

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель Министра
здравоохранения и
социального развития РФ
Р.А.ХАЛЬФИН

Авторский коллектив:

Эккерт Н.В. (ответственный исполнитель) - кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М.Сеченова;
Новиков Г.А. - доктор медицинских наук, профессор, зав. курсом паллиативной помощи при кафедре онкологии ФППО врачей ММА им. И.М.Сеченова;

Хетагурова А.К. - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М.Сеченова;

Шарафутдинов М.Г. - кандидат медицинских наук, главный врач Ульяновского областного хосписа.
Рецензенты:

Н.И.Вишняков - зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П.Павлова; заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор;

Е.П.Какорина - зав. отделом мониторинга здоровья Национального НИИ общественного здоровья РАМН, доктор медицинских наук, профессор.

В методических рекомендациях представлены медико-организационные аспекты паллиативной медицины.

Рассмотрены основы паллиативной помощи, оказываемой в хосписах, в отделениях паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансерах, оказания паллиативной помощи во внебольничных условиях.

Представлены этические и морально-психологические аспекты эвтаназии и паллиативной медицины.

Освещены проблемы боли и обезболивания в практике паллиативной медицины.

Рассматриваются актуальные аспекты «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников и его профилактики.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов и учреждений регионального и муниципального здравоохранения, главных врачей и медицинских работников хосписов, зав. отделениями паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансеров.

Они будут полезны для преподавателей и студентов кафедр клинического и организационного профилю медицинских высших учебных заведений, а также для слушателей циклов повышения квалификации в системе последипломного образования.

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

Кроме многочисленной группы пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, в последние годы стали обсуждать проблемы больных, имеющих различные нозологические формы хронических прогрессирующих заболеваний (в т.ч. - в терминальной стадии их развития). Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

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

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

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

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

Необходимо отметить, что на фоне демографического старения населения в Российской Федерации с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и только совместными усилиями медицинских работников различных структур власти нашего общества, Русской православной церкви, волонтеров представляется возможным цивилизованно оказывать медико-социальную и психологическую помощь инкурабельным больным, обеспечивая им, насколько это возможно, адекватное диагнозу качество жизни.

Методические рекомендации предназначены руководителям органов и учреждений регионального и муниципального здравоохранения, главным врачам и медицинским работникам хосписов, зав. отделениями паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансеров, а также врачам-интернам, клиническим ординаторам всех специальностей, онкологам, врачам общей практики,

терапевтам, хирургам, медицинским психологам и другими специалистами, которые в своей работе сталкиваются с вопросами оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Методические рекомендации предназначены и будут полезны для преподавателей и студентов кафедр клинического и организационного профилей медицинских высших учебных заведений, а также для слушателей циклов повышения квалификации в системе последипломного образования.

1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ЭВТАНАЗИЯ: ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в том числе - находящихся в терминальной стадии их развития, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как «... активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей».

Вопросы оказания паллиативной помощи и вопросы эвтаназии являются актуальными не только в России, но и во многих зарубежных странах. При этом проблемам инкурабельных больных необходимо уделять гораздо больше внимания, позволяя каждому пациенту и членам его семьи получать необходимую медицинскую, психологическую, духовную, социальную и юридическую поддержку. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

К контингенту больных с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований. Данные экспертов Всемирной Организации Здравоохранения свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 миллионов случаев впервые диагностированных онкологических заболеваний. Большая часть инкурабельных пациентов - лица пожилого и старческого возраста, имеющие множественные сопутствующие заболевания. По статистике в Российской Федерации более 70% случаев онкологических заболеваний диагностируется именно у пожилых людей в возрасте от 60 лет и старше.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение не на словах, а на деле максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

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

Кроме того, в последние годы обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящимся в терминальной стадии развития болезни (терминальная некорректируемая стадия хронической почечной недостаточности различного генеза; терминальная стадия хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, некорректируемая или плохо поддающаяся коррекции; терминальная стадия цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью; перелом шейки бедра; дегенеративные заболевания костно-суставной системы; травмы позвоночника; рассеянный энцефаломиелит и др. Большое значение при этом приобретает гуманное отношение самого общества к людям, обреченным на смерть вследствие своего тяжелого заболевания. Не вызывает сомнения тот факт, что существующее в обществе уважение к человеку должно быть направлено к каждой отдельной личности и, особенно - к таким явлениям, как жизнь и смерть.

Целью паллиативной помощи является не поощрение «ускорять наступление смерти», а достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабельных больных, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, и у их родственников, необходим комплексный подход к решению целого ряда проблем.

В последние годы во многих странах стал активно обсуждаться вопрос о возможности применения эвтаназии для тяжелых инкурабельных больных. Однако каждое государство относится к решению данной проблемы по-разному, исходя из своих исторических, политических и религиозных принципов. Например, в США проблема оказания паллиативной помощи и эвтаназии, как и во всем мире, существует, но она обсуждается в средствах массовой информации достаточно корректно. При этом проводимые исследования тактично поддерживают идею бороться за жизнь инкурабельного пациента при любых обстоятельствах, позволяя обеспечивать наиболее оптимальное в данных условиях качество его жизни. В настоящее время эвтаназия в США законодательно запрещена. Результаты социологического опроса инкурабельных больных, проведенного в 1995 г. в Соединенных Штатах Америки, продемонстрировали, что 9% из опрошенных пациентов высказали желание помочь им умереть, что было обусловлено не только болью и слабой социальной поддержкой, но и глубиной депрессии опрашиваемых. После двух недель индивидуальных занятий с психотерапевтом 2/3 этих пациентов категорически отказались от желания смерти, что свидетельствует о чрезвычайно важном психотерапевтическом аспекте работы с тяжелыми инкурабельными больными.

Согласно статистическим данным, в Российской Федерации ежегодно умирает более 350 тысяч онкологических больных, из них 75% нуждаются в оказании паллиативной помощи и только 59% получают эту помощь.

На современном этапе развития российского здравоохранения существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным, и в первую очередь - онкологическим больным (Центры паллиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров и др.). При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений территорий, кадровых ресурсов, так и от уровня финансирования и материально-технической базы учреждений здравоохранения. Весьма актуальной является проблема оказания паллиативной помощи жителям малых территорий и населенных пунктов.

Основной задачей оказания медицинской помощи умирающему больному становится обеспечение, насколько это возможно, качества жизни, достойного человека на его завершающем этапе. Еще в 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем Официальном докладе отметил: «С развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии».

Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи. В настоящее время концепция паллиативной помощи состоит в том, что преднамеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются.

К большому сожалению, в настоящее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в периодических медицинских изданиях вопросы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуждаются крайне редко. Обращает на себя внимание тот факт, что многие участковые терапевты (врачи общей практики), которые курируют инкурабельных пациентов в амбулаторных условиях, не имеют соответствующей подготовки по паллиативной помощи.

Необходимо отметить, что в образовательных медицинских учреждениях на додипломном уровне на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения не представлены организационные и социально-медицинские аспекты паллиативной помощи.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости введения преподавания основ паллиативной помощи не только студентам вузов, но и на последипломном этапе как для врачей всех специальностей, так и для организаторов здравоохранения. В то же время в средних специальных учебных заведениях по подготовке сестринского персонала вопросам организации паллиативной помощи уделяется значительно больше внимания, чем в медицинских вузах.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова в рамках научного исследования по оптимизации социально-медицинских и организационных основ паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний проведен опрос организаторов здравоохранения, врачей разных специальностей, студентов старших курсов медицинских вузов и сестринского персонала на предмет их отношения к эвтаназии и паллиативной помощи умирающим больным. К чести опрашиваемых, необходимо отметить, что у 96% из них было отрицательное отношение к эвтаназии.

Паллиативная медицина направлена на достижение по возможности оптимального в конкретной ситуации качества жизни больного и его семьи, решение психологических, социальных, правовых и духовных проблем. В связи с этим, одной из актуальных по социальной значимости задач организации паллиативной помощи является оказание помощи родственникам.

Одного умирающего больного окружает 7-10 условно здоровых полноценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые находятся в разной степени тяжести психологической травматизации: чувство вины перед больным, чувство агрессии к медицине, депрессия, канцерофобия, суицидальные мысли, угроза потери рабочего места. Среди окружения больного формируется так называемый хронический дистресс (по некоторым данным смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%). Работа с родственниками, паллиативная служба позволяет им выйти на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей, снижает расходы здравоохранения на купирование последствий хронического дистресса.

Проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обходят стороной и работающих в ней сотрудников. Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о подверженности работников паллиативной медицины формированию состояний личностной дезадаптации. Ряд исследователей отмечают что наиболее напряженной областью медицины по психоэмоциональной нагрузке является онкология.

К числу факторов риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих помощь онкологическим больным, следует отнести психологический «феномен (синдром) выгорания».

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

В целом, круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, направлены на решение основной комплексной задачи - максимально возможное обеспечение качества жизни инкурабельных пациентов. Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Этапы развития паллиативной помощи в России. Наиболее полное определение паллиативной (симптоматической) помощи представлено Всемирной Организацией Здравоохранения (1990 г.): «Паллиативная помощь - это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является

купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем».

Основное положение паллиативной помощи заключается в том, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных и духовных проблем больного приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

В России зачатки паллиативной помощи закладывались уже в начале XX века. Так, организация ухода за больными с распространенными формами злокачественных новообразований стала одной из главных целей открытого в 1903 г. по инициативе проф. А.Л.Левшина на пожертвования фабриканта С.Морозова Ракового института при медицинском факультете Московского университета (ныне - Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова). Такие же цели преследовала и Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была построена в Санкт-Петербурге в 1911 г. на средства купцов Елисеевых.

