



Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано
в Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Подолужный В.И. – зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.,
Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово),
Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово),
Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк),
Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово),
Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Самсонов А.П. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН

Спецвыпуск № 1 – 2009



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2009: ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ОНКОЛОГИИ.
Материалы научно-практической межрегиональной конференции с международным участием, Кемерово, 9-10 апреля 2009 года. — Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2009. — 100 с.

Спецвыпуск содержит материалы научно-практической межрегиональной конференции с международным участием, посвященные проблемам паллиативной медицины в онкологии.

Ответственный за выпуск:

Магарилл Ю.А. — доцент, канд. мед. наук,
заведующий кафедрой онкологии Кемеровской государственной
медицинской академии, ведущий специалист ДОЗН по онкологии.

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2009 г.
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте www.medpressa.kuzdrav.ru



Развитие системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований является одним из приоритетных направлений онкологической службы, как в России, так и в Кузбассе.

В Кемеровской области с населением 2,8 млн. человек, как и в целом по стране, отмечается рост численности больных с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования. За последние десятилетие заболеваемость в Кузбассе увеличилась на 6,4 %, а более 8000 человек в год регистрируются как впервые заболевшие злокачественным заболеванием.

Важность проблемы широкого внедрения в онкологическую практику паллиативной помощи наглядно иллюстрируют данные о количестве больных с распространенными формами заболевания и умерших от злокачественных новообразований.

Из 8866 вновь зарегистрированных в 2008 году больных удельный вес запущенных форм составил 17,6 %. Число умерших, проживших менее года после установленного диагноза, то есть принципиально подлежащих симптоматической терапии, составило 27,7 % от всех поставленных на учет. Общее количество умерших от опухолевых заболеваний в 2008 году в области составило 5845 человек.

В связи с необходимостью оказания специализированной помощи данной категории больных в 1992 году в г. Кемерово было открыто городское отделение паллиативной помощи, а в 1994 году – областной хоспис. На сегодняшний день в области развернуто 189 коек паллиативной помощи. Только в областном хосписе ежегодно получают лечение более 1300 пациентов онкологического профиля.

В стационаре хосписа осуществляются индивидуальные программы ведения для каждого пациента, включая медикаментозный контроль болевого синдрома. Учитывая частые психоэмоциональные нарушения у онкологических больных, особое внимание уделяется психотерапевтической работе. Позитивные методики психотерапии позволяют корректировать психический статус больных.

Несмотря на определенные успехи, необходима дальнейшая работа по расширению системы специализированных лечебных учреждений, оказывающих паллиативную помощь.

Необходимо в перспективе планировать открытие отделений паллиативной помощи путем перераспределения имеющегося коечного фонда больниц в каждой административной территории области и, конечно, решать вопросы подготовки медицинских кадров для этой работы. Это позволит создать сеть лечебных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь инкурабельным онкологическим и неонкологическим больным.

Ведущий онколог ДОЗН,
доцент

Ю.А. Магарилл



АБУЗАРОВА Г.Р.

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий,
г. Москва

СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Согласно данным ВОЗ, опубликованным в новом выпуске «World Cancer Report 2008», опухолевые заболевания могут стать ведущей причиной смерти во всем мире в 2010 году. Если в настоящее время с диагнозом рак в мире живут 25 млн. человек, то к 2030 году их станет втрое больше – 75 млн. За истекший 2008 год зарегистрировано около 12 миллионов новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО) и более чем 7 миллионов смертельных исходов. По данным Российского Центра Информационных Технологий и Эпидемиологических Исследований при ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, в России зарегистрировано 2 млн. 387 тыс. онкологических больных, из них 800 тыс. с генерализованным процессом. Ежегодно вновь выявляется более 460 тыс. пациентов с ЗНО, из них у 23,3 % уже при установлении диагноза выявляется IV стадия процесса. Таким образом, если учесть, что в терминальном периоде до 90 % онкологических пациентов считают боль основным симптомом опухоли, то около 1 млн. онкологических больных в нашей стране нуждаются в противоболевой терапии (В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, 2007).

Учитывая сложившуюся ситуацию с ростом и распространением опухолевых заболеваний в мире, ВОЗ в своей программе по борьбе с раком, наряду с первичной профилактикой, ранним выявлением и лечением опухолевых заболеваний, декларирует проблему лечения инкурабельных онкологических больных с хронической болью. Несмотря на возросшее внимание к этой проблеме в последние два десятилетия, почти каждый третий онкологический пациент (более 28 %) не получает адекватного обезболивания даже в экономически развитых странах (Oscar A. de Leon-Casasola Philadelphia, USA, 2006).

Начиная с 1986 г., ВОЗ проводит активную работу в этом направлении, создан универсальный алгоритм терапии боли в онкологии – «обезболивающая лестница ВОЗ», который предписывает ступенчатое назначение анальгетиков – от неопиоидных к слабым опиоидам, а затем (при их неэффективности) применяются сильнодействующие опиоидные средства.

Накопленный с годами опыт и достижения современной фарминдустрии внесли изменения в перечень рекомендуемых ВОЗ сильнодействующих опиоидных анальгетиков. Если в 1986 го-

ду в качестве основных препаратов 3-й степени морфин, петидин, бупренорфин и метадон, то уже спустя 10 лет во втором издании к препаратам 3-й степени добавились оксикодон, гидроморфон, леворфанол (World Health Organization. Cancer pain management. WHO Technical Report Series Geneva: WHO, 1986, p. 74) (World Health Organization. «Cancer pain relief. With a guide to opioid availability» 2nd edn. Geneva: WHO, 1996, p. 70).

Следует отметить, что морфин, как «золотой стандарт» фармакотерапии сильной боли, с успехом применяется на протяжении многих веков и не утратил своего значения и в настоящее время. Современным достижением фарминдустрии и клинической фармакологии является создание таблеток – ретард, содержащих морфин – МСТ-Континус. Эта усовершенствованная лекарственная форма, где морфин связан с алифатическими спиртами, позволяет медленно высвобождать препарат в течение 12 ч. с постоянной скоростью, независимо от приема пищи, уровня рН желудочного или кишечного содержимого. При этом исключаются пиковые токсические концентрации морфина в крови, являющиеся причиной развития опасных побочных эффектов.

Собственный опыт применения МСТ составляет более 124 онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом ноцицептивного (соматического и висцерального) типа. Применение препарата в дозе от 40 до 180 мг (в среднем 58,6 мг) уже с первых суток позволило достоверно снизить остроту боли с $3,58 \pm 1,04$ баллов до $1,08 \pm 0,53$ (по 4-х балльной шкале, где 0 – боли нет; 1 – слабая боль; 2 – умеренная боль; 3 – сильная боль; 4 – нестерпимая боль). В дальнейшем потребовалось увеличение дозы препарата в течение 2-х недель исследования у 27 больных (21,8 %) в среднем на 17,2 мг (на 29,4 % от исходного). Физическая активность по шкале Карнофски (через сутки после начала приема МСТ) возросла на 14 %, а длительность ночного сна увеличилась с $4,2 \pm 1,8$ ч. до $7,2 \pm 1,5$ ч. Из побочных эффектов (ПЭ) на раннем этапе выявлены сонливость у 104 пациентов (83,9 %); головокружение 34 (27,4 %); тошнота 23 (18,6 %); сухость во рту 82 (66,1 %), констипация 18 (14,5 %), кожный зуд 5 (4 %). В дальнейшем, после 5-7 дней терапии, сонливость, головокружение, тошнота уменьшились, но усилились констипация – 68 больных

(54,8 %) и присоединились явления снижения тонуса мочевого пузыря у 9 пожилых пациентов (7,3 %), что вполне предсказуемо для типичного опиоида мю-агониста – морфина. Все побочные эффекты были выражены умеренно и не требовали ургентной терапии. Следует отметить, что ПЭ исследуемого препарата имели выраженный дозозависимый характер и хорошо корректировались симптоматическими средствами (сенаде, дюфалак, мотилиум, церукал, тавегил). ПЭ не ста-

ли причиной отмены препарата ни у одного из пациентов.

Применение таблеток морфина сульфата пролонгированного действия МСТ-континус у онкологических больных эффективно и безопасно купирует ноцицептивную боль при соматических и висцеральных хронических болевых синдромах. Побочные эффекты МСТ носят дозозависимый характер, у подавляющего большинства больных выражены умеренно и не ограничивают их активность.

АНКИНА Т.И., БЕРЕЗИКОВА О.А., КУЗНЕЦОВА Т.А.
ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА

В настоящее время имеется полная законодательная база, которая регламентирует работу в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в отделениях паллиативной помощи и хосписах.

Основными законодательными актами, необходимыми для работы в отделениях паллиативной помощи и хосписах, являются:

- ФЗ № 128 «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.2001;
- ФЗ № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998;
- ПП РФ № 249 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список 1 в соответствии с ФЗ № 128» от 07.04.2008;
- ПП РФ № 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» от 04.11.2006;
- ПП РФ № 892 «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» от 06.08.1998;
- ПП РФ № 644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» от 04.11.2006;
- ПП РФ № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ» от 30.06.1998;
- Приказ МЗСР РФ № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и исполь-

зования наркотических средств и психотропных веществ» от 12.11.1997;

- Приказ МЗ РФ № 127 «Об утверждении инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки 2 и 3 перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным» от 28.03.2003;
- Приказ МЗСР РФ № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» от 12.02.2007.

За последние 15 лет улучшилась законодательная база по использованию наркотических средств. Наряду с инъекционными препаратами, появились неинвазивные лекарственные препараты (МСТ-континус, ТТС Дюрогезик).

Несмотря на полную законодательную базу, хочется отметить, что в Кузбассе немало проблем, связанных с применением опиоидных анальгетиков в терапии хронического болевого синдрома, что ведёт к снижению качества жизни у инкурабельных онкологических больных. Особенно страдают пациенты участковой сети по следующим причинам:

- недостаточный уровень профессионального образования в сфере использования наркотических анальгетиков;
- организационно-учётные проблемы выписки, контроля, уничтожения наркотических анальгетиков;
- пристальное внимание ФСНК к назначению, выписке, уничтожению использованных наркотических анальгетиков;

- ограниченное количество аптечных учреждений, имеющих право на отпуск наркотических средств;
- недостаточное финансирование при обеспечении льготных категорий граждан;
- отсутствие практики выписывания за полную стоимость;
- дозы опиоидов не соответствуют дозам, рекомендуемым ВОЗ;
- не соблюдается 3-х ступенчатое назначение опиоидов;
- незнание или несоблюдение основных законодательных актов.

В странах с развитой медициной все применяемые для терапии хронической боли наркотические анальгетики – препараты нового поколения, в новых лекарственных формах. У нас в Кузбассе, к сожалению, до сих пор очень часто используют наркотические средства в инъекциях.

Для улучшения качества жизни инкурабельных онкологических больных необходимо 100 % их обеспечение на догоспитальном уровне неинвазивными наркотическими анальгетиками, что позволит освободить больного от привязанности к мед. персоналу, обеспечит непрерывность обезболивания.

АНКИНА Т.И., БЕРЕЗИКОВ В.А., БЕРЕЗИКОВА О.А., ЛАРИОНОВ В.Н.
 ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
 г. Кемерово

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МСТ-КОНТИНУС В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА

На современном этапе ведущее место в терапии хронического болевого синдрома (ХБС) занимают анальгетики пролонгированного действия.

У нас в хосписе успешно применяется длительное время (с 2001 г.), один из них – МСТ-континус. В данной работе представлены результаты применения препарата МСТ-континус за последние 1,5 года. МСТ-континус был использован в форме таблеток по 10, 30, 60, 100 мг для лечения хронического болевого синдрома у 60 больных. В эту группу вошли больные: с раком лёгкого – 22 больных, раком кишечника – 6 больных, раком молочной железы – 15 больных, семиномой яичка – 1 больной, раком тела матки – 5 больных, раком яичников – 4 больных, раком желудка – 5 больных, раком предстательной железы – 2 больных. Болевой синдром более чем у половины больных (36) был обусловлен первичным или метастатическим поражением костей скелета, у остальных – первичным или метастатическим поражением мягких тканей или внутренних органов (24). Эффективность анальгезирующей терапии оценивалась по 4-х бальной шкале вербальных оценок (ШВО; 0 ч 4). Данные об исходной оценке болевого синдрома по ШВО представлены в таблице 1.

Общая эффективность применения МСТ-континус представлена в таблице 2.

Хороший эффект – если боль купировалась полностью. Удовлетворительный – если боль купируется более чем на 50 %. Неудовлетворительный – если боль не купируется полностью.

В процессе лечения было установлено, что препарат является высокоэффективным анальгети-

Таблица 1
Исходная оценка болевого синдрома по ШВО

ШВО	0	1	2	3	4
Кол-во больных	0	0	4	24	32

Таблица 2
Оценка эффективности применения МСТ-континус

Эффект	Количество пациентов	% от общего числа
Хороший	48	80
Удовл.	8	13,3
Неудовл.	4	6,7

ком, продемонстрировавшим практически 100 % эффект у 48 больных (80 %). Удовлетворительный результат – 8 больных (13,3 %), при увеличении дозы адьювантов у этой группы больных боль купировалась полностью. Неудовлетворительный результат у 4 пациентов (6,7 %) связан с резким ухудшением состояния больных в связи с прогрессированием основного заболевания и невозможностью приёма препарата через рот, в связи с чем препараты были отменены и больные переведены на инъекционные формы морфина гидрохлорида.

Хочется отметить, что все больные имели смешанный характер боли (соматическая, висцеральная, нейропатическая) и для купирования хронического болевого синдрома включались различные адьюванты: НПВС, антидепрессанты, транквилизаторы, а также антиконвульсанты для лечения нейропатической боли. Дозы препаратов назначались индивидуально. Тем пациентам, кто ранее не получал наркотические анальгетики, начинали с дозы 60 мг в сутки, некоторые пациенты до гос-



питализации в хоспис получали различные наркотические анальгетики в инъекционной форме (промедол, омнопон, морфин), этим больным препараты назначались согласно эквивалентных доз опиоидов, применяемых для лечения хронического болевого синдрома онкологического генеза. При усилении боли, что было связано с прогрессированием основного процесса, дозу постепенно увеличивали на 10-30 мг на приём до полного купирования боли. Максимальная суточная доза препарата МСТ-континус была назначена больному с семиномой яичка и составила 360 мг в сутки.

В ходе проводимой фармакотерапии препаратом МСТ континус у ряда больных наблюдались побочные эффекты, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3
Оценка побочных эффектов

Побочные эффекты	Количество пациентов	% от общего числа
Тошнота	15	25
Рвота	3	5
Запоры	30	50
Бред, галлюцинации	1	1,7

У 11 больных (18,3 %) побочных эффектов не наблюдалось. У 15 больных (25 %) отмечалась тошнота, которая в течение недели проходила самостоятельно или купировалась применением метоклопрамида или галоперидола. Рвота была у 3 боль-

ных (5 %), купировалась этими же препаратами. У 30 больных (50 %) имели место запоры, которые купировались регулярным приёмом слабительных средств. Бред, галлюцинации у 1 больного (1,7 %) связаны с метастазами в головной мозг. Больной категорически отказался от приёма препарата, был переведен на инъекционные формы морфина. Все больные, которые получали МСТ-континус, указывали на удобство применения данного препарата по сравнению с ранее использовавшимися опиатами. Все больные отмечают лучшее качество анальгезии, лучшую переносимость и меньшую выраженность побочных эффектов.

Таким образом, результаты лечения свидетельствуют, что препарат МСТ-континус является высокоэффективным анальгетиком, хорошо зарекомендовавшим себя при лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных в терминальной стадии заболевания:

- прост в применении, экономит время и силы персонала;
- обеспечивает непрерывный ночной сон пациентам;
- позволяет четко определить дозу препарата;
- позволяет гибко дозировать лекарственное вещество;
- побочные явления легко купируются или предупреждаются;
- вероятность развития психологической зависимости невелика.

Считаем, что для улучшения качества жизни больных в терминальной стадии необходимы неинвазивные наркотические анальгетики.

АНКИНА Т.И.

*ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово*

ПРИМЕНЕНИЕ ДЭНС В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV СТАДИИ

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) улучшает качество жизни больных; значительно уменьшает или полностью купирует хронический болевой синдром (ХБС); снимает демпинг-синдром после резекции желудка; значительно снижает токсические эффекты химиотерапии; уменьшает синдром интоксикации; уменьшает диспепсический синдром. Метод чрезвычайно прост, доступен пациентам и близким, что повышает психологический комфорт; снимает нагрузку наркотических анальгетиков, а в некоторых случаях у больных полностью отменили наркотические анальгетики.

Под нашим наблюдением ДЭНС получили 32 больных, у которых хронический болевой син-

дром был разным по степени тяжести. Из них было 15 женщин и 17 мужчин в возрасте от 40 до 62 лет. Нозологические формы: рак легкого у 12 больных, рак молочной железы у 10 больных, рак прямой кишки у 5 больных, рак предстательной железы у 5 больных.

До лечения аппаратом «ДЭНАС» все больные получали анальгетики: 26 больных получали наркотические анальгетики, 10 больных получали таблетированные препараты МСТ континус по 10 мг 2 раза в день через рот, 8 больных получали инъекции промедола до 4 раз в сутки, 8 больных – морфин 1 % 1,0 до 4 раз в сутки, и только 6 больных получали ненаркотические анальгетики.

Лечебный курс ДЭНС состоял из 10 процедур. В ходе сеанса воздействие оказывалось непосредственно на очаг боли и на биологически активные точки. Результат противоболевой терапии оценивался по трем категориям: хороший, удовлетворительный, плохой. Хороший результат — если боль купируется полностью; удовлетворительный результат — если боль купируется более чем на 50 %; плохой результат — если ХБС не купируется совсем.

На протяжении курса ДЭНС и после них боль купировалась полностью у 22 больных (68,8 %): у всех пациентов (6 чел.), получавших ненаркотические анальгетики, у 6 больных (60 %), получавших МСТ континус, у 5 больных, получавших морфин (62,5 %), и у 5 больных, получавших про-

медол (62,5 %). У остальных больных болевой синдром купирован более чем на 50 %, и только у 4-х пациентов существенных улучшений не наблюдалось.

Отметив улучшение, у 8-ми больных (25 %) полностью отменили наркотические анальгетики, у 14-ти больных (43,8 %) снизили кратность введения наркотических анальгетиков. Кроме того, почти у всех пациентов (87,5 %), кроме 4-х, отмечалось улучшение общего самочувствия: уменьшились явления раковой интоксикации, диспептического синдрома (улучшился аппетит). В дальнейшем эти пациенты были выписаны домой, и находились под наблюдением 6 месяцев. В течение этого срока анальгетический эффект ДЭНС оставался удовлетворительным.

АНЦИФЕРОВА Э.Н.
МУЗ ОМСЧ «Севрыба»,
г. Мурманск

О ВОЦЕРКОВЛЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Об отделении. Единственное в городе и Мурманской области. Существует с марта 2001 года. Открывались весь Великий пост, отделение освятили в Понедельник на Страстной неделе, в Великий Вторник поступила первая больная.

Врачевание души и тела — основные принципы исконно русской медицины, которые были утрачены после революции и сейчас возобновляются. У нас есть, кому подражать, и у кого учиться: это Великая Княгиня преподобномученица Елизавета и великий врач архиепископ Лука Войно-Ясенецкий.

В медицинских учреждениях открываются часовни, стали доступны церковные Таинства, так как появилась возможность приглашать священников, что особенно важно для умирающих и неизлечимых больных. Однако многим больным таинства недоступны по незнанию Бога, по неверию в жизнь за гробом, которое было усвоено в годы Советской власти. Отсюда вытекает необходимость воцерковления больных. Это не простая задача, так как может не хватить времени, если больной поступает незадолго до смерти, можно не найти желания и понимания больного что-либо узнать, а иной раз контакт с больным просто не возможен из-за тяжести состояния. В своих трудах по воцерковлению уповаем на Бога, просим даровать глагол и умение говорить о главном доступно.

Как хорошо, если тяжело страждущему от болезни, с мятущейся душой, удастся получить эти знания и закончить земной путь «напутием в Жизнь Вечную», по-христиански.

На одре тяжелой болезни человек чуток и восприимчив к слову о Боге. Надо только дать толчок для этих размышлений. Это кропотливая, долгая работа. Но по воле и милости Божией не раз совершалось чудо: негибаемые и непримиримые атеисты откликнулись на зов Божий.

Сколько больных, столько и методов подхода к ним. Об одном и том же разным людям приходится говорить по-разному. Учитывается возраст, настроение, степень знания о Боге и отношение к Нему, понимание своего состояния и отношения к болезни и смерти.

Используемые методы подхода: общение прямое и опосредованное, показ икон с рассказом их истории, рассказы о церковных праздниках и поздравление больных прихожанами, чтение молитв (по ситуации) и даже пропевание, использование библиотечки духовной литературы, магнитофонных записей — жития святых, песнопения, православные видеофильмы, рассказывание о чудесах Божиих, о посещении монастырей.

Рассказываем маленькие житейские истории, истории из детской жизни — как полагать крестное знамение, об исповеди («и мои грехи порвет?»), душа-христианка с детства, «Ангелы-ангелы», «денежка на шоколадку» и др. Рассказываем жития святых, короткие притчи и истории (о простеце, взявшем крест и отправившемся искать Бога, о голубой шелковой лесенке Божией Матери, о раскаявшемся ангеле). Показываем фотографии со Святой Земли и детские рисунки.

Главная задача — приобщение к истинам православной веры, подготовка больного к исповеди

и причастию. Если это удастся, то можно услышать от больных:

- « в моей душе зажегся огонь любви к Богу и всем людям. И мне хочется дарить его и раздавать всем...»;
- услышать желание крестника Вячеслава почитать молитвы по исходе из жизни 18-летнего Арсения;
- услышать от умирающего 24-летнего мальчика Алексия: «Мне никогда не было так хорошо» (сирота, попал к нам из тюрьмы смертельно больной, осужденный в 4-й раз на 9 лет, причастился впервые за 5 дней до смерти);
- услышать от матерого рецидивиста, из 59 лет жизни 36 лет проведенного в тюрьме, впервые в жизни причастившегося в день смерти: «Если останусь жив, я хотел бы послужить Богу»;
- услышать: «Доктор, я накопил еще лопатку грехов»;
- увидеть слезы на лице во время чтения акафиста «Слава Богу за все», как потом выяснилось, за 3 часа до смерти;

- порадоваться, что удалось вырастить «цветочек» для Царства Небесного: 84-летняя старушка, с детства не причащавшаяся, причастилась после 2-х месячного пребывания в отделении, потом в момент просветления сказала: «Моя душа была такой растрепанной, теперь она причесана, и мне хорошо...».

За 7 лет существования хосписа через него прошло более тысячи человек. Только 7 или 8 человек не захотели вернуться к Богу или ушли некрещеными. Умирили тяжело. Крестились в отделении 55 человек, большинство из них крестили священники, но нескольких человек «ради страха смертного» пришлось крестить мне (есть благословение Владыки Симона).

Все прошедшие через отделение совершают один путь: больничная койка – сердце сотрудников – мир иной. Другого пути не бывает. Коллектив отделения добрый и слаженный, состоялся не сразу, но те, которые претерпели трудности и остались, верны отделению и принципам, которые в нем соблюдаются: любовь, сострадание, желание помочь ближнему.

АРХИПОВА И.В., КОКОРИНА Н.П., СИЗИНЦЕВ А.В., АПЛЕТИН А.В.
*ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»,
г. Кемерово*

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Диагноз «рак молочной железы» (РМЖ) становится для заболевшей женщины психогенным фактором, который в ряде случаев способствует формированию психических расстройств. Однако психофармакологические и психотерапевтические программы с целью превенции и лечения психических нарушений у этой категории больных не включаются в план противоопухолевого лечения РМЖ.

В период с 2002 по 2007 гг. мы обследовали 117 женщин с диагнозом РМЖ, госпитализированных в хирургическое отделение ГУЗ «ОКОД» г. Кемерово. В результате проведенного исследования были определены факторы, позволяющие прогнозировать структуру психопатологических расстройств, формирующихся на этапе хирургического лечения, которые послужили основой для разработки комплексных индивидуально дифференцированных лечебных и социально-реабилитационных программ для больных РМЖ с психическими расстройствами на этапе хирургического лечения и после его завершения.

Лечебно-реабилитационные программы разработаны для этапа стационарного лечения. Они включают психофармакологическую коррекцию, медико-информационное консультирование и рациональную психотерапию.

Для рациональной психотерапии были разработаны приемы, учитывающие преморбидные черты характера, личностные реакции на предшествующие психогении и ведущую негативную установку больной.

У женщин с астеническими чертами характера ведущими негативными установками были: «рак – неизлечимая, смертельная болезнь» и «все виды лечения трудно переносить и они не приводят к выздоровлению». Психотерапевтический прием «моя лечебная перспектива», позволял формировать конструктивное отношение к лечению.

У пациенток с паранойяльными чертами характера типичными негативными установками были – «узнав о моей болезни, люди изменят ко мне отношение»; «меня смогут уволить»; «меня будут жалеть». Эти убеждения определялись неопреде-

ленностью «долгосрочных жизненных перспектив». Психотерапевтический прием «моя жизнь здесь и сейчас» формировал у женщин новую модель поведения для преодоления дистресса в настоящем, а не в «неопределенном будущем».

У женщин с истеро-возбудимыми чертами характера чаще, чем в других подгруппах отмечалась установка «без молочной железы я перестану быть привлекательной женщиной», которая приводила в ряде случаев к отказу от оперативного лечения. Прием «выбор приоритетов», давал возможность пациенткам осознать неизбежность операции с целью сохранения жизни.

В подгруппе пациенток с синтонными чертами характера присутствовали практически все выше перечисленные негативные установки и убеждения. Однако высокая степень индивидуальной адаптивности способствовала их быстрой и адекватной коррекции.

Социально-реабилитационные программы разработаны для больных РМЖ III группы диспансерного наблюдения. Групповая психотерапия рекомендовала себя эффективным методом коррекции психических расстройств у «бывших больных РМЖ». Участницы группы в более короткие сроки восстанавливают трудоспособность, не ут-

рачивают социального и семейного статуса, у них изменяется искаженное отношение к своему состоянию после перенесенной болезни, и формируются конструктивные способы преодоления различных кризисных ситуаций.

Оценка эффективности лечебных и социально-реабилитационных программ по «Шкале оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я.) показала, что полное восстановление социального и трудового статуса было достигнуто у 11,1 % больных, который характеризовался устранением всех психических расстройств. Практическое выздоровление было отмечено у 46,1 % пациенток, у которых устранялись психопатологические проявления, однако им было необходимо эпизодически проводить социально-терапевтические мероприятия. Неполное выздоровление наблюдалось в 23,9 % случаев, у больных отмечались отдельные психопатологические расстройства, тем не менее, сохранялась возможность выполнения прежних социальных функций. Незначительное улучшение наступило у 18,8 % женщин, у которых отмечалось ослабление психопатологической симптоматики и частичное восстановление социально-трудовой адаптации.

АРХИПОВА И.В., КОКОРИНА Н.П., СИЗИНЦЕВ А.В., АПЛЕТИН А.В.
ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»,
г. Кемерово

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность исследований психического здоровья у женщин с диагнозом «рак молочной железы» (РМЖ) не вызывает сомнений. Психические расстройства, возникающие в ряде случаев на этапе хирургического лечения, оказывают отрицательное влияние на соматическое состояние пациенток и на качество жизни после его завершения, когда они относятся к группе «бывших онкологических больных».

Цель нашего исследования – выявить особенности клинической структуры психических расстройств, возникающих у женщин с диагнозом РМЖ на этапе хирургического лечения, роль факторов риска в их возникновении.

Клиническое исследование проводилось в условиях ГУЗ «ОКОД» г. Кемерово. Объект исследования составили женщины с диагнозом РМЖ, госпитализированные в хирургическое отделение. Число обследованной выборки составило 117 че-

люшек. Критериями отбора больных в группу наблюдения являлись морфологическая верификация диагноза РМЖ, клиническая стадия опухолевого процесса (I – IIa – IIб – IIIa – IIIб), возраст пациенток 30-69 лет, наличие психопатологической симптоматики. Критериями исключения были наличие отдаленных метастазов (M1), наличие психотических расстройств, возраст пациенток старше 69 лет.

У наблюдаемых больных на этапе хирургического лечения выделены 5 психопатологических синдромов: тревожно-депрессивный (53,8 %), астено-депрессивный (20,5 %), обсессивно-фобический (14,5 %), ипохондрический (6 %) и депрессивный (5,2 %).

В процессе исследования определено, что доминирование тревожно-депрессивных расстройств обусловлено этапом и объемом хирургического лечения, возрастом, преморбидными личностны-

ми особенностями и предшествующими онкологическому заболеванию психогениями.

На этапе хирургического лечения тревога инициировалась ожиданием возможных интраоперационных осложнений, боли, косметического дефекта, результатов гистологического исследования, продолжения противоопухолевого лечения и возможного прогрессирования болезни.

Анализ полученных данных позволил установить, что органосохраняющее лечение и возраст 30-39 лет являются факторами повышенного риска развития тревожно-депрессивных расстройств (60,9 % и 64,7 %, соответственно), мастэктомия и возраст 50-59 лет – развития депрессивного синдрома (6,4 % и 10,8 %, соответственно).

В наблюдаемой группе у 50,4 % больных определялась акцентуация характера по астеническому типу, у 30 % по паранойальному и у 7,7 % по истероэмоциональному типу, в 11,9 % случаев лич-

ность женщин можно было оценить как синтонную.

В процессе исследования было выявлено, что тип личностного реагирования на предшествующие онкологическому заболеванию психогении в значительной степени позволял прогнозировать структуру психопатологических расстройств, развивающихся на этапе хирургического лечения, что имеет значение для выбора и проведения индивидуальных лечебных психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных программ для этой категории больных.

Таким образом, анализ полученных данных позволил установить, что клиническая стадия РМЖ, объем операции, возраст, преморбидные личностные особенности, предшествующие психогении являются факторами риска формирования тревожно-депрессивных расстройств на этапе хирургического лечения и после его завершения.

БАЖЕНОВА С.С.

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово*

РЕШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ

Отделение хронического гемодиализа и пересадки почек открылось в 1969 году в соответствии с приказом МЗ СССР № 464 по созданию центров пересадки почки, на базе областной больницы и кафедры факультетской хирургии КГМИ. Сегодня в отделении развернуто 30 коек, функционируют 22 диализных места, расположенных в 4-х залах. На лечении находятся 143 пациента с хронической и острой почечной недостаточностью, нуждающихся в лечении гемодиализом.

Те, кто лечится гемодиализом, привязаны к аппарату, как никогда ранее в истории развития медицинских технологий. Образ жизни наших пациентов в высшей степени не нормален.

Известно, что все диализные пациенты отмечают унизирующую зависимость от процедуры, медицинского оборудования, персонала, а также воздействие других стрессовых факторов (регламентация диеты, потребления жидкости, приема медикаментов, болезненное состояние, половые дисфункции, множественные потери: работы, свободы передвижения, надежды). Кроме того, психологическая реакция пациента на болезненное состояние зависит от его преморбидных личностных черт, степени поддержки со стороны семьи и друзей, а также особенностей течения основного заболевания.

Так каков же психологический портрет человека, приходящего к нам на лечение? Тревожный,

сердитый, неуверенный, испуганный, депрессивный, ранимый.

Что же в такой ситуации делать? С чего начать?

Одно из золотых правил – для начала принять точку зрения пациента, поддерживать и строить доверительные отношения.

Наша задача убедить пациентов, что качество ухода и поддержки, которые мы предоставляем, находятся на высочайшем уровне.

Работа с пациентами начинается с момента поступления в стационар. Зная о том состоянии психологической «суматохи», в котором находится наш пациент, мы скорее «включаемся» в его проблемы, стараемся найти время, чтобы выслушать и, что наиболее важно, услышать то, что он говорит. Вступая в диалог с пациентами, медицинская сестра всегда помнит, что имеет дело с личностью и дает возможность пациенту высказать свое мнение.

Более целесообразной является проведение «разговорной» терапии во время процедуры диализа. При четырехчасовом сеансе, три раза в неделю, пациент и медицинская сестра находятся в тесном контакте, между ними происходит доверительная беседа. Во время сеанса выясняем, что хочет знать пациент о своей болезни и ее лечении на данный период. Мы не заваливаем пациента всей информацией, а подбираем индивидуально, учитывая выбранный метод лечения и по мере возникновения

потребности пациента. Диалог ведем на доступном для пациента языке, исключая профессионализмы. На вопросы отвечаем полностью, и только на те, которые задаются, т.к. пациент будет слышать только то, что ему нужно или хочется услышать. Если пациент захочет узнать больше, он спросит. «Разговорная» терапия обычно очень полезна.

Встреча с другими людьми, стоящими перед теми же проблемами, как и они, часто успокаивает больного. Групповые занятия проводятся в отделении, здесь же предлагаем печатные издания в виде буклетов, памяток, брошюр.

Нет сомнений, что большинство пациентов получают пользу от наших советов, однако их следует давать осознанно, грамотно, делая частью всего процесса лечения.

Комплекс лечебных и профилактических мероприятий, проводимых в отделении, направлен на обеспечение максимального психологического покоя пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Качество жизни больных молодого и среднего возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом /Добронравов В.А., Васильева И.А., Бабарыкина Е.В., Смирнова Л.М. //Нефрология и диализ – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 287.
2. Дингвал, Р.Р. Психологическая поддержка пациентов, страдающих терминальной ХПН /Р.Р. Дингвал. – Великобритания.
3. Руководство по диализу /под ред. Джона Т. Даугирдаса, Питера Дж. Блейка, Тодда С. Инга. /пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. – 3-е изд. – М.: Центр диализа; Тверь: ООО «Изд-во «Триада», 2003. – 744 с.

БАРАНОВА О.Г.

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово*

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Подавляющее большинство мужчин после 60 лет испытывают трудности, связанные с мочеиспусканием, из-за доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы (ДГПЖ). Это заболевание существенно сказывается на качестве жизни пациентов. Проблема лечения ДГПЖ весьма актуальна.

Больные с аденомой предстательной железы занимают значительное место на амбулаторном приеме и составляют более 50 % пациентов в урологических клиниках.

Часто пациенты пожилого возраста скрывают симптомы нарушения мочеиспускания в связи с интимностью этого страдания и отсутствием четких представлений о здоровой старости. Из-за несвоевременного обращения к врачу, недостаточно обследования и лечения у многих развиваются различные осложнения. Грозным осложнением является острая задержка мочи (ОЗМ).

ОЗМ возникает у 30,9-44,5 % пациентов с аденомой, госпитализируемых в стационар. До настоящего времени численность пациентов, которым в результате задержки мочеиспускания устанавливается цистостомический дренаж, остается большой.

В урологическом отделении ГУЗ КОКБ оказываются специализированная медицинская помощь пациентам с данной нозологией, которая, кроме операции, включает в себя активное сестринское наблюдение и качественный, квалифицированный уход.

Уход за урологическими больными после операции очень трудоемок. Он требует от всего медицинского персонала и, в первую очередь, от ме-

дицинской сестры, большого физического и эмоционального напряжения.

У пожилых пациентов урологические страдания протекают на неблагоприятном фоне наличия нескольких сопутствующих терапевтических заболеваний. Многие пациенты тяжело переживают такое состояние, испытывают определенные неудобства и даже иногда впадают в состояние депрессии.

При наложении цистостомического дренажа важную роль с самого начала приобретает забота о его правильном функционировании. Очень важно предупредить сбавление трубок, чтобы не допускать нарушения их дренажной функции. За этим следят медицинский персонал и сам пациент. В уходе за свищом большая роль принадлежит самому пациенту, важно научить его правилам ухода.

