояснить это и изменить указания пациента.

Подходите к каждому указанию медицинского завещания с уважением.

Обсудите «за» и «против» с пациентом.

Обратитесь за рекомендациями к соответствующей медицинской или иной организации.

Обсудите эти вопросы с семьей, если пациент не возражает.

Обсудите с персоналом, чтобы все были готовы принять желания пациента и действовать соответствующим образом.

Эвтаназия и пассивная эвтаназия

В Великобритании намеренное лишение пациента жизни, так же как и помощь в осуществлении самоубийства, законодательно запрещены.

Что говорит об этом российское законодательство?

Но почему же пациент или его семья просят об этом?

Чего он или они боятся?

Хорошо было бы исследовать эти страхи, и, возможно, пациент поймет, что он может получить гораздо бо́льшую помощь, чем ожидал.

Выбор пациента

- Пациент имеет право на собственные решения, и мы должны приветствовать его выбор.
- На данный момент это часть нашего времени, нашей нынешней культуры.
- Это относится к некурабельным пациентам.
- Но это же относится и ко всем другим больным.

ГЛАВА 15

Переживание утраты

Боль в связи с потерей близкого

Боль была первой из проблем, с которой мы столкнулись в паллиативной помощи. В этой главе рассмотрим еще одну разновидность боли — душевную боль, которую мы испытываем, переживая уход любимого члена семьи или друга.

Горевание

Горе, боль расставания человек может переживать еще до прихода смерти. Причем такие чувства могут испытывать как сам умирающий, так и его близкие. Близкие пациента будут горевать и после его смерти.

Уже в период болезни умирающий проходит через целую череду потерь, и каждую из них он оплакивает. Возможно, ему пришлось пережить ампутацию, и он лишается части своего тела, например при мастэктомии. Больной может потерять рабочее место, по мере того как болезнь берет верх, может лишиться поддержки семьи.

По мере прогрессирования болезни пациенту придется пережить потерю самостоятельности, пред-

стоит лишиться способности вести активную жизнь.

Часто большим ударом становится осознание пациентом того, что он теряет возможность быть частью семьи: он не увидит, как вырастут и обзаведутся семьями дети.

Пациенту трудно переносить разлуку с родными в период обследования и лечения, и тем более его ужасает мысль о том, что, умирая, он потеряет всех близких.

И эти переживания также могут быть обоюдными.

Переживание горя в других жизненных ситуациях

Разные жизненные обстоятельства заставляют человека переживать горе. Причиной может стать любая значимая для него потеря. Особенно остры эти переживания в детстве: ребенок может испытать сильное потрясение и грусть, часто впервые в своей жизни, из-за смерти домашнего питомца.

В течение жизни человек может сильно переживать и другие потери. Например, сокращение на работе может стать причиной депрессии, и человеку придется справляться со своими чувствами. Так же серьезно могут переживаться и другие потери.

Пример

Один из терапевтов, ординатор в нашей медицинской команде, беседа с руководителем, рассказал об одном из своих переживаний. Занимаясь альпинизмом в горах Шотландии, в результате несчастного случая он лишился фаланги пальца. По его сло-

вам, он был сильно потрясен этой потерей, намного больше, чем сам того ожидал. И ему пришлось постепенно изживать это горе, как бывает с другими тяжелыми потерями.

Боль утраты

Боль утраты — это то, что мы переживаем, когда умирает кто-то близкий.

Чтобы пережить этот опыт и справиться с ним, человеку, перенесшему потерю, необходимо решить четыре задачи периода горевания.

1. Принять реальность потери.

Человек ушел — умер — его не вернуть.

2. Прожить горе, связанное с потерей.

Любая значимая потеря вызывает боль. Человек должен осознать потерю и проработать это переживание. Иначе неизжитое горе проявится позже, физическими симптомами или в болезненном поведении.

3. Принять мир, в котором больше нет дорогого человека.

Этот шаг станет существенным движением вперед, после того как постепенно будут осознаваться все новые стороны жизни, в которых ушедший был так важен.

4. Перенаправить свою эмоциональную энергию, переключить ее на другие отношения.

Сначала все воспоминания и надежды связаны только с умершим. Но постепенно должно наступить некоторое отъединение от него, и это позволит появиться новой любви и другим отношениям.

Препятствия для решения этих задач

1. Что может помешать принять реальность потери.

Отрицание — это состояние, в котором человек не принимает утрату или не верит в нее.

Отрицание фактов

Например, скрывать от окружающих тело умершего, рассказывая им, что он болен или спит.

Или «мумифицировать» обстановку: все вещи умершего остаются на своих местах так, чтобы он смог использовать их, когда вернется.

Так поступала королева Виктория, когда в 1850 году умер ее муж принц Альберт. Его спальня оставалась нетронутой, а слуги продолжали каждое утро приносить воду для умывания. Видимо, королева так и не смогла справиться с этой утратой и продолжала носить траур по мужу еще 50 лет, всю оставшуюся жизнь.

Отрицание бесповоротности смерти

Чтобы продлить отношения и не чувствовать боль утраты, человек отказывается принять ситуацию или ищет способы связаться с умершим.

Один юноша погиб в результате несчастного случая. Его мать начала посещать спиритические сеансы в надежде связаться с сыном. Она поверила, что ей действительно удалось это, и стала посещать спиритические сеансы регулярно. Беда в том, что это мешало ей полноценно пройти процесс горевания, пережить смерть сына и жить дальше, так как она верила, что их общение все еще продолжается.

Бывает, что процесс принятия утраты очень осложняется, если тело погибшего не могут отыскать или оно не может быть опознано, например после утопления, гибели на войне или при пожаре. Трудно оплакивать человека, если нет возможности попрощаться с его телом или нет достоверных сведений о его гибели.

Когда в Баренцевом море затонула подлодка «Курск», для семей погибших моряков было очень важно, чтобы лодку подняли на поверхность и они увидели тела своих погибших родных. После этого они смогли свободно оплакать их.

Мы можем помочь человеку осознать смерть близкого — принять тот факт, что он умер, — задавая вопросы об обстоятельствах смерти, о деталях похорон, о том, где находился наш собеседник, когда узнал о смерти близкого, или посещая вместе с ним могилу или место смерти.

2. Что мешает прожить горе, связанное с потерей.

Не испытывать боли — значит не чувствовать вообще. У нас есть богатый арсенал механизмов избегания боли.

Можно избегать мучительных мыслей — вспоминать только хорошее, идеализируя умершего. Можно поступать наоборот: обесценивать ушедшего или отношения с ним: «Он был не очень-то хорошим мужем. Мне легче без него».

Можно избавиться от всех фотографий с умершим, его вещей, одежды — от всего, что может вызвать воспоминания. Иногда, чтобы избавиться от воспоминаний, люди решаются на переезд.

Мы можем помочь человеку не заглушить память об умершем, а осознать и проявить свои чувства по отношению к нему: «По чему, связанному с ним, вы скучаете?», «Без чего вам сейчас стало проще жить?». Подобные вопросы позволяют установить разумный здоровый баланс позитивного и негативного в воспоминаниях.