Вопросам медицинской помощи терминальным больным посвящен ряд докладов русских ученых, которые были заслушаны на Первой международной конференции по изучению рака (1906 г.). На 1-ом Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями в 1914 г. было озвучено положение о том, что рак - болезнь социальная. Поэтому проблемами организации борьбы с этим онкологическим заболеванием и оказанием помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только энтузиасты, но и государство.

Особенности политического, экономического и духовного развития общества России последующих лет отодвинули на второй план на многие годы решение проблем оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным на поздних стадиях развития заболеваний. Подобная ситуация была характерна не только для России, но и в целом для мировой медицины.

Широкая пропаганда научных исследований в области болевого синдрома, рекомендации ВОЗ, новая ситуация в системе здравоохранения России, как и в целом в обществе, определили существенные изменения общественного и медико-социального мнения по отношению к развитию паллиативной помощи. Первая попытка решения проблемы паллиативной помощи в России предпринята в середине 80-х годов прошлого века, когда на базе Московской городской больницы N 64 молодым главным врачом О.В.Рутковским (в последствии - Министр здравоохранения РФ) был создан прообраз отечественной хосписной помощи - отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

Начало 90-х годов XX столетия ознаменовалось возникновением специализированной, медико-социальной, психологической помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований в условиях специальных учреждений здравоохранения - хосписов. Всемирной Организации Здравоохранения рекомендуемый норматив числа хосписных коек составляет 25-30 коек на 300-400 тыс. населения. При таком положении больные с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии имели бы возможность быть госпитализированными по показаниям на длительный срок вплоть до конца жизни в хосписы, коечная сеть которых была бы достаточной для безотказной госпитализации больных, нуждающихся в паллиативной помощи. В развитых странах уже более трех десятилетий потребность населения в паллиативной помощи полностью удовлетворяется в условиях хосписов.

Исходя из вышеобозначенных рекомендаций ВОЗ, в России с численностью населения 145 млн. человек число коек паллиативной помощи должно составить от 9000 до 14000 коек. Однако в стране эта проблема решается крайне слабо. Так, по отчетным данным Минздравсоцразвития РФ за 2006 г. в целом по стране функционировало чуть более 1000 коек паллиативной помощи в 21-ом хосписе и 10 хосписных отделениях (отделениях паллиативной помощи) в структуре многопрофильных городских, районных и больниц сестринского ухода.

К сожалению, в России до сих пор паллиативная помощь не выделилась в самостоятельную специальность. В связи с этим до последнего времени в стране не регистрируются точные статистические данные о количестве больных с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития, находящихся на дому, в различных специализированных отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических, онкологических и др.) стационаров участковых, районных, городских и других многопрофильных больниц, а также в домах сестринского ухода, в отделениях милосердия домов-интернатов системы социального обеспечения и т.д.

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

Так, в г. Санкт-Петербурге (лидере развития хосписного движения в России) система паллиативной помощи населению представлена 215-ю койками, из них - 130 коек в четырех хосписах как самостоятельных учреждениях здравоохранения и 85 коек - в хосписных отделениях (отделениях паллиативной помощи) в 4-х многопрофильных больницах города (NN 14, 18, 20 и 36). Проведенное нами исследование выявило: в г. Санкт-Петербурге при численности населения 4,5 млн. человек число коек паллиативной помощи составляет почти 5 на 100 тыс. населения, тогда (соответственно вышеприведенным рекомендуемым критериям ВОЗ) на 300 тыс. населения г. Санкт-Петербурга число коек паллиативной помощи составляет около 15, а на 400 тыс. - этот показатель достигает 20 коек, что приближается к уровню Европейских стран.

Первый хоспис в Москве начал действовать в 1994 году - сначала как организация, оказывающая помощь на дому (выездная служба) онкологическим больным IV клинической группы. В 1996 году был открыт стационар на 25 коек, вскоре стал действовать дневной стационар.

Следует отметить великолепные условия, созданные для больных в Первом Московском хосписе. Палаты для пациентов (на 1, 2 и 4 человек) просторны, оборудованы функциональными кроватями, средствами связи с сестринским постом, есть душевые и туалетные, каждая палата имеет отдельный выход во дворик. Если больной не в состоянии передвигаться, то на своей кровати он может быть вывезен во внутренний дворик или (если он православный христианин) в красивую, видную со всех сторон в этом московском районе, часовню.

Родственники больных имеют возможность оставаться со своими близкими в палате (или недалеко в отдельном помещении), сколько они того хотят. Условия работы персонала для организации деятельности «сложного организма» хосписа соответствуют всем требованиям, предъявляемым к учреждениям подобного рода.

Помимо хосписов в России существуют и другие организационные формы оказания паллиативной медицинской помощи. В 1991 году Минздрав РФ организовал Центр паллиативной помощи онкологическим больным, который в основном развивает паллиативную помощь нуждающимся в ней пациентам в рамках сложившейся службы специализированной помощи онкологическим больным (онкологические диспансеры и т.д.).

В определенной мере задачи оказания паллиативной медицинской помощи решаются также в больницах сестринского ухода, контингент пациентов которых не только онкологический, но и гериатрической.

Опыт работы российских хосписов свидетельствует, что среди их пациентов выделяются две группы - социально защищенные и социально незащищенные. А.В.Гнездилов писал: «Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирает в стационаре, это - «некачественная цифра», поскольку свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе свое последнее прибежище».

К сожалению, развитие хосписной помощи в целом по России имеет место только в отдельных регионах (Ульяновская, Волгоградская области и др.).

Хосписы - это не просто специализированные больницы для умирающих, они во многом являются своеобразным отрицанием «просто больницы». Вот почему философская сторона дела является здесь едва ли наиболее важной, чем медико-техническая. Исходная идея философии хосписа очень проста: умирающий нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь пройти через границу жизни и смерти.

Как правило, хосписы рассчитаны лишь на 20-25 коек, имеют минимум медицинского персонала. Здесь отсутствуют специализированные диагностические лаборатории и лечебные отделения с дорогостоящей аппаратурой, однако это не исключает возможности проведения консультаций пациентам хосписа врачами-специалистами (лор, окулистами, невропатологами и др.).

Организация хосписа для больных с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии позволяет производить значительную экономию средств по сравнению с затратами, выделяемыми на содержание таких же больных в онкологических больницах, онкодиспансерах и (или) крупных онкологических центрах, благодаря отсутствию необходимости содержать специализированные диагностические и лечебные отделения с соответствующим штатом врачебного персонала.

Альтернативы развитию программ по созданию и совершенствованию современных хосписов для облегчения участи умирающих онкологических больных в настоящее время нет. В хосписе не только создаются условия, ограничивающие страдания таких больных, позволяющие избежать унижения, связанного с болью, убожеством, но и значительно уменьшаются затраты на их содержание. Философия хосписа во многом определяется идеей, согласно которой это не просто «особая больница», но «дом для жизни». В стационаре хосписа создана обстановка, близкая к обычным условиям жизни человека. Здесь предусмотрена возможность пребывания рядом с больным его родных, учитываются его вкусовые пристрастия (вегетарианстве и т.д.), допускается, чтобы вместе с больным находилась его любимая кошка или собака, поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю больного. Многие пациенты хосписов знают, что они обречены (от тех, кто хочет знать правду, ее не скрывают). Однако здесь же лучше всего знают, какое это трудное искусство - сообщать плохие новости. Последовательные сторонники хосписного движения считают, что помощь в хосписах должна быть совершенно бесплатной - «за смерть платить нельзя».

Представляется, что в нынешних условиях развитие самостоятельных учреждений-хосписов наиболее реально в региональных центрах и в городах с численностью населения от 500 тыс. и более. Эти хосписы помимо основной функции - оказания паллиативной помощи инкурабельным больным могли бы выполнять, в том числе, организационно-методическую роль по организации паллиативной помощи в целом на территории региона во внебольничных и стационарных условиях.

Отделение паллиативной помощи (отделение-хоспис). Более перспективным и менее затратным является развитие паллиативной помощи населению в форме отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в крупных многопрофильных больницах. Создание таких отделений рентабельно по сравнению с самостоятельными хосписами за счет координации их работы с лабораторно-диагностическими, консультативными, финансовыми, хозяйственными и другими подразделениями многопрофильного стационара. Такие отделения имеют реальную возможность привлечения при необходимости врачей-консультантов различных специальностей (хирургов, невропатологов, гинекологов и др.). Данный подход заложен в г. Санкт-Петербурге при организации четырех хосписных отделений в многопрофильных больницах, каждое из которых имеет свое Положение, штатное расписание, закрепленную Городским управлением здравоохранения территорию обслуживания больных, нуждающихся в паллиативной помощи, и т.д.

Рассмотрим организацию работы отделения паллиативной помощи (отделения-хоспис) Городской больницы N 14 г. Санкт-Петербурга. Отделение является подразделением Санкт-Петербургского Государственного учреждения здравоохранения «Городская больница N 14».