При уходе за кожей вокруг дренажа, которая может легко мацерироваться и раздражаться, её смазывают специальной пастой.

Особенно важно научить пациента методике промывания мочевого пузыря. Цель промывания заключается в поддержании проходимости дренажных трубок, а также в растяжении мочевого пузыря до нормальной емкости, поскольку в результате постоянного оттока мочи по дренажу происходит спадение его стенок и стойкое сокращение мышечной стенки пузыря. В этом отношении промывания играют тренирующую роль для пузырной мышцы.

Важно внушить пациенту, что при соблюдении гигиенических правил и правильном уходе за свищом он может не только вполне достойно жить,

но и сохранить достаточную активность и даже определенную работоспособность.

Во время пребывания дома значение правильного ухода за дренажом еще больше возрастает. Возрастает в этом и роль самого больного и его близких. Больные с цистостомическим дренажом нуждаются в периодических перевязках, ежедневных или раз в два дня промываниях мочевого пузыря, обеспечении удовлетворительного содержания дренажных трубок, уходе за кожей в окружности свища и других гигиенических и медицинских мероприятиях.

Выбор правильной лечебной тактики при ДППЖ приводит к увеличению продолжительности жизни пациентов и ее качественному улучшению.

Несмотря на бурное развитие научно-технического прогресса, наличие самой современной медицинской техники, высокоэффективных лекар-

ственных средств, блестяще проведенных хирургических операций, правильно организованный уход за больным и сегодня играет едва ли не определяющую роль в восстановлении здоровья и трудоспособности человека.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Албицкая, А.Ю. Реабилитация больных с эпидистомой /Албицкая А.Ю. //Здоровье столицы. 4-я московская ассамблея: Тез. докл. – М., 2005. – С. 95-96.
2. Албицкая, А.Ю. Профилактика и лечение воспалительных осложнений после трансуретральной резекции аденомы предстательной железы /Албицкая А.Ю. //Лечащий врач. – 2006. – № 7. – С. 10-14.
3. Гомберг, В.Г. Основные принципы и направления гериатрической урологии /В.Г. Гомберг, Ю.Т. Надь, Н.А. Пархомчук. – Санкт-Петербургский городской гериатрический центр.
4. <http://www.medmen.ru/bll.htm>.

БЕРЕЗИКОВА О.А., КУЗНЕЦОВА Т.А., БЕРЕЗИКОВ В.А.,
АНКИНА Т.И., СЕМЕНОВ В.И.
ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ТЕРМИНАЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Паллиативная медицина — область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с онкологической патологией и другими формами хронических заболеваний, преимущественно в терминальной стадии развития, в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни.

Основными принципами оказания паллиативной помощи являются:

- формирование принципиально новой медико-социальной помощи — помощи, основанной на милосердии и гуманном отношении к проблемам инкурабельных онкологических больных;
- повышение доступности медицинской помощи больным в терминальной стадии заболевания;
- купирование болевого синдрома и другие виды симптоматической психологической помощи;
- создание в хосписе условий для пребывания больных, максимально приближенных к домашним;
- оказание психологической поддержки родственникам больного;
- различного вида услуги больным и их родственникам (организация питания, закупка продуктов, стирка, кормление, чтение книг и т.д.);

- привлечение государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к решению проблем терминальных больных;
- воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих больных.

Декларация Всемирной Организации Здравоохранения (1990) призывает все государства мира включить паллиативную помощь в национальные системы здравоохранения.

В Кемеровской области отмечаются высокие показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний (данные 2008 года). Общая онкологическая заболеваемость составляет 314 на 100000 человек (8866 человек в год), смертность — 207 на 100000 человек (5845 человек в год), процент заболеваний, выявленных в 4 стадии заболевания, составляет 17,6 %. При этом в последние 15 лет отмечается значительный рост как заболеваемости, так и смертности от онкологических заболеваний.

Кемеровский городской хоспис для умирающих больных был открыт в 1992 году. В это время он был первым хосписом, открытым за Уралом.

С 1994 года начал функционировать Кемеровский областной хоспис, который в настоящее время является методическим центром, помогающим обучать медицинский персонал хосписов области, внедрять новые технологии и современные мето-



дики паллиативной медицины. В последующие годы были открыты отделения паллиативной помощи в г. Прокопьевске (на базе госпиталя для ветеранов) и в г. Новокузнецке (на базе больницы № 11). Всего в области развернуто 135 коек для оказания паллиативной помощи (или 47,8 на 1 миллион жителей), на которых в течение 2008 года было пролечено 2052 больных, из них 723 пациента умерли в хосписах. Выездными службами обслужено 3900 пациентов.

С 2008 года в регионе оказывается паллиативная помощь ВИЧ-инфицированным на базах государственных учреждений и муниципальных учреждений, согласно приказа № 1711 от 22.12.2008 ДОЗН КО.

Финансирование хосписов области в основном проводится из областного и муниципальных бюджетов, частично за счет платных услуг пациентам

с терминальными заболеваниями неонкологического генеза.

Необходимость активного развития паллиативного лечения и хосписов в Кузбассе имеет свои особенности и диктуется рядом факторов, среди которых можно выявить следующие определяющие предпосылки:

- высокая онкологическая заболеваемость;
- высокий удельный вес поздних (запущенных) форм рака;
- отсутствие условий для достойного содержания этого контингента больных в лечебных учреждениях;
- отсутствие идеологии хосписа и паллиативной медицины;
- политические и финансовые трудности;
- недостатки в обеспечении лекарствами;
- отсутствие обученных специалистов.

БЕРЕЗИКОВА О.А., БЕРЕЗИКОВ В.А., КУЗНЕЦОВА Т.А.,
АНКИНА Т.И., СЕМЕНОВ В.И.
ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово, Россия

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*«Современная паллиативная медицина – это
единственная альтернатива
социально-опасной идеи эвтаназии»
С. Сондерс, основоположница
хосписного движения.*

Проблемы качества жизни, новые подходы к организации медико-социальной помощи онкологическим пациентам в терминальной стадии и пациентам с прогрессирующими формами хронических заболеваний, актуальность и перспективы интеграции паллиативной медицины в систему здравоохранения Российской Федерации имеют большое значение, особенно в настоящее время.

Получение полноценной помощи в финальный период жизни рассматривается как одно из основных прав человека (Всеобщая Декларация прав человека, Статья 25).

Паллиативная помощь – неотложная гуманитарная потребность во всем мире для онкологических больных и для людей с другими заболеваниями в терминальной фазе; особенно необходима там, где высокая пропорция пациентов данной категории.

Общая онкологическая заболеваемость в 2008 году составляет 314 на 100 тыс. населения (8866 чел.

в год). Смертность – 207 на 100 тыс. населения (5845 чел. в год). Выявленных в IV клинической группе 17,6 % (1568 чел).

Цель паллиативной помощи – достижение максимально возможного качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с жизнеугрожающим состоянием.

Основными задачами паллиативной помощи в Кузбассе являются обеспечение пациентам и их семьям качества и доступности:

- медицинской помощи;
- психологической помощи;
- социальной помощи;
- духовной помощи.

Для решения этих задач, в области создана служба паллиативной помощи.

Развитие паллиативной помощи в Кузбассе, как и в других регионах, зависит от финансовых возможностей региона и его территорий. В связи с чем, для создания хосписов и отделений паллиативной помощи используется существующий коечный

фонд, находящийся на бюджетном финансировании. Поэтому, организационные формы паллиативной помощи в Кемеровской области строились исходя из региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских ЛПУ территорий, кадровых ресурсов, уровня финансирования и материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Ресурсы здравоохранения всегда ограничены. Но для того, чтобы наилучшим образом распределить недостаточные ресурсы, необходимо паллиативную помощь стратегически интегрировать с программами предупреждения онкозаболеваний, раннего выявления и лечения, как для взрослых, так и для детей.

Модели распределения ресурсов оказания медицинской помощи онкологическим больным (O'Neil B., Fallon M., 1998)



В Кемеровской области паллиативная медицина получила свое развитие из онкологии, как в большинстве стран мира и регионов Российской Федерации, и прочно утвердилась в системе здравоохранения Кузбасса.

Становление и развитие паллиативной службы началось в 1992 году с открытия отделения паллиативной помощи на базе ГКБ № 4 в г. Кемерово. В то время это был единственный хоспис за Уралом. В 1994 г. — открытие ГУЗ «Кемеровский областной хоспис» с организацией на его базе организационно-методического кабинета. В 2000 г. — отделение паллиативной помощи в г. Новокузнецке, в 2003 г. — отделение паллиативной помощи в г. Прокопьевск.

На сегодняшний день, паллиативная помощь населению области оказывается практически в каждом лечебном учреждении. При этом основными организационными структурами региональной модели паллиативной медицины являются:

1. ГУЗ «Кемеровский областной хоспис» (30 коек, 1 выездная бригада, организационно-методический кабинет);
2. ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово;

3. Новокузнецкий клинический онкологический диспансер;
4. городской паллиативный центр на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Кемерово (Приказ № 10 от 13.01.09 г. Управления здравоохранения г. Кемерово; 114 коек, 2 выездные бригады);
5. отделение паллиативной терапии, МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Прокопьевск (25 коек);
6. отделение паллиативной терапии «Хоспис», МУЗ Городская клиническая больница № 11, г. Новокузнецк (20 коек);
7. кабинет противоболевой терапии, МЛПУ ГБ № 22 г. Новокузнецк;
8. участковые службы региона;
9. приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области № 1711 от 22.12.08 г. утвержден список коечного фонда, выделяемого в территориях области, для оказания паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам на базах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (2 мальцевских бокса, 1 бокс, 54 койки).

Кемеровский областной хоспис и МУЗ ГКБ № 4 являются клиническими базами Кемеровского областного медицинского колледжа. Совместное сотрудничество способствует разработке учебно-методических пособий по дисциплине «Сестринские вмешательства при основных проблемах пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи».

Хосписы и отделения паллиативной помощи расположены в городах области с наиболее высокой онкологической заболеваемостью. Общий коечный фонд составляет 135 коек (47,8 на 1 млн жителей), что приближается к уровню Европейских стран (50 на 1 млн жителей), три выездные службы, два КПБТ. Общая численность сотрудников составляет 180 человек.

Проведенное нами исследование выявило: в Кемеровской области, при численности населения в 2823539 (данные на 01.01.09 г.), число коек паллиативной помощи соответствует рекомендательным критериям ВОЗ. Таким образом, система организации паллиативной помощи инкурабельным больным Кемеровской области является состоявшейся организационной и функциональной формой, которая соответствует системе организации ПП в регионах РФ с развитой моделью паллиативной помощи, соответствующей требованиям ВОЗ (г. Санкт-Петербург, Москва, Ульяновск, Уфа, Челябинск, Архангельск).

Включение хосписов и отделений паллиативной помощи в структуру онкологической помощи позволило обеспечить четкую преемственность и непрерывность ведения больного злокачественным новообразованием, от установки диагноза до последнего дня жизни. С организацией хосписов ре-



шен вопрос о комплексном подходе к оказанию помощи инкурабельным больным, что значительно улучшило качество жизни пациентов, сняло социальную напряженность в регионе, высвободило койки специализированных стационаров.

С момента организации хосписов налажено и продолжает успешно развиваться международное сотрудничество, которое позволяет внедрять инновационные технологии в оказании помощи терминальным больным. Наши коллеги из Великобритании, медсестра-консультант по паллиативному уходу, преподаватель и эксперт-консультант по клинической практике Морин Гилл и доктор Стивен Дайер, на протяжении 10 лет обучают специалистов области философии хосписа.

Развитию паллиативной помощи в Кузбассе способствуют:

1. Тесное сотрудничество и взаимодействие с рядом Российских и международных организаций – фондом «Паллиативная медицина и реабилитация больных», Европейской ассоциацией паллиативной помощи (ЕАРС), Международной ассоциацией паллиативной и хосписной помощи (IAPHC), Российской ассоциацией паллиативной медицины (президент Новиков Г.А.), межрегиональной общественной организацией «Ассоциация Паллиативной медицины» (г. Санкт-Петербург, председатель Софиева З.А.), общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни», Пермской общественной организацией (Перверзева Н.А).
2. Обмен опытом с коллегами хосписов и отделений паллиативной помощи г. Москвы (ПМХ гл.врач Миллионщикова В.В., хоспис № 3, гл. врач Скворцова Н.П., отделение паллиативной помощи на базе ГКБ № 11), г. Санкт-Петербурга (Гнездилов А.В, Софиева З.А); г. Ульяновск (Шарафутдинов М.Г).
3. Сотрудничество и информационная поддержка волонтера врача-терапевта О.И. Усенко (Hospital Corporation of America, Sun City Center, USA).

В рамках сотрудничества проводятся ежегодные мероприятия во Всемирный День Паллиативной и Хосписной помощи, регулярное участие в работе международных научных конференций, форумов, совещаний. Таким образом, можно констатировать, что за 17-летнюю историю развития паллиативной медицины в Кузбассе имеется определенная положительная динамика.

При существующей поддержке местных властей паллиативная помощь получила развитие на уровне стандартов развитых стран в форме самостоятельных учреждений здравоохранения – хос-

писов, а так же отделений паллиативной помощи в многопрофильных больницах. В то же время, по уровню развития паллиативной помощи и качеству медицинской помощи мы значительно уступаем не только странам Западной Европы и США, но и странам Восточной Европы. Исходя из сказанного, необходимо дальнейшее совершенствование паллиативной помощи в Кузбассе и России в целом с целью решения медико-социальных проблем пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями.

Данные проблемы могут быть разделены на три большие группы:

1. **Государственные (Федеральные):** Паллиативная помощь не является специальностью. Федеральные медико-экономические стандарты оказания помощи не разработаны. Финансовые ресурсы, необходимые для оказания паллиативной помощи хорошего уровня, не достаточны. Штатные нормативы не соответствуют стандартам ВОЗ. Система обеспечения наркотическими анальгетиками не совершенна, спектр разрешенных к применению опиоидов ограничен.
2. **Законодательные:** Несовершенство нормативно-правовой базы (в приказе № 330 отсутствуют расчетные нормативы неинвазивных, пролонгированных наркотических средств для амбулаторной службы, что не позволяет сформировать заявки и обеспечить пациентов области; утратил силу приказ № 270 от 12.09.1997 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению РФ», где в приложении 6 говорилось об оказании симптоматической помощи онкологическим больным).
3. **Образовательные:** Не решен должным образом вопрос о подготовке специалистов по целому ряду специальных дисциплин в паллиативной медицине. Недостаточное количество учебных баз для последипломного образования. Утвержденные алгоритмы и протоколы ведения онкологических больных с распространенными формами заболеваний отсутствуют. Образовательные материалы (книги, брошюры) существуют в ограниченном количестве. В расписаниях Кемеровской государственной медицинской академии и Кемеровского медицинского колледжа не предусмотрены додипломные курсы паллиативной помощи.

ВЫВОД:

Эффективное развитие паллиативной помощи в регионе, соответствующее стандартам паллиативной помощи, предложенным ВОЗ, невозможно без хорошо спланированной стратегической Федеральной программы паллиативной помощи.

БЕРЕЗИКОВ В.А.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Эффективное лечение хронической боли онкологического генеза рассматривается экспертами ВОЗ как один из основных компонентов паллиативной помощи, направленной на улучшение качества жизни пациентов. Несмотря на некоторое улучшение состояния помощи неизлечимым онкологическим больным в тех странах, где на практике реализуется политика ВОЗ, в целом проблема паллиативной помощи до настоящего времени не решена, и миллионы онкологических больных испытывают страдания, которых можно было бы избежать.

Боль всегда субъективна, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Особое значение данный аспект приобретает при хронической боли, которая продолжается длительный период времени и приобретает статус самостоятельной болезни, если причина этой боли неустранима (например, у больных с распространенными формами злокачественных новообразований). Такую боль называют патологической, поскольку она вызывает целый комплекс дезадаптивных реакций и представляет опасность для организма в биологическом смысле.

В зависимости от патогенеза, боль можно подразделить на ноцицептивную (соматогенную), нейропатическую (нейрогенную) и психогенную. Данная классификация весьма условна из-за тесного сочетания патогенетических механизмов при хронической боли онкологического генеза (например, опухолевая инфильтрация тканей и компрессия нервов).

Основой лечения хронической боли онкологического генеза у пациентов всех возрастных групп является системная фармакотерапия, которая оказывается эффективной более чем в 80 % случаев. Лекарственные препараты, используемые для этих целей, делятся на три категории: неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адъювантные препараты.

ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Согласно «анальгетической лестнице» ВОЗ, при слабой боли назначаются неопиоидные анальгетики. При усилении боли до уровня умеренной дополнительно назначают опиоиды слабой потенции. Для лечения сильной боли применяются силь-

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

Для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии необходимо строго соблюдать следующие принципы: дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли; назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей; анальгетики применять «по восходящей», то есть от максимальной дозы слабо действующего препарата к минимальной дозе сильнодействующего; приоритет отдавать неинвазивным формам лекарственных средств. Одним из важнейших условий успешного лечения является индивидуальный подбор способа введения, дозы и схемы приема анальгетика.

Если принципы терапии хронической боли слабой и средней интенсивности в целом не изменились, то лечение ХБС тяжелой степени сегодня должно отвечать новым требованиям, предъявляемым ВОЗ. По современным представлениям, при терапии интенсивной хронической боли онкологического генеза оптимальным следует считать назначение продленных неинвазивных лекарственных форм опиоидов сильной потенции – морфина и фентанила, которые не имеют «потолкового эффекта». В Российской Федерации зарегистрированы и разрешены к применению морфина сульфат (MST continus) в таблетках по 10, 30, 60 и 100 мг, действующих 12 часов, и трансдермальная терапевтическая система фентанила (Дюрогезик), наклеиваемая на кожу пациента в виде пластыря. Дюрогезик – это новая технология лечения хронической боли. Данная группа препаратов включена в льготный список лекарственных средств, и для инвалидов отпускается бесплатно.

Использование инвазивных наркотических лекарственных средств короткого действия (промедол, омнопон, морфин) на современном этапе является ошибочным и никак не соответствует основному принципу паллиативной помощи – улучшению качества жизни.

Описанные принципы лечения ХБС легко воспроизводимы и основаны на доступных для практического применения средствах обезболивания. Они позволяют улучшить качество помощи боль-

ным с различными болевыми синдромами и избежать тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Новиков, Г.А. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным /Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, О.П. Модников. – М., 2004. – Т. I. – С. 392-413.
2. Новиков, Г.А. Лечение хронической боли онкологического генеза /Г.А. Новиков, Н.А. Осипова. – М., 2005.
3. Новиков, Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным /Г.А. Новиков, В.И. Чиссов. – М., 2006. – С. 26-63.
4. Новиков, Г.А. Проблемы паллиативной помощи в онкологии /Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, Н.А. Осипова. – М., 2002. – Т. II. – С. 591-604.
5. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли: Метод указания № 819 Минздравсоцразвития РФ, Московский НИИ им. П.А. Герцена. – М., 2005.

БИКТИМИРОВ Т.З., ЦВЕТАЕВА И.Г., ШАРАФУТДИНОВ М.Г.

*Ульяновский государственный университет,
Министерство здравоохранения Ульяновской области,
ГУЗ Ульяновский областной хоспис
г. Ульяновск*

15 ЛЕТ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В нашем крае имеется славная история помощи тяжелобольным – ещё в 1898 г. на пожертвования симбирских купцов П.А. Пастухова, В.А. Арацкова и Н.К. Ананьина были открыты 4 койки для «больных раком внутренних органов», а в 1899 г. усилиями Городской Думы и Городской Управы был построен дом на 19 коек для неизлечимых больных на территории городской бесплатной больницы.

Современный этап оказания помощи инкурабельным больным начат в начале 90-х гг. XX века, когда руководство региона поддержало инициативу Ульяновского государственного университета и приступило к созданию региональной службы паллиативной помощи. Специалистами областного комитета здравоохранения и медицинского факультета Ульяновского государственного университета были разработаны идеологические основы развития паллиативного лечения в регионе.

В дальнейшем работа шла в направлении развития контактов с Всемирной Организацией Здравоохранения, Европейской Ассоциацией паллиативного лечения, а также одним из старейших хосписов Великобритании – хосписом Св. Христофера. В результате этих контактов был разработан совместный план развития движения в Ульяновской области. По рекомендации ВОЗ он был разбит на несколько этапов, первый из которых предусматривал реализацию подготовительных мероприятий, а второй – непосредственно создание этой службы в области, включая открытие хосписов, организацию преподавания основ паллиативного лечения и ухода практикующим врачам, студентам медицинского факультета университета, медицинского колледжа и волонтерам.

В ноябре 1994 г. был открыт Областной хоспис в Ульяновске, начала работать выездная лечеб-

ная бригада по обслуживанию инкурабельных онкологических пациентов в Димитровградском межрайонном онкологическом диспансере. В 1998 г. в Димитровграде было открыто отделение паллиативной помощи со стационаром на 10 коек и службой оказания помощи на дому.

Хоспис Св. Христофера сделал безвозмездный дар для развития паллиативного лечения и хосписного движения в Ульяновской области. Полученный в 1995 г. гуманитарный груз содержал специальные кровати, больничное оборудование, разовый медицинский инструментарий, бельё, медикаменты, перевязочные средства и т.д. Кроме того, груз содержал большую библиотеку по вопросам паллиативного лечения. Ценность такого дара трудно было переоценить, если учесть дефицит подобной литературы в России.

Усилиями сотрудников кафедры онкологии УлГУ в области были внедрены образовательные программы по принципу «от волонтера до врача» – были созданы учебные программы «Хоспис и паллиативная медицина» для преподавания студентам медицинского факультета 4-6 курсов и аналогичные программы для медицинских колледжей.

Контакты с коллегами в Европе показали, что хосписное движение развивается благодаря активному участию общественных сил и организаций неправительственного направления. Учитывая тенденции экономического развития и состояние финансирования больниц в то нелёгкое для нашей страны время, а также мировой опыт развития паллиативного движения и хосписов, была поставлена цель – создать в Ульяновской области общественную организацию, которая занималась бы развитием паллиативной медицины в регионе. Был создан фонд «Ассоциация паллиативного лечения Ульяновской области», благода-

ря его работе в рамках партнёрской программы «Хелспром (Лондон) — Ульяновск» стали возможны обучающие семинары с привлечением специалистов из-за рубежа, со стажировкой врачей, медицинских сестёр, психологов, социальных работников и волонтеров в клиниках и хосписах Великобритании.

В дальнейшем развитие паллиативной помощи в регионе шло по пути улучшения качества и доступности медико-социальной помощи населению, внедрения современных обучающих технологий, создания системы психологической и социальной реабилитации больных и персонала.

Важную роль для развития данного направления медицины в регионе сыграло обучение врачей области преподавателями курса паллиативной помощи при кафедре онкологии ФППО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, в 2004 г. было обучено более 60 врачей — онкологов, терапевтов и других специалистов области.

В настоящее время в регионе развивается программа оказания паллиативной помощи не только онкологическим больным, но и пациентам с различными формами прогрессирующих хронических неонкологических заболеваний в терминальной стадии развития: неврологическим больным, пациен-

там с декомпенсированной стадией сердечной недостаточности, циррозом печени, с тяжелыми последствиями травм головного и спинного мозга, умирающим от СПИДа и др.

Крайне важной представляется работа по привлечению благотворительных средств на развитие паллиативной медицины в регионе — работа Благотворительного Фонда имени профессора О.П. Модникова, создание Попечительского Совета Ульяновского Хосписа, взаимодействие с Общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни».

Основная цель службы паллиативной помощи населению — обеспечение доступной и качественной медицинской, социальной, психологической, духовной и юридической помощи инкурабельным больным, а также психологической и моральной поддержки их родственников на период болезни и утраты ими близкого человека.

Круг задач, решаемых службой оказания паллиативной помощи населению, весьма широк и разнообразен. Оказание качественной паллиативной помощи умирающим больным и их близким — важная, не только медицинская, но и социальная, общественная, политическая и нравственная проблема, которая успешно решается в нашем регионе.

БУЛЬБЕНКО П.В., РЕШЕТОВ А.С.

ГУЗ ОКОД

г. Кемерово

ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Лучевая терапия, как один из специальных видов лечения, применяемых при лечении онкологических больных, имеет большое значение и нередко остаётся единственным методом выбора лечения, в том числе и для паллиативного воздействия, когда применение других методов невозможно по тем или иным причинам и служит для улучшения качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями.

Начиная курс паллиативной лучевой терапии в амбулаторных условиях, необходимо учитывать риск развития осложнений, связанных с распространённостью процесса, сопутствующей патологией. В случае их развития индивидуально решается вопрос о необходимости продолжения лечения в стационарных условиях или прекращении лечения.

Однако в процессе лечения можно достигнуть значительной положительной динамики, что может привести к подведению радикальных или близких к ним суммарных очаговых доз или созданию условий для оперативного вмешательства.

В последние годы, в связи с развитием химиотерапии, симптоматическая лучевая терапия (например при метастатическом поражении костей с выраженным болевым синдромом) переходит в разряд паллиативной, при условии сочетания химиотерапии и лучевой терапии.

Проведение лучевой терапии, в том числе и паллиативной, имеет ряд преимуществ. Пациенты, проходящие курс лечения амбулаторно, не испытывают неудобств, связанных с пребыванием в стационаре. То есть они социально и психологически более адаптированы, что имеет немаловажное значение в результате лечения.

По результатам работы радиологического отделения № 3 ГУЗ ОКОД в период 2006-2008 гг., амбулаторную лучевую терапию получили 1071 пациент, в том числе с паллиативной целью 184 пациентам (17,8 % от общего числа). Следует отметить, что имеется тенденция к увеличению удельного веса пациентов, получивших паллиативную лучевую терапию — с 13 % в 2006 г., 17 % в 2007 г., до 22 % в 2008 г. Это может быть связано с 2 фак-

торами: увеличением количества пациентов с большой распространённостью процесса и расширением показаний к проведению паллиативной лучевой терапии в амбулаторных условиях.

Среди локализаций самыми значимыми являются рак лёгких (18 %) и рак молочной железы (17 %). Эти показатели соответствуют общей структуре онкологической заболеваемости.

Среди получивших паллиативную лучевую терапию за указанный период улучшение достигнуто

у 95 пациентов (52 %), отсутствие динамики у 65 пациентов (35 %) и ухудшение у 24 пациентов (13 %). Большое количество пациентов с ухудшением связано, прежде всего, с большой распространённостью процесса и связанных с ней осложнениями.

Таким образом, оказание амбулаторной паллиативной помощи в виде лучевой терапии имеет большие перспективы и требует дальнейшего развития, как и развитие амбулаторной лучевой терапии в целом.

ВАСИЛЬЕВ С.В.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Фантомно-болевым синдром (ФБС), возникший в постампутомном периоде и сопровождающий некоторых больных на протяжении многих недель и месяцев, доставляет изрядное количество хлопот ортопедам-протезистам в связи с недостаточной проработанностью тактики ведения больных с ФБС на этапе протезирования.

В нашей практике, в период работы в ЦНО-РИ, ФБС встречался 31 раз. Болевые ощущения в одних случаях были практически идентичны по своей характеристике болевым ощущениям, бывшим до ампутации конечности, обусловленной сосудистой патологией или онкологическим заболеванием (7 случаев); в других, при травматической ампутации конечности или ампутации, вызванной травмой конечности (24 случая), они возникали в подавляющем числе случаев (18 случаев) на «чистом фоне» или в виде остаточных паттернов с болевых ощущений, сопровождавших травму (6 случаев).

ФБС возникал как в первые сутки после ампутации конечности, так и в более отдаленные сроки. Он всегда включал в себя ярко выраженный нейропатический компонент в виде болезнен-

ных ощущений «выворачивания», «жжения», «скручивания», «сдавливания» в отсутствующей части конечности.

Для купирования ФБС через равные промежутки времени, три раза в сутки, назначался регос галоперидол в сочетании с реланиумом в дозах 10,5-28 мг и 15-30 мг в сутки, соответственно.

Подбор дозы галоперидола начинался с 3 мг, реланиума — с 5 мг, с последующим увеличением дозы через 8 часов, до наступления терапевтического эффекта. После подбора дозы, на которой происходила трансформация фантомно-болевых ощущений в фантомные ощущения не болевого характера, она сохранялась на протяжении 2-х недель с последующей литической отменой в 2-3 дня.

Применение вышеописанного способа применения галоперидола в сочетании с реланиумом позволило добиться стойкой редукции ФБС до уровня фантомных ощущений у 30 больных. В единственном случае, оказавшимся резистентным к терапии, когда с целью лечения ФБС была проведена реампутация нижней конечности, на торце культи была обнаружена гигантская невринома.

ВАСИЛЬЕВ С.В.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Эффективность купирования хронического болевого синдрома ХБС у онкологических больных зависит в том числе и от умения

больных и их родственников правильно выполнять назначения врача в амбулаторных условиях.

Обучение больных и/или родственников, которым непосредственно предстояло введение анальгетиков в домашних условиях, проводилось в условиях хосписа и проходило в два этапа.

На первом этапе, с помощью печатных учебных пособий, больным и их родственникам подробно и неоднократно объяснялись техники введения наркотических и ненаркотических анальгетиков в организм человека. После свободного и безошибочного воспроизведения ими на вербальном уровне техник введения анальгетиков и возможных последствий, вызванных неправильным введением анальгетиков, мы переходили ко второму этапу обучения, на котором, в замедленном темпе и с соответствующими комментариями, больным и/или родственникам непосредственно демонстрировались инвазивные и неинвазивные способы введения анальгетиков, а также различие между в/м и п/к введением анальгетиков. Показывались зоны возможного введения анальгетиков, акцентировалось вни-

мание на анатомических особенностях конкретного больного, обуславливающих как выбор зоны введения анальгетика, так и предварительную подготовку зоны к введению анальгетика.

На первом и втором этапах обучения, проходивших в рамках формирования одного из фрагментов картины болезни, больные и их родственники неоднократно задавали уточняющие вопросы, что демонстрировало как высокую степень мотивации в достижении положительного результата в лечении ХБС, так и недостаточный уровень осведомленности в применении анальгетиков.

Проводимое обучение больных и/или их родственников позволяло полностью избежать неэффективного применения анальгетиков в амбулаторных условиях, вызванного «техническими причинами» их введения, а также свести на нет побочные эффекты в виде инфильтратов мышечной ткани, вызванных в/м введением наркотических анальгетиков.

ГАЧЕГОВ М.А., БУТОРСКАЯ Т.Е., ВОРОНОВА Е.А.

ГОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Пермь

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Наибольшую актуальность эргономика и биомеханика приобретают в паллиативной помощи. Особенностью труда медицинских сестер является то, что им часто приходится перемещать пациентов вручную, а это сопряжено с огромными физическими и психо-эмоциональными нагрузками. Длительные нагрузки на позвоночник ведут к дистрофическим изменениям межпозвоночных дисков, позвонков, мышечно-связочного аппарата, а также являются причиной раннего развития заболеваний опорно-двигательного аппарата. В данной ситуации медицинский персонал сам нуждается в лечении и реабилитации. Несвоевременное обращение к врачу, неосознание тяжести состояния, «самолечение» ведут к увеличению сроков пребывания на больничном листке, возникновению случаев ранней инвалидизации, что связано с экономическим ущербом. Кроме этого, страдает качество медицинской помощи вследствие невольного уклонения медицинских работников от своих профессиональных обязанностей, «когда болит спина – много не поднимешь».

В этих условиях остро возникает необходимость обучения медицинского персонала здоровьесберегающим технологиям, в том числе эргономике и биомеханике что, на наш взгляд, может способствовать поддержанию работоспособности и сохранению здоровья медсестры, повышению

производительности труда, а в итоге – качества её работы. Знания эргономики и биомеханики помогают эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии и максимальной безопасностью для персонала. Хорошо подготовленная медицинская сестра может обучить родственников (близких) пациента эргономичному перемещению в домашних условиях.

В нашем Центре этой проблеме уделяется большое внимание, все медицинские сестры обучаются эргономичному перемещению пациентов. Занятия проводят квалифицированные преподаватели в специально оснащённом кабинете, малыми группами. Для проведения занятий Центром было закуплено специальное оборудование: макси-слайды, роллеры, флекси-диски, скользящие и эластичные пластины, страховочные пояса и другое.

Программа обучения предусматривает теоретический и практический блоки. В теоретическом блоке с применением мультимедийного оборудования рассматриваются основные понятия эргономики и биомеханики, профилактики болей в спине, значение здоровьесберегающих технологий в работе и в повседневной жизни медицинского персонала.

В практическом блоке отрабатывается самостоятельное перемещение пациента, перемещение пациентов с различной степенью тяжести состо-

нения с помощью одной, двух и более медсестер, применение безопасного эргономичного оборудования, облегчающего выполнение работы. Медсестры учатся правильно двигаться и чувствовать свое тело так, чтобы выполнение любых работ было безопасно и эффективно.

На занятиях под контролем педагогов слушатели отрабатывают умения и навыки по перемещению пациентов, по просьбе слушателей моделируются и разбираются нестандартные ситуации, которые могут возникнуть в лечебном учреждении. Слушатели обучаются работе в команде, что очень важно для паллиативной помощи. На занятиях они не только учатся безопасному перемещению, но и умению научить этому своих коллег, пациента и его родственников.

Говоря об обучении среднего медицинского персонала здоровьесберегающим технологиям, нельзя не упомянуть, что Центр активно проводит и подготовку других специалистов, работа которых связана с уходом за тяжелобольными людьми. Нами разработаны программы обучения социальных работников, младших медицинских сестер, волонтеров, семей тяжелобольных.

Для желающих получить более глубокие знания в области безопасного перемещения предлагается элективный курс «Здоровье сестры и безопасность на рабочем месте», рассчитанный на 32 часа. После прохождения обучения на цикле слушатели получают удостоверение установленного образца. По окончании курса обучения слушателям предлагается высказать свое мнение по поводу проведенных занятий. Изучив отзывы, можно сделать вывод о том, что подобные занятия крайне необходимы специалистам сестринского дела, особенно в паллиативной помощи. Слушатели отмечают, что полученные знания и умения можно использовать не только при уходе за пациентами, близкими, родственниками, соседями, но и в повседневной жизни.

Таким образом, наш опыт показал, что углубленная профессиональная подготовка в последнем образовании в области здоровьесберегающих технологий позволяет повысить качество работы специалистов, снизить энергозатраты, риск травматизма, заболеваний опорно-двигательного аппарата, и повысить качество жизни, как пациентов, так и медицинских работников.

ГУСЕЛЬНИКОВА Т.Л., КРАСНОВА Р.Ф., КРАВЧЕНКО Л.В.

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово*

НОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В свете реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» усилилась работа специалистов ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», направленная на профилактику заболеваний, укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения, раннее выявление заболеваний, обеспечение доступности и качества предоставляемых медицинских услуг.

Одна из основных задач современной медицины — не только исцелять, но, прежде всего, предотвращать болезни, предупреждать их с помощью широкой сети профилактических мер. Благодаря принятию позитивного определения здоровья в медицине, наряду с патоцентристским подходом (борьба с болезнями, неблагополучием), начал утверждаться саноцентристский подход (направленность на здоровье, благополучие, позитивные цели и их обеспечение).

Проводимая в РФ реформа сестринского дела в корне меняет роль сестринского персонала в отечественном здравоохранении. Эта особая роль в настоящее время заключается в использовании современных сестринских технологий, профилактике и формировании медицинской активности на-

селения по таким важным направлениям, как здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, отравлений, несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и другим.