Боль, которую испытывает человек, может включать в себя чувство вины. И чем больше противоречий было в отношениях, тем сильнее чувство вины переживающего утрату.

Также с болью может возникнуть чувство тревоги о будущем, с которым человеку предстоит справиться в одиночку, о собственной смерти: если умер любимый человек, больше уже ни в чем нельзя быть уверенным.

3. Что мешает принять мир, в котором больше нет дорогого человека.

Не принять «новый» мир означает:

- остаться беспомощным и зависимым;
- не адаптироваться к новым условиям жизни.

Самые тяжелые трудности могут вызывать:

- принятие решений после смерти супруга;
- потеря сексуального партнера.

Мы можем помочь человеку, который перенес смерть близкого, следующими способами:

- помочь ему обнаружить в себе способность принимать решения самостоятельно;
- признать наличие таких проблем, как потеря сексуального партнера, и помочь не стесняться говорить об этом.

Можно также помочь тем, что мы *не будем* принимать на себя каких-то забот в тех ситуациях, в которых, казалось бы, есть необходимость в помощи. Например, надо починить вилку электроприбора или нужно заменить электрический предохранитель. Но человек никогда раньше этого не делал, потому что его умерший супруг всегда занимался этим сам. Если какой-нибудь друг заменит предохранитель или починит вилку электроприбора, то зависимость только усилится. Но если друг показывает человеку, как выполнить ту или иную задачу, а потом просто контролирует его действия, тогда человек, потерявший близкого, начинает приспосабливаться к новой жизни и учится справляться с этой задачей.

К счастью, весьма маловероятно, что человек, переживая утрату, задержится именно на этом этапе.

4. Что мешает перенаправить свою эмоциональную энергию, переключить ее на другие отношения.

Не начинать новых отношений — значит больше не любить.

Потерявший близкого человек может испытывать трудности на этом этапе, потому что новая любовь несет с собой:

- ощущение предательства старых чувств: кажется, что своими новыми отношениями человек предаст умершего;
- страх: пережитая боль заставляет бояться, что человек не сможет вынести новых отношений, которые несут риск новой боли;
- конфликт: новые отношения могут привести к

конфликту с детьми, которые считают эти отношения предательством умершего родителя.

Мы можем помочь, убеждая человека, что новая любовь никак не связана с умалением или предательством первой любви.

Пример

Женщина, муж которой почти достиг пенсионного возраста, начала испытывать сильные боли в спине. При обследовании, к сожалению, выяснилось, что у нее рак поджелудочной железы. Ее муж принял это и поддерживал жену всеми силами на протяжении всех оставшихся 15 месяцев ее жизни. Их трое детей жили далеко от дома, все имели собственные семьи и были заняты работой.

И вот эта женщина умерла. Ее муж, который предвидел скорую смерть жены и сильно горевал уже начиная с постановки диагноза, продолжил заниматься своей работой.

Достаточно быстро, в течение следующего года, он встретил и полюбил другую женщину. Он начал осторожно выяснять у своих детей, как они отнесутся к его дружбе, перерастающей в новый союз. Его дети были потрясены. Дело в том, что они начали горевать только в момент смерти матери, и им казалось, что отец совершает нечто ужасное. Он же оказался в очень сложной ситуации. Как ему следовало поступить?

Он спросил совета у одного друга, которому доверял. Тот посоветовал не спешить и дать детям время оплакать мать. Возможно, этого будет достаточно и после этого они будут готовы принять его новые отношения. К счастью, так и произошло, и этот мужчина женился на своей новой подруге.

Как долго длится горевание?

Чувство горя уйдет, когда потерявший близкого человек сможет вспоминать об ушедшем без боли или боль станет переносимой.

Как правило, в случае потери супруга этот процесс может занять больше года, от 3 до 5 лет.

Пример

Одна женщина, потерявшая мужа, рассказывала старой приятельнице, что несколько дней назад на берегу моря видела чудесный закат и испытала настоящую радость и благодарность Богу за этот пейзаж. В тот момент она поняла, что впервые за 5 лет после смерти мужа испытала радость. Она осознала, что наконец начала снова жить нормальной жизнью.

Можем ли мы предвидеть, кто столкнется с большими трудностями в переживании горя?

Есть некоторые обстоятельства, которые помогут нам предвидеть такой риск.

1. Обстоятельства, связанные с умершим.

Если умерший был молод либо умер внезапной или насильственной смертью либо тело не было найдено (например, когда человек погиб при пожаре, в море, в горах и т.д.).

2. Обстоятельства, связанные с человеком, потерявшим близкого.

Если этот человек остался с маленькими детьми, или страдает душевным заболеванием, или кроме этой потери переживает еще один жизненный кризис (финансовый, например), или изолирован от общества.

3. Обстоятельства, связанные с качеством отношений.

Если в отношениях были трудности.

4. Обстоятельства, возникшие из-за переживания утраты.

Если в первые месяцы после тяжелой утраты человек испытывает сильнейшую тоску, желает собственной смерти, испытывает гнев или злится на самого себя.

Наличие таких чувств должно заставить нас обратить пристальное внимание на человека, пережившего утрату, — ему переживание горя дается очень нелегко.

Если одновременно присутствует несколько из названных факторов, то, возможно, такому человеку понадобится помощь в переживании утраты.

Пример

Терапевт осматривал молодого мужчину, у которого были симптомы, похожие на грипп. Терапевта насторожило, что мужчина жаловался на болезненное место на правой голени, но при осмотре ничего не обнаруживалось.

Молодой человек вернулся домой к жене и маленьким детям и не вставал с постели весь следующий день, принимая аспирин.

Через 36 часов его жена позвонила, чтобы сообщить, что мужу очень плохо, и терапевт немедленно выехал к больному. Мужчина выглядел так, будто он умирает: кожа приобрела серый оттенок, пульс был низкий. Его немедленно госпитализировали, но, к сожалению, через сутки он умер из-за распространившейся бактериальной инфекции.

Его смерть в возрасте 28 лет была для близких страшным ударом. Более того, он умер всего за несколько недель до того, как начался бы 5-й год его работы в окружном совете, и поэтому его жена не получила никакой материальной помощи после его смерти. По иронии судьбы, если бы он прожил еще несколько недель и начался бы 5-й год его работы в совете, жена получала бы пособие после его смерти. Она не могла выйти на работу, потому что у нее было двое детей-дошкольников, и она оказалась в очень тяжелом финансовом положении. Все родственники жили далеко, и она осталась одна, изолированной от общества.

1. Она столкнулась с неожиданной смертью мужа.
2. У нее было двое материально зависимых детей-дошкольников.
3. Она была социально изолирована.
4. Она оказалась в финансовом кризисе.

Ей было невероятно трудно пережить эту ситуацию. Если бы ее дети не нуждались в ней, она наверняка совершила бы самоубийство.

К счастью, ее поддержал сотрудник местной поликлиники. Он консультировал ее по 30 минут каждую неделю 1-й год, а затем — еще более короткими сессиями в течение 2-го года. Через несколько лет она снова научилась радоваться жизни и живет в счастливом новом браке.