Отделение паллиативной помощи представлено стационаром на 30 коек и выездной службой. Оно имеет 10 палат, оснащенных световой сигнализацией, перевязочную, процедурный кабинет,

изолятор, кабинет зав. отделением, ординаторскую, кабинеты старшей медсестры и сестры-хозяйки, сестринскую, буфет, комнату отдыха, ванную и санитарную комнаты, душевую, туалет. Госпитализация больных, нуждающихся в паллиативной помощи, проводится в порядке, регламентированном Комитетом по здравоохранению Мэрии г. Санкт-Петербурга.

Показаниями к госпитализации в отделение паллиативной помощи являются:

- медицинские: выраженный болевой синдром; нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и не поддающейся адекватной терапии в домашних условиях (асцит, кахексия, анорексия, высокая лихорадка и др.);
- социально-бытовые: отсутствие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому; ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире тяжелого онкологического больного и др.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке при наличии:

- документов, подтверждающих диагноз злокачественного новообразования IV клинической группы с верификацией патологии;
- заключение врача выездной службы или заведующего отделением-хоспис с четким указанием повода для госпитализации;
- паспорта;
- «Карты выездной службы»;
- полиса обязательного медицинского страхования;
- справке о проведенном бактериологическом исследовании (на энтеропатогенную флору и дизгруппу) давностью не более 10 дней.

Экстренная госпитализация в отделение паллиативной помощи (отделение-хоспис), осуществляемая выездной бригадой, возможна без проведения бактериологического исследования.

Основными нормативными документами, регламентирующими деятельность отделения паллиативной помощи (отделения-хоспис), порядок госпитализации в отделение, его штатное расписание и планируемые показатели работы, являются: «Положение об отделении-хоспис», утвержденное главным врачом больницы № 14 от 02.09.2002 г. и «Положение о Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения» № 93-р от 14.03.2003 г.

Отделение-хоспис предназначено для оказания паллиативной помощи и медико-социальной реабилитации онкологическим больным IV клинической группы, а также психологической и социальной поддержки пациентов и членов их семей в период болезни и после утраты. Финансирование отделения-хоспис осуществляется за счет средств бюджета, благотворительных пожертвований и иных источников, не противоречащих действующему законодательству. Отделение-хоспис не ведет коммерческую и хозрасчетную деятельность.

Цель деятельности отделения паллиативной помощи - обеспечение насколько это возможно качества жизни онкологических больных IV клинической группы и их родственников.

Задачами отделения паллиативной помощи являются:

- оказание паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их родственникам;
- повышение доступности специализированной паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре и на дому;
- купирование болевого синдрома и другой отягощающей симптоматики;
- оказание психотерапевтической помощи больным в стационаре и на дому, психологической поддержки родственникам;
- обучение родственников пациента навыкам ухода за инкурабельными онкологическими больными IV клинической группы;
- создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях и в стационаре;
- привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам онкологических больных поздних стадий;
- воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих пациентов и др.

В отделении паллиативной помощи приняты и неукоснительно выполняются следующие принципы деятельности отделения:

- бесплатность оказания паллиативной помощи;
- общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- не приближать наступление смерти, но и не мешать естественному уходу пациента из жизни;
- не давать пациентам и их родственникам невыполнимых обещаний;
- насколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
- максимальное приближение условий пребывания больных в стационаре к домашним;
- работа в команде: зав. отделением, лечащий врач, психолог, медсестра, младшая медсестра, социальный работник, волонтер, пациент и его близкие.

Для оптимизации клинико-диагностического процесса отделение-хоспис использует клиническую, диагностическую и материально-техническую базу многопрофильной больницы.

Отбор на госпитализацию пациентов из медучреждений прикрепленной территории осуществляется врачами выездной службы отделения паллиативной помощи и согласовывается с заведующим отделением. Основными показаниями для госпитализации являются: наличие выраженного болевого синдрома, необходимость подбора симптоматической терапии и неблагоприятные социальные условия.

Организация внебольничной паллиативной помощи. Из-за крайне ограниченного коечного фонда стационаров хосписов по оказанию помощи на финальной стадии жизни больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний для России представляется весьма актуальным развивать внебольничную паллиативную помощь. У части больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и у их родственников превалирует желание получать паллиативное лечение по возможности дома.

В отдельных регионах на базе онкологических диспансеров, хосписов, крупных поликлиник или самостоятельно создаются Территориальные центры паллиативной помощи. Деятельность Территориальных центров паллиативной помощи направлена на обеспечение преемственности в работе Территориальных центров с ЛПУ, координацию работы различных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих паллиативную помощь, и способствует внедрению в повседневную практику наиболее эффективных методов лечения инкурабельных больных.

Необходимо отметить, что выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит от уровня финансирования данной территории.

Основными задачами Территориального центра паллиативной помощи являются:

- изучение и внедрение современных форм организации паллиативной помощи больным, страдающим прогрессирующими хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития;
- разработка методических рекомендаций для учреждений здравоохранения по вопросам оказания паллиативной помощи инкурабельным больным;
- подготовка специалистов по паллиативной помощи для учреждений здравоохранения;
- контроль за состоянием, развитием и качеством оказываемой медико-социальной помощи данному контингенту больных;
- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по вопросам паллиативной помощи;
- участие в научных разработках и апробации новых методов паллиативной помощи и противоболевой терапии;
- обеспечение паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний на догоспитальном этапе;
- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

На амбулаторном приеме в кабинетах противоболевой терапии крупных многопрофильных поликлиник, онкологических диспансеров проводится оценка степени выраженности хронического болевого синдрома, подбор схем обезболивания, обучение правилам ухода за стомированными

больными (с гастро-, трахео-, колостомами), решение психологических и социальных проблем инкурабельных пациентов.

В последние годы получают развитие консультативно-патронажные формы паллиативной помощи инкурабельным больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями силами хосписных выездных бригад.

Выездные бригады - организационно-медицинская основа паллиативной помощи инкурабельным больным в амбулаторных условиях. С этого момента начинается общение с пациентом и его семьей. Четкость и профессионализм работы выездных бригад определяет успех работы всего хосписа. В состав выездной бригады (хосписа на дому) входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы.

Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник. Преемственность работы амбулаторно-поликлинических учреждений и хосписного отделения обеспечивается путем ежемесячной передачи поликлиниками списков инкурабельных больных, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе. Оперативную связь с пациентами, членами их семей и врачами поликлиник осуществляет диспетчер выездной службы. Выездной службой с момента регистрации на каждого пациента заводится медицинская карта, в которой фиксируются все посещения на дому врачами и сестринским персоналом, а также - консультации по телефону.

По желанию пациента и его родственников врачи и сестринский персонал выездной бригады, врачи и психологи оказывают консультативную помощь и психологическую поддержку по телефону. Первичное посещение больного проводится врачом совместно с медицинской сестрой не позже, чем в течение двух недель после получения информации о пациенте. При первичном посещении тщательно собирается анамнез жизни и заболевания, которые фиксируются в «Карте выездной службы». В ней также указывается кем и когда проведена верификация онкологического диагноза (указывается дата проведения гистологического исследования, наименование учреждения здравоохранения, в котором проводилось исследование, результаты исследования). Отмечаются проведенное лечение, жалобы пациента (в том числе со слов родственников) с обязательным указанием выраженности болевого синдрома, чем купируется боль (если пациент получает наркотические анальгетики, указывается их доза, кратность и длительность приема, оценка эффективности по 10-балльной шкале). Коррекцию схемы противоболевой терапии проводит врач выездной бригады.

В «Карте выездной службы» подробно описываются: объективное состояние больного, динамика с момента последнего осмотра врачом-специалистом, развернутый клинический диагноз, объем проведенных в процессе посещения лечебных мероприятий, назначения, режим дальнейшего наблюдения (динамическое наблюдение на дому, дневной стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной помощи).

В Карте отмечаются также социально-бытовой статус, жилищно-бытовые условия, возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому, а также вкусы и наклонности пациента, его религиозные воззрения (вероисповедания, соблюдение обрядов, религиозных традиций) и т.д.

Дальнейшие посещения планируются по мере необходимости и с учетом пожеланий пациента и его родственников. При временном категорическом отказе пациента от наблюдения осуществляется соответствующая запись в Карте с обязательным указанием причины отказа.

Решение о наличии показаний для госпитализации в стационар принимает врач выездной службы или заведующий отделением паллиативной помощи.

Выездные бригады укомплектованы с учетом психологической совместимости ее членов. Взаимозаменяемость, преемственность и взаимодействие - необходимые условия работы в бригаде при том условии, что каждый из членов бригады имеет свои строго определенные должностные обязанности. Работа в бригаде осуществляется под руководством врача.

К основным задачам хосписов на дому относятся следующие: коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций, динамический контроль за состоянием пациента, обучение родственников больного различным методам ухода, психологическая поддержка членов семьи и самого пациента, обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и другими врачами, в случае ухудшения самочувствия - помощь в госпитализации в стационарное отделение.

Частота посещений пациента медицинскими работниками хосписа на дому зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях. Основные проблемы, с которыми сталкиваются инкурабельные пациенты, это - боль, тошнота, рвота, икота, запоры, поносы, задержка (недержание) мочи, кровотечения и другие симптомы, на уменьшение которых направлено паллиативное лечение.