В последнее время изменяется взгляд на функцию сестры. Если раньше он был ориентирован на уход за больными людьми, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видят главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями. Расширились функции медицинской сестры, наряду с традиционными — осуществление сестринского ухода и исполнение сестрой врачебных назначений, появились новые — обучение пациентов и сестринского персонала и участие в развитии сестринской практики с помощью исследовательской деятельности. Сегодня меняется роль пациента в преодолении своего недуга, больной становится непосредственным участником лечебного процесса, требующим от медсестры овладения новыми педагогическими навыками. Особое значение приобретает терапевтическое обучение, которое становится важной частью ежедневной работы мед-

сестры, помогающей пациентам адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни.

Для того чтобы качественно выполнять функцию обучения других, медицинским сестрам нашей больницы приходится самим очень многому учиться.

В 2008 году в больнице проведена большая работа по активизации творческой активности сестринского персонала в профилактической работе.

На общепольничных конференциях освещались вопросы по терапевтическому обучению, профилактической работе, повышению качества сестринской работы. Конференции проходили с приглашением компетентных специалистов, проведением «Мастер-классов».

В марте 2008 года сестринский персонал больницы активно участвовал в работе международной выставки «Мединтекс», представлено пять методических пособий. Получен диплом III степени за лучший экспонат «Здоровье семьи. Актуальные проблемы и их решение».

Целью конкурса на лучшего по профессии среди сестринского персонала, проходившего в марте-мае, стало повышение качества оказания медицинской помощи, повышение престижа профессии медицинской сестры и активизация профилактической направленности в работе. Основное задание конкурса — составление методического пособия или другого информационного материала для пациента. Сестринский персонал принял актив-

ное участие в конкурсе — представлены 61 работа из 43 отделений больницы.

В марте прошлого года на Российской конференции «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения» доклад старшей медицинской сестры кардиологического отделения «Роль сестринского персонала в профилактической работе многопрофильного стационара» отмечен дипломом.

Большая работа в больнице ведется по профилактике профессиональных заболеваний сестринского персонала, связанных с физическими перегрузками. Старшие медицинские сестры отделений ведут работу по формированию культуры отношения медицинских сестер к собственному здоровью. Систематически проводятся обучения малыми группами по применению средств малой механизации и правилам биомеханики на базе созданного кабинета эргономики.

Практика показывает, что рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Основы сестринского дела: Учебное пособие /под ред. С.И. Двойникова. — М.: АНМИ, 2005. — 577 с.
2. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие /под ред. Г.П. Котельникова, 2-е изд., перераб. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 666 с.

ДЕМЬЯНОВ В.С., ЧИФРАНОВА М.В., БЕЛОВ В.Н.,
БУХТИЯРОВ А.П., ЗЫКОВА А.А.
ГУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер»,
г. Новокузнецк

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ КАК РАННЕЕ НАЧАЛО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Рак яичников (РЯ) является поздно диагностируемой злокачественной опухолью у женщин. В 2008 г. в г. Новокузнецке удельный вес III-IV ст. рака яичников составил 65 % (в РФ в 2005 г. — 62,5 %). Летальность на первом году после постановки диагноза имела место в 38,6 % случаев (в РФ в 2005 г. — 28,7 %).

Следствием запущенности выявленного РЯ является высокая смертность больных от этой патологии, о чем говорит индекс отношения числа умерших к впервые диагностированному заболеванию. В 2008 г. по г. Новокузнецку он составил 77,5 % (выявлены 40 больных с РЯ, умерли 31) и уступает только раку легкого (93,5 %) и раку желудка (88,2 %).

Больные с злокачественными опухолями яичников с момента диагностики относятся к контин-

генту для оказания паллиативной помощи. Программа паллиативной помощи сразу же закладывается в план лечения больных с III-IV ст. в соответствии с концепцией раннего начала и параллельно с потенциально радикальным лечением.

Циторедуктивные операции (ЦРО) на современном этапе являются неотъемлемой частью комплексного лечения РЯ и выполняются как лечебно-диагностические мероприятия до или после адъювантных курсов ХТ. Циторедуктивные операции относятся к паллиативным по сути, т.к. выполняются в условиях имплантационных метастазов по брюшной полости.

Циторедукция является независимым прогностическим фактом выживаемости (Hoskins W.J., 2004).



Главной задачей ЦРО является стремление к выполнению оптимальных операций, полному иссечению опухолевых очагов РЯ. Субоптимальные операции, когда остаточная опухоль не превышает 2 см в наибольшем измерении, создают оптимальные условия для проведения высокоэффективной химиотерапии и продления жизни больных. Характер ЦРО за последние годы значительно изменился. Результатом изменения тактики при выполнении ЦРО является высокий процент комбинированных операций.

В Новокузнецком онкологическом диспансере за 10-летний период (1990-2000 гг.) из 91 операций, произведенных по поводу распространенных опухолей яичников, 47 (51,2 %) закончились пробной или диагностической лапаротомией.

С 2002 по 2008 гг. выполнено 189 ЦРО. Из них только в 9 случаях (4,8 %) операции носили эксплоративный характер. Комбинированный характер операции носили у 70 больных (37 %). Характер комбинированных операций представлен в таблице.

ВЫВОД:

Благодаря более широкому внедрению ЦРО, в большинстве случаев нам удается предотвращать тяжелые осложнения и явления финального периода онкологических больных: кишечную непроходимость, кровотечения из желудочно-ки-

Таблица	
Виды операций	Количество
Резекция желудка	1
Спленэктомия	3
Резекция поджелудочной железы	2
Нефрэктомия	1
Резекция печени	1
Передняя резекция прямой кишки	13
Брюшноанальная резекция прямой кишки	2
Резекция толстой кишки	8
Клиновидная резекция прямой кишки	17
Резекция мочевого пузыря	3
Резекция мочеточников	1
Колостома	2
Эпицистостома	2
Шов прямой кишки	14
Шов мочевого пузыря	9
Шов мочеточников	6
Колопластика	2
Всего:	87

шечного тракта, осложнения со стороны почек и мочевого пузыря, выраженные болевые синдромы в области массивных опухолевых инфильтратов брюшной полости и малого таза.

ДИДЫЧУК И.В., ЛОБЫКИН А.Ф., ЛЕСНИКОВ И.А.,
РОТОВ Г.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В.
ГУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер»,
г. Новокузнецк

ХИМИЧЕСКИЙ ПЛЕВРОДЕЗ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА

Одним из частых осложнений при раке легкого, молочной железы, яичников, а также при лимфомах и лейкозах, является опухолевый (метастатический) плеврит. При раке легкого он встречается у 24-50 % больных, молочной железы – до 48 %, при лимфомах – до 26 %, при раке яичников – до 10 %. При других злокачественных опухолях опухолевый плеврит выявляется у 1-6 % пациентов (рак желудка, толстой кишки, поджелудочной железы, саркомы, меланомы и др.).

Причиной экссудативных плевритов является метастазирование в плевру и лимфатические узлы средостения, что свидетельствует о далеко зашедшем опухолевом процессе и является следствием опухолевых высипаний по плевре.

В отделении торакальной хирургии клинического онкологического диспансера г. Новокузнец-

ка за период с 2000 по 2008 гг. пролечено 335 больных по поводу метастатического плеврита, из них 260 женщин (75 %) и 75 мужчин (25 %).

Количество пролеченных пациентов по нозологиям:

- рак молочной железы – 149;
- рак легкого – 88;
- рак яичников – 27;
- при невыясненном первичном очаге – 25;
- рак желудка – 11;
- лимфомы – 7;
- рак почки – 6;
- рак предстательной железы – 5;
- рак кишечника – 5;
- рак матки – 3;
- рак гортани – 3;
- рак щитовидной железы – 2;

- саркомы мягких тканей — 2;
- рак мочевого пузыря — 1;
- рак ПЖЖ — 1.

Как правило, лечение метастатических плевритов заканчивается рутинной пункцией и эвакуацией содержимого, что приводит к накоплению жидкости вновь. В некоторых клиниках используется эндоскопическое введение талька в плевральную полость или дренирование без применения каких либо препаратов. Нами с 2000 г. использовались несколько схем лечения:

- стандартная пункция плевральной полости была проведена 70 пациентам, получено 95 % рецидивов плеврита;
- пункция с интравитальным введением доксорубицина 50 мг — 5 больным с 80 % рецидивов;
- дренирование плевральной полости без введения препаратов в 9 случаях — 100 % рецидивов;

- дренирование плевральной полости с интравитальным введением доксорубицина 30-50 мг выполнено 251 больному, получено 13 % рецидивов.

Срок госпитализации при проведении лечения по первым 3 схемам составил 15-20 дней, по схеме № 4 — 7-12 дней.

Все рецидивирующие плевриты пролечены по 4 схеме и только у 3 % больных накопление плеврита выявлено повторно.

После сравнительного анализа можно сделать вывод, что дренирование плевральной полости с интравитальным введением доксорубицина 30-50 мг является в значительной степени эффективным методом, по сравнению с выше описанными видами лечения. Этот метод можно предложить как метод выбора в паллиативной помощи пациентам с прогрессирующим метастатическим плевритом.

ЕЛМАНОВ А.В., ЖАРКОВА О.В., СЕРГЕЕВ А.С.
 ГУЗ ОКОД,
 г. Кемерово

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РАКА: ОПЫТ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПАКЛИТАКСЕЛОМ

Основным методом лечения рецидивов рака яичников и персистирующего рака остается химиотерапия. В современной онкологии широко используется паклитаксел. Частота объективного ответа при терапии составляет 20-53 %.

Амбулаторно получали лечение 20 больных раком яичников III-IV стадий (17 больных III стадии и 3 — IV стадии), в возрасте 33-63 года. У 19 больных были выявлены рецидивы после предшествующего лечения, включающего операцию и адъювантную химиотерапию. У 2 пациенток после лечения оставалась резидуальная опухоль в малом тазу. В 1 случае паклитаксел применяли во второй линии химиотерапии при персистирующем процессе — после радикальной операции и 2 курсов по схеме CAP.

Рецидивная опухоль у большинства больных (у 11 пациенток) локализовалась в малом тазу, у 3 больных имели место асцит и канцероматоз органов брюшной полости, метастазы в паховые лимфоузлы — у 3 больных, метастазы в забрюшинные лимфоузлы — у 1 больной, в лимфоузлы грудной клетки — у 1 больной, метастазы в печень, грудину, опухолевый плеврит — по 1 случаю.

Проводилась терапия препаратом паклитаксел в монорежиме (135 мг/м² и 175 мг/м²), в комбинации с карбоплатином, винорельбином (25 мг/м² в 1-й и 8-й дни), гемцитабином (800 мг/м² в 1-й

и 8-й дни лечения), с циклофосфаном. Больным проведено от 1 до 7 курсов (в среднем 5,32 курса).

Для оценки эффективности лечения использовали УЗИ малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки; компьютерную томографию; контроль за динамикой опухолевого маркера СА-125 в случаях серозной цистаденокарциномы яичников.

Объективный ответ на лечение получен у 6 больных (27,27 %). Полная регрессия опухоли достигнута у 5 больных (25 %), это случай с метастазами в грудину. В остальных 4 случаях — полная регрессия рецидивной опухоли в малом тазу. Такой результат достигнут при использовании комбинации паклитаксела с карбоплатином — у 3 больных, с гемцитабином и карбоплатином — у 1 больной, с гемцитабином и циклофосфаном — в 1 случае.

Частичная регрессия получена у 1 больной (5 %) с метастазами в паховые лимфоузлы. Стабилизация достигнута у 10 больных (50 %).

Таким образом, клинически значимый эффект (полная регрессия + частичная регрессия + стабилизация) зарегистрирован в 15 случаях (75 %).

Прогрессирование отмечено у 5 больных (25 %) — с метастазами в паховые лимфоузлы, у больной с метастазами в печень, в случае опухолевого плеврита, у 2 больных с рецидивной опухолью в малом тазу.



Стабилизация сохраняется у 8 больных. У 12 больных наступило прогрессирование процесса. Время от окончания лечения до прогрессирования составило от 1 до 12 месяцев (в среднем 5,83 мес.).

Спектр побочных эффектов химиотерапии включал в себя: гематологические осложнения — у 15 больных (75 %), токсический гепатит — у 1 больной (5 %), токсическая миокардиодистро-

фия — в 1 случае (5 %), у 3 больных (15 %) — усиление симптомов уже имеющейся токсической полинейропатии.

Таким образом, с помощью химиотерапии с включением паклитаксела удалось добиться клинически значимого эффекта и продлить жизнь у 75 % больных с неблагоприятным клиническим прогнозом — пациенткам с персистирующим и рецидивным овариальным раком.

ЖАРКОВА О.В., СЕРГЕЕВ А.С., ВЯЛОВА К.В.
ГУЗ ОКОД,
г. Кемерово, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Задача исследования — изучить эффективность эпоэтина альфа в коррекции постцитостатической анемии у больных, получающих химиотерапию в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГУЗ ОКОД г. Кемерово амбулаторное введение цитостатиков широко используется для лечения рака молочной железы и рака яичников. Среди осложнений лекарственного лечения злокачественных новообразований постцитостатическая анемия является одной из ведущих причин ухудшения качества жизни больных. Однако, наряду с увеличением противоопухолевого эффекта и продолжительности жизни пациентов, огромное значение придается качеству этой жизни. В настоящее время применение аналогов эндогенного эритропоэтина является методом выбора при лечении постцитостатической анемии. В наше исследование вошли 129 пациенток, получавших амбулаторную химиотерапию по поводу рака яичников и рака молочной железы. Анемия зарегистрирована у 78 пациенток (49 больных раком яичников и 29 больных раком молочной железы). Платиносодержащая химиотерапия осложнялась анемией в 1,7 раза чаще неплатиновой.

У всех пациенток анемия развилась после 2-3-х курсов химиотерапии, начальный уровень гемоглобина у пациенток в нашем исследовании составлял 110-115 г/л, лечение эритропоэтинами начинали при снижении уровня гемоглобина до 90 г/л.

Все пациентки получали эпоэтин альфа (эпрекс) в дозе 150 МЕ/кг массы тела 3 раза в неделю подкожно. Длительность лечения эпрексом составляла в среднем от 2 до 6 недель, лечение продолжалось до достижения уровня гемоглобина 120 г/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне лечения эпрексом прирост уровня гемоглобина у пациенток составил в среднем от 5 до 12 г/л в неделю, однако, в группе больных раком яичников, получавших платиносодержащую химиотерапию, время терапии эпрексом в среднем было на 2 недели больше, чем в группе больных раком молочной железы (неплатиновая химиотерапия). Токсичность проводимого лечения проявлялась в основном гриппоподобным синдромом, преимущественно на первой неделе лечения (32 % больных), а также ухудшением течения гипертонической болезни (6 % больных), однако клинически значимых осложнений, требующих прекращения терапии, зарегистрировано не было.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, применение эритропоэтина у пациентов, получающих химиотерапию, сопровождается низким риском осложнений, является надежным и предсказуемым методом коррекции анемии; улучшая качество жизни, позволяет выдерживать необходимые интервалы между курсами химиотерапии, что также повышает шансы больных на увеличение времени до прогрессирования.

ЗАЙКИНА Е.Ю., НИКОНОВИЧ С.Д.
МУЗ «Городская клиническая больница № 4»,
г. Кемерово

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ОНКОБОЛЬНОГО, РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ

Психологическая помощь пациенту и его семье является одной из важнейших функций медицинского персонала в паллиативной помощи.

Паллиативная помощь осуществляется группой людей, которые работают как единое целое — одна команда (врачи, медицинские сестры, младшие медсестры, санитарки, специалисты по социальной работе, священники, волонтеры, пациент, родственники).

В основе психологических проблем инкурабельных больных лежит осознание ими тяжести своего состояния и мысли о приближающейся смерти. На каждой стадии заболевания пациент переживает массу разнообразных чувств негативного и ранящего свойства, которые в комплексе и создают ощущение страдания. В зависимости от особенностей личности пациента на каждой стадии могут преобладать разные чувства. Спектр чувств многообразен, среди них на первом плане страх, тревога, депрессия, чувство вины, стыда, безнадежности, тоска, злость, агрессия, отчаяние и надежда. Медицинский персонал должен понимать, что пациент имеет право на все эти чувства, важно не мешать ему выражать их, а по возможности поддерживать, выражать понимание, дать возможность выплакаться, принять его гнев.

Основой психологической поддержки является общение. Общение — это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной). У онкологических пациентов возникает потребность в общении с «наставником», который может дать ответ на все вопросы. В роли «наставника» выступает медицинский работник, поэтому при правильном построении бесед можно и нужно управлять эмоциональным настроением пациента, преодолевать с пациентом страхи, депрессивные состояния.

Общение в команде паллиативной помощи — наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроения, чувства такта, деликатности и определенного мужества. Навыками правильного общения должны владеть все участники команды. Цель общения — достичь наибольшего взаимопонимания между участниками команды и пациентом, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским. Необходимо знать, что пациент нуждается в разнообразном общении, в зависимости от возникающих потребностей. Выделяют следующие виды потребностей у

пациентов: потребность в информации, потребность в обсуждении диагноза, лечения, прогноза, потребность в утешении и совете, потребность в выражении и проговаривании своих мыслей и чувств, потребность в эмоциональной поддержке.

Психологическое приспособление онкобольного зависит от комплекса факторов, самый важный из которых — опыт преодоления стрессов. Эмоциональная стабильность пациента и его ближайшего окружения, поддержка помогают бороться с отчаянием, возникающим при этом заболевании. Беседы по душам сближают медсестру с пациентом, помогают наладить психологический контакт. Необходимо ободрять пациента даже при самых тяжелых ситуациях.

Пациент и члены его семьи должны быть уверенны, что могут выражать свои чувства, жалобы, пожелания, принимать участие в уходе без страха осуждения. В процессе общения медперсонал должен научиться быстро ориентироваться в чувствах пациента и контролировать их. Важно понимать невербальные жесты. Пациент и его близкие принимают умение поддерживать сострадательную беседу, а вот официальный тон, занятость, спешка, недоброжелательность усугубляют и увеличивают страдание, как пациента, так и его родственников.

Понимание причин психологического дискомфорта больного помогает работать в определенном направлении по их устранению или смягчению. Широкий спектр психологических проблем обуславливает организацию комплексной психологической поддержки и включает работу психотерапевта, священника, социального работника, волонтеров.

В течение всей болезни больному требуется психологическая поддержка и максимальное удовлетворение его психологических потребностей. Больше время с пациентом находится медицинская сестра, которая должна ориентировать всех участвующих в уходе на тот уровень общения, при котором пациенту не будет наноситься психологическая травма. Общение с пациентом должно быть регулярным, с подчеркнутым внимательным отношением к нему. Только взаимопонимание между пациентом и медицинским работником окажет адекватную психологическую помощь пациенту. Правильное общение медицинского работника с пациентом и его семьей уже является лекарством.

Искусство беседы медицинской сестры и пациента заключается в создании благоприятной обстановки, располагающей к разговору. Взаимоот-

ношения медицинской сестры и пациента должны строиться не только на технической стороне ухода за больным. Важен психологический подход при контакте с пациентом. Для установления психологического контакта имеет значение: внешний вид медсестры, голос, слова, обращенные к больному, мимика, жесты. Беседа медсестры с пациентом должна быть спокойной, размеренной, неторопливой. Необходимо пользоваться невербальным общением — установить зрительный контакт, следить за выражением лица пациента. Общение

с пациентом и психологический контакт будет эффективнее, если правильно выбрать средства общения. Средства общения должны подбираться для каждого больного индивидуально.

Члены семьи, родственники, близкие нуждаются во внимании и психологической помощи, которая выражается во внимательном выслушивании, обсуждении проблем связанных с больным родственником. Такая помощь понадобится и в первые часы и дни утраты близкого человека и в последующие дни траура.

ЗАЙКИНА Е.Ю., НИКОНОВИЧ С.Д.
МУЗ «Городская клиническая больница № 4»,
г. Кемерово

РОЛЬ МЛАДШЕЙ МЕДСЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Сестринский уход является краеугольным
камнем всей паллиативной помощи...*
С. Сондерс

Паллиативная помощь — активная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента.

Целью паллиативной помощи является достижение как можно более высокого качества жизни для больного. Под качеством жизни терминального больного понимают субъективное удовлетворение своих потребностей, которое он, хотя бы время от времени, продолжает испытывать даже в ситуации прогрессирующего заболевания.

Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытанное и выраженное индивидуумом, которое находится под влиянием всех параметров личности — физических, духовных, психологических и социальных. Оценка качества жизни в паллиативной помощи должна быть основана на изучении удовлетворенности и мнения больного.

Паллиативная помощь осуществляется группой людей, которые работают как единое целое — одна команда. В составе команды врачи, медицинские сестры, младшие медсестры, санитарки, специалисты по социальной работе, священники, волонтеры, пациент, родственники. Участие каждого члена бригады целенаправленно, и предполагает конечный результат — улучшение качества жизни пациента.

В связи с увеличением числа неизлечимо больных, перед медицинскими работниками встает задача организации и осуществления ухода за тяжелобольными. Уход в паллиативной медицине

рассматривается как разновидность медицинской помощи и является наиболее важной частью паллиативной медицины. Уход в паллиативной помощи осуществляют средние, младшие медицинские работники и родственники.

С развитием медицины постоянно совершенствуется и возрастает роль специалистов с младшим медицинским образованием. Задачи, возложенные на младших медсестер и их деятельность, становится более профессиональной и многосторонней. Младшая медсестра теперь не санитарка, а специалист по уходу. Это повысило её статус и ответственность за работу.

Младшая медицинская сестра по уходу — специалист, прошедший цикл специализации в медицинском образовательном учреждении и получивший документ установленного образца — Свидетельство о первичной специализации.

В паллиативной помощи немаловажную роль играют младшие медицинские сестры, к сожалению, это малочисленная и наименее обученная группа в профессиональной структуре медицинских работников. Однако степень их участия в уходе за пациентами очень велика. Традиционно сложившиеся представления о младшей медсестре как о санитарке, выполняющей только уборку помещения, сегодня меняется. Младшая медсестра проводит несложные медицинские манипуляции, обеспечивает содержание в чистоте больных и помещения, где находятся пациенты. Специфика работы заключается в том, что кроме ухода, младшая медсестра должна владеть различными методами — обучение самоуходу пациента, обучение родственников элементарным правилам ежеднев-

ного ухода, оказание базовой психологической поддержки больному и его родственникам.

Роль младшей медсестры в паллиативной помощи в составе команды, нельзя недооценивать, она является первым помощником палатной медицинской сестры в уходе за больными. В лечебном учреждении паллиативного направления самостоятельность младшей медсестры значительно выше, чем в других ЛПУ. Сестринский уход является одной из наиболее важных составляющих деятельности младшей медсестры при паллиативном лечении. В общем процессе ухода за тяжелобольным пациентом младшая медсестра является первым медицинским работником, который ближе остальных участников бригады находится в палате больного (рабочее место младшей медсестры — это палата больного) и наблюдает за состоянием пациента круглосуточно. Хороший уход, забота создают комфортное состояние пациенту, помогая ему сохранить самоуважение и человеческое достоинство.

Младшая медицинская сестра обязана следить за соблюдением тишины в отделении, своевременным отключением осветительных приборов, радио, телевизора во время дневного и ночного отдыха.

Все гигиенические мероприятия, физиологические отправления больной совершает в постели. Младшая медицинская сестра ухаживает за пациентом, кормит его, следит, чтобы он выполнял назначенный врачом режим, осуществляет все мероприятия, необходимые для выполнения правил личной гигиены тяжелобольного.

Важным разделом работы младшей медсестры является уход за кожными покровами пациента, так как у ослабленных и длительно находящихся в постели пациентов высок риск образования пролежней. Образованию пролежней способствует плохой уход за кожей, неудобная постель, редкое перестилание, поэтому младшая медсестра должна выполнять следующие мероприятия:

- перестилать постель больного регулярно — утром, перед дневным отдыхом и на ночь.
- поворачивать больного на бок несколько раз в день, изменяя положения больного в постели.
- регулярно несколько раз в день стряхивать простыню, чтобы не было крошек на постели;

- следить за тем, чтобы на постельном и нательном белье не было складок и заплаток;
- тяжелобольным, длительно находящимся в постели, подкладывать надувной резиновый круг, так, чтобы крестец находился над отверстием круга;
- ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором: (камфорным спиртом, водкой, одеколоном).

Должностные инструкции санитарки и младшей медсестры на первый взгляд одинаковы, но даже одинаковые обязанности санитарка и младшая медсестра выполняют по иному. Должностная инструкция младшей медсестры составлена с акцентом на уход за больными. Уход за тяжелобольным младшая медсестра выполняет более умело, качественно, профессионально, опираясь на теоретические знания и практические навыки.

В обязанности младшей медсестры, согласно должностной инструкции, входит:

1. Помощь палатной медсестре в уходе за больными.
2. Обучение навыкам по уходу за больными пациентами и их родственниками.
3. Обеспечение содержания в чистоте и опрятности больных и помещений.
4. Проведение смены нательного и постельного белья.
5. Проведение влажной уборки помещений и проветривание палат.
6. Участие в транспортировке тяжелобольных.
7. Контроль над выполнением больными и посетителями внутреннего распорядка стационара.
8. Обеспечение правильного использования и хранения предметов ухода за больными.

В целях улучшения предоставления профессионального ухода и психологической поддержки пациентам, младшая медсестра должна заниматься самосовершенствованием, так как данная профессия динамична и требует постоянного усовершенствования теоретических знаний и практических умений. В понятие самосовершенствование входит: посещение и участие в сестринских конференциях, чтение медицинской литературы, посещение обучающих тренингов по психотерапии, освоение новых средств ухода.

ЗЕЛЕНЧУК И.А., ЛЫСЯНСКАЯ О.Л.

*Областной медицинский колледж,
г. Омск, Россия*

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Паллиативная помощь — это важная часть общественного здравоохранения. Она направлена на облегчение страданий больно-

го, сохранение его человеческого достоинства, выявление его нужд и поддержание качества жизни в ее финальном периоде. В задачи паллиатив-



ной помощи входит также оказание поддержки семье и близким пациента.

Одним из центральных аспектов работы, приведшей к развитию широкого спектра мер паллиативной помощи, было коренное изменение отношения к боли, которую, начиная с 60-х годов прошлого века, стали рассматривать как важнейшую комплексную проблему. Вначале основное внимание было уделено болевому синдрому при онкологических заболеваниях [1]. Затем принципы оказания паллиативной помощи начали распространять при других тяжелых заболеваниях. Сегодня стоит задача не только облегчить страдания, но и дать каждому человеку, каждой семье возможность выбора — чего в настоящее время, к сожалению часто не хватает. В этом вопросе человеческая убежденность и приверженность значат больше, чем дорогостоящие лекарства и вмешательства.

С повышением средней продолжительности жизни населения европейских и других развитых стран, постоянно растет число людей, преодолевающих рубеж 65-летнего возраста, процесс старения населения влечет за собой изменение картины заболеваемости и смертности. Теперь все чаще люди умирают в преклонном возрасте от хронических заболеваний, характеризующихся разнообразными физическими и психологическими расстройствами и нередко несущих с собой социальные проблемы. Системы здравоохранения, по нашему мнению, должны быть в состоянии обеспечить таким людям необходимую помощь — облегчая их страдания и как можно дольше поддерживая достаточный уровень качества жизни.

По мере старения населения, меняется картина болезней, от которых люди страдают и которые приводят к их смерти. Все больше людей умирают в результате тяжелых хронических заболеваний, в финальном периоде жизни у людей преклонного возраста наблюдается высокая вероятность развития синдрома полиорганной недостаточности [2].

Что именно вызывает у больных и их близких наибольшую тревогу и беспокойство, а также что входит в понятие «качество жизни»? Ответы на эти вопросы носят крайне индивидуальный характер. Для одних людей наиболее мучительными являются физические симптомы, такие как боль, для других — нарушение повседневной активности под влиянием болезни. В ряде случа-

ев пациент страдает от ощущения неопределенности своего состояния, либо под влиянием религиозных убеждений, или от мыслей о том, как скажется его болезнь на других членах семьи. Мнения больных могут отличаться от точек зрения ухаживающих за ними родственников и медицинских работников. Полагаем, что при общении с данными пациентами необходимо проводить тщательный анализ их потребностей.

В Омском медицинском колледже на занятиях по дисциплине «Основы сестринского дела» этому вопросу уделяется особое внимание, т.к. будущие медицинские работники незаменимы в осуществлении паллиативной помощи. Медицинские сестры должны быть способны справиться с тяжелым состоянием пациента, а также, в случае ухудшения состояния его здоровья, оказать эмоциональную поддержку, основанную на понимании потребностей пациента, таких как общение, безопасность, самореализация.

Студенты колледжа принимают активное участие в работе Омской Региональной общественной организации общества «Милосердие». Целью волонтерского движения является помощь больным онкологического, кардиологического диспансеров, геронтологического центра, госпиталя инвалидов войны. Будущие медицинские сестры приобретают навыки работы с пожилыми людьми, помогают им справиться с тяжелыми физическими и эмоциональными состояниями. Геронтологический центр Неженский не обойден вниманием будущих медицинских сестер. Занятия, проводимые на его базе, помогают осознать собственный выбор профессии, находясь рядом с пациентом, нуждающимся в паллиативной помощи.

Наш опыт показывает, что те из студентов-медиков, кому была предоставлена возможность длительного сестринского ухода и общения с онкологическими больными в процессе обучения коммуникативным навыкам, обнаруживали более глубокие знания, были лучше готовы выслушивать собеседника, обсуждать трудные темы и оказывать людям помощь в принятии решений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. National cancer control programmes. – Geneva: World Health Organization, 2002.
2. World population agein 1950-2050. – New York: United Nations Population Division, 2002.

ИВАНОВА Л.В.

ГОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж»,
г. Кемерово

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

Философия современной паллиативной медицины призвана способствовать реализации права человека на достойную смерть. Очень важно оказывать психологическую поддержку не только больным, но и их родственникам. Существует впечатляющая статистика – после смерти больного резко возрастает заболеваемость и смертность его близких (от 40 % и выше).

Работа медицинской сестры хосписа сложна и многогранна, а также значительно отличается от коллег общего терапевтического профиля. К многочисленному перечню обязанностей относится работа с невыносимой изнуряющей болью пациента, которые включают в себя: оценку, контроль боли и принятие своевременных мер по обезболиванию, так как отсутствие боли – это хорошее настроение, хороший сон. А учитывая, что основная масса пациентов находятся на постельном режиме, медицинская сестра несет колоссальную физическую нагрузку при уходе. Смертельные страдания пациента являются серьезной психологической травмой для медицинской сестры, порой оставляя глубокий след на всю жизнь. Но об этом не принято говорить. Медицинская сестра, не теряя самообладания, должна продолжать работать с семьей и после смерти пациента. Для этого недостаточно одного желания медицинского работника, важно иметь огромный багаж знаний в области психологии, основанный не только на собственном опыте, а имеющий научное обоснование.

Для выявления проблем, которые потенциально могут снижать качество жизни инкурабельных пациентов, на базе МУЗ ГБ № 4 было проведено исследование.

Цель исследования – провести анализ профессиональных и психологических аспектов при оказании помощи инкурабельным пациентам.

Для реализации цели были поставлены следующие **задачи**: 1) провести самоанализ знаний среди медицинских сестер и студентов в решении психологических проблем пациента и его семьи; 2) определить уровень профессиональной подготовки медицинских сестер и будущих специалистов в области сестринского дела; 3) определить мотивацию медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь пациентам; 4) провести анализ востребованности рабочих мест в должности медицинской сестры хосписа среди будущих выпускников; 5) разработать рекомендации

для решения проблем при оказании помощи инкурабельным больным с целью улучшения качества оказываемых медицинских услуг.

В ходе исследования методом анкетирования было опрошено 72 респондента: из них 46 студентов медицинского колледжа и 26 медсестер хосписа. Средний возраст медицинских сестер 30 лет, т.е. это люди зрелого возраста, понимающие свою роль в хосписе и, в то же время, достаточно сильные, способные справиться с большой физической нагрузкой. Средний возраст опрошенных студентов 17 лет, которым сложно оценить себя, свои желания и возможности.

Отрицательным моментом в профессиональном образовании, по мнению опрошенных, является отсутствие отдельного цикла, посвященного особенностям ухода за умирающими и тяжело больными. Это отметили 89 % опрошенных респондентов из общего количества. Уровень профессиональной подготовки в целом был отмечен как очень высокий среди обеих групп респондентов. Важно отметить, что обе группы опрошенных отмечают дефицит информации об особенностях психологии умирающего человека, а также психологических проблем самого медицинского персонала, работающего в хосписе. Одним из факторов, повлиявших на решение работать в хосписе, у основной массы опрошенных было желание попробовать свои силы в деле ухода за тяжело больными и умирающими, при этом подавляющему большинству (78 %) ранее никогда не приходилось ухаживать за подобными пациентами.

Отказываются в будущем работать в хосписе по разным причинам 98 % опрошенных студентов. Самые распространенные причины – моральное напряжение и физическая нагрузка. Необходимым для себя повышение квалификации по паллиативному лечению считают 98 % медицинских сестер, хотя многие имеют категорию, сертификаты специалиста, немалый общий медицинский стаж. Важным моментом является то, что медицинские сестры нередко чувствуют моральную и физическую усталость в конце рабочего дня, но все желают продолжать работать в хосписе и чувствуют при этом удовлетворение от участия в его жизни. Немаловажное значение имеет тот факт, что 78 % отмечают нехватку времени для того, чтобы выполнить качественно весь объем работы, хотя работают интенсивно.



Анализируя полученные результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

- самоанализ медицинских сестер показал низкий уровень знаний в решении психологических проблем пациентов и их родственников во время болезни и после смерти;
- хоспис относится к разряду учреждений особого типа и отличается от обычных ЛПУ, как материально-технической структурой, так и кадровой. Это требует наличия на будущее определенного количества тех, кто способен там работать. Как выяснилось, среди молодежи таких нет;
- для того чтобы люди могли работать в хосписе с полной отдачей, необходима соответствующая профессиональная подготовка и материальная заинтересованность;
- на базе хосписа необходимо открытие методического и паллиативного центра, что качественно улучшит профессиональные и психологические аспекты при оказании помощи инкурабельным больным.

Исходя из полученных данных, можно предложить следующие рекомендации:

- необходима специальная постдипломная подготовка для медицинского персонала по паллиативному лечению;

- открытие специальных служб в поликлиниках и в амбулаториях, в обязанности которых будет входить только обслуживание терминальных больных;
- введение более глубокой программы по вопросам хосписного движения в средних медицинских учебных заведениях;
- для более качественного обслуживания пациентов необходимо расширение штата сотрудников и привлечение к работе волонтеров;
- проведение лекций, конференций, семинаров;
- проведение планомерной организации отдыха и лечения для медицинских работников хосписа;
- улучшение условий работы медицинских сестер;
- уменьшение нагрузки на одну медицинскую сестру, не приравнивая ее труд к коллегам общего терапевтического профиля.

Таким образом, учитывая прогнозы ВОЗ, в ближайшие 20-30 лет будет отмечаться рост заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Несомненно, это вызовет рост потребности в специалистах, осуществляющих необходимый уход и обеспечивающих более высокий уровень качества жизни онкологических больных.

КИСС В.Г.