Мы можем помочь

На Шетландских островах у нас есть **протокол по работе с людьми, перенесшими тяжелую утрату**. Он разработан для того, чтобы уметь распознать

тех людей, кто находится в зоне риска, и тех, кому нужна дополнительная помощь.

В общем случае мы проводим терапию со всеми людьми, пережившими потерю близкого, встречаясь сначала через 4 недели и затем снова через 4 месяца. При первой встрече необходимо оценить возможный риск, а во время второй встречи оценить, как идет процесс переживания утраты. Для тех, у кого возникают особые трудности, может быть полезна психологическая консультация. Медикаменты, такие как анксиолитики (например, диазепам) и антидепрессанты, обычно не нужны и даже могут оказать обратное действие и продлить период горевания.

Заключение

Очевидно, многие люди (особенно те, которых поддерживает семья) успешно справятся с горем и по прошествии некоторого времени начнут снова жить нормальной жизнью. Но для других процесс переживания горя может оказаться более тяжелым. Постепенно приобретая опыт в помощи переживания утраты и помогая людям справляться с этими ситуациями, мы можем научиться этому и стать существенной поддержкой для некоторых пациентов, помогая им пройти этапы проживания горя, если они застряли на каком-то из них.

ГЛАВА 16

Духовная помощь пациентам

Почему вообще мы говорим о духовной помощи пациентам? Мы — медики, а не духовные наставники. Что из себя представляет духовная помощь?

Определение паллиативной помощи ВОЗ от 1990 года

«Паллиативная помощь — это активная всецелая помощь пациентам, заболевание которых не поддается лечению.

Первостепенной задачей является облегчение боли и других симптомов, а также помощь в преодолении психологических, социальных и духовных трудностей.

Цель паллиативной помощи — это обеспечение наилучшего возможного качества жизни для пациентов и их семей.

Многие аспекты паллиативной помощи также применимы на более ранних этапах течения заболевания».

Качественная паллиативная помощь

Призвана обеспечивать «наилучшее возможное качество жизни» за счет того, что она:

1) объединяет заботу о медицинских, психологических, социальных и духовных потребностях пациента;

2) предлагает систему поддержки, которая помогает также семьям пациентов в течение болезни пациента и в переживании горя после его ухода.

Но...

- Как определить духовные потребности?
- Как измерить духовные потребности?
- Как удовлетворить духовные потребности?

Понятие «духовный» относится к жизненным ценностям человека. Духовные вопросы пациента связаны с личным поиском смысла и значения. Это общечеловеческое понятие. В этом смысле духовное не означает связанное с религией. Религия представляет собой общую для верующих систему богословских утверждений и ритуалов, выражающих духовную сторону веры, и религия помогает человеку в поиске смысла.

Болезнь и духовные вопросы

Представьте, что вы едете по дороге.

Рядом с вами на сиденье аккуратно сложены в стопочки бумаги и документы. Неожиданно — ба-бах! Вы въехали в яму. Бумаги взлетели в воздух и рассыпались по всему салону. Вам приходится остановить машину, чтобы снова все собрать и разложить.

Пока вы собираете бумаги, обнаруживаете недоеденный бутерброд, который начали есть уже

две недели назад и о котором совершенно забыли. Обнаруживаются и другие сюрпризы.

Вы находите какие-то вещи, которых никак не ожидали увидеть в собственной машине: и аптечку, и библиотечную книгу, и несколько конфет с отдыха прошлым летом.

Серьезную болезнь можно представить как некую яму на дороге жизни

В этот момент в нашем сознании возникают вопросы, над которыми мы задумывались в последний раз только в идеалистические годы юности.

- Кто я?
- Почему это случилось со мной?
- Наказывает ли меня Бог этой болезнью?
- Что будет, когда я умру?
- Чем была моя жизнь?
- Почему я потратил впустую так много времени?
- Может, Бог забыл обо мне?
- Для чего все это со мной происходит?

Эти вопросы представляют собой поиск смысла.

- Поиск смысла болезни.
- Попытка взглянуть в последствия.
- Пересмотр собственной жизни.
- Изменение взгляда на свою жизнь, на самого себя, на других.
- Надежда.
- Жизнь с диагнозом.

Кого можно назвать духовно здоровым?

Тех, кто имеет способности, возможности и желание начать или завершить собственный поиск смысла и значения.

Для многих пациентов религия и вера в Бога могут выступать путеводителем в этом поиске.

Выявление духовных проблем

Возможные признаки:

- отчаяние или чувство бессмысленности;
- сильные страдания, включая чувство изоляции, одиночество и боль;
- проблемы со сном — может быть, они вызваны тревогой или стрессом (?);
- чрезмерный стоицизм: я не должен подвести Бога и других людей;
- разрыв своих отношений с Богом: возможно, вера ушла;
- гнев на Бога — он может выражаться в виде гнева в адрес духовенства или религии.

Вы можете возразить: «Я далек от религии, и пациент тоже».

Доктор Дерек Дойл, эксперт по паллиативной медицине из Эдинбурга, говорит: «До тех пор пока мы не признаем наличие духовных проблем, отдельных от религиозных, мы не сможем помочь некоторым нашим пациентам, аргументируя свое невмешательство тем, что религия — это личное дело, и мы не имеем права в это вступать...»

Доктор Роберт Твайкросс, эксперт по паллиативной медицине из Оксфорда, пишет: «Люди, приближающиеся к концу жизни, часто с особой остротой начинают чувствовать потребность в том, чтобы их принимали и ценили, в прощении и примирении, в поисках смысла и направления в жизни».

Вы скажете: «Я ничего не понимаю в этих вопросах».

Но вы можете обратиться за помощью.

Хороший священник или какой-то другой духовный наставник подготовлен и имеет необходимые средства помощи, он компетентен в этой области. Он должен уметь работать с религиозными и духовными проблемами, которые часто появляются именно в период болезни.

Такой человек может побеседовать с пациентом, помогая пациенту выявить то, что особенно его беспокоит, а затем с помощью писаний, молитвы и таинств облегчить его состояние.

Мы тоже можем помочь

Не пытайтесь вместо пациента ответить на его вопросы «почему?» и «за что?». Важнее просто находиться рядом с ним, пока он ищет ответы, чем предлагать ему собственные ответы, даже если нам они кажутся очень убедительными. Поэтому просто найдитесь рядом и слушайте пациента. Если ему потребуются ваши комментарии, он сам об этом попросит.

Постарайтесь избежать шаблонных фраз — понятно, что произносятся они с добрыми намерениями, но редко помогают. Фраза «все будет хорошо»

может быть даже вредной: пациент понимает, что вы не можете знать наверняка, не можете этого обещать, и эти слова могут подорвать его доверие к вашим советам в будущем.

Не навязывайте пациенту свою веру, но если вы верующий, пациент может сам поинтересоваться, как вера помогает вам справляться с жизненными трудностями и тяготами. Если пациент обнаружит, что его вера не дает ответа на возникшие вопросы, он может обратиться в поисках ответов к другим религиям. Однако если он желает придерживаться своей веры, но при этом ему трудно примирить ее с новой жизненной ситуацией и новым опытом, и в этот момент вы попытаетесь склонить его к собственной вере, это может быть оскорбительным для пациента. И возможно, позднее, когда он решит все же присмотреться к другим верам, он уже не взглянет на вашу.