В основу работы бригад медицинских работников хосписов на дому заложены следующие направления:

- наблюдение за наиболее тяжелыми больными, получающими лечение на дому и больными, выписанными из хосписов на амбулаторное наблюдение;
- проведение по показаниям паллиативных хирургических амбулаторных вмешательств (лапароцентеза, торакоцентеза, эпицистомий и др.);
- проведение различных видов обезболивания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, фармакотерапия болевого синдрома), детоксикационной терапии, лечебной и паллиативной химиотерапии;
- выявление на дому нетранспортабельных и одиноких больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний;
- выявление больных, нуждающихся в госпитализации для проведения паллиативных хирургических вмешательств, регионарных методов обезболивания и инструментальных методов диагностики и лечения;
- обучение родственников больных основам оказания медицинской и психологической помощи;
- оказание психологической и моральной поддержки больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний, и их родственникам;
- оказание больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии социальной и духовной поддержки;
- забота о максимально возможном в конкретных ситуациях повышении качества жизни больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний.

Патронирование на дому больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний свидетельствует о высокой социально-психологической и медицинской эффективности паллиативной помощи, позволяющей насколько это возможно обеспечить качество жизни инкурабельных больных.

Промежуточной формой оказания амбулаторной и медико-социальной помощи пациентам является дневной стационар - место кратковременного пребывания транспортабельных больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, а также их родственников, в котором они получают медицинскую и психологическую помощь, правовую и социальную поддержку. Пациенты имеют возможность общаться по интересам, получать юридические консультации, по возможности заниматься организацией досуга, арттерапией, участвовать в вечерах памяти, выставках и др. Если время приема лекарств или проведения каких-либо медицинских манипуляций приходится на период пребывания больных в дневном стационаре, пациенты получают медицинскую помощь и имеют возможность отдохнуть на койке, диване, в кресле, инвалидной коляске и т.д.

Врачебный и сестринский персонал, работающий в области паллиативной медицины - это медицинские работники, с которыми больной соприкасается в последние дни своей жизни. Этот фактор накладывает на персонал, оказывающий амбулаторную паллиативную помощь, большую моральную ответственность и требует безукоризненного выполнения профессионального и гражданского долга. Общение врача с безнадежным больным основано на умении ответить на все вопросы пациента, проводить с больным и родственниками беседы, направленные на коррекцию имеющихся психоэмоциональных расстройств.

Внебольничная система паллиативной помощи повышает качество медицинской и психологической помощи, обеспечивает духовную поддержку больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии их жизни и должна получить в ближайшие годы свое развитие во всех регионах Российской Федерации.

Для обсуждения актуальных проблем паллиативной помощи инкурабельным больным, обмена опытом работы хосписов и отделений-хосписов (отделений паллиативной помощи) многопрофильных больниц в г. Санкт-Петербурге создана Межрегиональная общественная организация «Ассоциация паллиативной медицины».

«Ассоциация паллиативной медицины» объединяет медицинские учреждения, оказывающие паллиативную помощь населению, и определяет совместно с главными врачами хосписов и заведующими отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц пути решения возникающих долгосрочных и текущих проблем.

Члены Межрегиональной общественной организации «Ассоциация паллиативной медицины» активно участвуют в отечественных и международных форумах, конференциях, совещаниях и др. «Ассоциация паллиативной медицины» принимает непосредственное активное участие в обсуждении текущих и перспективных проблем на уровне общегородской и районных властей, органов управления здравоохранением г. Санкт-Петербурга и его административных районов.

3. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

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

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

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

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

Психологические факторы: гнев; разочарование; столкновение с бюрократией/отчаяние; сокрытие диагноза от больного/чувство изоляции; отгороженность врачей от общения с больным/чувство беспомощности; неадекватное лечение/гнев и потеря доверия со стороны больного; страх больницы/тревожность; страх боли/тревожность; перестают навещать друзья/больной чувствует себя брошенным и никому не нужным.

Социальные факторы: потеря статуса/заниженная самооценка; потеря доходов от труда/чувство своей бесполезности и волнения о финансовых проблемах; тревога о финансовом положении семьи;

чувство, что ты ничего не можешь; потеря уверенности/понижение самооценки; бессонница и хроническая усталость.

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

Патофизиологические основы боли

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

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

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

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

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

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

Диагностика хронической боли

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

1. Анамнез и клинический осмотр пациента с ХБ - характер и распространенность онкологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента; анамнез ХБ (давность, интенсивность, локализация, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность).
2. Оценка интенсивности ХБ наиболее проста и удобна для исследователя и пациента по 5-балльной шкале вербальных (словесных) оценок (ШВО), где 0 - боли нет; 1 - слабая; 2 - умеренная; 3 - сильная; 4 - самая сильная боль.

Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%,

которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику ХБ в процессе лечения.

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

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

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

Лечение хронической боли

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

Основой лечения ХБ является системная фармакотерапия.

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

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

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

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

- дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера ХБ, добиваясь устранения или значительного облегчения боли;
- назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения

действия предыдущей;

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

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

Оптимальным анальгетиком 2-й степени является синтетический опиоид – агонист опиоидных рецепторов – трамадола гидрохлорид (трамал). Разовая доза трамадола 50-100 мг, максимальная суточная доза 400-500 мг. Главные преимущества трамадола – отсутствие опасных побочных действий, присущих анальгетикам центрального действия; минимальная вероятность развития резистентности и лекарственной зависимости даже при длительном лечении. Анальгетический эффект трамадола развивается к 30 минуте и продолжается 5-6 часов. Наиболее частыми побочными проявлениями центрального действия трамадола являются преходящая сонливость, тошнота, сухость во рту. Однако их выраженность обычно не превышает степени «легкой» и не требует отмены препарата. Трамадол можно с успехом применять в течение нескольких недель или даже месяцев. Трамадол имеет двойное обезболивающее действие – частично он действует как опиоид, частично как блокатор пресинаптического обратного захвата моноаминов (подобно трициклическим антидепрессантам, поэтому вместе с ними трамадол не назначается), два механизма обезболивающего эффекта действуют синергически. Трамадол не является опиоидосберегающим препаратом. Он значительно снижает обезболивающее действие опиоидных анальгетиков, поэтому трамадол вместе с ними не назначается!

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

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

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

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

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

процессе терапии бупренорфином суточной дозы 3 мг следует назначить вместо бупренорфина морфина сульфат или фентанил трансдермальный.

Бупренорфин может быть также назначен в виде трансдермального пластыря Транстек в дозах, аналогичных вышеуказанным для сублингвальных таблеток. Для пластыря, высвобождающего 35 мкг/ч бупренорфина, доза опиоида за 24 ч. составит 0,8 мг, для пластыря 52,5 мкг/ч. - 1,2 мг, для пластыря 70 мкг/ч. - 1,6 мг. Максимальная трансдермальная доза не должна превышать 2 пластыря по 70 мкг/ч., т.е. 3,2 мг/сут. При переходе на терапию транстекком после поддерживающей опиоидной или неопиоидной терапии его начальную дозу назначают в соответствии с инструкцией к препарату. В связи с постепенным развитием анальгетического эффекта апплицированного пластыря транстек пациентам рекомендуют при необходимости дополнительный прием прежнего анальгетика до завершения подбора эффективной анальгетической дозы транстека. Максимальная доза транстека не должна превышать 140 мкг/ч, т.е. 2 апплицированных пластыря на период 3 суток. При этом исключается прием других опиоидов. При неэффективности этой дозы следует сразу заменить бупренорфин одним из опиоидов 4-й ступени - морфином или фентанилом в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС) Дюрогезик.

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

Морфин для лечения тяжелой ХБ целесообразно назначать в виде таблеток ретард морфина сульфата (МСТ-континус), в дозах 10, 30, 60, 100 мг, прием которых осуществляется 2 раза в сутки (утром и перед сном), что удобно для пациентов. При назначении морфина после терапии другими опиоидами следует учитывать соотношение их анальгетических потенциалов. Так, эквивалентная бупренорфину доза морфина должна быть примерно в 30 раз выше, т.е. при суточной дозе бупренорфина 2,4-3,0 мг ориентировочная доза МСТ составит 75-90 мг в сутки (в 2 приема утром и перед сном). Морфин может быть назначен и после анальгетиков 2-й ступени (например, при отсутствии или непереносимости бупренорфина). При неэффективности дозы трамала 400 мг/сут. суточная доза МСТ будет составлять не менее 40-60 мг; при дозе просидола 240 мг/сут. - до 80-90 мг/сут. При длительной терапии дозу морфина приходится постепенно увеличивать в связи с развивающейся толерантностью к опиоиду, а также с усилением ХБ по мере прогрессирования онкологического процесса. Толерантность проявляется обычно на 3-й неделе терапии укорочением периодов анальгезии или снижением ее эффективности. В этих случаях при удовлетворительной переносимости препарата его разовую дозу повышают на 10-30 мг/сут.

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

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

Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) фентанила (Дюрогезик) - наиболее мощный опиоидный анальгетик, впервые созданный в виде системы для трансдермального введения в разном

диапазоне доз: 25, 50, 75 и 100 мкг/ч. В настоящее время широко применяется как альтернативный опиоид при лечении ХБ высокой интенсивности. ТТС Дюрогезик представляет фактически универсальную лекарственную форму (пластырь с депо фентанила, наклеиваемый на кожу с минимальным волосяным покровом) и может применяться у любых пациентов, в том числе неспособных принимать таблетки через рот. Анальгетический эффект Дюрогезика мощнее и длительнее, чем оральных форм морфина продленного действия. Длительность анальгезии при аппликации на кожу пластыря с фентанилом составляет 72 ч., т.е. смена пластыря происходит 1 раз в 3 дня. Пациенты с тяжелой ХБ оценивают Дюрогезик как наиболее эффективный и удобный вариант противоболевой терапии. Дюрогезик может вызывать те же побочные эффекты, которые присущи морфину. Наиболее опасным из них является депрессия дыхания. При появлении у пациента затрудненного дыхания пластырь следует удалить, и после нормализации дыхания использовать пластырь с дозой фентанила на одну ступень ниже.