*Кемеровская мастерская Новокузнецкого протезно-ортопедического предприятия,
г. Кемерово*

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФАНТОМНЫМИ БОЛЯМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

На учете Кемеровской мастерской Новокузнецкого протезно-ортопедического предприятия, обслуживающей северную половину области, состоят 1100 инвалидов с ампутированными дефектами конечностей. По области эта цифра составляет около 3000 человек. Кроме того, до 300 инвалидов с одно- и двухсторонними ампутациями конечностей не состоят на учете в силу того, что протезирование их невозможно из-за патологии культей и сопутствующих заболеваний. Ежегодно в Кемеровской области производится 180-200 ампутаций, в 78 % случаев по поводу нарушения периферического кровообращения конечностей. Несмотря на расширяющиеся возможности при лечении облитерирующих заболеваний конечностей, в том числе и уровень хирургического пособия, численность ампутаций в общем не уменьшается. Представленные цифры говорят об актуальности данной патологии.

Фантомные ощущения наблюдаются у подавляющего числа больных в раннем периоде после ампутации конечности, в дальнейшем они умень-

шаются и сохраняются примерно у 17 % инвалидов. Они являются, по-видимому, следовой реакцией коры головного мозга на ампутацию в виде сенсорной памяти. Фантомные ощущения не относятся к разряду патологии и, нередко создают у инвалида ощущение уверенности при ходьбе. Единственной отрицательной стороной фантомных ощущений в раннем послеоперационном периоде является попытка больных встать на обе ноги после сна. Чаще всего фантомные ощущения распространяются на пяточную область, подошву, всю стопу. Фантомные ощущения не связаны с состоянием культы периферического нерва. Это подтверждается тем, что удаление невroma, спаек, рубцов, воспалительных явлений в культе конечности не приводит к исчезновению ощущений, в лучшем случае приводит к их уменьшению, чаще к изменению этих ощущений.

Фантомные боли чаще всего связаны с патологией культы усеченного нерва и состоянием мягких тканей. Они встречаются, по данным литературы, у 4 % инвалидов. Фактически эта циф-



ра значительно больше, просто при незначительных болях инвалиды не обращаются за помощью к врачам. Проекция фантомных болей та же, что и при фантомных ощущениях, но эти ощущения носят выраженный болевой характер и дополнительным «сжиманием», «скручиванием» ощущаемого сегмента конечности. Фантомные боли и ощущения при условиях раннего протезирования, регулярных занятиях ЛФК, водными процедурами стихают и часто полностью исчезают, но при наличии дополнительного раздражающего фактора с периферии (невромы, корешкового синдрома при остеохондрозе, спаечного процесса и отека мягких тканей культи) в коре головного мозга формируется застойный очаг. В таких случаях лечение фантомных болей значительно затрудняется, они усиливаются при пользовании протезом, изменении погоды, отрицательных психологических эмоциях.

Профилактикой фантомных болей является скрупулезное выполнение техники ампутации. Необходимо помнить, что неряшливо обработанный костный опил, неправильно подшитые мышцы, вытягивание нерва перед его усечением, тупая бритва, низкое усечение нерва — все это может привести к возникновению болезненных невром и, в дальнейшем, фантомных болей.

Лечение фантомных болей начинается в раннем послеоперационном периоде. Хорошо помогают фуллярные новокаиновые блокады в сочетании с масляно-бальзамическими повязками. Культи должна быть обездвижена. Для снижения отека применяют УФО и УВЧ терапию местно и сегментарно. Хороший эффект дают электросон, гальванический воротник с 5 % новокаином, седативная терапия. Очень важно раннее протезирование, обучение ходьбе на протезе с правильным сокращением мышц, регулярная ходьба на протезе и фантомно-импульсная гимнастика. Данный тезис подтверждается опытом раннего лечебно-трениро-

вочного протезирования больных на операционном столе, когда протез упрощенной конструкции изготавливается сразу после ампутации, ходьба начинается с 4-7 дня после ампутации, еще до снятия швов. При этой методике фантомные ощущения развивались значительно реже и не приводили к негативным последствиям. Это же касается и фантомных болей. К сожалению, методика не прижилась, так как требовала обучения хирургов основам протезирования, наличия полуфабрикатов, персонала для обучения пользованию протезами. С другой стороны, проведение лечения культи в стационарах ПОП требовало так же наличия опытных хирургов, обученного персонала.

Фантомные боли, вызванные невромой, поддается лечению труднее.

Появление невромы — это физиологический процесс, сопровождающий усечение нерва. Болезненные невромы возникают у 6 % больных при ампутации бедра и у 17 % при ампутации голени. Лечение подвижных, не спянных невром хорошо поддается физиотерапевтическим методам: электрофорез, диадинамические токи поперечно, проводниковые новокаиновые блокады, тепловые процедуры для устранения отека. Часто хороший эффект дает УФО в эритемных дозах.

Когда неврома сдавливается рубцами, припавляется к костному опилу или мягким тканям, добавляются ощущения локальной боли в области невромы при пальпации, движениях культи, наклонах туловища, давлении на культю стенками приемной гильзы протеза. Очень часто отмечается иррадиация боли по ходу периферического нерва, как в дистальную, так и в проксимальную область конечности.

Спянные невромы требуют оперативного лечения — выделение невромы из рубцовых тканей и усечение нерва выше на 4-6 см. Категорически нельзя при этом вытягивать нерв, усечение его производится одним движением.

КОМКОВА Е.П., МАГАРИЛЛ Ю.А., МОРОЗОВА Е.П.

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»,

г. Кемерово

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА)

Реабилитация больных раком молочной железы после радикального лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического) — одна из важных проблем клинической онкологии. Ограничение подвижности в плечевом поясе, появление лимфатического отека верхней

конечности, болевой синдром и другие факторы затрудняют возвращение к труду и реадаптацию большинства пациенток без специальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Решение данной проблемы позволяет не только улучшить качество жизни пролеченных боль-

ных, но и увеличить число социально-адаптированных пациенток, способных вернуться к общественно-полезной деятельности.

Цель исследования – анализ опыта проведения комплексного лечения лимфатического отёка верхних конечностей у больных раком молочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе исследования было 110 больных раком молочной железы (средний возраст – $48 \pm 0,5$ лет), направленных в отделение восстановительного лечения онкологического диспансера для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Критерием отбора больных для лечения было формирование у них лимфатического отёка верхней конечности различной степени тяжести.

Больные с первой степенью лимфатического отёка составили 29,1 %, второй – 69,1 %, третьей – 1,8 %. Давность появления отёка – от одной недели до шести месяцев (наибольшее число наблюдений – 85 % – до двух месяцев). Ограничение объёма движений верхней конечностью наблюдали у 25 больных (22,7 %), болевой синдром, парестезии в верхней конечности – у 69 больных (62,7 %).

Перед началом реабилитации после оперативного лечения на этапе лучевой терапии находились 9 пациенток (8,2 %), на химиотерапии – 79 (71,8 %), после завершения комбинированного лечения – 22 пациентки (20 %).

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включал:

- лимфодренаж отёчной верхней конечности при помощи аппарата прерывистой лимфатической компрессии (10-15 процедур);

- медикаментозную терапию (флебодиа 600 по 1 таблетке в сутки, детралекс по 500 мкг 2 раза в сутки не менее двух месяцев);
- «дренирующий» массаж верхней конечности с мазями «венитан», «венозол», «лиотон» и др (в течение месяца 2 раза в сутки);
- лечебную физкультуру по программе реадaptации, по 10-15 индивидуальных или групповых занятий.

При необходимости одновременно оказывали психологическую и терапевтическую помощь. Пациенткам также рекомендовали соблюдать оптимальный питьевой и солевой режим.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических проявлений осложнений.

Анализ лечения показал, что восстановлена чувствительность верхней конечности, купирован болевой синдром у всех пациенток уже после 1-3 сеансов лимфодренажа. Явления лимфатического отёка значительно уменьшились у 85 больных (77,3 %), остались без динамики у 19 больных (17,2 %), ликвидированы у 6 больных (5,5 %). Движения в плечевом поясе были восстановлены практически полностью (на 2-6 % меньше, чем на здоровой стороне) у всех 25 больных. Менее эффективные результаты получены у пациенток с длительным анамнезом лимфатического отёка конечности.

Таким образом, дифференцированное применение комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью купирования постмастэктомических осложнений позволило судить об их эффективности, подтверждённой клинико-динамическим исследованием.

КОНЕВ Д.В., ПАНОВ Ю.А., МЕЩАНИНОВ И.А.

*МУЗ «Городская больница № 2»,
г. Красноярск*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В ХОСПИСНОМ ОТДЕЛЕНИИ МУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2» Г. КРАСНОЯРСКА

Современное хосписное движение зародилось в Англии в 60-80-х годах 19 века. В настоящее время в Великобритании насчитывается более 150 хосписов. В США службу хосписов представляют более 2100 организаций. Первый хоспис в России был открыт в 1990 г. в г. Санкт-Петербурге. В настоящее время в России функционируют более 30 различных по своей структуре хосписов и отделений паллиативной помощи.

Хосписное отделение мощностью 30 коек в г. Красноярске было открыто на базе муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 2» в соответствии с законом Красноярского края от 06.04.1999 г. № 6-351 «О краевой программе «Старшее поколение на период 1999-2001 гг.» и решения городского Совета от 08.02.2000 г. № 22-240 «О городской программе «Старшее поколение на 2000-2002 гг.», приказа № 26 ГУЗ администрации г. Красноярска от 05.01.2001 г.



Источниками финансирования являются:

- бюджет города Красноярска;
- средства, полученные от реализации медицинских и медико-социальных услуг по договорам с предприятиями, учреждениями и частными лицами;
- средства благотворительных фондов, добровольных пожертвований, общественных благотворительных, религиозных организаций, частных лиц.

Хосписное отделение сотрудничает с различными конфессиями (православная, католическая, баптистская). Осуществляется уход силами волонтеров, также в отделении проходят сестринскую практику студенты медицинских колледжей.

Штатное расписание хосписного отделения составляет 60,5 единиц, из них 5 врачей, 16,75 – среднего медицинского персонала, 24,75 – младший медицинский персонал, 14 – прочие. В 2007 году младший медицинский персонал полностью прочуен, все имеют удостоверения младшей медицинской сестры по уходу, следствием чего явилось увеличение заработной платы. Фактически в отделении работают 8 медицинских сестер, 9 младших медицинских сестер. Коллектив является стабильным.

За последние пять лет пролечено 1047 пациентов, из них онкологических 348 человек, то есть 33 %, подавляющее большинство составляет неврологический профиль – 635 человек (61 %). Смертность в отделении в течение пяти лет колеблется в пределах 25-28 %. Средняя длительность пребывания больного на койке составляет 26-28 дней. Занятость койки в году – 360-365 дней. Процент выполнения плана койко-дней из года в год выше 105 %.

Среди основных проблем, с которыми сталкивается хоспис в своей работе, недостаточная или ошибочная информация о работе хосписа. Нами постоянно проводится разъяснительная работа среди населения через средства массовой информации, медицинские учреждения, общественные организации по основным направлениям деятельности хосписного отделения больницы.

Серьезной проблемой является недостаточное участие социальных работников и амбулаторных медицинских служб в оказании помощи пациенту и его семье на дому. Необходим комплекс ме-

роприятий на всех уровнях власти, так как на сегодняшний день не сформировался единый подход к статусу и структуре хосписа. Сотрудничество с социальной службой заканчивается в момент госпитализации, но кто-то должен представлять интересы больного во внешних организациях. В связи с этим, возникает необходимость введения в штатное расписание хосписа должности социального работника.

Паллиативная помощь инкурабельным больным не может быть достаточной без создания выездной хосписной службы, которая позволяет оказывать помощь на догоспитальном этапе, в том числе консультационную и психологическую помощь членам семьи. Сократились бы сроки госпитализации, как следствие – больше пациентов получают стационарную помощь. Коррекция лечения в послегоспитальном периоде также немаловажна, выездная служба снизит нагрузку на участковых терапевтов, уменьшит поток обращений в онкодиспансеры.

Увеличивается поток обращений по госпитализации пациентов неврологического и терапевтического профилей, что показывает необходимость организации специализированных отделений по уходу и лечению подобных больных.

Дефицит бюджетного финансирования не позволяет создать оптимальные условия содержания и лечения. Экономическая ситуация в стране и российское налоговое законодательство не способствуют развитию благотворительности. Несмотря на все трудности, в хосписном отделении непрерывно ведется улучшение материально-технического обеспечения. За счет благотворительных средств произведена замена в палатах деревянных окон на пластиковые, палаты отделения укомплектовываются холодильниками, телевизорами, проведена замена коечного фонда. Отделение в полном объеме обеспечивается подузниками, постельными принадлежностями, противопролежневыми системами, что значительно улучшает условия содержания пациентов.

По результатам работы за прошедшие годы накоплен значительный опыт оказания паллиативной помощи инкурабельным больным. Назрела насущная необходимость изучения деятельности и обмена опытом с другими подобными учреждениями в стране и за рубежом.



ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Паллиативная помощь является неотъемлемой частью медицинского обслуживания и не рассматривается в качестве некой «дополнительной услуги». Навыками оказания паллиативной помощи должны владеть все без исключения медицинские работники. Особое значение приобретает подготовка сестринского персонала. По мнению экспертов ВОЗ: «Медицинские сестры играют большую роль в организации паллиативной помощи. Они несут особую ответственность за распространение информации, за дачу рекомендаций и просвещение пациента и его семьи, а так же за то, что бы дома больной продолжал получать ту же помощь, что и в больнице».

С 2006 года на базе Пермского краевого центра повышения квалификации работников здравоохранения проводится подготовка специалистов сестринского дела по вопросам паллиативной помощи. Нами разработана программа цикла усовершенствования «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела» в объеме 144 часов. Составлению программы обучения предшествовало анкетирование медицинских работников по данной проблеме. Опрошено 207 медицинских сестер терапевтического, хирургического, онкологического и неврологического профилей.

Результаты анкетирования показали, что медицинские сестры имеют низкий уровень знаний по вопросам паллиативной помощи. При этом часть респондентов имели затруднение в интерпретации даже самого термина, не говоря уже о структуре и методах оказания помощи инкурабельным больным.

На наш взгляд, базовый уровень образования медицинских сестер не позволяет в полной мере освоить навыки работы с безнадежно больными. Особое значение приобретает последипломная подготовка специалистов.

Программу обучения составляют четыре основных модуля, включающие вопросы общемедицинских знаний, медицинские, психологические, социальные и духовные аспекты.

На практических занятиях медсестры под руководством опытных специалистов отрабатывают навыки по уходу за инкурабельными больными.

Одной из важных причин страданий безнадежно больных людей является боль. Зачастую не все медицинские работники владеют современной методикой обезболивания. На занятиях слушатели учатся оценивать степень интенсивности болево-

го синдрома по стандартным шкалам и контролировать боль по трехступенчатой системе обезболивания разработанной ВОЗ.

Пролежни – еще одна серьезная проблема безнадежно больных, требующая качественного ухода. Медицинские сестры отрабатывают практические навыки согласно ОСТу «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденному МЗ РФ № 123 от 17.04.02 г. с использованием специального оборудования и современных средств ухода.

Медицинские сестры, осуществляющие уход за тяжелобольными, часто сталкиваются с проблемами перемещения больных, что нередко приводит к развитию у них различных заболеваний. Для сохранения профессионального долголетия, работоспособности, в программу обучения включены занятия по эргономике и биомеханике.

Особое внимание уделяется психологическому аспекту оказания помощи инкурабельным больным, так как медицинский персонал, работающий с данной категорией пациентов, наиболее часто подвержен синдрому эмоционального выгорания. Занятия по психологии проводятся малыми группами в виде тренингов и семинаров. Слушатели отрабатывают навыки профессионального общения и механизмы устойчивости медперсонала, что особенно важно при работе, как с пациентами, так и их семьями.

Нередко специалистам, осуществляющим уход за безнадежно больными приходится отвечать на вопросы, касающиеся жизни и смерти, поэтому в программу включены вопросы духовной помощи пациенту и его семье.

По окончании обучения слушателям предлагается высказать свое мнение об организации цикла, о форме проведения занятий и их содержании, возможности применения полученных знаний на практике.

Все респонденты отмечают новизну, актуальность, своевременность информации, а также считают, что полученные знания и навыки будут востребованы в профессиональной деятельности: «Цикл своевременный, необходимый, возможно его расширение в терапии, неврологии», «Необычный цикл, была возможность подумать, переосмыслить свое отношение к больным людям, думаю, что сейчас буду к ним более внимательна, ведь они так нуждаются в помощи и понимании».

Интерес к данному циклу обучения возрастает, несколько изменился и контингент обучающихся

ся. В 2006 году это были в основном сестры терапевтического профиля, на сегодняшний день данный цикл обучения востребован у медицинских сестер хосписа, домов инвалидов, госпиталя ветеранов войн, отделений сестринского ухода.

Таким образом, можно сделать вывод, что вопросы паллиативной помощи необходимо освещать

для всех специалистов сестринского дела. Паллиативная помощь — актуальнейшая проблема современной медицины, затрагивающая проблемы не только онкологических больных, но и пациентов, имеющих тяжелые соматические заболевания, инвалидов, престарелых одиноких людей, которые лишены возможности самообслуживания.

КУТЫРЕВА Г.Г., ТИХОНОВА Л.П.

ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

В гематологическом отделении ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» проходят обследование и лечение пациенты с заболеваниями кроветворной системы.

За последние годы произошли коренные изменения в подходах к диагностике, классификации и терапии заболеваний системы крови. В клиническую практику внедряются все новые, высокотехнологичные, информативные и дорогостоящие методы диагностики. В терапии болезней системы крови используются сложные, многокомпонентные, программные методы воздействия на них, позволяющие излечивать многие, в недавнем прошлом фатальные, заболевания.

Ключевым моментом в выздоровлении пациентов с заболеваниями кроветворной системы является организация лечебно-охранительного режима и сестринского ухода.

В нашем отделении пациенты проходят курсы цитостатической химиотерапии. У таких пациентов часто отмечается лихорадка. Она может быть субфебрильной (при хронических лейкозах), но нередко протекает по гектическому типу, с большим размахом температуры, ознобами и «проливными» потами. Больные нуждаются в соответствующем уходе, как в период нарастания температуры, так и при ее падении. Некоторые типы лихорадочной кривой (например, волнообразный тип лихорадки при лимфогранулематозе) играют определенную диагностическую роль. У больных с V_{12} -дефицитной анемией температура может повышаться в период обострений заболевания. Большое значение имеют регулярная термометрия и систематическое ведение температурного листа.

У пациентов, особенно получающих высокие дозы цитостатических препаратов, часто снижается сопротивляемость организма к инфекциям, т.е. возникает так называемый вторичный иммунодефицит. Пациенты становятся чувствительными к действию различных микроорганизмов, среди них легко распространяются внутрибольничные

инфекции, протекающие иногда молниеносно и заканчивающиеся летально. Поэтому таких пациентов размещаем в одно-, двухместные палаты со строгим соблюдением санитарно-противоэпидемиологического режима в них.

Большого внимания требует уход за кожей и покровами. Поскольку многие больные вынуждены длительное время соблюдать строгий постельный режим, своевременно применяем весь комплекс мероприятий для профилактики пролежней. Развитию пролежней нередко способствует прогрессирующее истощение больных.

У больных с лейкозами и анемиями часто отмечаются кровоточивость десен, расшатывание и выпадение зубов, возникают трещины в углах рта, развиваются воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта (стоматит), отмечаются боли в языке и явления его воспаления (глоссит), что обуславливает необходимость тщательного ухода за полостью рта пациентов.

У больных могут развиваться бронхиты и пневмонии, нередко наблюдаются признаки поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, различные нарушения сердечного ритма, артериальная гипотония (у больных с эритремией, наоборот, артериальная гипертензия), которые могут привести к тяжелой сердечной недостаточности. Увеличение частоты сердечных сокращений и прогрессирующее падение артериального давления (вплоть до развития шока и коллапса) могут быть признаками обильного кровотечения, которое может внезапно возникнуть или возобновиться у больных с острой и хронической постгеморрагической анемией. У больных с лейкозами и апластическими анемиями часто развивается геморрагический синдром, который характеризуется склонностью к повышенной кровоточивости. У них нередко могут возникать тяжелые желудочно-кишечные кровотечения, носовые, субарохноидальные, порой заканчивающиеся летально. Поэтому при уходе за больными следует вести постоянный контроль уров-

ня артериального давления, частоты дыхания, частоты пульса, динамики отеков. Тщательное наблюдение за пациентами позволяет своевременно распознать грозные осложнения.

У пациентов, страдающих анемией Аддисона-Бирмера, часто наблюдаются признаки поражения периферической нервной системы: нарушается болевая чувствительность, встречаются и нарушения регуляции функции мочеиспускания.

При лечении важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4-6 раз в день, при-

чем следует обращать внимание на разнообразие и вкусовые качества блюд.

Большая работа в отделении ведется по обучению родственников особенностям ухода за пациентом после выписки из стационара.

Выполнение всех мероприятий по уходу за больными позволяет значительно улучшить результаты лечения наших пациентов, улучшить качество их жизни. Весь наш коллектив работает под девизом «Все на благо пациента!», отдавая все знания, умения и часть своей души пациентам, которые нуждаются во внимании, заботе и поддержке.

ЛАРИОНОВА О.В.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово, Россия.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

*Равнодушие — это паралич души,
преждевременная смерть.*
(А.П. Чехов)

Синдром выгорания был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейдбергером (Freudenberger). В настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации. Когда говорят «синдром профессионального выгорания», имеют в виду конкретные изменения отношения специалиста к предмету профессиональной деятельности и к самому себе.

Симптомы выгорания могут проявляться не только у отдельных сотрудников, но и у целых трудовых коллективов. По признакам коллективное профессиональное выгорание не особо отличается от индивидуального: сотрудники теряют веру в позитивные изменения на работе и возможность изменить что-либо собственными силами. О близости коллектива к выгоранию можно судить по конфликтности внутри отдела, по общей тяжелой, гнетущей атмосфере.

Многолетнее выполнение любой профессиональной деятельности приводит к образованию деформаций личности, снижающих продуктивность осуществления трудовых функций, а иногда и затрудняющих этот процесс. Давно признано, что работа с определенными группами больных является дополнительным психотравмирующим фактором. К ним относятся люди старческого возраста, хронически или смертельно больные, пациенты, требующие интенсивного ухода, психически больные лица. Выгорание считают расстройством сверхпреданных и упрямых, а эти группы больных в це-

лом имеют ряд общих особенностей, которые притягивают преданных идеалистов. Мы заметили, чем дольше персонал работает в хосписе, тем меньше им нравится работать с больными, тем в меньшей мере они ощущают себя успешно работающими, и тем менее гуманна их позиция по отношению к онкобольным.

Существует прискорбная тенденция работодателей и сотрудников немедленно возлагать ответственность за выгорание на индивида. Однако многие значимые переменные стресса включены в профессиональную должность до того, как конкретный человек будет на нее назначен. Выгорание является конечным результатом сложного баланса факторов окружения, в котором мы работаем, полученного образования, характеристик учреждения и личных моментов.

15 лет работы хосписа позволили нам сделать вывод: с меньшим риском для здоровья и менее выраженным снижением эффективности своей деятельности синдром профессионального выгорания переживают работники, которые характеризуются следующими особенностями. В первую очередь, это люди, имеющие хорошее здоровье и сознательно, целенаправленно заботящиеся о своем физическом состоянии (они постоянно занимаются спортом и поддерживают здоровый образ жизни). Это люди, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях.

Необходимо подчеркнуть, что профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального

стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях. Если говорить о характере таких людей, то необходимо выделить такие индивидуально-психологические особенности, как высокая подвижность, открытость, общительность, самостоятельность и стремление опираться на собственные силы, способность формировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки. Это является отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию.

Профилактика начинается с распознавания и понимания сути проблемы. Первый шаг в контроле за процессом выгорания — взять на себя ответственность за свое собственное переживание стресса и потом обязать себя изменяться. Однако нет общего согласия в отношении того, к каким мерам следует прибегать. Не существует простых или универсальных решений. Важно принять вызов и постепенно рассматривать, что нам нужно и как приспособить методы «обуздания стресса» к нашей конкретной ситуации.

Чтобы уберечь персонал от «выгорания» на рабочем месте, нами была разработана специальная программа, помогающая сформировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей и жизни вообще. Наша программа представлена в виде роликов, слайд-шоу, музыкальных

клипов, которые мы показываем в конце каждой «пятиминутки» перед началом и в завершении рабочей смены. Это позволяет настроиться на работу или отключиться от негатива после смены.

«И вот, в конце рабочего дня, проведенного в самых сокровенных уголках человеческих жизней, вероятно, полезно применить что-то наподобие «метода декомпрессии», что-то тонизирующее, что помогло бы нам возвратиться к другой части нашей жизни и устранить «негативные осколки», сохраняя соответствующие границы между работой и домом» (Kirkcaldy, Siefen, 1991).

Мы пришли к выводу, что каждому из нас необходимо стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса и научиться устанавливать или переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину. Это может быть долгий и сложный процесс. Парадокс состоит в том, что способность врача отрицать свои эмоции может быть либо силой, когда он помогает другим справляться с серьезным заболеванием, либо его слабостью, когда необходимо справляться со своим собственным. На протяжении многих лет акцент всецело делался на первом. Только сейчас врачи осознают, что, в конце концов, обращаться к человеку в себе может быть не так уж и плохо (Richards, 1989).

ЛАРИОНОВА О.В.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово, Россия

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ

«Нравы остаются подверженными всяческой порче до тех пор, пока отсутствуют путеводная нить и высшая норма их правильной оценки».

*И. Кант. Основы метафизики нравственности (Соч. в 6 томах, т. 4, ч. 1, М.: Мысль, 1965, С. 224).
Из работы И.В. Силуановой*

Этическая проблематика с ее основным вопросом «об отношениях между врачом и пациентом» неотделима от любого вида врачебной деятельности. Со времен Гиппократова общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что нравственная культура врача — это не просто заслуживающее уважение свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм. Теряет ли силу эта оценка сегодня?

Большинство медицинских работников относятся к пациенту, как к предмету труда, причем предмету неодушевленному. Как к набору органов и систем с определенными функциями. Такие

врачи искренне не понимают, зачем обсуждать с больным ход лечения и спрашивать у него согласие — раз такой умный, лечись сам.

«Почему так происходит? Да потому, что их так научили!» (Б.В. Петровский. Деонтология в медицине. — М.: Медицина, 1988.).

Современные правила этики и деонтологии: «Взаимоотношения со средним и младшим медицинским персоналом должны быть демократичными (они знают и слышат все) необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны — не сообщать ни больному, ни родственникам об имеющемся заболевании или патологии, применяемых методах лечения и др. Воспитайте

у них правильный ответ на все вопросы: «Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача».

«Я ничего не знаю» — и на какое доверие со стороны пациента можно рассчитывать после такого ответа? Напрашивается вопрос: «А что вообще ты делаешь в медицинском учреждении, если ты ничего не знаешь?» Но ведь многие медицинские сестры прибегают к этой тактике (она чрезвычайно удобна) — я ничего не знаю, я ни за что не отвечаю. Почему медицинская сестра, в пределах своей компетенции, не может объяснить больному его состояние, то, что с ним происходит, на что направлено лечение, и таким образом избежать ненужных домыслов и страхов со стороны пациента? Ведь принцип информированности — не выражение доброй воли или желания врача или медицинской сестры, это их обязанность. Соответственно, получение информации является правом пациента.

В современном обществе врач продает пациенту дорогостоящий «лекарственный препарат», заведомо зная, что он не эффективен и больному не нужен. В анонимных клиниках у вас «найдут» кучу инфекций и потом успешно их «вылечат» за «кругленькую сумму». За ту же «кругленькую сумму» вам предложат уникальные приборы, которые избавят вас от рака, псориаза, гипертонии, сахарного диабета, лишнего веса и вообще от всех болезней сразу. Огромная масса колдунов, ведуний, экстрасенсов, шаманов с дипломом государственного образца предложат вам свои услуги для исцеления. Что это? Как это понять? И как найти этому оправдание? Я не знаю. «Ведь добродетель — это приобретаемое качество и сознательно избираемый нами склад души. Добродетель не врожденна нам по природе, она приобретается, мы научаемся ей» (И.В. Силуянова). Так почему же мы когда-то не научились, не приобрели это качество! Что с нами не так?!?

Почему у нас понятия отношений «врач — больной» превращаются в абстракцию, больной для врача становится просто клиническим случаем, а его социальные функции сводятся к формальному долгу назначений в соответствии с модификациями случаев. Такая функция поддается алгоритмизации, стандартизации и моделированию. Однако на медицину всегда смотрели как на нечто бесконечно большее, чем формальная функция, т.е. как на живое, полнокровное социальное отношение, в котором врач видит призвание и способ самовыражения человеческой сущности, а больной — понимание, сочувствие, облегчение, всестороннюю помощь в сохранении жизни и здоровья.

Великая княгиня Александра Петровна (инокиня Анастасия), настоятельница Киевской Покровской обители с целым комплексом больничных учреждений, утверждала: «Единственное на земле неотъемлемое счастье — это служение болящим, в какой бы форме оно не проявлялось...», «...трудясь для страждущих, вы обретаете вечное радование...». К великому сожалению, долгие годы, в силу нашего атеистического воспитания, мы не имели возможности учиться этому.

Сегодня Россия оказалась втянутой в водоворот исторических катаклизмов. Маятник наших аскетических моральных устоев с формально провозглашенными равенством, братством, свободой, пройдя нулевую отметку, перешел в противоположную позицию вседозволенности, корысти, жестокости, безнравственности. Без сомнения, мы это испытание выдержим, но пока революционный поток смел наши представления о добре и зле, противопоставил нашу почти патриархальную ментальность жажде наживы и власти. Но, вместе с тем, в этом мутном потоке все тверже обозначаются светлые новые ценности: права личности, права человека, который перестает быть лишь частью целого, и начинает выступать как свободная и самодостаточная величина.

Можно ли говорить сегодня, что медицинское образование и медицинская практика способствуют нравственному усовершенствованию профессионала-врача? Увы, нет! Пока мы не будем ясно отдавать себе отчет в том, что медицинская специальность — это профессия, формирующаяся по моральным основаниям, имеет моральное значение и наполнена глубочайшим моральным смыслом! Нет! Пока мы не осознаем острую необходимость активного включения в лечебную практику в качестве руководства к действию таких высших общечеловеческих моральных ценностей, как Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Долг и Совесть, Честь и Достоинство, Свобода и Ответственность. Этому нельзя научиться, приобретая профессиональные навыки и знания — это уже нужно иметь, выбирая профессию врача! Очень важно помнить, что врач обладает огромнейшей властью над больным человеком, поскольку пациент доверяет ему свою жизнь. В этой, подчас беспредельной, власти одна из волшебных граней привлекательности и величайшей ответственности нашей профессии. Для хорошего человека это неограниченное пространство добра и сострадания, но не дай Бог такую власть корыстному и злему человеку!

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Согласно данным ВОЗ, опубликованным в новом выпуске «World Cancer Report» 2008 г., опухолевые заболевания могут стать ведущей причиной смерти во всем мире в 2010 году. Если в настоящее время с диагнозом рака живут 25 млн. человек, то к 2030 году их станет втрое больше. За истекший 2008 год зарегистрировано около 12 млн. новых случаев злокачественных новообразований. Ежегодно вновь вливаются более 460 тыс. пациентов со злокачественными новообразованиями, из них у 23,3 % уже при установлении диагноза выявляется IV стадия процесса.

Роль фактора питания в становлении и поддержании устойчивости организма особенно велика при опухолевых заболеваниях. Растущая опухоль нуждается в повышенных количествах энергетических веществ и молекул для построения собственной массы. В связи с этим в организме, поражаемом опухолевым процессом, значительно изменяются условия обеспечения защитных реакций необходимыми веществами.

Классификация нарушений пищеварения при онкологических заболеваниях:

1. Нарушения питания, связанные с длительным отвращением к пище, недостаточным поступлением пищи из-за нарушения проходимости ЖКТ (опухолью)
2. Нарушения питания, которые обусловлены дефицитом ферментов поджелудочной железы.
3. Нарушения пищеварения при поражении опухолевым процессом тонкой кишки с развитием белковой недостаточности.
4. Усиленное образование желудочного сока в сочетании с подавлением образования сока поджелудочной железы.
5. Нарушения баланса электролитов и воды, связанные с длительной рвотой.
6. Расстройства выделительной функции кишечника (длительные запоры или диарея).

В связи с этим, проблема рационального питания онкологического больного приобретает особое значение — питание не только фактор, улучшающий качество жизни, но и средство, позволяющее проводить адекватное лечение. С точки зрения калорийности и качества, диета должна быть питательной и вкусной, с повышенным содержанием белков, углеводы не ограничены, жиры принимаются в нормальном количестве или немного меньше. Минимальная тепловая обработ-

ка пищи, предпочтение отварных продуктов жареным. Обязательное включение в рацион питания сырых растительных продуктов. Исключение из рациона консервированных продуктов. Обязательное включение в рацион пищевых волокон — это отруби, микрокристаллическая целлюлоза (препарат МКЦ). Употребление очищенной воды.

В рационе должны присутствовать овощи, подвергшиеся минимальной тепловой обработке, а также в виде натуральных соков. Фрукты нужно есть не менее чем за полчаса до основного приема пищи. Соки нормализуют работу ЖКТ и являются источником витаминов и веществ, оказывающих антиканцерогенное действие. Максимальный эффект отмечается при употреблении морковного и свекольного соков. Капуста и капустный сок очень полезны при сопутствующих заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки. Рекомендуется употреблять около 100 г капусты в день.

Источником витамина «С» являются клюква, шиповник, яблоки. Клюква оказывает также выраженное бактерицидное действие. Яблоки усиливают кроветворение и способствует выведению токсинов из организма.

Правильное питание, наряду с лечебным процессом, является одним из важных звеньев в борьбе со злокачественными заболеваниями, оно способствует:

- выведению токсинов из организма;
- устранению витаминно-минерального дисбаланса;
- восстановлению функций пищеварительной системы путем употребления свободной от вредных примесей и правильно приготовленной пищи;
- поддержанию положительного отношения к жизни в целом и к выбранной диете в частности.

В целом идеальный рацион выглядит так: он беден животными жирами, в нем мало соли и сахара, отсутствуют рафинированные продукты. Запрещен никотин, но допускается умеренное употребление алкоголя. Основу питания составляют фрукты, овощи, зерновые.

Для многих людей переход на такую диету означает отказ от давно сформировавшихся привычек. Но приспособится к ней и сделать ее частью своей жизни совсем не трудно. Противораковая диета прекрасно подойдет пациентам, чье состояние стабилизировалось, и здоровым людям, интересующимся профилактикой и общим оздоровлением.

НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

Хорошо известно, что кардинальным условием обеспечения жизнедеятельности организма и преодоления многих патологических состояний является не только должное кислородное обеспечение организма, но и поддержка оптимального трофического гомеостаза – состояния внутренней среды организма, при котором обеспечивается относительно постоянное содержание в организме необходимых питательных веществ. Установлено, что для поддержки трофического гомеостаза и жизнеобеспечения любая клетка организма человека должна получать 76 нутриентов, 45 из которых в обычных условиях и 52 при критических состояниях являются незаменимыми [2, 3].

Одной из актуальных проблем онкологии является прогрессирующая трофическая недостаточность (ТН), имеющая место у 45-86 % онкологических больных [1, 5, 13, 15, 23, 25]. При этом распространенность и выраженность ТН в значительной мере предопределяются локализацией, размерами и стадией течения опухолевого процесса, а также индивидуальной реакцией организма больного по типу «опухоль против хозяина». Хорошо известно, что развивающееся истощение, с одной стороны, существенно ограничивает возможности применения современных методов лечения онкологических больных, а с другой, является непосредственной причиной опасных для жизни осложнений и их преждевременной смерти. Так, например, по данным Warren S. (1932) и Ottery F. (1996), у каждого пятого онкологического больного непосредственной причиной смерти является кахексия [24].