Нам нужно иметь в виду, что вера пациента может совершенно не совпадать с нашей собственной. Мы должны быть чуткими к этому вопросу, иначе мы скорее навредим, чем сможем помочь.

Мы обязаны уважать традиции и обычаи пациента и членов его семьи.

У нас всегда есть возможность просто послушать пациента, ничего не говоря, — зачастую только это ему и нужно. Это позволяет пациенту озвучить страхи и тревоги.

Нам нужно просто быть человечными!

Хотя мы выступаем по отношению к пациенту в роли профессионалов, в этом аспекте важнее для пациента может оказаться просто наше человеческое участие.

Никогда нельзя забывать и о семьях пациентов

Качественная паллиативная помощь предлагает систему поддержки, которая помогает также семьям в течение болезни пациента и в переживании горя после его ухода.

У членов семьи пациента также могут возникать собственные вопросы «за что?» и «почему?», которые тоже вызывают тревогу и стресс.

Заключение

Качественная паллиативная помощь объединяет заботу о медицинских, психологических, социальных и духовных потребностях пациента.

Хорошо подготовленный и компетентный священник может быть важным помощником в команде паллиативной помощи.

Глава 17

Работа в команде и роль медсестры

Дуэт

Несколько лет назад я был на школьном концерте, где выступала моя дочь Рейчел. Она аккомпанировала на пианино очень талантливому молодому тромбонисту Бену. Он принимал участие в конкурсе за титул «Юный музыкант года» в Шетланде. Мне понравилась музыка, особенно блюзовый отрывок, который они сыграли. Но самое примечательное — то, как они это делали. Бен исполнял мелодию от всего сердца, закрыв глаза и двигаясь в такт музыке. Рэйчел все это время смотрела на Бена и тоже играла без нот. Они играли абсолютно слажено.

От музыки хотелось парить: настолько она лилась выразительно и гармонично. Они так красиво играли вместе, как одно целое, как команда.

Бена выбрали юным музыкантом года Шетланда.

Работа в команде

Что такое команда?

Команда — это группа людей, организованных для совместной работы.

Что такое хорошая команда?

Хорошая команда — это группа людей, действующих согласованно для достижения общей цели.

Спорт

Думаю, что вы, как и я, любите смотреть спорт по телевизору.

В 2018 году в России пройдет чемпионат мира по футболу.

Какие факторы позволяют футбольной команде победить в международных соревнованиях?

Мотивация, умение и навыки, развитые и доведенные до совершенства **тренировками**.

Умелое руководство: тренер, инструктор и капитан команды.

Дисциплина и на поле, и за его пределами.

Доверие и уважение к другим игрокам, проявляющиеся в готовности прислушиваться к остальным членам команды и поступать в соответствии с их мнением.

Взаимодействие между игроками, особенно в процессе игры.

К чему я рассказываю вам все это о музыке и футболе?

К тому, что успехи в музыке и на футбольном поле достигаются тогда, когда эффективная командная работа становится реальностью, а не просто теорией.

Наша задача.

Наша работа заключается в том, чтобы заботиться о людях с неизлечимыми заболеваниями и осуществлять уход на последних этапах жизни. Нам

в особенности необходимо эффективно работать вместе, как команда, для того чтобы обеспечить наилучший возможный уход нашим пациентам и их семьям.

Никто из нас не обладает всеми необходимыми навыками, чтобы достойно справиться с разнообразием проблем, с которыми сталкиваются наши пациенты, а даже если бы это и было возможно, у каждого из нас по отдельности просто не хватило бы времени на помощь всем пациентам.

Это возможно только в работе в команде.

Мы должны работать вместе, слаженно и эффективно, каждый со своими уникальными умениями и навыками, со своим уровнем подготовки и подходом к работе. Тогда как команда мы будем иметь более широкий круг знаний и навыков и гораздо больше времени, что позволит нам как команде поставить перед собой задачу обеспечить наилучшее возможное качество ухода за нашими пациентами и их семьями.

Что поможет нашим командам работать на таком уровне?

Давайте посмотрим, сможем ли мы обозначить факторы, которые помогут нам в работе.

Общая цель — общая задача — общее видение.

В этих примерах, в музыке и спорте, цель каждой команды была четко определена и стала общим для всех членов команды видением.

Для музыкального дуэта целью было сыграть два произведения, выбранные Беном, с самым высшим доступным им мастерством, с чувством и выразительностью, и завоевать для Бена титул.

Для российской футбольной команды на чемпионате мира — выиграть матч, а затем турнир и получить заслуженную награду.

Для каждой команды цели четко обозначены и становятся общим видением.

Но какие цели мы ставим перед нашей хосписной командой в стационаре, в помощи на дому? Наша цель — оказать нашим пациентам и их семьям наилучшую возможную помощь.

Для того чтобы воплотить эту цель в жизнь, важны нижеперечисленные аспекты

1. Взаимное доверие и уважение друг к другу всех участников команды.

В команде каждый участник имеет свои сильные и слабые стороны, свои умения и навыки.

Мы должны уметь полагаться на других участников команды, доверяя их способности справиться с работой, для которой они были отобраны и которой учились. Тогда мы сможем с уверенностью передать команде все аспекты помощи пациенту, не пытаясь сделать все самостоятельно.

Именно так реализуется командная работа, будь то в музыкальной группе или в футбольной команде. Так же и в нашей хосписной команде.

2. Общение внутри команды.

Если вы смотрели международный футбольный матч, вы наверняка заметили, как слаженно взаимодействуют игроки. Профессиональному футбо-

листу достаточно выкрика, быстрого взгляда, чтобы в точности понять, что думает другой игрок и как нужно действовать: вот игрок уже бежит к нужному месту, чтобы принять пас. «Как они успели договориться?» — спросите вы. Все дело — в способностях и навыке вкупе с превосходной техникой общения и работой в команде.

Наша хосписная команда нуждается в такой же превосходной технике общения. Отчасти это возможно благодаря *регулярным плановым собраниям*.

Каждую неделю все наши врачи, в том числе и я, собирались приблизительно на 45 минут, чтобы обсудить пациентов, которые требовали особого внимания.

Каждую неделю встречалась вся команда выездной службы: врачи, медсестры, физические терапевты и соцработники — чтобы обсудить пациентов, но уже в междисциплинарном аспекте.

Между плановыми собраниями

Мы встречались и разговаривали и между плановыми собраниями, особенно если этого требовала изменившаяся ситуация у кого-либо из пациентов. Собрания, как плановые, так и организованные по мере необходимости, очень нужны для хорошей работы в команде.

3. Признание в команде.

Поддерживаете ли вы других участников команды? Чувствуете ли вы сами, что коллеги вас ценят и вами дорожат? Не происходит ли так, что кто-то из членов команды ощущает, что ему отводится второстепенная роль, что он не в равном положении с остальными?

Нам необходимо принимать любого человека таким, какой он есть. Мы должны уважать каждого человека за умения, которыми он обладает. Мы должны уважать каждого за проделанную им работу.