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

Лечение современными лекарственными формами неинвазивных анальгетиков имеет существенные преимущества: высокую эффективность, удобные лекарственные формы, хорошую переносимость, отсутствие опасных побочных эффектов, сохранение социальной и физической активности больных, представляют собой менее опасные, с точки зрения их немедицинского использования, лекарственные средства.

На всех этапах обезболивания необходимо назначение адьювантной терапии.

Группы адьювантов:

1. Глюкокортикоиды (преимущественно дексаметазон);
2. Антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин);
3. Противосудорожные (карбамазепин, клоназепам, финлепсин, габапентин);
4. Нейролептики (тизерцин, аминазин, галоперидол);
5. Транквилизаторы (диазепам, феназепам, реланиум и др.);
6. Антигистаминные (димедрол, супрастин, тавегил);
7. Седативные (валериана, корвалол, пустырник);
8. Бифосфонаты (бондронат, зомета, бонифос, аредия и др.);
9. Диуретики.

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

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

В случае назначения анальгетика, недостаточного для устранения ХБ, последняя сохраняется и начинает быстро нарастать за счет суммации болевых стимулов и перевозбуждения проводящих боль нервных структур - в результате формируется трудно купируемая боль, т.н. «прорыв боли». В случае первичного обращения онкологического больного с запущенной тяжелой ХБ рекомендуется сразу назначать один из препаратов 3-й ступени, подобрав оптимальную для больного разовую и суточную дозу.

Морфин и другие опиоиды существуют для того, чтобы их назначали, а не для того, чтобы их придерживали. Их применение диктуется лечебной необходимостью, а не краткостью прогноза. Время, образование и развенчивание мифов об этих важных лекарствах, в конце концов, привели повсеместно к истинности данных утверждений.

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

Лечебно-профилактическим и аптечным учреждениям РФ предписывается осуществлять терапию хронической боли и лекарственное обеспечение этой терапии в строгом соответствии с действующими нормативными и законодательными актами. Для исполнения обязательны не только разделы приказов, посвященные контролю оборота наркотических, сильнодействующих и других групп препаратов ПКУ, но и разделы приказов, предписывающие адекватное обеспечение пациентов этими группами лекарственных средств. Следует особо подчеркнуть обязанность врачей назначать и выписывать рецепты на сильные опиоиды пациентам с тяжелой ХБ, не купируемой неопиоидными анальгетиками. При этом необходимо помнить о возможном привлечении к административной и даже уголовной ответственности (при обращении пациента или его родственников в суд) в случае неоказания пациенту адекватной противоболевой помощи и отказе в назначении необходимых лекарственных средств (ФЗ N 2288 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 24.12.1993 г. в редакции ФЗ от 02.02.2006 г.; раздел VI, статья 30, пункт 5, согласно которому каждый пациент имеет право «... на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами»).

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И НОРМАТИВНЫХ АКТОВ, КАСАЮЩИХСЯ ПРАВИЛ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ, СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ И ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ

Постановления Правительства РФ

- 1). «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» от 30 июня 1998 г. N 681;
- 2). «Об утверждении Положения о выдаче лицензий на использование объектов и помещений, где осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» от 30 мая 1998 г. N 541;
- 3). «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» от 6 августа 1998 г. N 892.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ

- 1). «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» от 12 ноября 1997 г. N 330 (с дополнениями);
- 2). «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» от 12 февраля 2007 г. N 110.

4. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Каждый медицинский работник в своей деятельности призван руководствоваться этическими принципами, которые составляют не юридические, а моральные основы медицинской практики. «Этика» (лат., греч.) - «благо», «долг»: учение о морали, ее сущности, значении для человека и общественной истории; система норм нравственного поведения человека.

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

Биоэтика – исследование этических проблем в здравоохранении и биологии.

Существует четыре основных принципа медицинской этики: «делай благо», «не навреди», «уважай автономию», «будь справедлив».

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

Этические принципы паллиативной медицины:

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

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

Ощущение разрушения своего внутреннего мира, которое испытывает больной и которое часто не осознается многими близкими и друзьями, добавляет чувство изоляции ко многим другим их проблемам.

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

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

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Выбор лечения

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

При выборе подходящего лечения нужно иметь в виду следующее:

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

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

Общение с неизлечимым больным

«Правда – одно из наиболее сильных терапевтических средств, доступных нам, но нам по-прежнему надо знать точный смысл ее клинической фармакологии и выяснить оптимальное время и дозировку к ее употреблению. Похоже, нам необходимо вникнуть в близкую связь между надеждой и отрицанием ее» (М. Симпсон, 2001).

Ф.Бэкону принадлежат слова «знание - сила». Знание врачом вопросов, касающихся здоровья пациента, кроме способности оказать помощь людям в бедственном положении дает ему одновременно власть над ними. Отказ раскрыть пациентам важную информацию об их здоровье может повлиять на способность пациентов принимать важные решения. Если «знание - сила», то пребывание в неведении означает пребывание в состоянии беспомощности и зависимости от врача. Однако скоропалительное сообщение окончательного, фатального диагноза может быть не просто безответственным, но и представлять существенное злоупотребление профессиональной властью, или - в лучшем случае, быть неуместным выражением профессионализма.

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

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни (особенно при онкологической патологии) приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существовала деонтологическая тактика не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Однако, как правило, инкурабельные больные получают травмирующую их информацию по другим каналам. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала оказывает весьма негативное влияние на больного. Поэтому необходимо ориентироваться на каждого больного в каждой конкретной ситуации. Говорить с человеком о его диагнозе нужно, если это будет способствовать более эффективному лечению. Ведь эффективность лечения зависит не только от того, как пациента будут лечить, но и от того, как он будет лечиться. Говорить с пациентом о сложности и проблемах заболевания нужно откровенно, если он настойчиво задает вопросы, оставаясь недовольным щадящими ответами. Иначе возникает недоверие врачу и медицине в целом, что не будет способствовать эффективному лечению.

Как сообщать плохие новости

«Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели».

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

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

Забота о родственниках

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

Ятрогения – нарушения психогенного характера в состоянии здоровья пациента, возникающие как следствие (или неправильное толкование) слов, поведения и действий медицинского работника. При

ятрогении возможно как появление чисто невротических реакций с новыми для данного больного симптомами, так и усугубление ощущений, связанных с имеющейся болезнью.

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

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

В последние годы за рубежом и в России все чаще в печати инициируется дискуссия о проблемах эвтаназии. Слово «эвтаназия» произошло от двух греческих слов: «ей» - хорошая и «thanatos» - смерть. Термин «эвтаназия» предполагает осознанное, мотивированное, намеренное и достаточно быстрое прекращение жизни кого-либо, пораженного, в том числе, и неизлечимой болезнью. Паллиативный уход отстаивает право пациента на «хорошую смерть», а различия между пассивной и активной эвтаназией и естественной смертью могут быть весьма размытыми в условиях паллиативного ухода. И все-таки философия паллиативной медицины состоит в том, что намеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются, Хоспис и паллиативная помощь - альтернативы эвтаназии. Врачи и медсестры должны понимать, что их долг - поддерживать жизнь, а не поощрять идеи пациентов убивать себя или ускорять наступление смерти.

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

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

Наиболее исчерпывающее изучение эвтаназии было предпринято в начале 90-х годов в Голландии.

Ориентировочно самыми существенными причинами прошения больными эвтаназии определены:

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

Боль как причина прошения эвтаназии была названа 46-ю % пациентов, но как единственная причина - только 3-мя %.

Невозможно вывести определенное заключение о причинах прошения эвтаназии,

кроме того, что в их корне лежат не только физические страдания, но и психологическое состояние больного, которое может изменяться в зависимости от ситуации в ту или другую сторону. Исследования в США показали, что около 9% пациентов обнаружили настойчивое и убедительное желание умереть. Это было связано с болью и бедной социальной поддержкой, но еще больше с глубиной депрессии пациента. По прошествии 2-х недель работы с ними психотерапевта 2/3 пациентов отказались от эвтаназии.

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

Рассмотрим некоторые возможные способы ответа на прошение эвтаназии:

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

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

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

Пока не существует идеального правового разрешения проблемы эвтаназии. В некоторых случаях не существует ее идеального этического разрешения. Принимая во внимание, что настойчивое и оправданное прошение эвтаназии, как правило, редкость, каждый случай требует отдельного обсуждения и никогда не будет легким. Применяя этику разумно и активно общаясь с пациентами, можно разрешить некоторые непримиримые дилеммы и помочь пациентам, как и самим врачам, принимать решения более комфортно. Ясно то, что гораздо больше пациентов, которые, как предполагается, нуждаются в эвтаназии, а в действительности нуждаются в понимании, разъяснениях насколько это возможно - необходимости оказания ему адекватных диагнозу физической, духовной и психологической поддержки, качественной паллиативной помощи, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

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

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

Как в России, так и за рубежом существует позиция, что необходимо при лечении больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний отдавать приоритет клиническим дисциплинам, поскольку их цель - продление жизни пациентов, что является экономически и социально более полезным и продуктивным. Иногда у клиницистов возникает вопрос: «Зачем тратить и без того ограниченные ресурсы здравоохранения на умирающих больных (бесперспективных в плане медицинской помощи)?». Однако существует и другое мнение: паллиативная медицина весьма актуальна, поскольку общество не будет здоровым ни морально, ни физически, если не станет заботиться о неизлечимо больных и если вдруг экономические проблемы станут приоритетными по отношению к жизни тяжелобольных. Паллиативная медицина имеет

реальную возможность продемонстрировать эффективность мер по повышению качества жизни больного и его родственников, по контролю патологических симптомов, в том числе болевого синдрома, а не просто удовлетворенность пациентов; доказать эффективность проводимых затрат, сравнимых с альтернативными формами медико-социальной помощи.