Выраженная гипотрофия не позволяет провести адекватное лечение у 40 % этих пациентов [16]. Потеря массы тела (МТ) всего на 5 % от нормальной ее величины может значительно ухудшить прогноз заболевания. Развивающаяся ТН существенно снижает и чувствительность опухоли к химио- и лучевой терапии, а также повышает риск развития доза-зависимой токсичности. Наряду с этим, необходимо отметить, что специфические методы противоопухолевого лечения, как правило, усугубляют имеющиеся у онкологических больных расстройства питания и практически всегда способствуют развитию ТН у ранее не истощенных пациентов [5, 24].

Наиболее значимыми причинами развития ТН у онкологических больных являются активная про-

дукция опухоли и иммунокомпетентными клетками организма различных медиаторов-кахектинов (LMF, PIF, TNF, IL-1, IL-6, IFN γ), стойкие явления парциальной или тотальной гипо- или анорексии, которые, наряду с изменениями вкусовых и обонятельных ощущений, приводят к обычной алиментарной недостаточности, нарушенное пищеварение, сохраняющаяся боль, тяжелая депрессия, а также агрессивная химио- и лучевая терапия [5, 9, 11, 16, 21]. Указанные причины лежат в основе развития в организме больного выраженной дисфункции трофической цепи и метаболической дезорганизации, что сопровождается стойкой катаболической направленностью обменных процессов. Основные нарушения метаболизма, наблюдающиеся у онкологических больных:

1. Белковый метаболизм:
 - малое поступление белка (анорексия, нарушенное пищеварение);
 - снижение синтеза белка в мышцах;
 - повышенная скорость оборота белка;
 - катаболическая направленность обмена;
 - активное поглощение азота опухолью;
 - прогрессирующая саркопения.
2. Углеводный метаболизм:
 - повышенная скорость окисления глюкозы, возрастающая по мере роста опухоли, приводящая к полному истощению запасов гликогена;
 - активный глюконеогенез, не подавляемый экзогенно вводимой глюкозой;
 - инсулинорезистентность;
 - наличие в опухоли преимущественно анаэробного гликолиза, сопровождающегося накоплением лактата.
3. Липидный метаболизм:
 - повышенный липолиз;
 - истощение жировых депо;
 - активное использование для энергообеспечения глицерола и жирных кислот;
 - экзогенно вводимая глюкоза не подавляет липолиз.

Наряду с этим, необходимо отметить, что выраженность метаболических нарушений и имеющейся дисфункции трофической цепи в значительной мере обусловлены и наличием микронутриентной недостаточности.

Установлено, что столь часто наблюдаемая у онкологических больных ТН сопровождается более высоким риском развития различных ослож-

нений, что может приводить к более длительному пребыванию их в стационаре, более высоким расходам на лечение и более высокой летальности. При этом следует учитывать, что имеющееся истощение — это еще и плохое качество жизни, а также ограниченные возможности социальной адаптабельности данной категории пациентов. В этой связи совершенно очевидна необходимость разумной оптимизации лечебного питания онкологических больных в интересах улучшения не только результатов их комплексного лечения, но и качества жизни [1, 5, 15, 22, 24, 25].

Лечебное питание больных в зависимости от целого ряда факторов может осуществляться естественным и(или) искусственным путем. К первому относятся лечебные рационы из натуральных и обогащенных продуктов функционального питания, а также пероральное потребление (сипинг) специальных искусственно созданных высоко биологически ценных хорошо сбалансированных питательных смесей (ПС) и биологически активных добавок к пище, позволяющих целенаправленно воздействовать на нарушенный метаболизм. Искусственное лечебное питание больных, к которому следует относить методы противоестественного (минуя ротовую полость) введения питательных субстратов, подразделяется на зондовое и(или) парентеральное. Возможно также сочетание указанных видов лечебного питания.

В клинической практике часто применяется термин нутриционная (нутритивная, питательная) поддержка (НП) больных, к которой в узком смысле данного понятия относят специальные методы субстратного обеспечения пациентов, отличающиеся от естественного питания обычными натуральными продуктами. Основными методами НП являются:

- сипинг — пероральное потребление ПС в жидком виде (частичный, как дополнение к основному рациону или полный — потребление только ПС);
- обогащение натуральных продуктов питания и различных блюд порошкообразными ПС;
- зондовое питание, осуществляемое через назогастральный или назоинтестинальный зонд, а при необходимости длительного искусственного питания больного (более 6-8 недель) — через гастро- или энтеростому;
- парентеральное питание, которое может проводиться через периферическую или центральную вены.

Рассматривая выше указанные методы НП следует помнить, что в основе лечебного питания любой категории больных, в том числе и онкологических пациентов, должно при малейшей возможности лежать, прежде всего, естественное питание, так как потребляемая пища, наряду с нутритивными и регуляторными, обладает еще сенсорны-

ми и знаковыми свойствами. Последние также имеют весьма важное значение, способствуя лучшей оптимизации функциональной деятельности трофической цепи больного и ассимиляции поступающих нутриентов.

Основными задачами НП онкологических больных являются: предотвращение или минимизация дефицита нутриентов и сохранение должного трофического гомеостаза; поддержание массы тела больного, особенно клеточного ее состава, а также висцерального пула белков; повышение переносимости различных методов противоопухолевой терапии; минимизация проявлений и последствий побочных эффектов лучевой и химиотерапии; профилактика и лечение иммунодепрессии; повышение уровня качества жизни больных.

При этом важно соблюдать определенные **принципы НП** больных:

- своевременность назначения — любую кахексию легче предупредить или отсрочить, чем лечить;
- адекватность — разумное субстратное обеспечение больных, соотносясь не только с расчетными потребностями пациента в нутриентах, но и возможностями их ассимиляции больным организмом (много не значит хорошо);
- оптимальность сроков проведения активной НП пациентов, так как краткосрочные усилия мало эффективны (критерии — стабилизация основных показателей трофологического статуса и восстановление возможности адекватного питания естественным путем).

Среди различных категорий онкологических больных, которым показано своевременное назначение активной НП, выделяют следующие факторы:

- быстро прогрессирующая потеря массы тела, составляющая более 2 % за неделю, более 5 % за месяц или более 10 % за квартал;
- исходная ТН — индекс МТ < 19 кг/м² роста; гипопроотеинемия < 60 г/л; гипоальбуминемия < 30 г/л, содержание Нб < 100 г/л; абсолютная лимфопения < 1200 клеток;
- высокий риск развития быстро прогрессирующей ТН, обусловленный возникшей невозможностью оптимального естественного питания (анорексия, тошнота, рвота, мукозиты, энтеральная недостаточность и др.) или развитием инфекционных осложнений, усиливающих выраженность катаболизма.

Назначение специального клинического питания онкологическим больным показано во всех случаях, когда энергетическая ценность потребляемого за сутки обычного лечебного рациона становится ниже величины основного обмена (женщины < 20, мужчины < 25 ккал/кг в сутки). При этом следует придерживаться определенной целесообразной последовательности выбора методов

проводимой активной НП: сипинг — зондовое питание — парентеральное питание [3]. Естественно, что указанные методы клинического питания ни в коей мере не должны противопоставляться друг другу и в интересах достижения оптимизации НП больных могут применяться сочетанно.

Выбор того или иного метода клинического питания определяется конкретной клинической ситуацией, однако следует еще раз подчеркнуть, что при прочих равных условиях предпочтение всегда следует отдавать пероральному или зондовому методу алиментации больных. Это обусловлено тем, что ЖКТ является начальным этапом трофической цепи человека, в значительной мере предопределяющим последующую ассимиляцию нутриентов. Вместе с тем, регенераторная трофика слизистой оболочки тонкой кишки на 50 %, а толстой кишки на 80 % зависит от наличия внутрипросветного субстрата (эпителий кишечника полностью обновляется каждые трое суток). При этом между регенераторным потенциалом слизистой и барьерной функцией кишечника имеется прямая взаимосвязь. Следует помнить, что в условиях постагрессивной реакции организма именно кишечник может являться основным, не дренированным, эндогенным очагом инфекции и источником неконтролируемой транслокации микробов и их токсинов в кровь (в кишечнике человека содержится до 2-3 кг микробной массы). Именно этот механизм является не только наиболее частой причиной развития инфекционных осложнений, но и лежит в основе формирования синдрома системной воспалительной реакции, а также присоединяющейся на этом фоне полиорганной неспособности. Наряду с этим, энтеральное питание в 4-6 раз дешевле и не имеет столь серьезных осложнений, как парентеральное [2, 3, 12, 15, 19].

Следует отметить, что до настоящего времени нет единой точки зрения в отношении необходимости и целесообразности активной НП онкологических больных. Существуют два противоположных мнения:

1. Питание является промотором опухолевого роста. Хорошо питаясь, онкологический больной кормит свою опухоль, способствуя ее росту.
2. Питание повышает рефрактерность организма к опухолевому росту и агрессивному лечению. Плохо питающийся пациент ослабляет организм, создавая условия для большей иммунодепрессии, более ранней генерализации опухолевого роста и развитию различных осложнений.

Наличие двух диаметрально противоположных точек зрения, как правило, свидетельствует о том, что истина, как это часто бывает в подобных случаях, находится где-то посередине (не перекармливай, но уделяй должное внимание).

В настоящее время следует признать, что злокачественная опухоль развивается по определенным автономным биологическим законам. Еще в середине 20-го столетия И.П. Мищенко и В.С. Шапот показали — опухоль является активной ловушкой азота и глюкозы, что сопровождается активацией в организме большого глюконеогенеза и белкового катаболизма [8]. Это сопровождается прогрессирующим липолизом и распадом мышечной ткани, что приводит к прогрессирующей потере массы тела. По сути дела, раковые клетки активно пролиферируют, используя другие ткани организма (аутоканнибализм). Поэтому ТН онкологического больного есть не что иное, как следствие системной реакции организма по типу «опухоль против хозяина». В этой связи необходимо каким-то образом противостоять этому процессу. Совершенно очевидно, что в большей или меньшей степени эта проблема, хотя бы частично, может решаться путем оптимизации лечебного питания больного. Следует отметить, что до настоящего времени не получены какие-либо убедительные клинические данные о промоторном действии на опухолевый рост искусственного питания.

Вместе с тем, сохраняются и противоречивые мнения относительно состояния энергетического обмена у онкологических больных. По мнению Tisdale M.J. (1997), интенсивность энергетического обмена у этих больных в значительной мере определяется локализацией опухоли — при раке легкого он возрастает, а при раке желудка, гепатобилиарном и колоректальном раке энергообмен не изменяется. Есть все основания полагать, что интенсивность энергетического обмена у онкологических больных будет зависеть от их активности, стадии процесса, вида проводимого лечения, а также имеющихся осложнений.

Принимая во внимание, что потребности онкологических больных могут существенно образом разниться друг от друга, было бы идеальным в каждом конкретном случае осуществлять прямую калориметрию, что позволило бы индивидуализировать алиментацию этих пациентов. Однако возможности ее проведения, к сожалению, практически отсутствуют в подавляющем большинстве наших лечебных учреждений. Поэтому чаще всего приходится ориентироваться на расчетные показатели основного обмена, которые у женщин составляют 20 ккал/кг, а у мужчин — 25 ккал/кг в сутки (следует учитывать, что у лиц старше 30 лет имеет место снижение основного обмена на 5 % на каждое последующее десятилетие). При этом усредненный коэффициент метаболической поправки у данной категории больных, как правило, составляет не более 1,2-1,3. Таким образом, разумный объем базисного субстратного обеспечения онкологических больных составляет: энергия 25-30 ккал/кг, белок 1-1,3 г/кг в сутки. Необ-

ходимо отметить, что онкологическим больным рекомендуется увеличить в 5-10 раз потребление нутриентов, обладающих выраженным антиоксидантным и цитопротективным лечебным воздействием (ретинол, токоферол, аскорбиновая кислота, биофлавоноиды, убихинон, омега-3 жирные кислоты, фосфолипиды, цинк, селен).

Критерием эффективности проводимой НП является текущий мониторинг соматометрических, лабораторных и функциональных показателей трофического статуса больного. Назначение большего объема алиментации онкологическим больным требует дополнительной аргументации, так как далеко не всегда мы можем добиться желаемого эффекта, а чрезмерная нутритивная терапия на фоне выраженной дисфункции трофической цепи может привести к усугублению метаболических нарушений и общего состояния пациентов. В то же время, следует помнить, что ассимиляция поступающих нутриентов может быть улучшена путем целенаправленной коррекции имеющейся дисфункции трофической цепи больных (средства повышающие аппетит, улучшающие процессы пищеварения, субстратные антигипоксанты, ингибиторы циклооксигеназы и т.д.).

Следует отметить, что в настоящее время в России имеются все необходимые условия для реализации дифференцированной НП любой категории больных практически по всем направлениям, зарегистрированы более 60 различных энтеральных питательных смесей (ЭПС), имеется достаточный выбор аминокислотных растворов, жировых эмульсий, витаминных и минеральных комплексов для качественной реализации полного парентерального питания (ПП). Все большее применение находят сбалансированные по макроэлементам контейнеры «три в одном», регистрация которых в России создала реальные возможности для проведения полного ПП в домашних условиях. Представлен достаточно широкий выбор

средств технического обеспечения как энтерального, так и парентерального питания.

Вместе с тем, следует еще раз отметить, что при выборе метода НП любой категории больных общепризнанной и базисной является позиция, суть которой можно представить таким образом — если ЖКТ работает, используйте его, а если нет — заставьте его работать.

Классификация ПС для энтерального питания больных представлена в таблице 1.

В таблицу не включены:

- глюкозо-электролитные химусподобные ПС (Глюкосалан, Регидрон, Гастролит и др.), используемые для раннего восстановления гомеостазирующей функции тонкой кишки и поддержания водно-электролитного баланса организма;
- химически точные ПС, не имеющие регистрации в России.

Полимерные ПС, содержащие все необходимые эссенциальные нутриенты, составляют основную (базисную) группу энтеральных диет (ЭД), предназначенных для перорального или зондового питания различных категорий пациентов. Они позволяют практически неограниченное время осуществлять субстратное обеспечение организма по всем направлениям. Различают порошкообразные и жидкие ППС без ПВ и содержащие ПВ, созданные по принципу «все включено» (табл. 2).

При необходимости длительного (более 7-10 дней) применения полимерных ПС в виде полного сипинга или зондового питания предпочтение следует отдавать ЭД, содержащим пищевые волокна. При отсутствии указанных ПС могут быть использованы любые другие полимерные ЭД с дополнительным назначением пектинсодержащих продуктов (фруктовые пюре) или БАД (стимбифид, артишок, пектин, ультрасорб и др). Известно, что ПВ подразделяются на растворимые (ферментируемые) и нерастворимые (неферментируемые).

Таблица 1
Классификация ПС для энтерального питания больных

По химическому составу	По физическим свойствам	По содержанию энергии	По содержанию белка
1. Полимерные: - без ПВ - содержащие ПВ	1. Порошкообразные 2. Жидкие, готовые к употреблению: - эмульсии - суспензии	1. Изокалорические 1 мл - 1 ккал 2. Гипокалорические 1 мл < 1 ккал 3. Гиперкалорические 1 мл > 1 ккал	1. Изонитрогенные 35-50 г/л белка 2. Гипонитрогенные менее 35 г/л белка 3. Гипернитрогенные более 50 г/л белка
2. Олигомерные			
3. Метаболически направленные: - при сахарном диабете и гипергликемии на фоне инсулинорезистентности - при печеночной недостаточности - при почечной недостаточности - при дыхательной недостаточности			
4. Модульные			

Примечание: ПВ - пищевые волокна.



Таблица 2
Полимерные ПС, зарегистрированные в России

Без пищевых волокон		Содержащие ПВ	
Порошок	Жидкие	Порошок	Жидкие
Нутризон	Нутризон Стандарт	Нутриэн Форт	Нутризон Энергия
Нутриэн Стандарт	Нутризон Энергия	Нутрикомп Файбер	Нутриэн Стандарт
Нутриэн Остео	Нутридринк*		Фортикер*
Унипит	Фрезубин Оригинал		Фрезубин Оригинал
Реалакт	Фрезубин ВП Энергия		Фрезубин Энергия
Нутрикомп Стандарт	Нутрикомп Л Стандарт		Суппортан
Нутрикомп Интенсив	Нутрикомп Л Энергия		Суппортан напиток*
Клинутрен Оптимум	Нутрикомп Л МСТ		Нутрикомп Л Файбер
Берламин Модуляр			Нутрикомп Л Энергия Файбер
МДмил Клинипит			

Примечание: * ПС, предназначенные только для перорального питания.

При этом важно учитывать, что растворимые (ферментируемые) ПВ, являясь основным субстратом для питания облигатной кишечной микрофлоры, способствуют не только ее воспроизводству (бифидо- и лактогенный эффект), но и служат источником образования вследствие микробного гидролиза короткоцепочечных жирных кислот (бутират), оказывающих выраженный местный трофический (регенераторный) и противовоспалительный эффекты [4, 6, 13, 18]. Следует еще раз отметить, что обеспечение и поддержка регенерации кишечного эпителия напрямую сопряжена с сохранностью барьерной функции кишечника (эндогенный очаг инфекции), что весьма важно при проведении химиолучевой терапии. Наряду с этим, растворимые ПВ обладают хорошим антидиарейным действием. Именно в этой связи при высоком риске развития у больных явлений энтеропатии предпочтительнее использовать ПС с наиболее высоким содержанием растворимых ПВ. Нерастворимые (неферментируемые) ПВ увеличивают в кишечнике объем каловых масс и обладают биоэнтеросорбирующим действием. Применение последних в большей мере показано при наличии запоров.

В нарушенном пищеварении (малдигестия, малабсорбция) и плохой переносимости полимерных диет показано временное назначение олигомерных (полуэлементных) ПС, содержащих гидролизаты белка, легко усваивающиеся среднецепочечные триглицериды, высокогидролизный мальтодекстрин, а также все незаменимые микронутриенты (жидкий готовый к применению стерильный Пептисорб и порошкообразные Нутриэн Элементаль, Пептамен, Нутрилон Пепти, Альфаре.).

Из указанных выше олигомерных ПС наиболее щадящим и, в то же время, биодоступным действием обладает Пептисорб, имеющий наибольшую степень гидролиза сывороточных белков (20 % – аминокислоты, 26 % – ди-, три- и тетрапептиды, 25 % – олигопептиды с длиной цепочки от 5 до 9 аминокислот). Наряду с этим, в Пептисорбе су-

щественно (по сравнению с другими аналогичными ПС) уменьшена жировая составляющая ПС (1,7 г / 100 мл – 0,8 г ДЦТ, 0,8 г СЦТ и 0,1 г ПНЖК), что также крайне важно при нарушенном пищеварении, т.к. в первую очередь это скажется на переваривании жиров (стеаторея). Данная ПС включает полный набор всех эссенциальных микронутриентов с повышенным содержанием антиоксидантов (включая каротиноиды), железа, цинка и хрома. Жидкая готовая к употреблению ПС Пептисорб имеет строго стандартизированный состав и низкий риск контаминации. В то же время, неприятные органолептические качества Пептисорба (следствие глубокого гидролиза сывороточного белка) позволяют рекомендовать его, прежде всего, для зондового питания больных и ограничивают возможность его перорального применения [4].

Основным показанием для назначения олигомерных ПС является плохая переносимость больными полимерных ЭД. Наиболее часто это наблюдается при холестазах любого происхождения, недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы, портальной гипертензии, синдроме короткой кишки, тяжелом энтерите и тяжелых воспалительных заболеваниях толстой кишки. Следует помнить, что при сохраняющихся транзитных нарушениях процессов пищеварения полуэлементные ЭД можно сочетать с полимерными ПС в индивидуально подобранном соотношении.

Вместе с тем, следует учитывать, что относительно длительное применение олигомерных ПС (более 7-10 дней) сопровождается угнетением выработки не только собственных ферментов ЖКТ (детренирующий эффект), но и кишечных гормонов, оказывающих прямое влияние как на деятельность всего пищеварительно-транспортного конвейера, так и последующую ассимиляцию нутриентов. Наряду с этим, олигопептиды могут являться питательным субстратом для условно патогенной кишечной микрофлоры, способствуя ее избыточному росту [4].

Модульные ПС содержат преимущественно те или иные нутриенты (белковый – Супро760, АтланТэн, Берламин Протеин модуль, Нутринор и др., жировой – Берламин МЦТ модуль и др., углеводный – Велотон и др. или витаминно-минеральный). Эти ПС не могут быть рекомендованы в качестве единственного источника алиментации онкологических больных, так как они не являются сбалансированными, не содержат полный набор эссенциальных нутриентов. Их применение оправдано только в качестве легко дозируемого дополнительного источника питания в интересах целенаправленной модификации суточного рациона питания больного (например, увеличение белковой или энергетической составляющей).

Назначение специальных метаболически направленных ПС показано при наличии гипергликемии (сахарный диабет, стероидная гипергликемия, нсулинорезистентность) или какой-либо выраженной органной несостоятельности, сопровождающейся определенными выраженными метаболическими нарушениями. Химический состав подобных ПС модифицирован с учетом последних. Так, например, при нарушениях углеводного обмена используются специальные ПС типа «Диабет» – жидкий готовый к употреблению стерильный Диазон, имеющий строго стандартизированный состав и наименьший гликемический индекс [17], а также порошкообразные ПС – Клинутрен Диабет, Нутрикомп Диабет. Указанные ПС имеют несколько меньшее содержание углеводов, представленных преимущественно не гидролизованным крахмалом, а также фруктозой, имеющей инсулиннезависимый путь утилизации. Наряду с этим, все ПС типа «Диабет» содержат пищевые волокна, замедляющие скорость всасывания углеводов из кишечника. При этом следует отметить, что изокалорическая изонитрогенная ПС Диазон содержит преимущественно (80 %) растворимые ПВ (пребиотический, трофический, противовоспалительный и антидиарейный эффекты) и имеет нейтральный вкус, в отличие от ванильного вкуса аналогичных ПС. По нашим данным, вкус ванили часто (до 75 %) отвергается онкологическими больными. Наличие в Диазоне наиболее высокого содержания трех видов ферментируемых ПВ (12 г/л) позволяет рекомендовать его пероральное или зондовое применение не только при наличии у больных гипергликемии, но и практически при любых клинических ситуациях, когда имеется высокий риск развития дисбиотических нарушений (агрессивная антибиотикотерапия, химиолучевая терапия), а также в случаях присоединения энтеропатии (антидиарейный и противовоспалительный эффект).

ПС для больных с печеночной недостаточностью обогащены разветвленными аминокислотами при одновременно пониженном содержании аро-

матических аминокислот и метионина (Нутриэн Гепа). При почечной недостаточности применяются ПС, содержащие преимущественно незаменимые аминокислоты и гистидин, а также пониженное содержание калия, натрия и фосфора (Нутриэн Нефро, Нутрикомп Ренал и др.) При наличии дыхательной недостаточности могут быть использованы специальные ПС типа «Пульмо», в которых понижено содержание углеводов, имеющих высокий дыхательный коэффициент, и увеличена жировая составляющая [4].

Таким образом, в настоящее время имеется широкий выбор различных ПС, позволяющий осуществлять дифференцированную нутритивно-метаболическую терапию различных категорий онкологических больных. Вместе с тем, принимая во внимание, что у данной категории пациентов, особенно получающих химиотерапию, имеется высокий риск энтерогенно обусловленных инфекционных осложнений, при выборе ПС предпочтение все-таки следует отдавать жидким, готовым к употреблению стерильным растворам.

Преимущества жидких, готовых к употреблению питательных смесей:

- имеют строго стандартизированный состав и осмолярность;
- являются стерильными;
- герметичность упаковки минимизирует контакт с ПС, что позволяет существенно снизить риск микробной контаминации;
- возможность более длительного их использования при необходимости зондового питания (флаконы – 8 часов, мешки – 24 часа, против 4-6 часов при использовании растворов, приготовленных из порошкообразных ПС или перелитых из тетрапаков в энтеральные системы);
- имеют низкую вязкость и хорошую текучесть;
- обладают обволакивающим слизистую оболочку действием, что особенно важно при мукозитах;
- обеспечивают максимальное химическое и механическое щажение ЖКТ;
- удобны для применения больными в любых условиях;
- требуют меньших трудозатрат и позволяют экономить время персонала.

Указанные выше ПС с успехом могут быть использованы для дополнительной пероральной алиментации онкологических больных на всех этапах их лечения: предоперационный или предхимиотерапевтический периоды, питание на фоне ПХТ, осложненной мукозитами, реабилитация после оперативного лечения и между курсами ПХТ.

При этом следует отметить, что в последние годы в России накоплен достаточный опыт практического применения у различных категорий онкологических больных гиперкалорической гипер-



нитрогенной ПС «Нутридринк», специально предназначенной для перорального потребления методом сипинга. Одна упаковка (тетрапак) «Нутридринка» емкостью 200 мл содержит 12 г молочного белка, 300 ккал, а также полный набор всех эссенциальных микронутриентов, составляющих 25-30 % от их суточной потребности. Данная ПС представлена в нескольких вкусовых видах (шоколад, апельсин, банан, клубника), что позволяет варьировать ее выбор с учетом столь часто меняющихся у онкологических больных вкусовых предпочтений. Прилагаемая к каждой упаковке соломинка позволяет потреблять «Нутридринк» в любых условиях, сохраняя ее стерильность и без риска микробной контаминации. Нами применяются ниже приведенные варианты НП онкологических больных гиперкалорической ПС «Нутридринк»:

- при наличии гипо- или анорексии и прогрессирующей потере массы тела более 2 % в неделю дополнительно к основному рациону, 2 пакетика в день (лучше в виде отдельного приема);
- в случаях плохого аппетита и уже имеющейся гипотрофии дополнительно к ограниченно выбранному варианту обычного питания больных (индекс массы тела менее 19 кг на м² роста) рекомендуется в качестве отдельного варианта приема пищи (возможно с фруктами или фруктовыми соками), 3 пакетика в день;
- при поражении слизистых полости рта и пищевода, а также в случаях спастических затруднений при прохождении обычной пищи по пищеводу или эвакуации ее из желудка — переход на полный сипинг, до 5 пакетиков в день через каждые 3 часа в сочетании с фруктовыми соками с мякотью;
- при подготовке (за неделю) и во время проведения химио- или лучевой терапии, что улучшает переносимость последней и снижает частоту осложнений, 2-3 пакетика в день;
- в предоперационный период (за 2 недели), особенно при наличии выраженной гипотрофии (ИМТ < 17 кг на м² роста), что позволяет лучше перенести операцию, 3 пакетика в день;
- в послеоперационный период (через 3-5 дней) на протяжении 2-4 недель, что способствует более ранней реабилитации больных, 2-3 пакетика в день;
- для оптимизации питания в поздний реабилитационный период, 1-2 пакетика в день.

В случаях плохой ее переносимости, которая по нашим данным может наблюдаться у 15-20 % больных (тошнота, рвота), следует чаще изменять вкусовую гамму потребляемой ПС или использовать любую другую полимерную ПС, имеющую нейтральный вкус (Нутризон, Диазон). При нарушениях стула (диарея, запоры) целесообразнее применять аналогичную по питательной плотнос-

ти гиперкалорическую гипернитрогенную ПС, например, «Нутризон Энергия с пищевыми волокнами», оказывающую трофический, пребиотический и энтеросорбирующий эффекты. При наличии гипергликемии лучше использовать жидкую стерильную специализированную ПС «Диазон», имеющую не только наименьший гликемический индекс, но и уникальный состав пищевых волокон, 80 % из которых представлены растворимой (ферментируемой) клетчаткой.

В настоящее время зарегистрирована и успешно применяется относительно новая гиперкалорическая гипернитрогенная полимерная ПС Фортикер, предназначенная для перорального приема. В одном пакетике (Тетрапак) Фортикера содержится 125 мл ПС (200 ккал, 11,25 г белка), имеет хорошо сбалансированный состав, включающий все эссенциальные микронутриенты. Данная ПС представлена различными вкусами, обогащена омега-3 жирными кислотами (противовоспалительный и антиагрегационный эффект), содержит 4 вида пищевых волокон (82 % растворимые), а также L-карнитин (улучшение транспорта жирных кислот в митохондриях) и таурин (антиоксидантный эффект).

Наряду с этим, в России относительно недавно зарегистрирован альтернативный жидким ПС специальный продукт с высоким содержанием белка и энергии в виде пудинга — Фортикрем. В состав продукта также входят все эссенциальные микронутриенты. Данный продукт представлен различными вкусами и позволяет успешно решать проблемы питания пациентов не только с мукозитами, но и дисфагией любого происхождения.

Основным показанием для назначения онкологическим больным ПП является невозможность обеспечения им оптимальной НП перорально или через зонд, что может иметь место при полностью или частично не функционирующем ЖКТ, невозможности установки зонда или наложения стомы, при упорной рецидивирующей рвоте, кишечной непроходимости и необходимости временного исключения кишечного пищеварения, а также в случаях острого массивного желудочно-кишечного кровотечения. Следует отметить, что с регистрацией в России контейнеров для ПП, созданных по принципу «три в одном» (Кабивен, ОлиКлиномель), появились реальные возможности его практического применения в домашних условиях.

Следует отметить, что искусственное (зондовое или парентеральное) питание не влияет заметно на выживаемость при раке и не предпочтительнее, чем пероральное питание, если больной в состоянии и готов соблюдать предписанные рекомендации при сохраненной функциональной способности ЖКТ. Парентеральное питание сложно проводить в течение длительного промежутка вре-

мени, и оно связано с рядом серьезных осложнений. В настоящее время отмечается большая эффективность полного ПП только у пациентов, которым проводится пересадка костного мозга. При этом показано, что ПП, обогащенное аминокислотами с разветвленной цепью, способствует лучшему сохранению висцеральных белков у пациентов с миелотрансплантацией, по сравнению со стандартными аминокислотными растворами [10, 16].

Показания для назначения онкологическим больным искусственного лечебного питания:

- снижение ЭЦ суточного рациона при пероральном питании, включая сипинг меньше величины основного обмена;
- больной не хочет, не может или не должен получать пищу естественным путем;
- пациент не может достаточно питаться естественным путем (ослабленные и истощенные больные, септические осложнения, тошнота, рвота);
- ожидаемая продолжительность жизни пациента более 2-х месяцев;
- психофизическая готовность и согласие больного, а также его семьи.

При вынужденном назначении искусственного лечебного питания во всех случаях предпочтение следует отдавать энтеральному доступу.

Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что недостаточность питания, имеющая место у большинства онкологических больных, может негативно влиять на эффективность их лечения, а оптимальная НП должна быть обязательным компонентом их комплексного лечения. Активная НП показана онкологическим больным, имеющим не только явные признаки нарастающей ТН, но и всем пациентам, которым предстоит хирургическое вмешательство, химио- или лучевая терапия (группа риска быстрого развития ТН). Имеющийся выбор ЭД позволяет осуществлять дифференцированную фармаконутриентную коррекцию имеющихся у них метаболических нарушений, что определенным образом способствует уменьшению числа нежелательных осложнений, а также повышению толерантности пациентов к лечению и снижению медикаментозной нагрузки. В конечном итоге, НП создает предпосылки не только для повышения уровня качества жизни онкологических больных, но и улучшает их социальную адаптацию. Несомненно, что это направление требует дальнейшего изучения и совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жвиташвили, Ю.Б. Рак и питание /Жвиташвили Ю.Б. – СПб., 2001. – 319 с.
2. Костюченко, А.Л. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине /Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. – СПб., 1996. – 330 с.
3. Луфт, В.М. Клиническое питание в интенсивной медицине: Практик. /Луфт В.М., Костюченко А.Л. – СПб., 2002. – 174 с.
4. Луфт, В.М. Энтеральное клиническое питание в интенсивной медицине: фармаконутриентная характеристика и возможности дифференцированного применения /Луфт В.М. //Клин. анестезиология и реаниматология. – 2007. – Т 4, № 5. – С. 1-15.
5. Салтанов, А.И. Некоторые проблемы энтерального питания в онкологии /Салтанов А.И., Серегин Г.И. //Искусственное питание больных в медицине критических состояний: Матер. 5-й Межрегион. конф. – СПб., 2005. – С. 59-60.
6. Чарльз, В. Секреты питания /Чарльз В., Ван Вэй, Кэррол Айертон-Джонс. – М., 2006. – 311 с.
7. Чубенко, В.А. Влияние химиотерапии на трофологический статус больных со злокачественными новообразованиями ЛОР органов /Чубенко В.А., Луфт А.В., Певцов Д.И. //Искусственное питание больных в медицине критических состояний: Матер. 5-й Межрегион. конф. – СПб., 2005. – С. 74-75.
8. Шапот, В.С. Биохимические аспекты опухолевого роста /Шапот В.С. – М., 1975. – С. 215.
9. Argiles, J.M. The role of cytokines in cancer cachexia /Argiles J.M., Lopez-Soriano F.J. //Med. Res. Rev. – 1999. – N 19. – P. 223-248.
10. Dietary intake, resting energy expenditure, weight loss and survival in cancer patients /Bosaeus I. et al. //J. Nutr. – 2002. – N 132. – P. 3465S-3466S.
11. Body, J.J. The Syndrome of Anorexia-Cachexia /Body J.J. //Curr. Opin. Oncol. – 1999. – N 11. – P. 255-260.
12. Enteral nutrition during multimodality therapy in upper gastrointestinal cancer patients /Daly J.M., Weintraub F.N., Shou J.B. et al. //Ann. Surg. – 1995. – N 221(4). – P. 327-338.
13. Effects of cachexia due to cancer on whole body and skeletal muscle protein turnover /Dworzak F., Ferrai P, Gavazzi C et al. //Cancer. – 1998. – N 82(1). – P. 42-48.
14. Galvez, J. Effects of dietary fiber on inflammatory bowel disease. /Galvez J., Rodriguez-Cabezas M.E., Zarzuelo A. //Mol. Nutr. Food Res. – 2005. – N 49(6). – P. 601-608.
15. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer /Heys S.D., Walker L.G., Smith I.M., Eremin O.N. //Ann. Surg. – 1999. – N 229(4). – P. 467-477.
16. Supportive nutrition on recovery of metabolism, nutritional state, health-related quality of life, and exercise capacity after major surgery: a randomized study /Hyltander A. et al. //Clin. Gastroenter. Hepatol. – 2005. – N 3. – P. 466-474.
17. Kern, K.A. Cancer cachexia /Kern K.A., Norton J.A. //JPEN. – 1988. – N 12(3). – P. 226-298.
18. Knox, L.S. Nutrition and cancer /Knox L.S. //Nursing Clin. North Am. – 1995. – N 18(1). – P. 97-109.
19. Enteral nutritional during the treatment of head and neck carcinoma /Mekjail T.M., Adelstein D.J., Rybicki L.S. et al. //Cancer. – 2001. – N 91. – P. 1785-1790.
20. Miller, S.J. Cellular and physiological effects of short-chain fatty acids /Miller S.J. //Mini Rev. Med. Chem. – 2004. – N 4(8). – P. 839-845.
21. Plester, C.E. The nutritional status of patients with unresectable cancer of the pancreas /Plester C.E., Wigmore S.J., Fiaron K.C. //Clin. Nutr. – 1995. – Vol. 14. – P. 46-47.
22. Role of nutritional support induction chemoradiation therapy in esophageal cancer /Sicora S.S., Ribeiro U.C., Kane J.M. et al. //J. Parent. Ent. Nutr. – 1998. – N 22(1). – P. 18-21.