Важно также, чтобы эти чувства находили выражение. Если вы признательны коллеге за что-то, так скажите ему об этом!

Но что, если на самом деле один из участников команды плохо справляется с работой?

Будьте очень осторожны. Прежде чем высказать критику в адрес коллеги, спросите себя следующее: «Прав ли я? Корректно ли это? Так ли это необходимо?» Если нет, то придержите это высказывание: возможно, просто стоит выразить его иначе или подобрать более удачное время. Если вы все же считаете нужным что-то сказать, сделайте это таким образом, чтобы человек понял свою ошибку и ему это помогло.

4. Совершенствование навыков.

Как в музыке, так и в спорте очень важно обладать необходимыми навыками, причем не забывать развивать их и оттачивать. Музыканты и спортсмены ежедневно проводят часы за тренировками и репетициями.

Нам также следует совершенствовать свои навыки как каждому лично, так и в команде.

Навыки общения с коллегами — для взаимодействия внутри команды.

Навык общения с пациентами — для того чтобы уметь услышать, что говорят пациент и его родные, и правильно отреагировать на ситуацию.

Практические навыки — обработка ран, дренажей, установка помпы и др.

Работа за компьютером — набор текста, поиск в Интернете и т.д.

Нам необходимо постоянно совершенствовать эти навыки, чтобы оставаться частью команды и быть уверенными в своих умениях.

Мы можем посещать тренинги, организованные хосписом, или сами проходить обучение на различных семинарах и мастер-классах.

5. Работать нужно усердно!

Один из факторов, который может разрушить командный дух, — это понимание, что какой-то член группы не выполняет свою часть работы. Мы должны быть уверены, что все мы несем нашу общую ношу вместе.

Футбольная команда не может позволить себе ни одного неэффективного игрока. Так же и хосписная команда.

6. Поддержка внутри команды.

В жизни каждого человека время от времени происходят неприятные события. Сама работа может давить на сотрудника: уход за умирающими пациентами — это сильная эмоциональная нагрузка. Если какой-то сотрудник берет больничный, дополнительный груз падает на плечи его коллег. У работника хосписа могут быть проблемы в семье, что также влияет на его работу...

Выгорание представляет очень серьезный риск для сотрудников хосписа. Риск особенно велик для молодых сотрудников, в частности для девушек, полных стремления работать... и брать на себя работу коллег.

Члену команды может понадобиться поддержка. Всему персоналу следует обдумать и обсудить это. Поддержка должна включать в себя и духовную сторону, поскольку сотрудник может испытывать трудности морального и этического характера, может столкнуться с вопросами веры.

7. Ежегодная оценка членов команды.

Очень полезно каждому члену команды получать каждый год оценку своей работы. Лучше, если оценивать будет не непосредственный руководитель, так как это может помешать провести честную и открытую оценку. Сотрудник, проводящий оценивание, должен заранее этому обучиться.

Оценивание должно быть сугубо конфиденциальным для обеих сторон.

Оценка члена команды должна позволить ему обсудить успешные рабочие моменты и позитивный опыт прошедшего года. Затем следует поговорить также и о менее приятных вещах, о том, что прошло не так и осталось в памяти как негативный опыт. Это нужно делать не в качестве обвинения в чей-либо адрес, а для того, чтобы понять, что можно исправить в следующий раз.

После такого разговора члена команды необходимо поддержать и помочь понять, как решить трудности, которые удалось обсудить. Возможно, сотруднику потребуется пройти какое-то дополнительное обучение.

8. Ревизия критических случаев.

Бывает, что происходит какая-то серьезная критическая ошибка или, наоборот, ситуация склады-

вается чрезвычайно хорошо, тогда команда может обсудить, почему события развивались именно так. Повторюсь, это делается не для обвинения (и даже не для похвалы), но для совместного извлечения опыта из каждого случая, для понимания причин, таким образом, команда будет функционировать более эффективно.

Такие «ревизии» необходимы для того, чтобы понимать, по правильному ли пути мы идем.

9. Хороший лидер команды.

Хороший лидер может помочь слаженной работе команды.

Что может сделать лидер?

Тщательно подбирать членов команды.

Для эффективного функционирования команды очень важно, чтобы члены команды по своим человеческим и профессиональным качествам соответствовали друг другу и дополняли друг друга.

Лидер несет ответственность за то, чтобы правильно подбирать и нанимать подходящих для команды людей.

Грамотно составлять должностные инструкции.

Если члену команды не совсем понятны его обязанности, трудно ожидать, что работа будет выполнена хорошо.

Делегировать обязанности.

У каждого члена команды будут свои зоны ответственности, и это позволит команде в целом достигать целей.

Членам команды следует позволять делать работу свободно, без лишнего вмешательства. Это и есть делегирование обязанностей.

При этом в рамках такого делегирования лидер должен организовать работу таким образом, что в какое-то определенное время член команды отчитывается о выполненной работе. Это позволяет лидеру быть уверенным, что дело выполняется качественно.

Если один из членов команды не справляется с задачами, лидеру нужно выяснить причины и, в случае если обнаружен пробел в знаниях или навыках, дать возможность сотруднику пройти необходимое обучение.

В первую очередь такие вопросы должны решаться с точки зрения дополнительного образования.

Только если проблема состоит в недобросовестном отношении к работе и это продолжается после обсуждения, следует проводить дисциплинарные взыскания, и только после выяснения причин, по которым сотрудник не в состоянии хорошо выполнить задание. Вполне вероятно, что он находится в подавленном состоянии или физически не здоров и нуждается в нашей поддержке, а не порицании.

Если необходимо дисциплинарное взыскание, то оно должно соответствовать каким-то правилам, которые известны всем членам команды заблаговременно, чтобы все происходило открыто и справедливо.

Выводы (к вопросу о командной работе)

Быть частью слаженно работающей команды очень приятно!

Мы, каждый член команды, можем — и должны! — играть большую роль в создании хорошо функционирующей команды.

1. Мы все должны понимать общую цель.
2. Нам всем необходимы соответствующее образование и навыки, для того чтобы выполнять свою работу и соответствовать потребностям команды.
3. Мы все должны знать друг друга — каждого члена команды, уважать друг друга и доверять друг другу.
4. Мы все должны уважать мнение коллег и прислушиваться к нему.
5. Мы все должны поддерживать друг друга, а не ставить коллегам палки в колеса.
6. Нам необходимо пользоваться установленной системой оценки работы и поддерживать членов команды.
7. Команде нужен хороший лидер.

И наконец

О роли медсестер в команде хосписа

Медсестра играет большую роль в работе хосписа или команды паллиативной помощи. Доктора и медсестры получают разное образование и подготовку, у них разный угол зрения на пациента, поэтому роль медсестры отличается от роли доктора. Врачи более сосредоточены на медицинских аспектах ухода, а медсестры, как правило, больше ориентированы на целостный подход к помощи и восприятие пациента как личности.

Роль медсестры **не сводится** к тому, чтобы в стационаре была лишняя пара рук в помощь доктору. Да, медсестры помогают врачам, но их задачи гораздо шире.

Какова роль медсестры в хосписе, и особенно на выездной службе?

