

Российский
онкологический
научный центр
им. Н.Н. Блохина
РАМН, Москва

Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику

Д-р мед. наук, проф. С.А. Тюляндин

К сожалению, сегодня в онкологии бытует мнение, что задачей онколога является лечение больного со злокачественной опухолью с помощью хирургии, лучевой терапии или лекарств, а также предупреждение развития побочных эффектов специфической противоопухолевой терапии и их купирование.

Несмотря на возросшие возможности современной онкологии, более половины больных злокачественными опухолями обречены погибнуть от прогрессирования заболевания. Вместе с тем, если спросить современного онколога, что относится к наиболее неприятным моментам его повседневной практики, то ответ будет почти универсальным: необходимость оказывать медицинскую помощь терминальным больным и психологическую поддержку семье и близким пациента. Казалось бы, раз естественное течение злокачественного процесса подразумевает неотвратимость для многих больных перехода в терминальные фазы заболевания, то этот наиболее трудный для больного и его семьи период времени должен быть объектом пристального внимания онколога, который до этого момента был ответственен за проведение специфического противоопухолевого лечения.

В реальности все обстоит иначе. Именно в этот момент онкологи предпочитают тихо «по-английски» удалиться со сцены, оставляя своего подопечного наедине с пониманием своей обреченности, а также необходимостью поиска нового лечащего врача.

Почему это происходит? К сожалению, сегодня в онкологии бытует мнение, что задачей онколога является лечение больного со злокачественной опухолью с помощью хирургии, лучевой терапии или лекарств, а также предупреждение развития побочных эффектов специфической противоопухолевой терапии и их купирование. Мы реже и, как правило, с меньшим удовольствием занимаемся не менее важными для больного проблемами лечения хронического болевого синдрома и нарушения питания, коррекцией депрессивного синдрома, организацией и координацией помощи онкологическому больному на дому (эта задача по организационным особенностям функционирования системы здравоохранения в России практически невыполнима), психотерапевтической поддержкой пациента и его семьи и т. д. Психологически мы готовы к тому, что больной, которому по каким-либо причинам не показана активная противоопухолевая терапия, – это уже «не наш» больной, ибо и ранее мы не занимались или старались не заниматься проблемами, которые на завершающих этапах болезни становятся наиболее важными. Порой лечащему врачу приходится тратить много сил и времени на то, чтобы объяснить пациенту и его родственникам, почему невозможно дальнейшее лечение в стационаре, к которому привык и сам пациент, и его близкие. Именно поэтому мы чувствуем себя психологически комфортно, когда больной и его родственники просто «исчезают» из нашей клиники, освобождая место для следующих пациентов. И надо сказать большое спасибо специалистам паллиативной медицины за то, что они не бросают наших больных и оказывают им необходимую медицинскую помощь.

Одной из причин такой ситуации является недостаточная подготовленность практикующих онкологов для оказания паллиативной помощи, требующей синтеза навыков различных медицинских специальностей. Например, значительные успехи в лечении хронического болевого синдрома были достигнуты только благодаря совместной работе онкологов, невропатологов, лучевых терапевтов, анестезиологов,

хирургов, психиатров, физиотерапевтов. Онколог, который погружен в свою специальность и ежедневно занимается лечением больных, порой не имеет времени, да и желания, осваивать смежные специальности, необходимые для успешного проведения паллиативной терапии. Поэтому появление специалистов паллиативной медицины и самой специальности является позитивным ответом на сложившуюся ситуацию. У меня как онколога и как человека вызывает много вопросов проблема организации оказания паллиативной помощи.

В настоящее время такой вид помощи онкологическим больным осуществляется в хосписах, специализированных стационарах на базе больниц (во всяком случае в Москве) и на дому районным онкологом и терапевтом. Таким образом, оказание паллиативной помощи проводится вне стен онкологических учреждений. Как уже говорилось выше, это устраивает большинство онкологов. Это устраивает и специалистов паллиативной медицины, которые чувствуют самостоятельность, так необходимую при становлении новой специальности. Но хорошо ли это для больного и для осуществления эффективного контроля симптомов заболевания?

С моей точки зрения, сегодняшняя организационная система паллиативной помощи является ущербной. Пока у больного есть перспективы на успешное лечение, он лечится в онкологическом учреждении под руководством онколога. Стал бесперспективным – уходи, куда хочешь: в клинику паллиативной медицины или хоспис, которые способны принять единицы онкологических больных, или домой для ухода родных и близких. Для самого больного и его родных этот переход является дополнительной тяжелой психологической травмой, подтверждением безнадежности и скорого конца. Потеря докторов и ставшего привычным онкологического стационара заставляет больного или его родственников искать нового лечащего врача и больницу. В этих условиях даже простейшие медицинские процедуры, такие как лапароцентез или плевральная пункция для эвакуации асцита и плеврита, становятся трудноразрешимой задачей. А разве можно считать полноценной оказываемую медицинскую помощь в хосписах или стационарах паллиативной помощи, если там нельзя провести паллиативную химиотерапию или лучевую терапию?

Такая ситуация имеет и другую сторону, поскольку создает дополнительную психологическую нагрузку и для врача-онколога, который лечил пациента иногда на протяжении нескольких лет и вот теперь, по выражению самих больных и их родственников, вынужден «отказываться» или «бросать» их.