23. Tisdale, M.J. Cancer cachexia: metabolic alterations and clinical manifestations /Tisdale M.J. //Nutrition. – 1997. – N 13(1). – P. 1-7.
24. Tisdale, M.J. Cachexia in cancer patients /Tisdale M.J. //Nature Rev. Cancer. – 2002. – N 2. – P. 862-871.
25. Torelli, G.F. Used of TPN in terminaly ill cancer patients /Torelli G.F., Campos A.S., Meguid M.M. //Nutrition. – 1999. – N 15. – P. 665-667.
26. Warren, S. The intermediate cause of death in cancer /Warren S. //Am. J. Med. Sci. – 1932. – N 184. – P. 665-667.

МАЛИКОВ А.А.

*ГУЗ Областной клинической онкологической диспансер,
г. Кемерово*

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ ЭПИТЕЛИИТОВ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

В структуре онкологической заболеваемости рак слизистой оболочки полости рта составляет около 6 %.

Несмотря на доступность данной патологии для визуального и инструментального исследования, большинство больных поступают в специализированные клиники уже имея третью или четвертую стадию заболевания.

Травматические и объемные хирургические вмешательства у больных часто приводят к грубым анатомическим и физиологическим нарушениям, не снижая частоту рецидивов, поэтому для большинства пациентов с опухолями головы и шеи лучевой метод лечения остается ведущим. На благоприятный результат после лучевой терапии можно рассчитывать лишь при подведении суммарной очаговой дозы не менее 70 Гр. Такие дозы неизбежно приводит к появлению выраженных ранних лучевых реакций на слизистой оболочке, попадающей в облучаемый объем. Развитие эпителиитов вынуждает радиолога прервать курс лучевой терапии, что неблагоприятно сказывается на состоянии опухолевого процесса, способствует репопуляции опухолевых клеток и развитию радиорезистентности.

Для уменьшения проявления местных лучевых реакций при дистанционной гамма-терапии (ДГТ) опухолей орофарингеальной области в Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере (ОКОД) в течение последних 10 лет, наряду с традиционным лекарственным лечением (полоскание полости рта отварами трав, 5 % раствором димексида, «Гантум-Верде» и т.д.), используется низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) красного и желто-зеленого спектров.

Лазерное воздействие, стимулируя различные процессы в тканях, в конечном итоге приводит к

восстановлению микрокровотока, уменьшению болей, снижению отечности тканей, усилению регенераторных процессов.

В ОКОД дистанционную гамма-терапию по поводу опухолей слизистой оболочки полости рта и глотки ежегодно получают 70-80 пациентов. Лучевая терапия осуществляется на гамма-терапевтических установках «АГАТ-РМ» и «АГАТ-Р1». Лучевое лечение у большинства больных проводится по расщепленному курсу разовой очаговой дозой 2 Гр, до суммарной очаговой дозы 70-72 Гр.

Практически с первых сеансов ДГТ пациентам назначается лазерное лечение для профилактики лучевых эпителиитов. Терапию проводим на лазерной установке «Яхрома-Мед» на парах меди, генерирующей излучение желто-зеленого спектра (длина волны 510,6 и 578,2 нм) в импульсном режиме (частота импульсов 10-15 кГц), мощностью светового потока на выходе световода 200-300 мВт, а также на гелий-неоновом терапевтическом лазере «АФЛ-2» (длина волны-630 нм), мощностью светового потока 20 мВт. Энергетическая экспозиция (доза) составляет 1-1,5 Дж на 1 квадратный сантиметр. Сканирующим лазерным лучом обрабатывается слизистая оболочка полости рта в проекции полей облучения гамма-квантами. Терапию проводим ежедневно, как правило, после сеансов ДГТ, на протяжении всего курса облучения.

Наши наблюдения показали, что проявления лучевого эпителиита у больных на фоне лазерной терапии появлялись лишь в конце курса ДГТ, были менее выраженными, что позволяло закончить запланированное лучевое лечение у большинства пациентов без вынужденных перерывов. Использование НИЛИ улучшает самочувствие пациентов и сокращает сроки их пребывания на больничной койке.

НАУМЕНКО Л.Б., КУЗЧУТКУМОВА С.К.
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово

РАБОТА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Важным разделом деятельности в вопросах профилактической медицины является развитие вторичной медицинской профилактики, к которой относится система нозологически ориентированных школ (НОШ). НОШ создаются в основном для профилактики осложнений заболеваний, обучения пациентов и формирования их медицинской активности.

На сегодняшний день актуально развитие НОШ для решения вопроса организации восстановительного лечения больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга (цереброваскулярные болезни, включая инсульт), профилактики факторов, ведущих к летальности, инвалидизации.

В России заболеваемость сосудистыми расстройствами головного мозга составляет 5776 случаев на 100 тыс. населения, а смертность — 325 случаев на 100 тыс. населения.

Неврологическое отделение ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» оказывает специализированную помощь при лечении и ранней реабилитации больных с сосудистой патологией головного мозга согласно разработанным программам и в соответствии с Приказом № 513 МЗСР РФ от 1 августа 2007 года «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)».

Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) нуждаются в комплексном лечении, включающем не только адекватную медикаментозную терапию, но и грамотный уход на всех этапах лечения.

Основные задачи, которые ставит перед собой сестринский персонал отделения, предоставление медицинской, психологической и социальной помощи больным и их семьям, повышение роли пациента в решении проблем со здоровьем.

С этой целью, помимо ежедневного мониторинга основных жизненных функций пациента (по листу динамического наблюдения, разработанно-

му в отделении), с больными и их родственниками проводится работа по ранней общей двигательной активизации больных. Данная работа позволяет профилировать основные осложнения инсульта: пролежни, пневмонию, задержку стула, тромбоз легочной артерии. На ранних этапах, при обездвиживании больного, она состоит в основном из лечения положением (возвышенное положение, повороты тела пациента каждые 2 часа, отведение парализованной конечности). При восстановлении движений, совместно с инструктором ЛФК, вырабатываются и закрепляются двигательные стереотипы.

Родственники и, по возможности, сами пациенты с первых дней нахождения в стационаре вовлекаются в процесс реабилитации. В отделении разработаны рекомендации для родственников: «Профилактика пролежней», «Элементы лечебной физкультуры при неврологических заболеваниях», «Профилактика застойных пневмоний» и др. Палатные медицинские сестры обучают родственников элементам ухода по смене нательного и постельного белья, уходу при недержании мочи, приемам кормления, правилам перемещения пациента.

Пациенты с неврологическими заболеваниями нуждаются не только в уходе, но и в предельно внимательном, терпеливом отношении. Благоприятный психологический климат, сочетание доброжелательности с требовательностью по отношению к больному способствуют восстановлению нарушенных навыков, возвращению к полноценной жизни. При каждой беседе настраиваем пациента и родственников на продолжительный, требующий больших физических и душевных сил, восстановительный период.

По данным мировой литературы и нашему наблюдению, ранняя, поэтапная, длительная реабилитация больных с неврологическим дефицитом способствует более полному восстановлению нарушенных функций и повышению качества их жизни.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ГОРОДСКОМ ХОСПИСЕ

Врач-психотерапевт использует внутренние методы лечения и оздоровления. Перспективность этих методов в хосписе в том, что они универсальны и не обязаны гарантировать выздоровление. Универсальность внутренних методов лечения состоит в направленности как на физическое излечение, так и на улучшение качества жизни за счет продолжающегося личностного развития. Имеется в виду качество духовной жизни, которое достигается через принятие своих чувств, а значит, через потерю страха душевных страданий. Отсутствие такого страха дает возможность обращать внимание на приятные стороны продолжающейся жизни. Человек, который находится в сознании, способен совершенствоваться в принятии себя, и значит, в открытом выражении всех своих чувств, мыслей, принятии и удовлетворении желания познавать что-то новое, прежде всего, то, что ему интересно.

Угроза жизни часто порождает осознание дефицита времени и, значит, более продуктивное его использование, чем у людей без угрозы жизни. Дефицит времени также является и фактором, ограничивающим достижение высокой степени личностной зрелости пациентами. Решающее значение здесь имеет уже сложившаяся система ценностей человека и наличие в ней убеждения о значимости самопознания и самовыражения.

Людей с такими убеждениями мало в силу исторических причин. В период «мрачных времен» (В. Высоцкий) развитие личности было, по сути, под запретом, и сложившаяся система ценностей служила выживанию в таких условиях. Это исключало в системе ценностей убеждение о значимости самопознания. По той же причине отсутствие устойчивой системы ценностей характерно не только для пациентов, но и для медицинского персонала. Ниже указаны наиболее характерные проблемы, встречающиеся у медработников различных звеньев.

Наиболее близкое общение с пациентами у санитарок. Грубость пациентов, их родственников, неблагодарность с их стороны, грубость самих санитарок, необходимость требовать соблюдения порядка от некоторых пациентов, и незнание, как это делать уважительно, обиды на грубость дементных пациентов, ненесение ответственности за свои чувства, детская позиция в конфликтах (жалобы и нежелание что-либо менять, попытки обвинить в непонимании), — проблемы, чаще всего встречающиеся у санитарок.

Медсестры менее связаны с наблюдением за поведением пациентов, поэтому реже сталкиваются с их грубостью. В целом, медсестры сталкиваются с теми же трудностями, что и санитарки.

От врачей родственники пациентов иногда требуют излечения последних, агрессивно обвиняют их в плохом лечении, некритично относясь к состоянию близких и не понимая предназначения хосписа. Отсутствие устойчивой системы ценностей и способов обращаться со своими неприятными чувствами и у врачей приводит к фрустрациям, эмоциональному выгоранию и маскированной депрессии.

Проблемы, чаще всего встречающиеся у пациентов, связаны с личностной незрелостью и когнитивным дефицитом. Боль, страх боли и смерти, сосредоточенность на неприятной стороне жизни — основные их проявления.

У родственников неизлечимо больных пациентов чувство вины, неумение достигать личностной близости, тоже обусловлены личностной незрелостью, отсутствием устойчивой системы ценностей и акцентуациями характера.

Наиболее современным и перспективным подходом в решении психологических и других проблем, возникающих в хосписе, является системный подход. Прежде всего, системный подход помогает определить своевременность применения тех или иных психотерапевтических методик, то есть, их экологичность. Положительные перемены происходят лишь тогда, когда они вписываются в систему семьи, трудового коллектива или неформальную систему моральных ценностей общества, и самые эффективные психотерапевтические методики не приведут к результатам без учета требований подобных систем.

В Кемеровском городском хосписе созданы условия для работы психотерапевта с пациентами, их родственниками и персоналом, что и помогает обеспечить системный подход в разрешении различных проблем.

Среди ступеней к высокому качеству жизни пациентов и их родственников важнейшей является как можно более полное принятие себя этими людьми. Сюда включается позитивное отношение к себе, как личности, и к таким проявлениям себя, как приятные и неприятные чувства и мысли, способность принимать свои и чужие ошибки в поступках, как обратную связь для дальнейшего личностного развития. Одним из результатов консультирования бывает формирование та-

кого элемента устойчивой системы ценностей, как убеждение об ответственности за свои чувства в общении. Другим результатом психотерапии является способность конструктивно менять патологические системы (некоторых семей, некоторых моральных догм общества или коллектива) или экологично (без существенных потерь) покидать эти системы. Нормальная самооценка помогает освоить и использовать правила психогигиены общения, т.е. конструктивно выражать свои чувства, мысли или претендовать на что-либо.

Палиативная психотерапия показана пациентам, не готовым к личностному развитию. Таким пациентам показано внешнее лечение. Это эстетотерапия (арттерапия, музыкотерапия, цвето-, светотерапия, ароматерапия, библиотерапия, терапия кино, терапия бытовым уютом), различные виды гипноза.

Еще один результат психотерапии в хосписе — помощь в восприятии его как дома жизни, а не дома смерти, как обычно принято воспринимать. Жизнеутверждающим является не только высокое качество жизни пациентов, их родственников, но и профилактическая работа с родственниками и всеми желающими сохранить свое здоровье. Хотя

и горький, но бесценный опыт возникновения тяжелых заболеваний у пациентов ярко и образно показывает наследственную или психосоматическую природу заболеваний. Такой опыт в руках психотерапевта становится важным инструментом помощи всем желающим усовершенствовать или начать вести здоровый образ жизни без насилия над собой и без самозапугивания.

РЕЗЮМЕ

В начале своей работы в городском хосписе врач-психотерапевт изучил степень потребности в системном подходе к решению психологических трудностей пациентов и их родственников. Выявлены и классифицированы трудности у пациентов, их родственников и персонала хосписа. Отмечена взаимосвязь психологических трудностей с общественно-политической ситуацией в недавнем прошлом. Подобраны методы психотерапии, наиболее подходящие для различных групп пациентов, родственников и персонала, в зависимости от степени их личностного развития. В основе работы психотерапевта в хосписе лежит убеждение о значимости высокого уровня личностного развития на различных стадиях жизни и в различных ситуациях.

НИКОНОВИЧ С.Д., СКОЧИЛОВА Е.В., ПЕТРОВА Л.П., ОРАЕВА А.В.,
ФЕДОРОВА Т.В., МОСЕВА О.Л., СТЕПАНОВ А.Н., МЕРКУЛОВА Е.Ю.

*МУЗ «Городская клиническая больница №4»,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ РАБОТЫ ХОЗРАСЧЕТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО УХОДА СОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Для позднего возраста характерно наличие множественной патологии, накопление заболеваний, что определяет высокую потребность пожилых людей в медицинской помощи и уходе. Соматические заболевания в пожилом возрасте обнаруживают тенденцию к затяжному течению, в значительной степени ослабляют организм и приводят больного человека к длительному постельному режиму. Поэтому данная категория пациентов нуждается в оказании квалифицированной медицинской помощи, симптоматической и поддерживающей терапии, адекватной психологической, социальной и духовной поддержке.

По данным управления социальной защиты населения администрации г. Кемерово, в ежедневной госпитализации с целью оказания квалифицированного ухода и палиативной помощи на сегодняшний день нуждаются 52-53 человека. Это те кемеровчане, которые находятся дома, в поле зрения специалистов управления, а могли бы находиться в стационаре.

Столкнувшись с высокой нуждаемостью в палиативной помощи неонкологическим больным, с 1 октября 2007 г. на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 4» открыто отделение на 15 коек на платной основе для оказания квалифицированной помощи пациентам, страдающим хроническими соматическими заболеваниями и нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

Создание таких коек было необходимо в связи с тем, что за последние годы значительно увеличилось число обращений родственников неизлечимо больных пациентов с просьбой о госпитализации.

Причины этих обращений различные:

- невозможность обеспечить дома полноценный уход;
- невозможность оставить работу для того, чтобы постоянно находиться рядом с близким человеком, прикованным к постели;
- отъезд в отпуск или командировку;
- ремонт;
- проведение обследования для оформления пациента в дом-интернат;

- элементарная усталость.

За период с 01.10.2007 г. по 01.01.2009 г. в отделение госпитализированы 312 человек. Из них, 185 женщин и 127 мужчин. По возрасту пациенты разделились следующим образом: от 40 до 50 лет – 3 чел., от 50 до 60 лет – 19 чел., от 60 до 70 лет – 122 чел., 70 лет и старше – 168 чел. По заболеваниям: церебро-васкулярные болезни – 89 чел., деменция – 66 чел., переломы шейки бедра – 37 чел., рассеянный склероз – 3 чел., последствия инсульта – 64 чел., последствия спинальных травм – 3 чел., ишемическая болезнь сердца – 28 чел., цирроз печени – 12 чел., аденома предстательной железы – 2 чел., болезнь Паркинсона – 8 чел.

Основные причины госпитализации пациентов: отъезд родственников в отпуск – 32 чел., командировки – 18 чел., болезнь (госпитализация) родственников, обеспечивающих уход – 27 чел., невозможность обеспечить уход в домашних условиях – 63 чел., невозможность оставить работу – 163 чел., одинокие пациенты – 9 чел.

Поступили по направлению управления здравоохранения – 28 чел., управления социальной защиты населения – 36 чел., совета ветеранов – 13 чел., лечебных учреждений г. Кемерово –

31 чел., по обращению родственников пациентов – 204 чел.

Из всех пролеченных, пенсионерами являлись 301 чел., имели листок нетрудоспособности 2 пациента, 9 пациентов – безработные, не имеющие группы инвалидности.

Из общего числа пациентов, 96 % жители г. Кемерово, 4 % жители Кемеровского района и иногородние.

Из всех поступивших, выписаны домой 206 чел., умерли 96 чел., оформлены в дома-интернаты 8 чел. Всего проведено 7550 койко-дней.

Отделение работает на платной основе, стоимость пребывания – 477 руб. в сутки и включает в себя: полноценный уход, 4-х разовое питание, массаж, ЛФК, поддерживающую медикаментозную терапию.

Право на предоставление льготы (30% скидка) имеют инвалиды и участники Великой Отечественной Войны, бывшие работники медицинских учреждений.

Таким образом, проведенный анализ показал, что создание такого отделения актуально, своевременно и востребовано временем, а также способствует повышению качества жизни пациентов и их близких.

НИКОНОВИЧ С.Д., ЗАБЕЛИНА В.Т., СКОЧИЛОВА Е.В., МЕРКУЛОВА Е.Ю.
МУЗ «Городская клиническая больница № 4»
г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО

Паллиативная помощь – сердце и душа медицины.

В последние десятилетия вопросы оказания паллиативной помощи являются серьезнейшими проблемами, актуальными не только в России, но и во всем мире. Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка, отсутствие этиотропного лечения злокачественных новообразований не позволяют строить оптимистических прогнозов на снижение уровня онкологической заболеваемости и уменьшение числа больных, нуждающихся в паллиативной помощи. Кроме того, на сегодняшний день представляется достаточно актуальным вопрос оказания квалифицированной паллиативной помощи пациентам с различными формами хронических неонкологических заболеваний в терминальной стадии развития, т.е. больным, специализированное лечение которых уже исчерпало свои возможности и/или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния. Объем помощи таким больным необходимо расширить; от симптоматического лечения перейти к

оказанию всесторонней (медицинской, психологической, социальной и духовной) помощи пациенту и его семье.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевают раком около 7 млн. человек и около 5 млн. заболевших умирают (в России около 300 тыс.), к этому числу можно добавить умирающих от СПИДа и других заболеваний, при которых требуется специализированная помощь. Онкологическая заболеваемость в России остается стабильно высокой и прогнозируется ее дальнейший рост, с начала 90-х годов регистрируется свыше 4 млн. случаев онкологических заболеваний в год.

На сегодняшний день в России процент больных, получающих полноценную паллиативную помощь, не превышает 5-6 %, от числа нуждающихся в ней. Объективно обоснованный рост онкозаболеваемости и заболеваний, связанных с нарушением мозгового кровообращения с высоким уровнем инвалидизации и смертности населения Кеме-

ровской области, и наносимый в связи с этим социально-экономический ущерб требуют своевременной адаптации системы здравоохранения. В связи с этим, организация городского паллиативного центра в городе Кемерово имеет высокую актуальность. В России нет ни одного подобного учреждения. По имеющимся фактическим данным, в г. Кемерово нуждаются в оказании подобной помощи следующие категории больных: перенесших инсульт – 20 %; страдающих сахарным диабетом – 11 %; с различными травмами (переломы шейки бедра, спинальные болезни и др.) – 10 %; со СПИДом – 2 %; с деменцией – 57 %.

По результатам исследования, проведенного в хирургическом отделении МУЗ «Клиническая поликлиника № 5», участковый врач выполняет на дому до 100 перевязок в месяц инкурабельным больным с осложнениями сахарного диабета, переломами шейки бедра, перенесшим ишемический инсульт. Как правило, это пролежни, трофические язвы, длительно не заживающие раны. Это создаёт дополнительные финансовые затраты и нагрузку на медицинский персонал поликлиники.

Общеизвестно, что один лежачий больной привлекает к себе до 7 трудоспособных человек, также дополнительная нагрузка приходится на службу скорой помощи, которая вынуждена заниматься непрофильными вызовами. По информации, предоставленной МУЗ «Городская клиническая станция скорой медицинской помощи», за 2007 год к инкурабельным больным старше 70 лет выполнено 4019 выездов бригад скорой помощи. Из них, ХОБЛ старше 70 лет – 1932 раза, переломы шейки бедра – 102 раза, терминальная стадия ХПН – 47 раз, осложнения сахарного диабета (терминальная стадия) – 632 раза, цереброваскулярная болезнь – 1014 раз. Учитывая, что стоимость одного вызова бригады обходится в 1038 рублей, за год затрачено 4171722 рублей.

По данным управления социальной защиты населения администрации г. Кемерово, в ежедневной госпитализации с целью оказания паллиативной помощи на сегодняшний день нуждаются 52-53 человека. Это те кемеровчане, которые находятся дома, в поле зрения специалистов управления, а могли бы находиться в стационаре.

Целью создания городского паллиативного центра (далее Центра) является организация эффективного медицинского подразделения для оказания медико-социальной помощи пациентам в терминальной стадии онкологических и соматических заболеваний, а также пациентов, утративших способность к самообслуживанию. Центр организован на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 4» с целью помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений,

обусловленных прогрессированием болезни, т.е. достижение возможно наилучшего качества жизни пациента. Определены структура и функции структурных подразделений.

Практическая значимость организации такого Центра заключается не только в улучшении медико-социальной помощи самому тяжелому контингенту пациентов, но и будет иметь значительную экономическую эффективность: высвобождение большого числа трудоспособного населения (близкие и родственники), которое в настоящий момент несет на себе все тяготы ухода за подобными больными, и уменьшение нагрузки на подразделения скорой помощи, что позволит улучшить качество медицинской помощи для всего населения города Кемерово.

Основными задачами центра являются:

- создание системы паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки больных и их близких;
- повышение доступности паллиативной стационарной помощи больным в терминальной стадии и обеспечение специализированной медицинской помощи на дому;
- привлечение внимания государственных, общественных, религиозных и иных организаций к проблемам инкурабельных больных, воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям пациентов;
- оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам онкологического и неонкологического профиля, когда возможности специализированного лечения исчерпаны или его невозможно провести из-за тяжести соматического статуса;
- освоение и внедрение в практику работы новых методов паллиативного лечения и ухода за больными;
- оказание квалифицированного ухода за пациентами с различными нозологическими формами хронических заболеваний в необратимой стадии их развития;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников практическим навыкам ухода за тяжелобольными;
- содействие в решении социальных и юридических вопросов пациентов;
- содействие в удовлетворении духовных и религиозных потребностей больного и его близких;
- привлечение добровольных помощников, волонтеров, обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами;
- обучение медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений основным принципам и навыкам оказания паллиативной по-



мощи, ухода и общения с пациентами и их близкими;

- содействие развитию и совершенствованию паллиативной медицины.

В структуру Центра входят:

- терапевтическое отделение № 1 (для оказания паллиативной помощи соматическим больным);
- терапевтическое отделение № 2 (для оказания квалифицированного ухода на хозрасчетной основе);
- хосписное отделение;
- кабинет противоболевой терапии (для подбора и коррекции адекватной обезболивающей терапии);
- кабинет психотерапии (для оказания психотерапевтической помощи больному и его родственникам – проведение тренинга и консультаций);
- консультативно-патронажная служба.

В Центр госпитализируются пациенты онкологического и неонкологического профиля, попавшие в трудную жизненную ситуацию, нуждающиеся в паллиативном лечении и оказании квалифицированного ухода. Госпитализация пациентов осуществляется в порядке очередности и по медицинским показаниям при направлении пациентов из стационаров и поликлиник города и при самостоятельном обращении.

Стационарная и выездная службы являются главными функциональными подразделениями.

Основными задачами выездной службы являются:

- оказание медицинской помощи на дому больным в терминальной стадии заболевания;
- оказание социальной и психологической помощи на дому больным и членам их семей на основе психологического и физического комфорта;
- взаимосвязь и приемственность в работе выездной службы с другими подразделениями центра (стационар).

Выездная служба осуществляет первое знакомство с пациентом, паллиативное лечение на дому, социально-психологическую реабилитацию и поддержку пациента и его родственников, госпитализацию (направление в стационар хосписа), актив-

ное наблюдение пациентов, в том числе выписавшихся из стационара хосписа, в течение всего терминального периода их жизни на дому. В состав бригады выездной службы входят врач, медицинская сестра, водитель стационарной машины.

Основными задачами стационарной службы являются:

- оказание медицинской помощи больным в терминальной стадии заболевания;
- оказание социальной и психологической помощи больным и членам их семей на основе психологического и физического комфорта;
- взаимосвязь и приемственность в работе стационара с другими подразделениями центра, выездной службой, психологом, соц. работником.

В стационаре проводится паллиативное лечение, реабилитация и уход за наиболее тяжелыми пациентами, при невозможности их проведения на дому. Во время пребывания пациента в стационаре его семья имеет возможность для отдыха.

Таким образом организация городского паллиативного центра в г. Кемерово, во-первых, позволит улучшить качество жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов – физических, психологических, духовных; во-вторых, позволит получить экономический эффект за счет:

- привлечения к работе специалистов сестринского дела, имеющих диплом высшего сестринского образования, на обучение которых израсходованы материальные ресурсы;
- освобождения больничных коек в специализированных отделениях;
- освобождения участковых врачей от курации больных, нуждающихся в паллиативной помощи;
- уменьшения нагрузки на бригады скорой помощи за счет сокращения количества выездов к этой категории больных;
- повышения качества жизни и работоспособности родственников больных за счёт освобождения их от обеспечения постоянного ухода за пациентом в домашних условиях.



НИКОНОВИЧ С.Д., ЖУК В.А., СКОЧИЛОВА Е.В.,
ПЕТРОВА Л.П., ОРАЕВА А.В., ФЕДОРОВА Т.В.,
МОСЕВА О.Л., СТЕПАНОВ А.Н., МЕРКУЛОВА Е.Ю.

МУЗ «Городская клиническая больница № 4»,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ХОСПИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 4 Г. КЕМЕРОВО

Все сотрудники хосписного отделения так или иначе сталкиваются с ситуацией неизлечимой болезни у пациентов, уходу их из жизни, с переживаниями и конфликтностью их родственников. В такой ситуации у сотрудников отделения высока вероятность возникновения психосоматических расстройств.

Наиболее вовлеченными в эту ситуацию оказываются врачи, медсестры и санитарки. Более близко с пациентами и родственниками общаются санитарки. Для них в отделении врачом-психотерапевтом проводятся тренинговые занятия по личной психогигиене и психогигиене общения.

Возникающие психосоматические расстройства, обычно, укладываются в рамки неврастения. Возможно возникновение невротической депрессии, а предрасполагающими к нарушениям факторами являются акцентуации характера и соматические заболевания.

В проведенном в коллективе хосписного отделения исследовании выявлялись такие проявления неврастения, как эмоциональное выгорание, отдельные невротические симптомы, симптомы астении и депрессии. Определялась степень перенапряжения адаптационных механизмов и психосоматические нарушения. В ходе собеседования определялись акцентуации характера, уточнялась степень нарушений.

Исследования проводились с помощью опросника эмоциональных, соматических и поведенческих расстройств, характерных для неврастения. Степень перенапряжения адаптационных механизмов определялась при помощи психологического ароматодиагностического теста.

В исследовании участвовали 29 человек: врачи, медсестры, санитарки и административные работники.

Среди врачей (10 человек) соматические нарушения отмечены в 8 случаях (80%), астенические симптомы — в 7 (70%), эмоциональное выгорание — в 4 (40%), депрессивные симптомы — в 4 (40%), невротические симптомы — в 3 (30%), перенапряжение адаптации — в 2 (20%), акцентуации характера — в 3 (30%), не чувствовали себя отдохнувшими в 2008 г. 5 человек (50%).

У медсестер (10 человек) соматические нарушения отмечены в 9 случаях (90%), астенические симптомы — в 6 (60%), эмоциональное выгорание — в 6 (60%), депрессивные симптомы — в

6 (60%), невротические симптомы — в 3 (30%), перенапряжение адаптационных механизмов — в 1 (10%), акцентуации характера — в 2 (20%), не чувствовали себя отдохнувшими в 2008 г. 3 человека (30%).

Среди санитарок (7 человек) соматические нарушения наблюдались в 6 случаях (85,7%), астенические симптомы — в 3 (42,9%), эмоциональное выгорание — в 1 (16,6%), депрессивные симптомы — в 2 (28,6%), невротические симптомы — в 4 (57,1%), перенапряжение адаптационных механизмов — в 2 (28,6%), не чувствовал себя отдохнувшим в 2008 г. 1 человек (16,6%).

У административного персонала (2 человека) отмечены соматические нарушения — 2 случая (100%), астенические симптомы — 2 (100%), невротические симптомы — 2 (100%), не чувствовал себя отдохнувшим в 2008 г. 1 человек (50%).

Наиболее существенным, связанным с ситуацией хосписного отделения показателем является эмоциональное выгорание. Этот показатель максимально выражен у медсестер, немного меньше он у врачей и значительно меньше у санитарок. Больше всего различных нарушений здоровья выявлено у медсестер. У административных работников эмоциональное выгорание не выявлено.

У всех сотрудников на первом месте по частоте выявлены психосоматические нарушения здоровья и сопутствующие им астенические симптомы. У персонала администрации психосоматические и астенические расстройства преобладают не только по частоте, но и по степени выраженности, о чем стало известно из индивидуального обследования. Высокий уровень эмоционального выгорания у медсестер связан, очевидно, с сочетанием у них большой степени гиподинамии и высокого уровня эмоционального напряжения. Значительно более низкий уровень эмоционального выгорания у санитарок связан с подвижным характером работы, в ходе которой есть возможность приемлемым способом регулировать эмоции, а также благодаря тренингам по личной психогигиене и психогигиене общения, проводимым для них. В беседах с психотерапевтом санитарки продемонстрировали способность практически использовать приобретенные ими знания и навыки.

Таким образом, выявлен высокий уровень психосоматических нарушений у персонала хосписного отделения. Ситуация хосписа предьявляет по-

вышенные требования к процессу восстановления здоровья у персонала. Очень важно, чтобы сами сотрудники пересмотрели свой образ жизни, а го-

сударство максимально помогло создать условия для оздоровления работающих в сложной психоэмоциональной ситуации.

НОВИКОВ Г.А., РУДОЙ С.В., САМОЙЛЕНКО В.В.,
ВАЙСМАН М.А., ЕФИМОВ М.А.
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
г. Москва

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Российской Федерации, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина получила свое развитие из онкологии. В СССР вопросы оказания медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы эпизодически отражались в различных директивных документах, в основном с ориентацией на их госпитализацию в соматические отделения ЛПУ общего профиля. В одном из последних приказов МЗ СССР (№ 590 от 25.04.86) территориям приказано обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений больных с далеко зашедшими формами злокачественных новообразований (взрослых и детей) при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях.

В 1987 г. на базе МНИОИ им. П.А. Герцена открыт один из первых кабинетов противоболевой терапии, в 1991 г. организован Российский Научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных, а в 1993 году — Экспертный Совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. В 1994 году в Москве открыто первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным на базе Городской клинической больницы № 11. В 1990 г. в Санкт-Петербурге, по инициативе английского журналиста и активного участника хосписного движения Виктора Зорза, был открыт первый в России хоспис, который возглавил А.В. Гнездилов. В 1997 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы, в центре города, на улице Доватора открылось новое здание Первого Московского хосписа (главный врач Миллионщикова В.В.).

На сегодняшний день в регионах РФ в соответствии с существовавшей нормативной базой организовано или находятся в стадии организации около 200 различных структурных подразделений системы паллиативной помощи. Амбулаторная помощь оказывается в кабинетах противоболевой терапии, стационарная — в хосписах и отделениях

паллиативной помощи. Кроме того, самостоятельными патронажными службами и выездными бригадами вышеуказанных подразделений осуществляются патронажные выезды к онкологическим больным на дом для оказания паллиативной помощи. Организационно-методическая работа в данной области онкологии на региональном уровне осуществляется территориальными организационно-методическими центрами (функционируют 9, в стадии организации 14). Выбор организационной формы оказания паллиативной помощи в регионах РФ зависит от финансовых возможностей региона. Фактор финансовых затрат и времени играет большую роль, в связи с чем в ряде регионов для создания отделений паллиативной помощи используют существующий коечный фонд, уже находящийся на бюджетном финансировании. Хосписы и отделения паллиативной помощи представляют разные организационные формы, а не альтернативу друг другу, поскольку идеологические и медико-социальные принципы оказания паллиативной помощи нуждающимся больным в этих подразделениях едины. В ряде регионов России разработаны медико-экономические стандарты паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований.

Наиболее остро в течение всего времени стояла проблема подготовки квалифицированных медицинских кадров, поскольку эффективная работа подразделений системы паллиативной помощи онкологическим больным невозможна без специальной подготовки в этой области. С 1991 по 1998 гг. на циклах подготовки кадров при МНИОИ им. П.А. Герцена, включая выездные региональные конференции и стажировку на рабочем месте, прошли обучение более 1000 врачей, ряд из которых работают в системе паллиативной помощи. На сегодняшний день, после открытия в феврале 1999 года первого в России курса паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета последипломного профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и с внедрением в педагогический процесс разработанной унифицированной «Программы пос-

левузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии» (утверждена МЗ РФ и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических ВУЗов; опубликована в 2000 г.), острота проблемы отчасти снята. Сотрудниками курса разработаны и выпущены учебные пособия, методические рекомендации, монографии и курсы лекций по паллиативной помощи. Сегодня, помимо курса паллиативной помощи при кафедре онкологии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, в регионах РФ (Ульяновск, Тюмень, Санкт-Петербург, Уфа, Ярославль, Челябинск, Архангельск, Москва — РМАПО) уже функционируют на постоянной или функциональной основе 8 курсов паллиативной помощи, каждый из которых потенциально может претендовать на создание первой в РФ кафедры паллиативной медицины.

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в создании в России нового направления — паллиативной медицины, в 1995 году был организован Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных», имеющий статус благотворительной организации. Это — одна из первых в России некоммерческих негосударственных общественных организаций, основной целью которой является содействие разработке оптимальных методов паллиативной медицины и принятию ее организации в России. Приоритетными задачами Фонда являлись: организация семинаров, конференций и конгрессов по проблеме паллиативной медицины; издание тематической литературы и научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» (издается с 1996 г., входит в список журналов, рекомендуемых ВАК).

В настоящее время налажено постоянное сотрудничество и взаимодействие с рядом международных организаций — Европейской ассоциацией паллиативной помощи (ЕАРС) и Международной ассоциацией паллиативной и хосписной помощи (IAPHС). В рамках сотрудничества проводятся ежегодные мероприятия во Всемирный день паллиативной и хосписной помощи, регулярные участия в работе международных научных конференций.

Таким образом, можно констатировать, что за более чем 20-летнюю историю развития паллиативной медицины в России имеется определенная

положительная динамика. В то же время, по уровню развития паллиативной помощи мы значительно уступаем не только странам Западной Европы и США, но и странам Восточной Европы. В этой связи, с целью решения медико-социальных проблем пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями представляется целесообразным улучшение развития системы паллиативной помощи больным.

На сегодняшний день могут быть определены следующие перспективные направления развития и совершенствования системы паллиативной помощи в России: внесение специальности «паллиативная медицина» в номенклатуру медицинских специальностей МЗ РФ; разработка на федеральном уровне системы статистического учета больных, нуждающихся в паллиативной помощи; совершенствование существующей нормативной базы с разработкой новых положений о кабинетах паллиативной помощи, хосписах, патронажных выездных бригадах; определение штатных нормативов медицинского персонала для системы паллиативной помощи; разработка и утверждение протоколов ведения больных, медицинских и экономических стандартов работы структурных подразделений, а также таблиц их оснащения; определение потребности системы паллиативной помощи онкологическим больным в опиоидных анальгетиках, адъювантных лекарственных препаратах, инструментальном и техническом обеспечении, а также в медицинских изделиях и средствах реабилитации и ухода за тяжелыми больными; проведение в регионах РФ кооперированных исследований в области организационных подходов и методологических принципов улучшения качества жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний; организация кафедр и курсов паллиативной помощи в системе последилового образования медицинских работников с созданием образовательного стандарта обучения; привлечение внебюджетного финансирования в виде спонсорских средств коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культурных организаций.