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

Хосписы, онкоцентры, онкодиспансеры, онкологические отделения и отделения паллиативной помощи многопрофильных больниц позволяют на практике реабилитировать этическую ценность древней медицинской заповеди: SALUS AEGROTI SUPREMA LEX - «Благо больного превыше всего».

5. «СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

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

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

Профессиональная деятельность медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии, как никакая другая сфера деятельности, связана со значительными психоэмоциональными нагрузками и сопровождается влиянием комплекса эмоционально негативных факторов, вызывающих у сотрудников неадаптивную реакцию на стресс, возникающий в результате работы. Проведенные в последние годы в России и за рубежом исследования свидетельствуют о подверженности врачей и сестринского персонала, оказывающих паллиативную помощь incurable больным, формированию состояний личностной дезадаптации («синдрома эмоционального выгорания»).

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

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

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

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

При анализе факторов, потенциально влияющих на развитие данного синдрома, выделяют социально-демографические (пол, возраст, психологический климат в семье и др.), профессиональные (место работы, специальность, стаж работы, заработная плата и т.д.) и личностные факторы (эмоциональная устойчивость, фрустрированность, доминантность и др.). «Синдром эмоционального выгорания» может не только негативно влиять на оказание медицинской помощи инкурабельным пациентам, снижая качество профессиональной деятельности, но и неблагоприятно отражается на состоянии психического и соматического здоровья самого медработника и коллег по работе.

Для «синдрома эмоционального выгорания» характерно чувство хронической усталости, эмоционального истощения и опустошенности, смена настроения, раздражительность, неудовлетворенность работой, толерантность к просьбам пациентов о поддержке и помощи, грубость, депрессия, личностная отстраненность, формальность при выполнении профессиональных обязанностей, нарушение межличностных отношений, приводящее к конфликтам на рабочем месте и др.

По данным проведенного на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова исследования (2007) в одном из лучших в стране хосписе N 1 г. Москвы имеет место высокий уровень текучести кадров сестринского персонала, связанный, в том числе, с проявлением синдрома профессионального выгорания. У 75% медицинских сестер хосписа стаж работы составлял до 3-х лет, еще у 20% - до 7 лет. Стаж работы от 8 лет и более имели только 5% медицинских сестер хосписа.

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

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

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

Работа с умирающими и их родственниками чрезвычайно сложна и требует больших душевных затрат. У медицинских работников происходит переосмысление собственной системы жизненных

ценностей. Меняется направленность работы. Надо научиться находиться рядом с пациентом, а не просто выполнять свои функциональные обязанности. Очень сложно прийти к пациенту не для того, чтобы сделать инъекцию или проверить его состояние, а просто находиться рядом (дать пациенту чувство уверенности, сопереживания) всегда, когда пациенту это присутствие необходимо. Надо научиться справляться со своими негативными эмоциями, причины которых могут быть различны (работа, семья, состояние здоровья и др.) и честно осознавать причину их возникновения, прийти на работу и «забыть о домашних делах и личных проблемах», что не всегда просто и что порой усиливает психоэмоциональную дезадаптацию.

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

Острыми являются проблемы соприкосновения медработников со смертью, «неуспешностью» лечения. Инстинктивный страх смерти заставляет пациента искать поддержки у окружающих и в первую очередь - у медицинских работников. Известны случаи, когда пациенты несколько часов перед смертью крепко сжимали руку медсестры и как бы «тянули» ее за собой. Такие эмоциональные переживания вместе с пациентом отражаются на психике и самочувствии медицинского персонала. Иногда бывает трудно принять пациента таким, каков он есть. Не всегда пациент вызывает симпатию у окружающих, может быть раздраженным, обозленным. Поэтому воспитание в себе безоценочного отношения у медицинского работника является важным моментом для успешной работы.

Такое же отношение должно быть и к родственникам пациента. Проведенное М.Е.Липтугой (2006) исследование показало, что наиболее сложная проблема в работе медперсонала хосписов - это общение с родственниками пациента. Так ответили 41,6% опрошенных медработников. Зачастую, наблюдая за происходящими изменениями в состоянии близкого человека, родственники пациента с этим не могут примириться: отрицают диагноз, требуют дополнительного обследования, настаивают на операции и т.д.

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

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

Тяжело наблюдать за пациентом, безуспешно ожидающим прихода родственников. Некоторые сводят заботу об умирающем родственнике только к внешним атрибутам: ежедневным беседам с врачом, выясняя, когда же наступит улучшение, или связывают ухудшение состояния с вводимыми препаратами, и при этом одновременно отказывая больному в элементарных психологических и гигиенических просьбах, перекладывая их выполнение на медицинский персонал.

При всем этом медработникам не следует обижаться, а важно помнить, что родственники пациента тоже нуждаются в поддержке и забота о них является неотъемлемой частью заботы о пациенте. Состояние неуверенности, беспомощности, чувство тревоги, растерянности родных передается пациенту и отрицательно влияет на его самочувствие. Сознание того, что есть кто-то, к кому можно обратиться в случае необходимости, придает семье уверенности и благоприятно отражается на настроении пациента.

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

По результатам проведенного П.А.Антипиным (2006) анкетирования медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, выявлено, что большинство опрошенных испытывают повышенную раздражительность (16%), значительную утомляемость (36%), головную боль (56%),

эмоциональную напряженность (40%), повышенную тревожность и мнительность (16%), нарушения сна (24%), вегетативные расстройства (28%) и др.

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

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

Выявлено, что у 64,3% опрошенных работа с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, со временем приносит все меньше и меньше удовлетворения, а 75,3% респондентов - хотели бы сменить место работы, если бы представилась такая возможность. Из-за дефицита времени, усталости и напряжения в процессе трудовой смены почти 80% опрошенных признаются, что часто уделяют внимание пациентам хосписа меньше, чем положено, 53% - устают на работе настолько, что дома с родными стараются общаться как можно меньше, у 62% - не остается сил заниматься домашними проблемами. У 43,5% медицинских работников мысли о работе не покидают и дома, у них повышается артериальное давление, появляются головная боль и боли в области сердца.

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

Важным компонентом профилактики «синдрома эмоционального выгорания» является умение разделить личное и профессиональное пространства и адекватно распределить ответственность за выполняемую работу. При этом понимание и сочувствие к incurable пациенту должны основываться не на идентификации с ним, а на позиции эмпатии, на понимании его психологического состояния на различных этапах лечения, а также на адекватной оценке своих профессиональных возможностей в оказании помощи терминальному больному (Сидоров П., Новикова И., 2006).

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

Совершенно очевидной становится необходимость психологической поддержки медицинского персонала хосписов, онкологических и отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц. Медицинские работники хосписов, как никакие другие специалисты, нуждаются в психологической помощи, которая может быть представлена специальными занятиями их с медицинскими психологами на обучающих занятиях, семинарах, тренингах и т.д. К сожалению, в большинстве российских хосписов отсутствует или носит эпизодический характер служба психологической помощи персоналу. Каждый сотрудник решает эту проблему самостоятельно.

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

Большое значение имеет психологический климат в коллективе. Доброжелательные, партнерские

взаимоотношения между коллегами являются предпочтительными перед строгим соблюдением субординации.

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

Психологическими компонентами «выгорания» являются:

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

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

К физическим проявлениям относятся: снижение аппетита, обострение хронических заболеваний, быстрая утомляемость, повышение артериального давления, головная боль, нарушение сна и др. Психологические симптомы проявляются в раздражении, чувстве усталости, разочаровании в работе и в личной жизни, потере самоуважения и уверенности в себе, снижении интереса к работе, усталости и депрессии, в чувстве неадекватности, безнадежности и необъяснимой вины, в частой смене настроения, немотивированном беспокойстве о будущем, чувстве несостоятельности, безысходности, потере веры в завтрашнем дне и др.

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

Причины «выгорания» могут быть классифицированы на две группы:

- объективные (напрямую связаны с выполняемыми видами деятельности по оказанию помощи, например, изменение распорядка дня, чередование дневных и ночных смен и т.д.);
- субъективные (связаны с личным отношением ухаживающего к умирающему больному, выполняемым видам деятельности, взаимоотношениями с больными, их родственниками, коллегами по работе, членами своей семьи и т.д.).

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

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

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

- индивидуальные (связанные с особенностями личности человека, оказывающего помощь, его системой жизненных ценностей, убеждениями, способами и механизмами индивидуальной психологической защиты);

- ситуационные (факторы, связанные с условиями оказания помощи инкурабельным больным).