Одним из решений этой проблемы могла бы стать организация отделов паллиативной терапии с возможностью оказания амбулаторной и госпитальной помощи в рамках существующих онкологических институтов, больниц и диспансеров. В этом случае удалось бы сохранить преемственность оказания медицинской помощи онкологическому больному на всех этапах болезни. Создание подобных отделов позволило бы объединить врачей различной направленности, специализирующихся в области паллиативной терапии: специалиста по обезболиванию, диетолога, психотерапевта и т. д. Обязательная стажировка в подобном отделении молодых онкологов и медицинских сестер сделает возможным овладеть основами паллиативной онкологии и осознать ее роль как важнейшей составляющей части онкологии. Специалисты паллиативной медицины могли бы принимать активное участие в контроле многочисленных симптомов заболевания или осложнений лечения у больных после оперативного вмешательства, лучевой или лекарственной терапии, которые в настоящее время не принимаются во внимание онкологами. В этом отделении могла бы быть налажена эффективная амбулаторная и стационарная помощь терминальным больным. Такое отделение могло бы координировать оказание помощи пациентам, находящимся в домашних условиях. И, наконец, подобные отделения создали бы условия для проведения научных исследований в области паллиативной онкологии, которые так необходимы становлению и развитию новой специальности в онкологии.

Это не означает, что я выступаю против существования хосписов или отделений паллиативной помощи. Но существующие сегодня хосписы и отделения такого плана не являются чисто онкологическими, так как осуществляют помощь не только онкологическим больным и работают чаще всего в отрыве от онкологической службы и специалистов-онкологов. Я – за создание в каждом лечебном онкологическом учреждении специализированных отделений паллиативной онкологии, которые могли бы координировать оказание паллиативной помощи на всех этапах лечения как пациентам клиники, так и больным, находящимся дома и в хосписах. Нам необходима интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику, подкрепленная организационно и идеологически. Только так мы можем сохранить преемственность в оказании медицинской помощи онкологическому больному от момента постановки диагноза до смерти, которая, увы, пока является неотвратимой для определенной части наших пациентов.

Хоспис № 1,
Санкт-Петербург

Если медработник присутствует при рождении, то и конец жизни должен быть обеспечен присутствием его, ибо врач, медсестра, санитарка не просто работники медслужбы, но и друзья пациента, сострадающие ему в его страданиях.

Психические изменения у онкологических больных

Проф. А.В. Гнездилов

О наличии выраженных изменений в психике онкологических больных свидетельствует множество фактов:

- 1) отказы от операций и лечения,
- 2) реактивные состояния в виде тревоги, депрессии, негативных и агрессивных реакций,
- 3) суициды, расстройство взаимоотношений в семье и на работе,
- 4) наличие скрытой, а порой и явной канцерофобии среди значительной части населения и в первую очередь среди родственников и знакомых пациентов,
- 5) расстройства на фоне органических, метастатических, интоксикационных изменений в головном мозге и другие.

Среди основных факторов, влияющих на психику как пациента, так и его родных, необходимо выделить следующие:

- фатальный характер диагноза, несмотря на успехи онкологии;
- калечащие операции и лечение;
- отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастазов;
- наличие в 80% случаев выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания;
- широко распространенное среди обывателей представление о заразности ракового заболевания.

Изменения в психике пациентов, а также близких им людей, проходят несколько стадий.

1. Шоковая стадия, когда негативная информация о наличии заболевания, а порой и прогноза, обрушивается на больного.
2. Стадия отрицания, вытеснения информации.
3. Стадия агрессии.
4. Стадия депрессии.
5. Стадия примирения, принятия своей судьбы.

Из органических поражений головного мозга наиболее часто встречаются расстройства сознания. Они классифицируются обычно следующим образом:

I. Расстройство по типу утраты сознания (оглушение, сопор, кома).

II. Расстройство по типу измененного сознания:

- делирий, наличие измененного сознания с выраженным обилием галлюцинаторных переживаний (вторичного бреда и искаженного восприятия окружающего с нарушением ориентации в окружающем и сохранением ориентации в себе);
- онейроидное расстройство сознания с двойной ориентировкой в окружающем – частичная ориентация в реальности с одновременным присутствием сновидных, галлюцинаторных переживаний и восприятий;
- аментивное расстройство сознания с потерей ориентации, как в себе, так и в окружающем, отсутствие контакта, непонятная речь;
- сумеречные расстройства сознания.

Среди сумеречных расстройств сознания выделяют:

- амбулаторный автоматизм – сознание сужено, переживание иной обстановки и ситуации;
- транс-стремление к перемещению при наличии измененного сознания;
- снохождение (лунатизм).

Терапия расстройств психики определяется принципами паллиативной медицины, где учитывается стадия заболевания, перспективы для больного и улучшение качества жизни. Сюда входит:

- 1) терапия средой (природа, дом, окружение родных, пробуждение духовности);
- 2) терапия присутствием с принципом разделения боли и проблем больного между ним и врачом;
- 3) индивидуальная терапия – рациональная терапия, суггестивная терапия, групповая терапия;
- 4) арттерапия с переключением внимания больного на креативные способы регу-