Для решения поставленных задач создана профессиональная ассоциация специалистов в области паллиативной медицины, имеющая ранг национальной, что позволит выработать общую национальную программу стратегического планирования развития паллиативной медицины в России.

ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

В отделе абдоминальной хирургии областной больницы на лечении находятся пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Число пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, связанное со злокачественными новообразованиями ЖКТ, увеличивается с каждым годом. Нередко такие операции завершаются наложением кишечной стомы.

Доля стомированных пациентов составляет 7 % от общего числа госпитализированных.

Необходимость в наложении стомы возникает тогда, когда кишечник не способен функционировать. Причиной этого может служить врожденный дефект, заболевание или травма. Стома может быть постоянной или временной, одностольной или двустольной. В зависимости от отдела кишечника, выведенного на переднюю брюшную стенку, различают следующие виды кишечных стом: при выведении толстой кишки — колостома, тонкой кишки — илеостома.

Данной категории пациентов необходима сложная, многокомпонентная реабилитация.

В нашем отделении реабилитационные мероприятия начинаются уже с момента поступления. Большинство пациентов испытывают страх, отчаяние и находятся в состоянии депрессии. Поэтому уже при первом знакомстве палатные медицинские сестры проводят беседу, в которой, в рамках сестринской компетенции, в тактичной форме разъясняют необходимость наложения стомы.

Опыт работы со стомированными пациентами показывает, что именно в первые дни после операции пациент получает наибольший объем информации и практических навыков по уходу за стомой. Это связано с началом функционирования стомы. При неправильном уходе уже в первые дни может возникнуть осложнение — раздражение кожи вокруг стомы. Поэтому значимая роль в лечении и профилактике осложнения отводится медицинской сестре, осуществляющей уход и обучение пациента в раннем послеоперационном периоде. Основная цель обучения — предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений.

Дальнейшее обучение включает обеспечение пациента и его родственников информационным ма-

териалом (памятки, сестринские рекомендации), в котором подробно описаны этапы формирования стомы, и существующие способы ухода, позволяющие вернуться к достаточно полноценной жизни. Также эффективным способом разрешения возможных сохраняющихся проблем, сомнений и страхов является знакомство пациента с людьми, ранее перенесшими подобное вмешательство и успешно справляющимися с уходом.

Таким образом, обучение является важной функцией сестринского персонала, помогающей пациентам адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально качественный уровень жизни.

16-17 октября 2008 года на базе Государственного Научного Центра Колопроктологии в городе Москве состоялся 4-й Всероссийский семинар по реабилитации стомированных пациентов. На пленарном заседании и на семинарских занятиях проходил обмен опытом работы, подводились итоги сестринских научных исследований. Был представлен алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечных стом с применением оценочной ДЕТ шкалы и диагностической таблицы обследования кожи перистомальной области, с помощью которой медицинская сестра может диагностировать осложнения для обеспечения правильного лечения.

До настоящего времени в России отсутствует сертифицированная профессия «стоматерапевт». Потребность в этой специальности в последние годы возросла в связи с увеличением числа стомированных пациентов. На семинаре был принят Проект создания Ассоциации стоматерапевтов в России. Целью данного проекта является создание службы реабилитации стомированных пациентов, введение в номенклатуру должности стоматерапевта.

Для более эффективного курса реабилитации пациентов на базе областной больницы планируется создание школы по уходу за стомированными пациентами. В нашей школе мы планируем обучение пациентов, их родственников и медицинских сестер стационаров и амбулаторной сети, непосредственно занимающихся реабилитацией стомированных пациентов.

ПЕТРОВА Т.А., ЗЕЛЕНЧУК И.А., КРАСИКОВА И.В.
ГОУ СПО Омский областной медицинский колледж,
г. Омск, Россия

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СЕМЕЙНОГО СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В последние десять лет в Омской области наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертность от них составляет 24 %. В настоящее время от онкологических заболеваний ежедневно умирают 13-14 человек [2]. Это наносит значительный социальный и экономический ущерб обществу. С ростом онкологической заболеваемости в Омской области увеличиваются потери трудоспособного населения. Ежегодно возрастают расходы на оказание диагностической и лечебной помощи онкологическим больным, а также на социальное страхование вследствие инвалидности. Приоритетный Национальный Проект в сфере здравоохранения основной своей задачей ставит развитие первичной медико-санитарной помощи и государственной программы врача общей (семейной) практики. Семейная медицина в системе первичной медико-санитарной помощи обеспечивает первичную, непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь не только пациенту, но и членам его семьи.

В связи с этим, в Омском медицинском колледже с 1999 года в учебный план специальности 060109 «Сестринское дело» базового уровня образования за счет резерва времени введена дисциплина «Семейное сестринское дело». Деятельность преподавателя дисциплины «Семейное сестринское дело» направлена не только на формирование профессиональных знаний и умений студентами, но и воспитание разностороннего развития личности студента, с активной жизненной позицией. Специфика дисциплины требует от студента клинического мышления, т.е. умения обобщать профессиональные знания и умения, полученные на других клинических дисциплинах в процессе обучения. Преподаватели дисциплины «Семейное сестринское дело» принимают активное участие в воспитании нравственно-этических качеств личности будущих специалистов на принципах уважения личности пациента, милосердия, справедливости, ответственности, доброжелательности и культуры поведения. Вопросам медицинской этики и нравственности необходимо уделять большое внимание в процессе подготовки будущих специалистов не только для организации квалифицированного ухода за пациентами, но и оказания психологической помощи его родственникам.

Преподаватели дисциплины «Семейное сестринское дело» обучают семейных медицинских сестер современной тактике ведения паллиативных больных. Во-первых, при работе с паллиативны-

ми больными специалисты семейного сестринского дела должны различать обычные и экстраординарные медицинские средства и методы. Во-вторых, семейные медицинские сестры должны владеть современными подходами в лечении хронической боли, как правило, сопровождающей умирание. В-третьих, профессиональный долг, специалистов семейного сестринского дела, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи, заключается также в психологической, духовной и социальной поддержке паллиативных больных и их семей (при решении труднейшего этического вопроса информирования таких больных об их состоянии).

Целью паллиативного лечения, оказываемого семейной медицинской сестрой, является стремление поддержать и, сколько возможно, улучшить качество жизни больного, чье заболевание уже не поддается излечению. На практических занятиях в рамках дисциплины «Семейное сестринское дело» мы тогда говорим о «смерти пациента с достоинством», когда онкологический больной, получая квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, прошел через все «смертные муки» и, в конечном счете, примирился со своей смертью. При обучении пациента семейной медицинской сестрой надо проявить максимум терпения, тактично и вежливо подсказывать ход действия в данной процедуре, не торопить пациента, не выражать неудовольствия и раздражения. Похвала пациента за его даже небольшое участие в уходе принесет много пользы [1]. Следует постараться привлечь к уходу и, одновременно, обучению родственников и членов семьи пациента. Очень важно научить родственников обеспечивать инфекционную безопасность для пациента и того, кто за ним ухаживает. Если организовать уход в домашних условиях не удастся или некому осуществлять его, то семейная медицинская сестра рекомендует госпитализировать пациента в хоспис или отделение сестринского ухода. В течение всей болезни паллиативному больному нужна психологическая поддержка и максимальное удовлетворение всех его потребностей.

Подготовка специалистов в области семейного сестринского дела в Омском медицинском колледже направлена на формирование у них профессиональных знаний и умений, при которых они могут ориентировать всех участвующих в уходе за паллиативным пациентом на тот уровень общения, при котором ему не будет наноситься пси-

хологическая травма, а также возможна религиозная поддержка. Высококвалифицированный сестринский уход создаёт пациенту комфортное состояние, помогает ему сохранить самоуважение и, в итоге, повышает качество жизни.

Таким образом, формирование профессиональных знаний и умений у студентов в плане паллиативного лечения направлено на поддержание у больного стремления к жизни, на уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов, на оказание психологической и духовной поддержки больному и его семье. Специфика дисциплины «Семейное сестринское дело» заключается в том, что при оказании паллиативной помо-

щи семейная медицинская сестра предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь, вплоть до самой его смерти. Семейная медицинская сестра предлагает систему оказания помощи семье онкологического больного во время его болезни, а также после его кончины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гнездилов, А.В. Терминальные состояния и паллиативная терапия /Гнездилов А.В. – СПб., 1997. – 52 с.
2. Румянцев, Н.Н. Организация онкологической помощи, необходимый комплексный подход /Румянцев Н.Н. //Кто есть кто. 2008. – № 4. – С. 44-45.

ПISКУНОВ В.П.

*Кемеровский областной клинический онкологический диспансер,
г. Кемерово*

ПАЛЛИАТИВНЫЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Прогноз, непосредственные и отдаленные результаты лечения больных раком прямой кишки (РПК), как известно, обнаруживают зависимость от глубины прорастания опухоли стенки кишки, наличия регионарных и отдаленных метастазов, развивающихся осложнений опухолевого процесса, а также тяжести сопутствующей соматической патологии.

По мировой статистике, среди пациентов с впервые диагностированным РПК 20-25 % находятся уже в инкурабельном состоянии. В онкологическое отделение № 1 ГУЗ ОКОД за 10 последних лет были госпитализированы 1011 больных РПК, из них в I-II ст. заболевания – 47,5%, в III ст. – 32,3 %, с нерезектабельными новообразованиями III-IV ст. – 20,2 %.

В общей сложности, 238 больным по распространенности процесса и/или тяжести сопутствующей патологии не могли быть выполнены радикальные хирургические вмешательства, но в связи с развивающимися осложнениями основного заболевания было показано проведение симптоматических или циторедуктивных операций. Мужчин было 123, женщин – 115, тех и других в возрасте старше 50 лет – 208 (87,4 %), старше 60 лет – 148 (62,8 %), что соответствует наиболее часто поражаемому возрасту при РПК. По локализации новообразования в ПК больные распределились следующим образом: в нижнеампулярном отделе (н/а) – 48 (20,2 %), в среднеампулярном (с/а) – 34 (14,3 %), в верхнеампулярном (в/а) – 53 (22,3 %), в ректосигмоидном отделе (р/с) – 37 (15,5 %), н/а и с/а – 22 (9,2 %), с/а и в/а – 27 (11 %), тотальное поражение – 17 (7,1 %).

У 128 больных (53,8 %) до или во время операции обнаружено одно – у 39 (16,4 %) или сочетание двух и более – у 89 (37,4 %) осложнений РПК. Наиболее частое из них, хроническая кишечная непроходимость разной степени компенсации, наблюдалось у 67 пациентов (28,1 %), из них у 2 – с серозно-геморрагическим перитонитом. Гнойно-воспалительные осложнения (параанкротические флегмоны и абсцессы ишио-ректальных пространств и таза) – у 31 больного (13 %), в том числе у 7 (2,9 %) – с опорожнением гнояника в свободную брюшную полость или с перфорацией опухоли и развитием распространенного калового перитонита. Прорастание задней стенки влагалища с формированием ректо-вагинального свища – у 5 (2,1 %), инвазия стенки мочевого пузыря и образование ректо-везикального свища – у 3 (1 %), распад опухоли, пенетрирующей в ишиоректальную клетчатку, с образованием множественных или одиночных параректальных свищей – у 6 (2,5 %). Хроническое кишечное кровотечение, постгеморрагическая и токсическая анемия легкой и средней степени тяжести – у 20 пациентов (8,4 %). Кроме того, инвазия опухоли в органы мочевыделительной системы (мочевой пузырь, мочеточники, мочеиспускательный канал, предстательную железу) в ходе интраоперационной ревизии обнаружена у 36 (15,1 %), прорастание подвздошных сосудов, задне-боковых стенок таза и брюшной полости установлено у 26 больных (10,9 %). Как правило, имеет место сочетанное поражение 2-3 анатомических структур.

Отдаленные метастазы в процессе предоперационного и операционного обследования выявля-

ны у 126 пациентов (52,9 %), в том числе, в печень — у 58 (24,4 %), на париетальной и висцеральной брюшине таза и брюшной полости с асцитом и без него — у 37 (15,5 %), в паховые лимфоузлы — у 9 (3,8 %), в парааортальные лимфоузлы — у 7 (2,9 %), в легкие — у 6 (2,5 %), в яичники — у 5 (2,1 %), в большой сальник — у 2 (0,8%), в головной мозг — у 2 (0,8 %). Причем, у 43 больных (18,1 %) определены две и более локализации отдаленных метастазов. Поскольку возраст большинства пациентов превышал 50 лет, у 146 (61,3 %) наблюдались сопутствующие заболевания в количестве до 10, чаще 3-5 — у 128 (53,8 %), в том числе, практически у всех со стороны сердечно-сосудистой системы.

Прооперированы 223 больных, которым выполнены симптоматические или циторедуктивные операции. Наложены сигмо- или трансверзостомы — 182 (81,6 %), операция Гартмана в стандартном объеме — 7 (3,1 %), операция Гартмана в комбинации с другими органами — 3 (1,3 %), БАР прямой кишки с колостомой — 9 (4 %), БАР с низведением в анальный канал сигмовидной кишки в избытке — 4 (1,8 %), БПЭ прямой кишки — 6 (2,7 %), прочие операции — 34, в том числе, пробные лапаротомии — 12 (5,4 %), первичные и программированные санационные релапаротомии — 13 (5,8 %). Отбор на циторедуктивные операции осуществляется с учетом технической возможности их выполнения, тяжести сопутствующей патологии, возраста и возможности проведения адьювантной химио- и/или лучевой терапии.

Послеоперационные осложнения в количестве 44 (18 %) зарегистрированы у 26 пациентов (11,7 %), из них у 15 — при симптоматических операциях, у 11 — при циторедуктивных. Наиболее грозным из них является перитонит — 11 (4,9 %), который классифицировался по характеру экссудата на фибринозно-гнойный — 4 (1,8 %), каловый — 3 (1,3 %), серозно-фибринозный — 2 (0,9 %), геморрагический — 1 (0,4 %), желчный — 1 (0,4 %). Причины перитонита: прогрессирование дооперационного воспаления брюшины — 3 (1,3 %), вторичный послеоперационный — 2 (0,9 %), перфорация острой язвы стенки слепой кишки — 1 (0,4 %), перфора-

ция предколомостомного отдела сигмовидной кишки, некроз концевой сегмента низведенной кишки, ретракция низведенной кишки, некроз дистальной части колостомированной кишки, желчеистечение из протока культы резецированной печени — по 1 случаю (по 0,4 %). ТЭЛА диагностирована в 3 случаях (1,3 %), спаечная кишечная непроходимость — в 2 (0,9 %), послеоперационная эвентрация кишечника, острое нарушение мозгового кровообращения, пресакральный абсцесс с образованием пресакрально-влагалищного свища, желудочное кровотечение из острой желудочной язвы, стойкая атония мочевого пузыря — по 2 случая (по 0,9%). Летальные исходы зафиксированы у 10 больных (4,5 %), из них у 6 (2,7 %) от полиорганной недостаточности на фоне продолжающегося перитонита, у 3 (1,3 %) — от ТЭЛА, у 1 (0,4 %) — от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационная летальность при наложении колостом составила 5 случаев (2,7 %), при паллиативных резекциях — 4 (13,8

Частота послеоперационных осложнений в ОО № 1 на все оперативные вмешательства при РПК за последние 10 лет варьирует от 12,7 % до 24,8 % в среднем 16,4 %, послеоперационная летальность — от 1,2 % до 11 % в среднем 3,6 %.

Таким образом, из общего количества пациентов, госпитализированных в ОО № 1 за 10 лет, радикальные операции не выполнены по причине наличия отдаленных метастазов у 126 пациентов (52,9 %), по причине нерезектабельности опухоли — у 94 (39,5 %), по тяжести сопутствующей патологии — у 18 (7,6 %). Различного характера осложнения опухолевого процесса диагностированы до и во время операции у 164 пациентов (68,9 %), что являлось дополнительным фактором отказа от проведения оперативных вмешательств в радикальном объеме, но одновременно рассматривалось как показание для проведения симптоматических и паллиативных операций, которые выполнены у 223 из 238 больных. Частота послеоперационных осложнений и летальности в целом составила 18 % и 4,5 %, но при симптоматических вмешательствах — 12 % и 2,7 %, а при циторедуктивных — 75,9 % и 13,8 % соответственно.

ПИСКУНОВ В.П.

ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер,
г. Кемерово

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

В общем количестве больных раком прямой кишки (РПК), поступающих на лечение в специализированные онкологические учрежде-

дения, имеется контингент пациентов с нерезектабельными новообразованиями, но выраженным болевым синдромом, тяжелыми расстройствами фун-

кции кишечника, стойким метеоризмом, изнуряющими тенезмами, хроническим кишечным кровотечением, анемизацией, высокой лихорадкой, нарастающей слабостью. Задача онкологов — избавить таких пациентов от несовместимых с жизнью симптомов крайне запущенного опухолевого процесса, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни. В частности, большинству из них показано производство симптоматических или паллиативных оперативных вмешательств.

За 10 лет, в 1998-2007 гг., в онкологическом отделении № 1 ГУЗ ОКОД выполнены 182 симптоматических и 29 циторедуктивных операций у 238 больных РПК в ст. Т3-4N0-2M0-1. Отдаленные метастазы диагностированы до и во время операции у 126 пациентов (52,9 %), местно-распространенный опухолевый процесс — у 94 (39,5 %), тяжелые сопутствующие заболевания — у 128 (53,8 %). Симптомные осложнения основного заболевания явились причиной обращения за медицинской помощью и госпитализации у 164 больных (68,9 %), из них самое частое — хроническая кишечная непроходимость — у 67 (40,8 %). Продолжительность жизни после выписки из стационара удалось проследить у 92 пациентов (38,6 %) с толстокишечными стомами.

Больные подразделены на 4 группы согласно локализации опухоли в соответствующих отделах прямой кишки, в том числе, в ректосигмоидном отделе. Следует заметить, что в каждой из групп оказываются пациенты с фактически не одинаковой стадией заболевания, хотя по данным инструментального и клинического обследования, а также операционной ревизии, хирург во всех случаях уверен в невозможности выполнения радикальной операции в связи с наличием отдаленных метастазов и/или местной распространенностью новообразования с учетом тяжести сопутствующей патологии и объективного статуса. Подтвердить эту точку зрения может объективный критерий, каким является послеоперационная выживаемость больных.

Независимо от первичной локализации опухоли, в каждой группе пациентов по продолжительности жизни после наложения сигмостомы нами выделены две подгруппы — А и Б. Подгруппа А при поражении нижеампулярного отдела ПК включает 9 пациентов в возрасте $71,3 \pm 2,3$ года. Послеоперационная (п/о) выживаемость колеблется от 9 до 26 мес., медиана выживаемости (Me) составляет 17 мес. Отдаленные метастазы и хроническая кишечная непроходимость обнаружены только у одного пациента. Не выявлено признаков распада опухоли и перифокального воспаления. Подгруппа Б — 11 больных в возрасте $62,7 \pm 3,2$ года. П/о выживаемость — от 2 до 8 мес., Me — 3 мес. Отдаленные метастазы в печень диагностированы у 3 пациентов, из них у 2 — одновременно с ме-

тастазами в парааортальные лимфатические узлы или канцероматозом брюшины таза. Прорастание задней стенки влагалища и мочевого пузыря привело к образованию ректовагинального и ректовезикального свищей у 2 пациентов, параканкротная флегмона и параректальные свищи наблюдались еще у 2, инвазия в мочевой пузырь — у 3, кахексия — у 2, хроническое кишечное кровотечение — у 1, хроническая кишечная непроходимость — у 7.

Средний показатель послеоперационной выживаемости на общее количество пациентов обеих подгрупп составляет $10,3 \pm 2$ мес., 1-годичная выживаемость равна 40 %. В этой группе больных нами выделена третья подгруппа В — это 4 пациента с распространением опухоли анального канала на нижеампулярный отдел и перианальную зону, которые получили курс дистанционной лучевой терапии. П/о выживаемость 66-74 мес., Me — 69 мес.

Группа больных раком среднеампулярного отдела ПК по времени п/о выживаемости подразделена на 2 подгруппы. Подгруппа А включает 12 пациентов в возрасте $64,6 \pm 3,7$ года, продолжительностью жизни от 11 до 34 мес., Me — 24 мес. Отдаленные метастазы в печень обнаружены у 3 пациентов, в легкие — у 2, канцероматоз брюшины таза или брюшной полости — у 2, метастазы в парааортальные л/узлы — у 1, инвазия опухоли в предстательную железу, шейку мочевого пузыря и мочеточники — у 3, хроническая кишечная непроходимость — у 9, хроническая анемия и кахексия — у 1. Радикальные операции не выполнены по тяжести сопутствующей патологии и возрасту у 2 пациентов.

Подгруппа Б — 16 пациентов: возраст $63,4 \pm 2,1$ года, продолжительность жизни после наложения колостомы 2-11 мес., Me — 5 мес. Метастазы в печень установлены у 5, канцероматоз брюшины — у 2, метастазы в паховые л/узлы — у 1, местное распространение опухолевого процесса — у 7, в том числе, с инвазией стенки мочевого пузыря — у 2, влагалища — у 1. Хроническая кишечная непроходимость зарегистрирована у 11, острая кишечная непроходимость — у 1, хроническая анемия — у 4, кахексия — у 1.

В среднем, на суммарное количество пациентов подгрупп А и Б показатель выживаемости составил $12,8 \pm 2,3$ мес., 1 год после операции пережили только 22,2 % больных.

Группа пациентов с локализацией новообразования в верхнеампулярном отделе ПК состоит из двух подгрупп с явлениями хронической кишечной непроходимости разной степени компенсации. Подгруппа А — 10 больных в возрасте $61,0 \pm 3$ года, п/о выживаемость от 10 до 18 мес., Me — 12 мес., включает пациентов с метастазами в печень — у 4, инвазией в матку и забрюшинное прос-

транство — у 1, местнораспространенной опухолью — у 5. Подгруппа Б — 18 пациентов, возраст — $61,3 \pm 2,1$ года, п/о выживаемость от 3 до 9 мес., Ме — 7 мес. Метастазы в печень — у 7, в легкие — у 1, канцероматоз органов брюшной полости или таза — у 6, из них одновременно с метастатическим поражением печени — у 3, метастазы в парааортальные лимфоузлы — у 1, надключичные л/узлы — у 1, инвазия в тазовые органы — у 5, острая кишечная непроходимость, перитонит — у 1.

Послеоперационная выживаемость в среднем на всех пациентов двух подгрупп — $8,5 \pm 0,8$ мес., 1-годовая выживаемость — 44,4 %.

Группа больных с поражением ректосигмоидного отдела ПК тоже подразделена на 2 подгруппы, и практически у всех имеются признаки хронической кишечной непроходимости. Подгруппа А — 5 пациентов, возраст — $71,6 \pm 4,7$ года, п/о выживаемость от 13 до 28 мес., Ме — 22 мес. Среди них метастазы в печень обнаружены у 1, местнораспространенный процесс — у 2, тяжелая сопутствующая патология — у 1. Подгруппа Б — 9 пациентов, возраст — $68,3 \pm 2,3$ года, п/о выживаемость от 3 до 9 мес., Ме — 6 мес., включает больных с метастазами в печень — у 3, в парааортальные лимфоузлы — у 1, канцероматозом

брюшины — у 1, перифокальным инфильтратом — у 1, местнораспространенным процессом — у 3. Средний показатель п/о выживаемость на всех пациентов данной группы — $11,3 \pm 2,5$ мес., уровень 1-годовой выживаемости — 35,7 %.

Таким образом, медиана послеоперационной выживаемости у пациентов с локализацией рака в ниже-, средне-, верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах равна 17 и 3 мес., 24 и 5 мес., 12 и 7 мес., 22 и 6 мес. в подгруппах А и Б, соответственно. Независимо от расположения опухоли в прямой кишке, выживаемость больных в погруппе А статистически достоверно выше, чем в погруппе Б ($P < 0,05$) вследствие большего количества в последней пациентов с отдаленными метастазами и местнораспространенным процессом. В сумме по всем локализациям количества пациентов с отдаленными метастазами в подгруппах А составляет 33,3 %, в подгруппах Б — 50 %, пациентов с местнораспространенным новообразованием — 22,2 % и 37 %, соответственно. Статистически достоверного различия средних цифр послеоперационной выживаемости пациентов четырех групп не определяется. Общий показатель выживаемости больных всех групп составляет $10,7 \pm 1,7$ мес., из них 1 год пережили 35,6 %.

ПОСОШКОВА Г.Д., ЧЕНЦОВА И.В.

*Омский медицинский колледж,
Омский клинический онкологический диспансер,
г. Омск*

ПОСТДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПО ВОПРОСАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Паллиативная помощь — это адекватная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, что относится, в первую очередь, к онкологии [2]. Именно онкологам часто приходится сталкиваться с непреложным фактом, что никакие вмешательства не могут изменить и продлить жизнь больного, при этом надо изыскивать возможности, пусть и не богатые, скрасить ее. Так, у инкурабельных онкобольных, когда болезнь принимает необратимое и неконтролируемое течение, не приходится рассчитывать на положительную динамику реабилитационного потенциала, и основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента, что неразрывно связано с уровнем медицинской помощи, прежде всего сестринской. Качество сестринской медицинской помощи определяется не только знаниями и умениями каждой медсестры, но и организацией сестрин-

ского ухода [3]. Следовательно, решение данного вопроса зависит от уровня подготовки квалифицированных специалистов сестринских служб.

Качественные преобразования в сестринском деле невозможны без реформирования сестринского образования, а также без развития научных исследований в области сестринского дела.

Основная цель проведения научных исследований — дать возможность медицинским сестрам осмыслить свою практическую деятельность, научно обосновать целесообразность внедрения той или иной современной сестринской технологии, обобщить свой опыт и внедрить его в другие ЛПУ. В медицинской литературе, к сожалению, клинический опыт медсестер не нашел должного отражения и адекватной оценки, а науке по уходу за больными есть чему поучиться у медсестер. Важно, чтобы они делились своим опытом, как лидеры сестринского дела, так и каждая медицинская сестра.



Анализ зарубежного опыта подтверждает, что в результате внедрения результатов сестринских исследований в практику происходят качественные изменения в оказании медицинской помощи населению (повышение удовлетворенности пациентов, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение числа осложнений и т.д.).

Недостаточное пока количество научных исследований в области сестринского дела в России не позволяет дать обоснованные методические рекомендации по внедрению современных технологий деятельности сестринского персонала.

Омская область много лет занимается развитием научных исследований в сестринском деле [5]. Этому эффективно способствует действующая многоуровневая система подготовки кадров.

В Омском областном медицинском колледже уже в процессе обучения студенты повышенного уровня образования (ПУО) по ряду дисциплин выполняют и защищают выпускные квалификационные работы (ВКР). ВКР выполняется студентом отделения «Сестринское дело» индивидуально по принципу исследования и представляется им для получения квалификации «Организация сестринского дела» по специальности 060109 «Сестринское дело». Основным критерием оценки ВКР является эффект внедрения результатов в практическое здравоохранение. В ходе их выполнения студенты исследуют актуальность темы, значимость ее для теории и практики, перспективность, проблемность, опыт и личную заинтересованность [4].

Тематика ВКР всегда актуальна, и одним из направлений сестринских исследований, проводимых студентами, является проблема паллиативной помощи в онкологии. Так, в настоящее время студенты ПУО выполняют ВКР по следующим темам:

- роль медсестры в оказании психологической помощи онкобольным, нуждающимся в паллиативном уходе;
- роль медсестры в профилактике колоректального рака;

- сестринская помощь в решении проблем пациентов со стомами при колоректальном раке;
- роль медсестры в ранней диагностике рака молочной железы.

Экспериментальную площадку для проведения указанных исследований предоставил Омский областной клинический онкологический диспансер, самый крупный комплекс онкологического профиля в Западно-Сибирском регионе.

Как показывает наш опыт, результаты подобных исследований позволяют:

- проводить скрининговую оценку оказываемой сестринской медицинской помощи и организации труда сестринского персонала;
- определить приоритетные направления улучшения работы ЛПУ;
- способствовать совершенствованию процесса профессиональной подготовки медсестер-организаторов сестринского дела.

Творческие связи и сотрудничество с ЛПУ необходимы для преодоления проблем в теории и практике сестринского дела; для решения одной из насущных задач, стоящих перед здравоохранением — обеспечения качества сестринской помощи [1].

ЛИТЕРАТУРА:

1. О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. – Постановление Правительства РФ от 26.11.2004 г. № 690.
2. Балобина Э.В., Сереброва М.К. Там, где помогут... //Газета СТОМ-инфо. – 2008. – № 32. – С. 5.
3. Зарянская, В.Г. Онкология для медицинских колледжей: Учебное пособие /В.Г. Зарянская. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 332 с.
4. Зеленчук И.А., Рублев В.С., Салько С.В. Организация выполнения выпускной квалификационной работы: учебно-методическое пособие по специальности 060109 Сестринское дело, повышенный уровень образования. – Омск: ОМК Росздрава «Медбланк», 2009. – 28 с.
5. Организация научно-исследовательской работы медицинских сестер в ЛПУ: учебно-методическое пособие /Зорина Т.А. и др. – Омск, 2004. – 62 с.

ПОСОШКОВА Г.Д., ЦЫБИНА Л.П.
Омский областной медицинский колледж,
г. Омск

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Актуальность проблем психологической помощи онкологическим пациентам обусловлена многими причинами, одной из которых является ощущение физической и психологической неполноценности, формирование зани-

женной самооценки и высокой степени неудовлетворенности жизнью [5]. Множество психологических проблем имеют два аспекта: изменения в отношении к самому себе и во взаимоотношениях с окружающими. Онкологические заболевания

наносит людям психическую травму, которую они осознают и чувствуют по-разному. Многие, как правило, очень тяжело переживают свой смертельный недуг, из них самая тяжелая категория пациентов — это люди, которые раньше ничем не болели [4].

Ситуация усугубляется еще и тем, что в обществе существует стереотип отношения к таким людям, в котором превалирует брезгливость, непонимание и их отторжение. Это не только наносит глубочайшие психологические и душевные травмы пациентам, но и становится причиной их социальной изоляции. В результате такие пациенты оказываются в большинстве своем полностью потерянными для общества, причем в эту категорию входят и больные трудоспособного возраста.

Каждый онкологический больной нуждается в психологической поддержке на всех этапах болезни. Большая роль в ее осуществлении отводится не только психологической службе, но и средним медицинским работникам.

В настоящее время, в связи с перестройкой среднего специального образования, требования к подготовке специалиста сестринского дела становятся более высокими, приближенными к стандартам мирового уровня [1].

Благодаря использованию комплексных технологий в системе образования и воспитания в Омском областном медицинском колледже студенты приобретают не только профессиональные знания, умения, навыки, но и такие личностные качества, как сопереживание, уважение к людям, милосердие, сердечность, доброта.

Изучая сестринский процесс, студенты ищут решения важных проблем онкологических больных: риск суицидных действий, отказ от операции, приема лекарственных препаратов, пищи, от встреч с близкими и медицинскими работниками, эмоциональное напряжение, озабоченность, беспокойство, страх, чувство безысходности и обиды, болезненная настороженность, подозрительность и другие психотравмирующие переживания.

Пациенты в терминальных стадиях онкологического процесса чрезвычайно чувствительны к любой фальши в отношениях с ними и крайне негативно воспринимают малейшие признаки неискренности, как со стороны родственников, так и со стороны медицинской сестры. Таких пациентов можно понять благодаря терпеливому выслушиванию и сочувствию.

Важным в подобных ситуациях является проведение беседы наедине, при отсутствии родственников, с которыми беседы проводят отдельно [2].

Оказывая пациенту психологическую поддержку, медсестра должна проявлять дружеское участие, чтобы способствовать проявлению интереса к

жизни. При этом следует воодушевлять пациента, но не принуждать его.

Чувство слабости, неспособность совершать привычные действия могут вызвать у пациента стрессовое состояние, в этом случае помогает спокойное обсуждение с ним создавшейся ситуации. Например, медсестра может сказать больному: «Да, Вы сейчас не в состоянии делать многое из того, что могли делать раньше. Но если мы попробуем сделать это вместе или отложим до того момента, когда Вы будете чувствовать себя немного лучше, то у нас все получится» [3].

Положительные изменения в образе мышления, внешнем виде, отношении к жизни — вот главное, что свидетельствует о душевном и психологическом выздоровлении пациента.

ОМК использует способ активизации личностного развития студентов через создание общественных организаций и их деятельность. В колледже успешно работают общественные организации, имеющие юридический статус: общество «Милосердие», студенческий фитокомплекс «Зеленая аптека» (не имеющий аналогов в России), «Центр психологической поддержки молодежи», одновременно реализующие воспитательные, образовательные и профориентационные цели подготовки медицинских кадров. На базе общества «Милосердие» на протяжении нескольких лет осуществляется психологическая программа «Поддержка» [6]. В течение этого времени многие студенты нашего колледжа принимали участие в реализации проектов общества. Для волонтеров существует реальная возможность приобретения навыков психологического общения с людьми, закрепления профессиональных знаний и самореализации личностных качеств.

Все это способствует формированию жизненной и профессиональной перспективы будущих специалистов системы здравоохранения [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи /Постановление Правительства РФ от 26.11.2004 г. № 690.
2. Балобина Э.В., Сереброва М.К. Там, где помогут... /Газета СТОМ-инфо. — 2008. — № 32. — С. 5.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 году. — М., 2002. — 281 с.
4. Зарянская, В.Г. Онкология для медицинских колледжей: учебное пособие /В.Г. Зарянская. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. — 332 с.
5. Лапотников В.А., Петров В. Н., Захарчук А.Г. Паллиативная медицина. Сестринский уход: пособие для медицинских сестер. — СПб.: «ДИЛЯ», 2007. — 384 с.
6. Шабарова М.Н. Развитие личностных и профессиональных качеств молодежи через общественную деятельность // Дорогой добра и милосердия: Сборник материалов. — Омск, 2008. — С. 12-14.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИСФОСФОНАТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ

Лечение больных с костными метастазами является одной из важных проблем в онкологии. Первое место по частоте метастатического поражения скелета занимает диссеминированный рак молочной железы (65-75 %). Метастазы в кости также осложняют течение рака предстательной железы, легкого, почки и щитовидной железы, являются одним из основных проявлений миеломной болезни. Опухоли желудочно-кишечного тракта, рак яичников, меланомы, лимфомы, хотя и реже, но также могут метастазировать в кости.

Наиболее часто поражаются такие костные структуры, как грудной, поясничный отделы позвоночника, ребра, кости таза, бедренные кости, реже кости черепа, шейный отдел, лопатки и ключицы, плечевые кости.

Основными клиническими проявлениями костных метастазов являются: патологические переломы, компрессия спинного мозга с явлениями пареза либо паралича конечностей и тазовыми нарушениями, гиперкальциемия. Кроме того, они являются основной причиной развития выраженного болевого синдрома, что приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов.

Лечение больных с метастазами в кости должно быть комплексным и основываться на рациональном применении системной терапии (химиотерапия, гормонотерапия) и локальных воздействий (лучевая терапия, хирургическое лечение), которые следует использовать так и в такой последовательности, чтобы по возможности достичь максимальной ликвидации симптомов при наименьшей токсичности.