К индивидуальным факторам относятся: возраст (молодые люди больше подвержены риску «выгорания»), высокий уровень ожидания результатов своей профессиональной работы, ярко выраженная ориентированность на достижение цели, высокий уровень преданности моральным принципам работы, проблема ответить на просьбу отказом и сказать «нет», склонность к самопожертвованию, тенденция быть только «отдающим» и не принимать помощь от других и т.д. Ситуационные факторы представляются: чрезмерной профессиональной нагрузкой, слабой подготовленностью к роли ухаживающего за терминальным больным, недостаточным пониманием должностных обязанностей, неадекватной социальной и психологической поддержкой, межличностными конфликтами с коллегами, пациентами, их родственниками и членами своей семьи и т.д.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) предполагает в первую очередь:

- снятие рабочего напряжения у сотрудников;
- повышение профессиональной мотивации;
- повышение уровня заработной платы, адекватного затрачиваемым психо-эмоциональным и физическим усилиям.

Наиболее перспективным этапом проведения профилактики «синдрома эмоционального выгорания» должен стать период обучения в высших и средних медицинских учебных заведениях, а в последующем - на курсах, семинарах, циклах повышения профессиональной квалификации медицинских работников всех специальностей.

В медицинских вузах и училищах студентов необходимо готовить к тем реалиям, в условиях которых будет осуществляться их деятельность. Будущие специалисты должны получить всеобъемлющую информацию, касающуюся источников эмоционального стресса при работе с больными людьми и риска возникновения «синдрома эмоционального выгорания». Первичная профилактика СЭВ должна начинаться еще во время обучения в учебном заведении и включать два основных направления: информационное и обучающее. Заканчивая медицинское учебное заведение, медицинский работник с высшим и средним образованием должен иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, а также первичные навыки самопомощи.

Период обучения в интернатуре (ординатуре) является основным этапом профессионализации, на котором проблема СЭВ рассматривается с учетом специфики избранной специальности. Помимо лекций, раскрывающих все многообразие проблем СЭВ, необходимо проведение психологического обследования, тренингов и групповых занятий.

Обучающие программы могут осуществляться в различной форме, иметь разную продолжительность и содержание. Они могут проводиться для группы специалистов из одной организации или из различных медицинских учреждений. В каждом конкретном случае в тематике необходимо учитывать профессиональную специфику слушателей.

Диагностика СЭВ и первые этапы коррекции могут быть проведены у врачей и сестринского персонала в период прохождения курсов повышения квалификации. В профилактических целях могут использоваться основные приемы самовоздействия и формирования психической устойчивости.

Организационные же мероприятия по первичной профилактике СЭВ в медицинском учреждении должны осуществляться на различных управленческих уровнях.

К основным направлениям работы по профилактике СЭВ на уровне главного врача медицинского учреждения следует отнести: обеспечение информированности сотрудников о СЭВ и факторах риска; определение групп риска в своем коллективе в части «эмоционального выгорания»; организация и проведение работы по выявлению ранних признаков СЭВ у медицинского персонала; перевод с согласия сотрудника в пределах учреждения в другие подразделения (при необходимости); создание условий для профессионально-квалификационного роста и психологической устойчивости персонала.

Положительное значение могут иметь:

- предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям;
- повышение их социально-психологической компетентности;
- осуществление доброжелательного стиля руководства;
- организация слаженной и гибкой работы подразделений учреждения;
- обеспечение оказания помощи молодым специалистам в адаптации к своей деятельности;
- проведение тренингов по выработке психологической устойчивости при сохранении высокого уровня профессиональной деятельности;
- адекватный подбор руководителей подразделений;
- поощрение обучения сотрудников и др.

Работа по профилактике СЭВ на уровне главной медсестры учреждения ведется по тем же направлениям: организация информированности среднего и младшего медицинского персонала о СЭВ и факторах риска; работа по выявлению у них признаков СЭВ; перевод (с согласия сотрудника) в другие подразделения; создание условий для профессионально-квалификационного и медико-психологического роста персонала и т.д.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне заведующего отделением: диагностика СЭВ у сотрудников отделения; оценка социально-психологического климата в трудовом коллективе и его оптимизация; проведение коллективного анализа при появлении первых признаков СЭВ у кого-то из сотрудников; организация слаженной работы отделения.

Немаловажное значение имеют наставничество молодых специалистов; обучение сотрудников подходам к работе с учетом специфики контингента пациентов и др.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне старшей медсестры отделения: диагностика социально-психологического климата в коллективе сестринского персонала и его оптимизация; организация слаженной работы сестринского персонала отделения; изменение графика работы (при необходимости), наставничество молодых сотрудников, индивидуальные беседы, по показаниям - консультации психолога.

Система поэтапных лечебно-профилактических мероприятий у медработников включает два этапа. Первый - диагностический - включает в себя оценку факторов риска возникновения СЭВ, его клиническую и психологическую диагностику. В зависимости от наличия или отсутствия факторов риска и симптомов СЭВ у медицинского персонала проводятся адекватные профилактические мероприятия.

Личностный уровень профилактики. Психологическая работа по профилактике СЭВ должна быть нацелена на снятие у медицинских работников стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции, обучение методикам расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости. Одним из методов профилактики данного синдрома является психологическое консультирование медицинских работников и при необходимости психокоррекция. При этом могут осуществляться: коррекция негативных стереотипов обыденного сознания и неадекватных механизмов психологической защиты, а также формирование профессиональной мотивации и адаптивных механизмов саморегуляции.

У врачей и сестринского персонала необходимо воспитывать приемы самопомощи, т.к. в профилактике СЭВ успех зависит прежде всего от самого медицинского работника, которому для его достижения следует соблюдать ряд рекомендаций:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей, что повышает долгосрочную мотивацию (достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания);
- использование «тайм-аутов» (для обеспечения психического и физического благополучия особое значение приобретают «тайм-ауты», то есть отдых от работы и других нагрузок. Иногда, чтобы «отойти» от жизненных проблем, нужно найти такое занятие, которое было бы увлекательными приятным);
- овладение умениями и навыками саморегуляции (овладение такими психологическими умениями и навыками, как релаксация, определение жизненных целей, способствующих снижению уровня стресса);
- профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от СЭВ

является обмен профессиональной информацией с представителями других служб. Сотрудничество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри отдельного коллектива. Для этого с успехом используются различные курсы повышения квалификации, всевозможные профессиональные, неформальные объединения, конференции и др.);

- исключение ненужной конкуренции (слишком настойчивое стремление к выигрыванию, лидерству обуславливает развитие тревоги, делает человека излишне агрессивным, что способствует, в свою очередь, проявлению СЭВ);
- эмоциональное общение. Когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность «выгорания» значительно снижается или же этот процесс не так явно выражается. Рекомендуются, чтобы сотрудники в сложных рабочих ситуациях обменивались мнениями с коллегами, искали у них профессиональной поддержки. Если работник делится своими отрицательными эмоциями с коллегами, то во-первых, у него снижается психо-эмоциональное напряжение, а во-вторых, общими усилиями они могут найти для своего коллеги разумное решение возникшей проблемы;
- поддержание хорошей физической формы. Доказательна тесная связь между состоянием тела и разумом. Хронический стресс воздействует на человека. Очень важно поддерживать хорошую физическую форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты. Избыточное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение или чрезмерное повышение массы тела усугубляют проявление СЭВ.

Чтобы избежать СЭВ, необходимо следовать следующим правилам:

- стараться рассчитывать и обдуманно распределять, свои нагрузки;
- научиться переключаться с одного вида деятельности на другой;
- проще относиться к конфликтам на работе;
- не пытаться всегда и во всем быть лучшим и т.д.

К актуальному разделу профилактических мер следует отнести организационно-управленческую деятельность, осуществляемую руководством медицинских учреждений. Особо необходимо отметить аналитическую работу, которая служит подготовительным этапом, создающим основу для адекватного планирования мер по профилактике СЭВ. Планирование должно быть направлено на осуществление оценки характера и причин текучести кадров, выявление частоты развития СЭВ.

Наиболее широкими возможностями оказания влияния на состояние работы по профилактике развития СЭВ обладает руководитель медицинского учреждения, статус которого обязывает соответствовать образу человека, занимающего руководящую должность, отвечать социальным ожиданиям работников, проявлять заботу о них, быть авторитетным, умеющим применять различные методы управления. Руководителю необходимо заботиться о том, чтобы лучшие качества и стороны его личности проявлялись чаще, и научиться сдерживать проявления отрицательных эмоций.

При этом для него не менее важно уметь использовать элементы самопрезентации, а также стремление руководителя заниматься самообразованием и самовоспитанием, а также профилактикой развития «синдрома эмоционального выгорания» у себя самого: нетерпимость к мнению, отличающемуся от собственного, грубость в общении с работниками; стремление превышать свои полномочия и др. Стиль руководства коллективом должен быть гибким и адекватным. Выбор управленческого стиля во многом зависит от управленческой компетентности руководителя.

В целях профилактики развития СЭВ рекомендуется применять групповые формы работы, среди которых можно отметить применение деловых игр.

Деловые игры - это групповая техника, наиболее распространенная и широко применяемая при преодолении последствий кризисных ситуаций, особым образом организованное тематическое обсуждение. Они позволяют снизить вероятность возникновения и затяжного течения тяжелых последствий стресса, способствуют пониманию причин происходящего с человеком в экстремальных условиях и осознанию действий, которые в этом случае необходимо предпринять. Это одновременно и метод профилактики. Ведущий должен иметь опыт работы с горем, тревогой, психической травмой и оставаться уверенным и спокойным при проявлении сильных эмоций у участников. Группа при проведении деловой игры не должна превышать 15 человек. Ее следует проводить через два-три дня после происшествия, когда уже пережит шок и начинается следующая фаза реакции на стресс. Чрезвычайно эффективным может быть межличностный уровень профилактики. В этом направлении

представляется необходимым проведение занятий или бесед с новыми сотрудниками, во время которых излагаются реальные трудности и типичные ситуации, возникающие при общении с больными конкретного отделения и их родственниками. В процессе проведения занятий выдаются рекомендации, которые помогают новому сотруднику совладать с типичными конфликтными ситуациями.