1. Медсестры чаще всего являются главным профессиональным звеном, связывающим пациента и паллиативную команду.

Как в стационаре хосписа, так и в работе на дому медсестра проводит с пациентом гораздо больше времени, чем любой другой член команды.

Особенно много времени медсестра проводит с пациентом в последние недели его жизни, по мере того как пациент становится все менее подвижным и все больше зависит от помощи семьи и медсестры.

Как правило, у медсестры складываются теплые отношения с пациентом и его семьей. Их общение развивается на более глубоком уровне — они говорят не только об обезболивании и облегчении симптомов, но и обсуждают надежды, страхи и другие чувства, которыми можно поделиться только при таком тесном контакте.

Именно поэтому медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и остальной командой.

2. Медсестра наблюдает за состоянием пациента и сообщает о нем всей команде.

На наших еженедельных собраниях, где мы обсуждаем пациентов на терминальной стадии, чаще всего именно медсестра докладывает о состоянии

пациента и его семьи. Как правило, именно медсестра докладывает команде о существенных изменениях в состоянии пациента.

Когда медсестра видит, что пациент близок к смерти, она сообщает доктору, что пациенту нужны более частые визиты, необходимо еще раз пересмотреть схему препаратов и убедиться, что все потенциальные медицинские проблемы заранее учтены и не придется решать их в экстренном порядке.

Как медсестры узнают о приближении конца? Как их учили, когда функциональное состояние организма ухудшается с каждой неделей, вероятно, оставшееся у пациента время измеряется неделями. А если функции сокращаются с каждым днем, счет, вероятно, идет на дни.

Медсестры хорошо умеют определять такие сроки.

3. Медсестра оценивает потребности пациента, составляет план сестринского ухода и предоставляет помощь пациенту, координирует работу своих помощников.

Медсестра проводит оценку потребностей пациента и осуществляет «сестринские вмешательства». Это включает в себя уход за полостью рта, контроль регулярности стула, уход за стомами, профилактику пролежней, перевязки.

По мере того как медсестра становится все более компетентной и уверенной в этих сферах, она может начать брать на себя некоторые врачебные функции. Например, для обезболивания предписывается провести точную оценку болей. Очень важно выбрать

правильный способ оценки: это помогает понять тип боли, уровень боли и влияние болевого синдрома на пациента и его семью. Когда медсестра становится более опытной, она может начать самостоятельно проводить оценку боли, чтобы понимать, полностью ли купирован болевой синдром. А если медсестра прошла соответствующую подготовку и получила разрешение от медицинского руководства хосписа, она может корректировать дозировку обезболивающих в пределах, установленных доктором.

4. Медсестра координирует работу других сотрудников и служб.

У медсестры могут быть помощники, осуществляющие помощь пациенту в личном уходе (поддержание чистоты и комфорта — купание, умывание, обработка ногтей). Медсестра может организовать работу по благоустройству комнаты пациента: создать домашнюю обстановку, чтобы в палате висели любимые картины пациента, играла его любимая музыка, приглашать людей, которых хотелось бы видеть пациенту.

5. Медсестра — это адвокат пациента.

Часто именно медсестра напоминает доктору о пожеланиях и просьбах пациента и его семьи. Врачи часто бывают так заняты, что могут не заметить, что их собственные мысли относительно пациента не всегда соответствуют его действительным желаниям и потребностям.

Все эти различные аспекты роли и работы медсестры очень важны для эффективной работы команды и обеспечения качественного ухода.

6. Медсестра тесно взаимодействует с остальными членами команды для обеспечения качества жизни и умирания.

На протяжении всей болезни, и в особенности в последние дни жизни пациента, когда зачастую он уже не способен встать с кровати, каждый визит медсестры может занимать около двух часов, при этом в зависимости от потребностей пациента в день может быть необходимо несколько визитов.

В эти последние дни, наблюдая за стремительными изменениями в состоянии пациента, при необходимости медсестры вызывают других членов хосписной команды для помощи в проблеме, которая находится в их компетенции.

7. Медсестра контактирует с лицами, осуществляющими уход за пациентом на дому, и обучает их правильному уходу.

Медсестре предстоит отвечать на многочисленные вопросы пациента и его семьи, давая объяснения на доступном языке и на должном уровне. Она должна подсказывать родным пациента, что и как полезнее и правильнее сделать, в особенности в последние часы и минуты рядом с пациентом.

Более того, медсестра будет сама показывать семье, как правильно осуществлять уход, чтобы пациент и его родные меньше зависели от помощи профессиональных медработников, а после ухода пациента у родных осталось чувство, что они сделали для любимого человека все, что было в их силах. Важно обучить семью уходу за полостью рта, научить их делать перевязки, ухаживать за стомами, поворачивать паци-

ента в постели с наименьшим ущербом для собственной поясницы, научить, как комфортно разместить пациента в кресле или кровати.

Выводы

1. Командная работа.

Командная работа жизненно необходима в паллиативной и хосписной помощи.

Врач и медсестра являются неотъемлемыми элементами такой команды.

Врач и медсестра обладают разной подготовкой и видят ситуацию с разных ракурсов.

Существует одна важная точка соприкосновения между профессиональной помощью пациентам врачей и медсестер: в обоих случаях это человек, который заботится о другом человеке.

При этом и врач, и медсестра вносят в паллиативную помощь такой аспект, которого бы не было, если бы пациентом занимались только врачи или только медсестры.

2. Роль медсестры в хосписе.

Медсестра часто является главным профессиональным связующим звеном между паллиативной командой и пациентом.

Медсестра наблюдает за состоянием пациента и сообщает о нем всей команде.

Медсестра проводит оценку потребностей пациента, составляет план сестринского ухода, оказывает помощь пациенту и координирует помощь других сотрудников.

Медсестры координируют помощь пациенту другими службами.

Медсестра — это адвокат пациента.

Медсестра тесно взаимодействует с остальными членами команды для обеспечения качества жизни и умирания.

Медсестра контактирует с лицами, осуществляющими уход за пациентом на дому, и обучает их правильному уходу.

Заключение

Нам как опытным врачам необходимы в наших рабочих командах опытные медсестры.

ГЛАВА 18

Поддержка персонала и эмоциональное выгорание

Синдром эмоционального выгорания — физическая и психологическая патологическая реакция организма на хронический стресс. Это хуже простого истощения, потому что в развитии синдрома выгорания активную роль подсознательно играет сам носитель синдрома.

Тест Маслача (Maslach), имеющий диагностическое значение, выделяет три наиболее важных последствия болезни, которые являются частью данного синдрома: 1) *истощение*; 2) *утрата ощущения хорошо выполненного дела*; 3) *нарастающее чувство безразличия, потеря способности к состраданию*.

Понятие «синдром эмоционального выгорания» восходит к образу восковой свечи: в конце горения воска не остается, и свеча потухает — она выгорела. Люди выгорают точно так же.

Синдром эмоционального выгорания может развиваться у любого человека, особенно это характерно для людей, задействованных в сфере квалифицированного ухода и имеющих тесные взаимоотношения с подопечными. Нередко это можно заметить в сфере здравоохранения, в сфере оказания социальной

помощи, особенно в хосписах и центрах паллиативной помощи и онкологии.