Положительное значение имеет регулярное проведение собраний и конференций с медицинским персоналом, на котором обсуждается специфика работы с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, и пути разрешения внутренних проблем и трудных ситуаций, которые могут возникать в отделении и у конкретного человека.

Необходимо обучение персонала коммуникационным навыкам при общении с пациентами и их родственниками, технике, направленной на повышение переносимости человеком профессионального стресса.

Столь же необходимо периодическое проведение медико-психологических обследований на предмет выявления СЭВ. Для сотрудников из группы риска нужна организация индивидуального, недирективного консультирования, участия в психокоррекционных группах, предоставление возможности для обучения и т.д. Полезно создание групп взаимопомощи, объединяющих людей, которые выполняют работу сходного вида и имеют однотипные проблемы.

В медицинской среде принято скрывать проблемы с собственным здоровьем, заниматься самодиагностикой и самолечением. Здесь также необходимы изменение отношения к своему здоровью и осознание ответственности за его состояние.

Врач и медицинская сестра должны знать, что сверхурочная работа, продолжающаяся работа дома после окончания рабочего дня, работа во время выходных и отпусков - это повышение степени риска развития СЭВ. Доступный способ профилактики «синдрома эмоционального выгорания» - это: прогулки, физические упражнения, общение с природой, искусством, которые позволяют расслабиться и отвлечься.

Чрезвычайно полезными являются регулярные встречи между администрацией и медицинским персоналом, во время которых обсуждаются возникающие проблемы. Такие встречи не только улучшают качество общения сотрудников между собой, но и способствуют чувству сопричастности к принятию решений, позволяют избегать нечеткости в распределении ролей и разрешать те или иные конфликты. Необходимы постоянный мониторинг рабочего климата в отделении и немедленное разрешение возникших проблем. Особое значение имеют предоставление сотрудникам возможности вносить свои предложения в рабочий процесс и создавать условия для их внедрения. Чрезвычайно актуальным является оптимизация подходов к работе с учетом определенного контингента пациентов. Если у медицинского работника уже определяются признаки развивающегося СЭВ, то прежде всего рекомендуется исследовать причины, приведшие специалиста в профессию. Необходимо оценить значение, которое выбранная профессия имеет для самого человека. Работа над первоначальными дефицитами, восполнению которых и служит его деятельность, может снизить риск формирования СЭВ.

Формирование профессиональных коммуникативных навыков - это способность к вербальному общению. Оно состоит из трех равнозначных частей: способности к установлению контакта с партнером по общению, навыка ведения беседы и умения поддерживать длительные отношения. Коммуникабельность является необходимым качеством характера для медицинского работника. Одним из проявлений развивающегося СЭВ является нарушение коммуникативной составляющей межличностных отношений, в связи с чем возникает необходимость коррекции, направленной на восстановление и воссоздание соответствующего уровня коммуникаций. Для этих целей используются различные варианты коммуникативных тренингов. В процессе тренинга происходит обучение пониманию собеседника, навыкам эффективного взаимодействия, и отдельно - взаимодействию в конфликтных ситуациях.

В последние годы в паллиативной медицине получают развитие так называемые группы поддержки. Участники групп поддержки включаются в своеобразный процесс общения, дающий ощущение особого понимания, принятия себя и других, открытия новых возможностей в жизни. Ведущий

поддерживает и направляет процесс взаимодействия в группе, содействует личностным изменениям, обеспечивает безопасность и психологический комфорт участников. Благодаря этому достигается положительный терапевтический эффект.

Цель данных групп - развитие душевной чувствительности и повышение личного чувства ответственности, что является ключевым моментом для качественного развития медицинского персонала. Участие медработников в поддерживающих группах способствует пониманию сознательных и бессознательных механизмов, как влияющих на способность эффективно работать с пациентами, так и препятствующих личностному росту и позитивной групповой динамике. Работа в группах поддержки подразумевает откровенный разговор о чувствах, которые вызывают у участников группы пациенты, коллеги и сами участники.

Группа поддержки дает почувствовать людям, что они совсем не одиноки. Взаимодействие с другими людьми, которых коснулась сходная проблема, уменьшает чувство отверженности, одиночества, изоляции, а также проблемы налаживания контактов. Одна из важнейших целей, которые ставят перед собой группы, - это психологическая адаптация людей.

Группы психологической поддержки функционируют по принципу групп встреч, которые происходят обычно еженедельно, на протяжении нескольких месяцев или даже лет. Чаще такие группы невелики - не более 10-12 человек.

Группы тренинга (Т-группы) - это группы людей, созданные с целью психологического и психотерапевтического воздействия на членов для улучшения их приемов в профессиональной деятельности и навыков общения. Участие в таких группах способствует приобретению и развитию коммуникативных навыков у медицинского персонала. Это позволяет участникам групп тренинга расширить и изменить свое поведение, более чутко относиться к своим и чужим проблемам, помогает достигать самоидентичности и повышать самооценку.

Результатами участия персонала в этих группах являются самосовершенствование личности, развитие чувства собственного достоинства, возможность понять, как групповая динамика влияет на участников группы, понять влияние персонала на пациентов и коллег. Группа тренинга выполняет функцию психического оздоровления. Занятия в Т-группе делают ее участников более восприимчивыми к чувствам и потребностям пациентов, позволяют глубже осознать себя и свое собственное поведение, помогают наладить адекватные межличностные отношения, повысить свою коммуникабельность, способности врача эмпатически идентифицироваться с пациентами и их родственниками. Участникам Т-групп предлагается возможность экспериментировать с собственным поведением в искусственно создаваемой среде, в атмосфере доверия и поддержки, что способствует их большему самораскрытию, а соответственно и более глубинным изменениям. Кроме того, участники тренинга получают от ведущего необходимую психологическую информацию и приобретают навыки, способствующие их личностному росту и более успешному общению с другими.

В паллиативной медицине получает развитие терапия творческим самовыражением. Это метод терапии, основной целью которого является развитие творческого самовыражения. Суть ее определяется в сознательном, целенаправленном выяснении в процессе терапии своей индивидуальности, своего места среди людей, в личностном, творческом самоутверждении. Терапия творческим самовыражением ведет к духовному и творческому совершенствованию, что, в свою очередь, помогает эффективно выражать себя в общественной жизни.

Терапия творчеством и творческим самовыражением многообразна и включает в себя ряд методик, которые могут с успехом применяться в паллиативной медицине для профилактики развития СЭВ. К ним относятся: терапия созданием творческих произведений (художественных и научных), терапия творческим общением с природой, терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой, терапия творческим коллекционированием, терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое, терапия ведением дневника и т.д. Занятия терапией творческого самовыражения должны проходить в непринужденной обстановке под располагающую к релаксации музыку.

Профилактика развития СЭВ у медицинских работников хосписов должна осуществляться комплексно и вестись, начиная с периода включения в систему оказания паллиативной помощи. В

организации профилактических мероприятий большая роль принадлежит адекватным организационно-управленческим действиям со стороны руководителей учреждений и подразделений. Существенная роль принадлежит в этой работе медицинскому психологу (психотерапевту) хосписа, в обязанности которого вводятся ранняя диагностика и профилактика развития СЭВ.

Профилактика «синдрома эмоционального выгорания», основанная на рассмотренных принципах, должна способствовать улучшению социально-психологического климата и эмоционального состояния в трудовых коллективах, повышению удовлетворенности трудом у работников паллиативной медицины.

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

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

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

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

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

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

Студенты-медики еще во время обучения в вузе должны получить базисные знания по паллиативной медицине, в том числе - информацию о «синдроме эмоционального выгорания» и методах его профилактики (способах повышения стрессоустойчивости при работе с тяжелыми инкурабельными пациентами и их родственниками, методах самоконтроля своего физического и психического состояния, методах релаксации и др.).

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

Список рекомендуемой литературы:

1. Гнездилов А.В. Пути на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. - СПб.: АОЗТ фирма «КЛИНТ», 1995. - 136 с.
2. Иванюшкин А.Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек. - 1994. - N 5. - С. 105-108.
3. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2006. - 192 с.
4. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцева Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. - 2004. - 48 с.
5. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза // Учебное пособие - Москва, 2005. - 82 с.
6. Новиков Г.А., Чиссов В.И. (под ред.). Паллиативная помощь онкологическим больным // Учебное пособие. - М., ООД «Медицина за качество жизни», 2006. - 192 с.
7. Сидоров П., Новикова И. Профилактика синдрома профессионального выгорания в медицинской среде // Медицинская газета. - 2006. - N 15. - С. 8-9.
8. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 240 с.
9. Хрусталева Ю.М., Эккерт Н.В. Философско-медицинские аспекты паллиативной помощи и проблемы эвтаназии // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2007. - N 6. - С. 28-36.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. - 2006. - N 1. - С. 5 - 12.
11. Шарафутдинов М.Г. Проблемы качества жизни и организации паллиативной помощи онкологическим больным в условиях малых территорий России // Автореферат дисс.... канд. мед. наук. - Уфа, 1999. - 24 с.
12. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2008. - С. 357-380.