У человека, который работает все больше и больше часов в день, синдром начинается с эмоционального истощения и ухудшения способности воспринимать информацию, как фактическую, так и эмоциональную. Когда такое случается с человеком, который старается оказывать максимальную помощь пациентам и семьям, у него возникает чувство собственной некомпетентности.

Как это происходит?

Люди, работающие в сфере здравоохранения, как правило, работают по призванию и ставят перед собой цель — осуществить это призвание. Они обычно сильно мотивированы и хотят помогать людям. Именно потому, что такие работники действительно хотят помогать, они разочаровываются из-за безграничности этой задачи и оказываются в тупике.

Давайте выделим некоторые факты.

Потребности человека огромны — потребностей всегда больше, чем может удовлетворить человек или команда людей.

Всегда присутствует материальное ограничение — даже если теоретически существует решение проблемы, его не всегда можно реализовать.

Многие из онкобольных пациентов умирают. В паллиативной помощи умирают все пациенты — данный факт может рассматриваться как постоянная ситуация провала.

Персонал в работе не только переживает ситуацию провала с профессиональной медицинской точки зрения, но и испытывает **боль личной утраты**.

Поскольку персонал постоянно имеет дело с людьми с серьезными диагнозами и некурабельными пациентами, медики **постоянно находятся рядом с депрессией и горем. Постоянно присутствует чувство вины за то, что пациенту можно было оказать лучшую помощь.**

Чувство вины приводит к тому, что персонал не желает обсуждать с пациентом диагноз и то, что этот диагноз означает. Недостаток коммуникации ведет к стрессу, который испытывает персонал.

Такие проблемы возникают у медиков, задействованных именно в этой сфере.

Симптом начала заболевания — чувство истощения.

Однако составляющие — это не только усталость или истощение, но и другие компоненты:

- чувство вины;
- чувство отчаяния;
- уныние из-за невозможности реализовать то, что человек считает самой важной своей задачей;
- самокритика и самообвинение.

Синдром эмоционального выгорания проходит несколько стадий

1. **Положительное и полное энтузиазма начало.**
 - Это относится к людям, которые рады заниматься работой, способной изменить к лучшему жизнь окружающих.

- Работы изначально всегда больше, чем возможно выполнить,
- Это все, в особенности для таких идеалистически настроенных людей, ведет к разочарованию и чувству усталости.

1. Разочарование.

По мере того как люди осознают, что не оправдывают свои собственные ожидания в работе, они становятся менее активны. Они зачастую начинают больше прибегать к алкоголю, курению, наркотикам, пытаясь облегчить стресс. Наряду с этим они начинают уделять меньше времени друзьям и семье.

2. Печаль и чувство вины.

Они чувствуют себя плохо, осознают свою неудачу и считают себя виноватыми.

4. Все хуже и хуже.

Все названное приводит к снижению мотивации, креативности и работоспособности, что вызывает понижение интереса ко всему вообще: к работе, семье, друзьям, хобби.

5. Медицинские проблемы.

Сотрудники начинают ощущать общий упадок сил с разрозненными клиническими симптомами: учащенное сердцебиение, несварение, различные боли, сексуальная дисфункция.

6. Депрессия.

Теперь общая картина больше похожа на классическую депрессию, вероятно даже с суицидальными намерениями.

На данном этапе сотрудники чувствуют полную потерю собственной значимости.

Как снизить риск синдрома эмоционального выгорания при работе в команде?

А. Факторы со стороны персонала

Пробел между идеальной и фактически выполнимой работой, особенно для людей-идеалистов, пробел между тем, чего человек **хочет достичь**, и тем, чего он **реально достигает**, может вызвать стресс, который при указанных условиях может привести к синдрому эмоционального выгорания.

Вы можете помочь увеличить качество фактически выполнимой работы. Обеспечив штат квалифицированными сотрудниками с хорошим уровнем образования и непрерывной практикой, хорошим командным лидером, коллективной поддержкой и отношениями — так вы поможете сотрудникам сократить пробел между идеальным и фактическим.

Обсуждение — наедине или групповое — может выявить риски и, следовательно, предпринять меры предосторожности, обсуждаемые далее.

Чувство несоответствия требованиям вкупе не только с **недостатком практики**, но и с **малым жизненным опытом** приводит к стрессу.

Жизненный опыт приходит с годами. Но обсуждение и обдумывание проблем может быть очень полезным.

Недостаток у персонала знаний и практики может компенсироваться большим количеством потраченного времени, сил и материальных средств.

Идентификация персонала с пациентами, особенно одного возраста или схожих характером и воспитанием. А также идентификация себя с теми сотрудниками, у которых сложились очень тесные отношения с пациентами.

Необходимо знать о том, что такая проблема существует. Если лидер команды видит, что это происходит, будет полезным обсудить ситуацию с таким сотрудником. Возможно, работу определенного сотрудника с данным пациентом и семьей следует прекратить.

Оказание помощи, которая не соответствует стандартам самого сотрудника. Медсестры и персонал испытывают чувство вины, если считают, что оказывают помощь не на должном уровне.

Взгляните на ситуацию, задайте вопрос «почему?» и рассмотрите этот вопрос. Проблема — в недостатке знаний и практики? Недостаточная квалификация персонала? Причина — в сверхурочной работе? Причина кроется в чем-то другом?

Накопившаяся боль. Слишком много смертей вокруг в короткие сроки — эти впечатления накапливаются в нашей эмоциональной сфере.

Нужно знать и об этой проблеме. Если подобное случается с сотрудником, возможно, ему нужны отдых или смена деятельности, чтобы человек отдохнул от постоянного соседства смерти.

Когда мне было 27 лет, я работал в хосписе Святого Христофора. За 9 месяцев умерло около 400 человек. Для меня это было слишком — мне понадобился отдых.

Б. Факторы, связанные с пациентами

Роли сотрудника хосписа и семьи пациента пересекаются. Желание семьи помочь работникам, например создать комфортные условия пациенту, самим накормить и напоить пациента, может вызвать стресс у персонала.

Здесь может помочь дополнительное обучение по общению с семьями или обсуждение проблемы в команде, где персонал может высказать свои чувства.

Характер заболевания пациента. Гнойные раны, опухоли головы и шеи, распады с тяжелым запахом и т.д. могут вызвать стресс не только у пациента, но и у сотрудников. В таком случае обсудите проблему с сотрудником наедине либо в команде и решите, что можно сделать, чтобы помочь сотруднику или пациенту справиться с этим.

Могут помочь практические вещи: противомикробное средство, например метронидазол, может уменьшить запах от раны, повязка, адсорбирующая запах, легкий платочек на шею, если у пациента на шее распад, — все это может очень помочь как пациенту и его семье, так и персоналу.

Эмоциональное состояние семьи и пациента. Сам диагноз и возможная потеря части тела в хирургической операции (к счастью, если куративной), дальнейшее тяжелое лечение с сопутствующими побочными эффектами приводят пациента и семью в тяжелое эмоциональное состояние.

Это может оказать значительное влияние на эмоциональное состояние медсестер и другого персонала.

Обсуждение проблемы наедине, в команде либо с психологом очень полезно. Диагноз может оказывать сильное влияние на эмоциональное состояние пациента в связи с его опытом: возможно, он видел больного с тем же диагнозом. В любом случае обсудить проблему, проявляя сопереживание, будет прекрасным началом в понимании сущности проблемы.

Смерть. Страх смерти: что это значит и как его появление может вызвать стресс у пациента, семьи и персонала.

Полезно обсудить страхи, выяснить, с чем именно они связаны. Вызван ли страх болезнью? Как будут протекать дни перед физической смертью? Возможно, страх вызван разлукой, связанной со смертью? Или неизвестностью того, что ждет после смерти?

В. Факторы окружающей обстановки и командные факторы

Факторы, которые снижают нагрузку на персонал, снизят риск развития эмоционального выгорания.

Рабочее пространство. Должно быть светлым и по возможности с минимальным уровнем шума. Если сотруднику нужно иметь рабочий стол, он должен быть достаточно широким и удобным.

Свободное время. Рабочее время должно оставлять пространство в жизни для семьи, друзей и отдыха.

Эмоциональная подавленность. Персоналу требуется время, чтобы пережить смерть пациентов.

Число сотрудников должно быть достаточным для эффективной работы.

Обучение персонала. Сотрудники должны иметь необходимую квалификацию и чувствовать себя компетентными в каждом аспекте рабочей деятельности. Обязательны постоянные программы обучения и практики для персонала.

Вовлечение персонала в разработку плана работы. Персонал должен участвовать в планировании и решениях, которые имеют значение для функционирования команды.

Сотрудники должны ощущать свой вклад в общее дело: оказание психологической, социальной и духовной помощи пациенту.

Оценка персоналом состояния пациентов. Персонал должен иметь возможность сообщать свои наблюдения относительно психологического, социального и духовного состояния пациентов другим членам команды.

Перспективы карьеры. Карьерный путь должен быть понятен для сотрудников. Они должны осознавать, что могут иметь перспективы в своей работе.

Руководство командой должно быть прозрачным и понятным.

Конфликтные ситуации между сотрудниками должны быть выявлены и решены.

Должно быть отведено время для командных дискуссий, которые позволят решить трудности во взаимоотношениях.

Общение медсестер и пациентов. Медсестры должны быть честны с пациентами и их семьями.

Медсестры, обязавшиеся не разглашать врачебную тайну о состоянии пациента, сильно подвержены эмоциональному выгоранию.

Медсестры не должны быть поставлены в ситуацию, в которой, зная о неизлечимой болезни пациента, будут обязаны говорить, что лечение будет успешным.

Медсестры никогда не должны быть вынуждены лгать или уходить от вопросов пациентов, которые желают знать правду о диагнозе и прогнозах.

Помощь персоналу. Каждый член команды нуждается в персональной и индивидуальной поддержке и помощи.

Психологическая супервизия. Следует проводить какое-то подобие психологической супервизии для персонала примерно каждые 2 недели, чтобы убедиться, что команда не перегружена и справляется со всеми аспектами своей работы.

Члены команды должны знать, что их ценят. Нужно ценить каждого члена команды. Необходимо, чтобы сотрудник чувствовал и знал, что его ценят. Когда вы видите хорошую работу, обязательно похвалите сотрудника.

Признаки эмоционального нездоровья в команде. Ранние признаки плохого нездорового эмоционального климата в команде могут проявляться в большом количестве больничных листов по незначительным поводам. Об этом же свидетельствует привычка задерживаться на работе.

Как защитить команду от выгорания?

Обратите внимание на следующие факторы:

- рабочие места сотрудников;
- условия труда;

- командная работа, взаимоотношения сотрудников, сплоченность команды;
- профессиональное развитие и образовательные программы;
- психологическая супервизия и поддержка;
- взаимоотношения персонала, пациента и семьи.

Присматривайтесь к каждому члену команды, учитывайте его личные особенности. Считаете ли вы, что какой-либо сотрудник особенно подвержен риску выгорания? (Информация ниже применима и полезна в отношении каждого отдельного сотрудника.)

Как узнать, что я в группе риска по эмоциональному выгоранию?

Синдром эмоционального выгорания — комплексное патологическое состояние.

Как правило, сам человек недооценивает собственный риск выгорания.

Вот некоторые вопросы, которые следует задать себе.

- Чувствую ли я себя слишком вовлеченным в работу с определенными пациентами?
- Чувствую ли я себя незаменимым?
- Остаюсь ли я регулярно на работе допоздна?
- Воспринимаю ли я смерть пациентов как профессиональную неудачу?
- Чувствую ли я вину за свою работу?
- Если моя работа связана с эмоциональной нагрузкой, уношу ли я с собой мысли и чувства о пациентах, когда иду домой?

Риск эмоционального выгорания высок в определенных ситуациях.

- Если у меня есть маленькие дети и требующие заботы пожилые родственники.
- Если мой доход ниже среднего и мне приходится подрабатывать на второй работе, испытывая напряжение и стресс.
- Если я не умею находить общий язык с людьми или у меня сложный характер.

Что стоит изменить, чтобы не выгореть?**Делайте следующее:**

- проходите профилактические консультации у психолога;
- посещайте группу взаимоподдержки или пользуйтесь услугами психотерапевта;
- смените обстановку или устройте отдых от работы, вызывающей стресс;
- приобретайте новые знания;
- повышайте свою профессиональную компетенцию;
- учитесь дополнительным навыкам, которые помогут вам получать больше удовольствия от работы;
- развивайтесь всесторонне;
- поддерживайте баланс между работой и личной жизнью;
- отводите работе должное место, и не больше;
- занимайтесь регулярно физическими упражнениями;

- заботьтесь о себе;
- правильно определяйте свои границы;
- осознайте границы своей ответственности;
- не забывайте, что быть ответственным за какую-либо работу и быть виноватым за то, что она выполнена не так, не одно и то же;
- задумайтесь о вере, это может помочь;
- осознайте смысл и значимость вашей работы;
- последнее, но очень важное: научитесь прощать.

Синдром эмоционального выгорания зачастую связан с чувством несправедливости: кажется, что люди несправедливы по отношению к вам. Чувство отчаяния часто возникает от переутомления и одиночества. Научившись прощать, вы не только будете защищены от эмоционального выгорания, но и нарушите порочный круг — обида не пойдет дальше! Очень эффективный терапевтический прием!

Источник

Neue Luzerner Zeitung, 2006, September 16 / № 214.

Брюс Клеминсон

ВВЕДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

*Перевод с английского
О. Цейтлиной, Е. Бакуниной*

*Медицинский редактор Д.В. Невзорова
Верстка Е. Владимирской
Дизайн обложки Е. Коврижных
Корректоры Е. Кудряшова, Л. Ким*

**НАСТОЯЩЕЕ ИЗДАНИЕ ПОДГОТОВЛЕНО
И РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ
(НЕ ДЛЯ ПРОДАЖИ)**

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»

119048, Москва, Кооперативная ул., д. 10, кв. 12

Тел.: 8 (965) 372-57-72

www.hospicefund.ru

E-mail: fund@hospicefund.ru