Детальное изучение процессов, происходящих в пораженных опухолью костях, позволило создать класс препаратов — бисфосфонаты, способных решить эту задачу. Оказалось, что опухолевые клетки сами по себе практически не способны разрушать костные структуры и действуют опосредованно. Попадая в кость, опухолевая клетка начинает выделять биологически активные вещества (интерлейкин-6, паратиреоидоподобную субстанцию и т.д.), которые стимулируют остеокласты. В норме остеокласты отвечают за «обновление» костной ткани, разрушая ее «изношенные» участки, которые практически синхронно воссоздаются заново при помощи остеобластов. За счет баланса между активностью остеобластов и остеок-

ластов в течение всей жизни человека происходит обновление костной ткани.

Опухолевые клетки, стимулируя остеокласты, нарушают этот баланс, и разрушение костных структур начинает преобладать. Даже в случае, если опухоль подавлена эффективной терапией, активность остеокластов может препятствовать или замедлять восстановление поврежденной кости еще достаточно длительное время.

Бисфосфонаты воздействуют именно на остеокласты, подавляя их активность. Препараты этой группы, связываясь со структурами кости в области, где происходит ее активное разрушение, контактируют с остеокластами, что приводит к замедлению их обменных процессов, приостановке размножения и, в конечном итоге, гибели. Немаловажной особенностью бисфосфонатов является то, что они, в отличие от большинства химиопрепаратов, воздействуют только на определенный вид клеток (остеокласты), не повреждая другие органы и ткани. Благодаря такому «направленному» действию данные препараты не вызывают побочных эффектов, характерных для цитостатиков, и, соответственно, могут использоваться одновременно с химиотерапией и лучевой терапией, не приводя к усугублению токсичности, профилактируют развитие гиперкальциемии.

В отделении химиотерапии мы успешно используем препараты из группы бисфосфонатов уже более 10 лет. С каждым годом потребность в применении этих препаратов растет.

К примеру, за 2008 год по поводу диссеминированного рака с метастазами в кости скелета нами пролечено 42 первичных больных (из них, 35 — с диссеминированным раком молочной железы, 3 — с раком легкого, 2 — с рецидивом лимфомы Ходжкина, 1 — распространенный рак почки и 1 — рак предстательной железы).

Метастатическое поражение костей диагностировано по результатам рентгенологического исследования или данным компьютерной томографии.

Все пациенты до начала лечения имели болевой синдром средней или высокой степени выраженности, у 5 больных раком молочной железы были диагностированы компрессионные переломы позвонков, 1 перелом костей таза и 1 — шейки бедра.

В лечении мы использовали бисфосфонаты 2 поколения — памидронат (помегара) и 3 поколения — золедроновая кислота (зомета, резорба). Зомета

(резорба) в дозе 4 мг вводится внутривенно в течение 15 минут, инфузия помегары 90 мг составляет не менее 2-х часов.

Оба препарата хорошо переносятся. Самыми частыми нежелательными явлениями являются гриппоподобные симптомы (лихорадка, артралгии, миалгии, боли в костях), повышенная утомляемость, желудочно-кишечные реакции, слабость,

одышка, нефротоксичность. У наших пациентов гриппоподобные реакции в виде некоторого усиления костных болей, субфебрильной температуры тела наблюдались после первого введения препарата и составляли менее 10 %, купировались без применения медикаментозного лечения, что позволило рекомендовать их дальнейшее введение большинству пациентов.

САПРЫКИНА Н.М.
МУЗ «Городская поликлиника № 20»,
г. Кемерово

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в диагностике и лечении злокачественных заболеваний, значительная часть больных попадает к онкологу с запущенными формами рака. Диагноз «рак» вносит в жизнь людей большие изменения. Ощущение себя неизлечимо больным вызывает замкнутость, отчуждение, пассивность, обеднение контактов с людьми. Часто пациент становится равнодушным к близким людям. Многие медицинские сестры отмечают, что реакция на известие об онкологическом заболевании у каждого пациента своя: одни смиряются и начинают медленно умирать, а другие начинают активно бороться с заболеванием.

Большое значение при оказании медицинской помощи онкологическим пациентам имеет не только уровень профессиональной подготовки медицинских сестер, правильность выполнения сестринских манипуляций и их безопасность, но и общения с пациентами. Сестринскому персоналу необходимо учитывать, что онкологические пациенты представляют собой особую группу. Диагноз онкологического заболевания, как правило, является причиной постоянного эмоционального напряжения больного и его родственников, даже после успешной терапии вызывает страх рецидива.

Для наблюдения за онкологическими пациентами на поликлиническом этапе за основу принят патронаж. Уход за такими пациентами не прост и требует специальной подготовки. Поэтому, осуществляя уход и наблюдение за онкологическими пациентами, медицинская сестра проводит обучение их родственников.

Обучение начинают с мероприятий по организации удобного и комфортного места положения пациента, создания ему наилучших условий для самообслуживания. Если пациент имеет возможность и поддержку делать то, что он может делать, участвовать в планировании ухода, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход, у него улуч-

шается настроение, качество жизни, он чувствует себя личностью, а не объектом чьей-то деятельности. Медицинская сестра обучает перемещению малоподвижного пациента в кровати, прикроватном пространстве и ванной. Не менее важным считается контроль за состоянием кожи и слизистых оболочек, лечение, профилактика стоматитов и пролежней. Отрабатывают все гигиенические процедуры, а так же уход за стомами и катетерами. Объясняют способы контроля за выделительной функцией пищеварительной и мочевыводящей системы, а также мероприятия по нормализации стула. Для этого обсуждают соответствующие диеты при запорах и поносах. Рассказывают родственникам об организации досуга больного, создании условий для его постоянного творческого самовыражения. Все это позволяет больному ощутить себя самим собою при любых обстоятельствах. Кроме обучающих мероприятий медицинская сестра проводит назначенное врачом хосписа симптоматическое лечение.

Печально отметить, что количество пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, растет. По анализу, проведенному в 1-м терапевтическом отделении МУЗ «Городской поликлиники № 20», на начало 2009 г. на учете с онкологическими заболеваниями зарегистрировано 583 человек, из них 154 мужчины и 429 женщин. Среди мужчин первое место занимает рак легкого, на втором месте — рак желудка, далее — рак кожи. У женщин на первом месте по частоте онкологических заболеваний находится рак молочной железы, на втором — рак кожи, далее — рак желудка, рак тела матки, рак прямой и ободочной кишки. За период с 2006 г. по 2008 г. уровень онкологических больных вырос в 3,5 раза. Если в 2006 году на учете состояло 156 человек (59 мужчин, 97 женщин), из них группу инвалидности имели 81 человек, то в 2007 г. — 344 человека (мужчин 96, женщин 248), группу инвалидности имели 145 че-

людей. В 2008 году это уже 583 человека, мужчин — 154, женщин — 429 и группу инвалидности имеют 226 человек. Если внимательно посмотреть на эти цифры, можно сделать следующий вывод: онкологические заболевания чаще выявляют у женщин и выход на инвалидность у них значительно выше.

За период с 2006 г. по 2008 г. снизилась инвалидизация онкологических больных. Можно предположить, что раннее выявление пациентов с онкологическими заболеваниями снижает рост инвалидизации населения.

Показатели роста смертности находятся в прямой зависимости от стадии опухолевого процесса: при ранней диагностике пять лет и более проживают 80-100 % пролеченных больных, а при позднем обращении — 0-40%.

В нашем отделении за 2006 г. смертность составляла 137 человек — 87 % (от 156 человек), в 2007 г. — 114 человек — 33 % (от 344 человек), в 2008 г. — 160 человек — 27 % (от 583 человек) и, по данным статистики, смертность от онкологических заболеваний снижается.

За период с 2007 г. по 2008 г. в терапевтическом отделении № 1 наркотические средства получали 35 пациентов (промедол 2 % 1,0, морфин 1 % 1,0, дюрогезик ТТС, МСТ-Континус).

Наркотические средства выписываются пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями, участковым врачом-терапевтом на основании назначения врача хосписа и письменного подтверждения диагноза врачом онкологического диспансера. Рецепты на наркотические средства выдаются на руки только одному из родственников, постоянно получающему медикаменты, ознакомленному с правилами выписки наркотиков, получения их в аптеке, возврата пустых, использованных ампул из-под наркотических препаратов, а так же полных ампул в случае прекращения лечения. Онкологические пациенты, получающие наркотические средства, должны посещаться участковым тера-

певтом и медицинской сестрой 1 раз в 7-10 дней. Для родственников, получающих наркотические средства, сотрудниками поликлиники была разработана памятка, где подробно описываются правила использования, хранения и сдачи наркотических препаратов. Использованные и неиспользованные наркотические средства обязательно сдаются старшей медицинской сестре, которая регистрирует сдачу и получение наркотических препаратов в журналах, которые оформляются по приказу № 330 от 12.11.1997 г.

Важным разделом работы медицинской сестры является ее санитарно-просветительная деятельность, направленная на снижение роста онкологических заболеваний. Эту работу сестры осуществляют в нескольких направлениях: пропагандируя раннюю обращаемость к врачу, выявление «группы риска», диспансерное наблюдение за пациентами и выявление «группы риска».

В 2006 году в рамках национального проекта «Здоровье» была введена диспансеризация работающего населения, где в обследование с 2007 г. входят дополнительно исследование анализа крови на онкомаркеры и маммография у женщин после 40 лет.

Ожидается, что благодаря реализации данной программы к 2012 году смертность от онкологических заболеваний в России снизится на 4 %, существенно возрастет их выявление на ранней стадии, а также удастся добиться увеличения продолжительности и улучшения качества жизни пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, снижения инвалидности.

При оказании помощи пациентам на последнем этапе жизни медицинская сестра должна обладать рядом качеств, без которых невозможно быть рядом с пациентом: милосердием, добротой и отзывчивостью, чувством сострадания и способностью к сопереживанию. Этим качествам нельзя научиться, они должны быть в сердце каждого, кто выбрал нелегкий труд медицинской сестры.

СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д., ЛАЗАРЕВ А.Ф.

*ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,
АФ ГУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН,
г. Барнаул*

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ДЮРОГЕЗИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лечение хронической боли — одна из самых острых медицинских проблем, как в нашей стране, так и за рубежом. Хронический болевой синдром (ХБС) определяет качество жизни онкологических больных, и в 90 % случаев является причиной обращения в кабинет противо-

болевой терапии ГУЗ АКОД. С 2006 года в комплексном лечении хронической боли у онкологических больных применяется трансдермальная терапевтическая система (ТТС) фентанила — Дюрогезик. Однако, несмотря на высокую анальгетическую активность препарата (в 100 раз активнее

морфина), не всегда удается достичь полного контроля боли при его использовании.

Цель исследования – определить факторы, снижающие эффективность использования Дюрогезика в комплексном лечении ХБС у онкологических больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В кабинете противоболевой терапии наблюдались 70 пациентов с различными локализациями злокачественных новообразований и тяжелым ХБС, в схему лечения которых входил Дюрогезик. Для определения тяжести болевого синдрома использовались шкалы вербальных оценок, визуально-аналоговые, мимической оценки боли. Общее состояние больных оценивалось по шкале Карновского или физической активности. Использовались методы клинического контроля, проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, определялись гематологические показатели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено укорочение сроков действия Дюрогезика с 72 до 50-62 часов в следующих случаях:

- анемии средней или тяжелой степени,
- повышении температуры тела до фебрильно-субфебрильных цифр,
- кахексии 2-3 степени,
- повышении лейкоцитарного индекса интоксикации до 4,5-5,5 %,
- гиповолемии средней или тяжелой степени.

Более ранняя замена трансдермальной терапевтической системы и одновременная коррекция факторов, снижающих эффективность ТТС, позволила предотвратить ухудшение качества жизни тяжелого контингента онкологических больных.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, к факторам, снижающим эффективность применения ТТС Дюрогезик, можно отнести анемию средней или тяжелой степени; повышение температуры тела; кахексию 2-3 степени; наличие симптомов интоксикации; гиповолемию средней или тяжелой степени.

Медикаментозная коррекция данных состояний и более ранняя замена ТТС позволяет улучшить качество жизни онкологических больных с тяжелым хроническим болевым синдромом.

СЕМЕНОВ В.И.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово, Россия

ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ ГУЗ «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ХОСПИС» И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Преемственность между различными подразделениями и службами, а также между лечебными учреждениями и службами медико-социальной поддержки по месту жительства имеет важное значение в оказании помощи инкурабельным онкологическим больным. Хотя ситуация постепенно, с годами, меняется к лучшему, всё ещё традиционно паллиативной помощи в амбулаторно-поликлинической сети уделяется недостаточно внимания. Медицинские работники на участке нередко чувствуют себя недостаточно уверенно, когда необходимо сообщить пациенту о плохом прогнозе заболевания, оценить характер его последующего течения, обеспечить контроль симптоматики или помочь больному в принятии трудных решений. Это же отчасти объясняет, почему больных, нуждающихся в паллиативной помощи, не направляют для её оказания, либо это происходит слишком поздно.

Выезжая в города и районы области, анализируя работу онкологических служб на местах, мы выявили ряд существенных недостатков в ведении инкурабельных больных:

1. Практическая невозможность адекватной инвазивной терапии болевого синдрома на дому в связи с отсутствием достаточного количества персонала и небезопасностью санитарным транспортом.
2. Психологическая неподготовленность к общению с больными IV стадией ракового процесса, часто ятрогенное усугубление болезни.
3. Незнание врачами общей сети основных принципов и методов паллиативной терапии, а отсюда:
 - наркотические анальгетики на дому или в неспециализированных стационарах назначаются не всем нуждающимся пациентам и, как правило, значительно позже, чем в этом возникает потребность, в дозировках, неадекватных выраженности болевого синдрома;
 - незнание участковыми терапевтами неинвазивных форм наркотических анальгетиков (МСТ-континус, ТТС дюрогезик), которые являются препаратами выбора для 90 % инкурабельных больных, существенно улучшающих качество жизни пациентов;



- игнорирование участковыми терапевтами рекомендаций выездной службы хосписа по ведению и лечению онкобольных или, в лучшем случае, назначение из рекомендованного перечня только обезболивающих препаратов;
 - несогласованность преемственности выездной службы хосписа и участковых терапевтов заключается отчасти и в том, что участковый терапевт, вызывая выездную бригаду хосписа к больному, не оставляет никаких медицинских документов, все забирает в поликлинику, хотя точно знает, что заключение онколога всегда должно быть «на руках» у пациента. Часто, вызывая выездную бригаду хосписа, участковый терапевт не ставит в известность самого больного и его родственников. Приезжая на такие вызова, мы порою сталкиваемся с негативным отношением к себе, так как многие боятся слова «хоспис» и совершенно неправильно понимают его значение.
4. Много жалоб со стороны родственников больного в отношении получения и выписки рецептов на наркотические анальгетики. Как правило, это долгие очереди, большая затрата времени и, наконец, получение малого количества препарата (на 3-5 дней), а затем вновь необходимость идти в поликлинику по тому же кругу, затрачивая массу времени.
5. Неохотное заполнение участковыми врачами посыльных листов на МСЭК, так как это все-таки немалый труд. И, как правило, больные длительное время не получают положенной инвалидности, а если и получают, то поздно, часто не успевая ею воспользоваться.
6. Незнание участковыми терапевтами социальных гарантий и льгот онкологического больного. Необоснованные отказы в выдаче препаратов.
- Анализируя 15 лет работы выездной службы Кемеровского областного хосписа и имея уже достаточный опыт, можно сделать вывод, что одной выездной бригады явно недостаточно, чтобы охватить всех нуждающихся онкобольных IV клинической стадии заболевания. Особенно в этом отношении страдают жители отдаленных районов Кемеровской области. Необходимо еще как минимум две бригады, которые бы планомерно выезжали в область. Появилась бы возможность шире использовать «стационар на дому» и вести более активную просветительскую работу по паллиативной помощи, чтобы избавиться от вышеперечисленных недостатков в вопросах преемственности между службой «хоспис» и амбулаторно-поликлиническими службами.

СЕМЕНОВ В.И., ЛАРИОНОВА О.В.
ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово, Россия

КРИТЕРИИ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА

Организация деятельности службы «Хоспис» осуществляется в неразрывном единстве стационара и амбулаторного звена, без которого невозможно обеспечить непрерывность и адекватность оказания паллиативной помощи в полном объеме. Связующим звеном является выездная служба областного хосписа, представленная одной выездной бригадой, которая состоит из врача-терапевта, фельдшера и водителя-санитара. При необходимости, сюда привлекаются специалисты областного хосписа: врач-анестезиолог, врач-психотерапевт, сотрудник, священник.

Численность населения Кемеровской области, прикрепленного к областному хоспису 1823,8 тыс. человек. Первичные выезды формируются на основании телефонных звонков, поступающих из поликлиник, от больных, их родственников или знакомых. Первичное посещение больного — один из самых сложных, ответственных и трудоемких процессов в работе с пациентами и их семьями. Не случайно выездную службу хосписа называют «сердцем хосписа». Отсюда начинается общение с па-

циентом и его семьей. Это очень ответственная служба, определяющая успех работы всего хосписа, и она должна работать четко и профессионально. Бригада выездной службы укомплектована по принципу психологической совместимости её членов.

Кратность посещений формируется в зависимости от состояния больного, возможностей ухода в домашних условиях, психологической обстановки в семье. Как правило, обслуживание первичных и первично-активных вызовов не позднее 2-х суток со дня вызова. Плановые посещения пациентов, состоящих на диспансерном учете в Кемеровском областном хосписе, не реже 1 раза в месяц. Посещение пациентов после выписки из стационара хосписа — в течение 10 дней. Посещение родственников после утраты близкого человека — в течение 10 дней после смерти пациента.

В своей работе выездная служба Кемеровского областного хосписа руководствуется четко определенными функциями и задачами.

Функции выездной службы:

- первичное посещение онкобольного IV клинической группы на дому с постановкой на учет;
- динамическое наблюдение;
- обучение родственников навыкам ухода и общения с тяжелобольным;
- отбор и госпитализация нуждающихся больных в стационар;
- посещение родственников умерших больных (поддержка скорбящих, понесших утрату близкого человека);
- организация необходимой медико-социальной помощи и реабилитации в амбулаторных условиях.

Задачи выездной службы:

- знакомство с больным,
- первичный осмотр,
- оценка состояния и прогноза,
- коррекция лечения,
- решение вопроса о необходимости госпитализации,
- беседа с родственниками,
- оказание психологической поддержки родственникам,
- квалифицированная медицинская помощь,
- при необходимости, психотерапия больных и родственников.

Показаниями для госпитализации в стационар хосписа являются:

1. Наличие не купируемого в домашних условиях болевого синдрома.
2. Наличие социально-психологических факторов: невозможность ухода за больным, наличие конфликтных ситуаций дома, депрессии, реактивные состояния.
3. Нарастание осложнений основного заболевания:
 - дыхательная недостаточность,
 - интоксикация (кахексия),
 - кровотечение,
 - диспепсический синдром (анорексия, тошнота, рвота, запор),
 - дисфагия вследствие органического стеноза пищевода и желудка,
 - распадающиеся опухоли с присоединенной грибковой инфекцией,
 - обширные инфицированные пролежни,
 - нарастающий асцит,
 - гидроторакс,
 - нарастающая лимфодема,
 - проблемы по уходу за колостомой, трахеостомой, эпицистомой, гастростомой.

Боль и другие физические страдания, беспомощность, одиночество, и социальная изоляция — таковы зачастую повседневные реалии финального периода жизни онкологических больных IV клинической стадии заболевания.

СНЕГИРЕВА Т.Г., АНКИНА Т.И., СИДОРОВА Л.Н.

ГУЗ «Кемеровский областной хоспис»,
г. Кемерово

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ В ХОСПИСЕ

Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации практически отсутствуют. Но, согласно исследованию одной из московских клиник, частота пролежней составляет 43 на 100000 тысяч населения, 9 % госпитализированных больных: у 66 % пожилых с переломами бедра, у 33 % пациентов интенсивной терапии, у 60 % пациентов с тетраплегией и у больных, находящихся на постельном режиме и лечатся на дому — от 2,6 до 24 %.

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80 % случаев. Таким образом, адекватная профилактика пролежней позволит не только снизить финансовые расходы на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни пациента.

Показателями квалифицированного и качественного ухода во всем мире считается отсутствие осложнений — пролежней.

Пролежни — патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у лежачих ослабленных больных вследствие систематического сдавливания мягких тканей поверхностью постели. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней.

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, истощение, ограниченная подвижность, обезвоживание) и необратимыми (например, возраст). У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить по шкале Ватерлоу, где баллы суммируются и степень риска определяется по итоговым значениям.

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

- I стадия — устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;



- II стадия — стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, поверхностное нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку;
- III стадия — разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу, могут быть жидкие выделения из раны;
- IV стадия — поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия или костные образования.

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле), точка давления изменяется. Чаще всего пролежни образуются в области ушной раковины, грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малой берцовой кости, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка пальцев стоп.

Пролежни являются серьезным осложнением недостаточно качественного ухода, появление которых приводит к инфицированию кожных покровов и ухудшению общего самочувствия больного. Самым важным показателем качества сестринского ухода является отсутствие осложнений. В нашем случае это пролежни.

Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом после специального обучения.

- Профилактические мероприятия направлены на:
- уменьшение давления на костные ткани;
 - предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента;
 - поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности;
 - обеспечение пациента адекватным питанием с повышенным содержанием белка, аскорбиновой кислоты и соблюдение питьевого режима (в нашем учреждении для профилактики белково-энергетической недостаточности назначается нутритивное питание: Нутризон, Нутридринк, Нутриция-Форте);
 - обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;

- обучение близких;
- своевременная диагностика риска развития пролежней;
- своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в том числе по уходу;
- обеспечение пациента противопролежневым матрасом.

Палатными медсестрами строго выполняется приказ от 17.04.2002 № 123 Минздрава РФ «Об утверждении отраслевого стандарта. Протокол ведения больных. Пролежни».

В нашем учреждении внедрена и четко ведётся «Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями» согласно приказу. К сожалению, больные с пролежнями, часто поступают из участковой сети.

Лечение пролежней очень сложный, длительный и дорогостоящий процесс, мы стараемся предупредить образование пролежней. Принцип лечения сводится к тому, чтобы избавиться от инфекционного процесса в месте возникновения пролежня, а затем добиться регенерации тканей. При I стадии — полное устранение давления на пролежень до заживления. При II стадии — противовоспалительная терапия, для ускорения роста и созревания соединительной ткани используем раневые покрытия «Atrauman Ag», «Branolind». При III-IV стадиях — при наличии некрозов, обильной экссудации и полостей, осуществляем ежедневный двух-трёхкратный туалет некротизированной поверхности растворами антисептиков — диоксидином, хлоргексидином и др., с последующим наложением раневого покрытия «Hydrosorb», «Hydrocoll», «Tenderwet». Они обеспечивают оптимальный для заживления уровень, что стимулирует образование грануляции и эпителизации. Также используем атравматические сорбционные повязки «Zetuvite».

Своевременно начатое лечение с применением противопролежневых мероприятий предупреждает дальнейшее развитие пролежней, ускоряет их заживление и уменьшает срок госпитализации пациентов.

СОФИЕВА З.А.

МОО «Ассоциация паллиативной медицины»,
г. Санкт-Петербург, Россия

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ

Последние десятилетия XX века в Санкт-Петербурге, на фоне негативных тенденций демографических и социально-эконо-

мических процессов в мегаполисе, характеризовались стойкой неблагоприятной динамикой показателей онкозаболеваемости и смертности от он-

копатологии, традиционно превышающих аналогичные показатели по России и Северо-Западно-му региону.

Ежегодно в Санкт-Петербурге число больных с впервые выявленным раком IV клинической группы составляет свыше 3,5 тыс. человек. Службой хоспис в течение года наблюдаются около 8,5 тыс. человек. Около 60 % этих больных страдают выраженным хроническим болевым синдромом, по поводу которого амбулаторно, под контролем врачей общей практики и в условиях стационаров хосписов, получают лечебную помощь.

Движение хоспис, как система оказания помощи инкурабельным онкологическим больным, в последний период жизни получило развитие при помощи специалистов Великобритании и английского журналиста Виктора Зорзе. При его непосредственном участии, поддержке Правительства Санкт-Петербурга и ответственности города в Лакте в 1990 году был открыт первый хоспис.

За эти годы хосписное движение широко распространилось не только в Санкт-Петербурге, но и по России. Только в Санкт-Петербурге открыты 8 стационаров хоспис на 214 коек и созданы практически в каждом районе выездные службы хоспис (20 бригад) с территориальным охватом населения — 4 млн.

В настоящее время проводится работа по организации паллиативной помощи (ПП) детям, страдающим онкологическими заболеваниями и другой хронической патологией, требующей симптоматической и психологической помощи. В 2009 году планируется открытие стационара детский хоспис в Санкт-Петербурге.

Основной проблемой оказания помощи больным IV клинической группы является коррекция болевого синдрома. Применяются простые и сложные ненаркотические анальгетики и инъекционные формы наркотических анальгетиков.

В 2004 году проведена большая работа Ассоциации совместно с комитетом по здравоохранению по включению препарата МСТ-континус (мор-

фин-сульфат пролонгированного действия) в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарств, закупаемых за счет бюджета города.

Для решения проблем, стоящих перед хосписным движением, в 2002 году в Санкт-Петербурге создана межрегиональная Ассоциация паллиативной медицины. В основу деятельности легла работа по подготовке кадров для работы с инкурабельными больными, объединение усилий медицинских работников для решения вопросов, стоящих перед ПМ, привлечения внимания к проблемам хосписной службы государства и общественных организаций, адекватное финансирование ПМ, социальные гарантии и социальная защита работников хосписов.

В 2007 году онкологической службой Санкт-Петербурга и Ассоциацией паллиативной медицины разработана и внедрена в жизнь Целевая программа Правительства Санкт-Петербурга «О мерах по развитию онкологической службы Санкт-Петербурга по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии на 2008-2011 годы», в которой Правительством гарантировано финансирование для улучшения материально-технической базы хосписов Санкт-Петербурга и организации выездных служб еще в 3-х районах города.

ПРОБЛЕМЫ СЛУЖБЫ ХОСПИС

1. Несвершенство правовой базы, регламентирующей вопросы ПП.
2. Отсутствие в номенклатуре врачебных специальностей отдельной специальности «паллиативная помощь».
3. Отсутствие полноценной программы по подготовке работников хосписов.
4. Недостаточное взаимодействие хосписов, онкологической службы и амбулаторно-поликлинической сети.
5. Отсутствие взаимодействия службы паллиативной медицины (ПМ) и территориальных служб социальной защиты.

ТКАЧУК О.А., ВОЙЦИЦКИЙ В.Е., НАРОВ Ю.Э.,
ЛЮБАРСКИЙ М.С., ХАБАРОВ Д.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра онкологии,
г. Новосибирск, Россия*

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОРБЦИОННАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ

В структуре онкологической заболеваемости у женщин рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место. Несмотря на сов-

ременные методы диагностики РМЖ, остается высоким показатель женщин с местно-распространенным и генерализованным процессом, которым



для достижения максимального эффекта комплексного лечения необходима адъювантная полихимиотерапия, чаще всего с антрациклинсодержащими препаратами (схемы FAC, CAF, CAMF). А ранние послеоперационные осложнения и длительное восстановление после радикальных операций на молочной железе удлиняют время начала адъювантной полихимиотерапии, чем снижают эффективность всего комплексного лечения пациенток, страдающих РМЖ.

В поисках решения проблемы максимального уменьшения послеоперационных осложнений и уменьшения периода реабилитации после радикального хирургического лечения мы обследовали 40 пациенток со злокачественными новообразованиями в молочной железе. Возраст пациенток колебался от 38 до 60 лет.

Во всех случаях ведущей жалобой в раннем послеоперационном периоде была боль, а также слабость, плохое самочувствие. В условиях стационара стандартно всем пациенткам в первые сутки назначались наркотические анальгетики до 3 раз, затем еще 3 дня вводился кетонал 2 мл 2 раза в сутки. Пациенткам второй группы (n = 20) на протяжении всего послеоперационного периода и за 2 суток до операции давался энтеросорбент (Энтеросгель) per os по 15 г 3 раза в день за 1 час до еды

до оперативного пособия и по 30 г 3 раза в день за 1 час до еды в послеоперационном периоде.

Мы отметили, что прием энтеросорбента значительно уменьшил жалобы на тошноту, улучшил эмоциональный фон, повысил физическую активность, уменьшилась сонливость. Обезболивающий эффект оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и ориентировались на уровень гемодинамики (АД, Пульс, ЧСС, ЧДД). При этом у пациенток этой группы мы отказались от наркотических анальгетиков в первые сутки. Снизить введение кетонала до 1 раза в сутки нам удалось, применяя методики эндолимфатического введения обезболивающего препарата.

В результате нашего наблюдения отмечено, что обезболивание на фоне приема энтеросорбента и применения эндолимфатических методик у данных пациенток протекает более эффективно. Сорбционная детоксикация позволяет достичь определенного уровня эндоэкологического равновесия, на фоне которого препараты для болеутоления действуют более эффективно и продолжительно.

Таким образом, мы считаем, что включение препаратов для энтеросорбции и эндолимфатические пути введения препаратов у больных РМЖ в раннем послеоперационном периоде является клинически оправданным и патогенетически обоснованным.

УСЕНКО О.И.

*Hospital Corporation of America,
Sun City Center, USA*

ПРОГРАММА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В течение последних лет здравоохранение Российской Федерации претерпевает драматические изменения. Расстановка экономических и политических сил в стране меняется стремительно, одни проблемы сменяют другие, а задача эффективного здравоохранения остается все той же — это своевременная идентификация проблем и планирование системы для тех изменений, которые могут произойти.

Более 20 лет международная медицинская общественность уделяет серьезное внимание развитию паллиативной помощи как фундаментальному праву человека на возможность достойно прожить последние дни своей жизни и избежать ненужных страданий. Все эти годы многие страны развивают помощь людям с терминальными заболеваниями, и некоторые из них достигли значительных успехов.

Стратегический маркетинг, пришедший из бизнеса, повсеместно становится неотъемлемой частью работы, направленной на решение проблем, стоя-

щих перед здравоохранением различных стран. Под стратегическим маркетингом понимается такая философия управления, в основе которой лежит формирование целей и задач по достижению этих целей за определенный временной период в соответствии с ситуацией по той или иной проблеме здравоохранения и социально-экономическими возможностями, существующими на данный момент времени.

В зависимости от маркетинговой стратегии, формируются соответствующие программы. Стратегический маркетинг состоит из 2-х компонентов: стратегического планирования и тактического (текущего) планирования. Под стратегическим планированием понимается конструктивное управление изменениями и процессами, которые должны привести к достижению поставленной цели. Центральным звеном любой стратегии является процесс принятия решений. Каждое последующее решение должно базироваться на постоянном анализе предыдущих решений и их последствий (тактическое планирование). Решения должны быть

логически последовательны и ограничены определенными временными рамками.

Стратегический маркетинг отвергает провал и стремится только к достижению поставленных целей. Для того чтобы данная стратегическая цель была достигнута, программа по ее достижению должна быть понята и принята всеми участниками проекта. Более того, стратегический маркетинг предполагает, что должна существовать иерархия стратегий, поддерживающих друг друга [1].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), поставив перед собой цель по продвижению во всем мире паллиативной помощи как неотложной гуманитарной проблемы, разработала и опубликовала для широкой общественности руководство «Cancer Control, Knowledge into Action» о том, как создавать эффективную программу паллиативной помощи в стране.

При этом ВОЗ заявляет, что паллиативная помощь должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи и адаптирована к существующим культурным и социально-экономическим условиям каждой страны. Для того чтобы лучше распределить недостаточные экономические ресурсы, необходимо стратегически интегрировать программу паллиативной помощи с программами предупреждения, раннего выявления и лечения онкопатологии, как для взрослых, так и для детей.

Поэтапное планирование программы предполагает ответы на следующие основные вопросы:

1. Какое количество пациентов нуждается в паллиативной помощи?
2. Каких целей нам необходимо достичь?
3. Как можно достичь поставленных целей при наличии тех ресурсов, которыми мы располагаем в настоящий момент? [2]

Согласно ВОЗ, успешное интегрирование программы паллиативной помощи невозможно без соблюдения 3-х основных требований:

1. Государственная политика должна гарантировать интеграцию паллиативной помощи в существующую систему организации и финансирования здравоохранения.
2. Образовательная политика должна быть направлена на обучение медицинских работников и широкой общественности.
3. Политика лекарственного обеспечения должна гарантировать доступность лекарственных препаратов, необходимых для облегчения боли и других симптомов. Серьезное внимание должно уделяться доступности опиоидов [3].

ВЫВОД:

Хотя стратегический маркетинг является прерогативой топ-руководителей здравоохранения, тем не менее, успешная реализация поставленных целей по развитию паллиативной помощи в стране невозможна без привлечения широкой медицинской общественности и населения. Активное вовлечение этих участников в процесс формирования и реализации программы паллиативной помощи на различных уровнях (областном, городском, поселковом и т.д.) будет только способствовать более успешной ее реализации, а значит и созданию более гуманной системы здравоохранения, направленной на улучшение качества жизни терминальных больных и сохранение достоинства умирающих людей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ginter, Peter M. Jack Duncan Strategic Management of Health Care Organizations /Peter M. Ginter, Linda E. Swayne, W. – Fourth Edition, 2005.
2. World Health Organization. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5). – Geneva: WHO, 2007.
3. WHO. National Cancer Control Programmes: Priorities and Managerial Guidelines. – Geneva: WHO, 1995.

УСЕНКО О.И.
*Hospital Corporation of America,
Sun City Center, USA*

ХОСПИСНАЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В США

Первое отделение паллиативной помощи в США было организовано на базе клинического госпиталя в Кливленде (Cleveland Clinic and Medical College of Wisconsin) в 1987 году и этот год принято считать началом американского движения паллиативной и хосписной помощи. В 1988 году паллиативная помощь там же стала оказываться по типу дневного стационара и на дому. Так впервые была организована паллиативная помощь на различных этапах жизни больно-

го с единым организационным центром. В 1991 году данная модель оказания паллиативной помощи госпиталя в Кливленде была признана Всемирной организацией здравоохранения образцовой и рекомендована в качестве международного демонстрационного проекта [1].

В настоящее время в США хосписная и паллиативная помощь представляют два разных аспекта помощи с единой философией, но с различными системами оплаты и местами их оказания.

Паллиативная помощь (palliative care) обычно оказывается в госпиталях посредством оказания междисциплинарных услуг при наличии или при отсутствии специализированных паллиативных коек. Около 53 % процентов госпиталей, имеющих 50 коек и более, оказывают паллиативную помощь. При этом 84,5 % медицинских школ ассоциированы с программами паллиативной помощи в госпиталях [2].

Хосписная помощь (hospice care) обычно оказывается в хосписах (home-like hospice residences), на дому, в домах престарелых (nursing homes and assisted living facilities), домах для ветеранов, тюрьмах и т.д. В 2007 году 1,4 миллиона терминальных больных и членов их семей получили хосписную помощь. В основном эта помощь оказывалась на дому. При этом онкологические диагнозы были менее чем у половины пациентов (41,3 %), а среди неонкологических больных в основном были пациенты с патологией сердечно-сосудистой системы (11,8 %) и деменцией (10,1 %).

Хосписная помощь в США оказывается в основном тремя типами организаций: благотворительными (non-for-profit), целью которых не является получение прибыли (48,6%), частными (for-profit), цель которых состоит в получении прибыли от проводимого вида услуг (47,1 %) и государственными (муниципальными, федеральными или организациями штата – 4,3 %). За последние 10 лет прирост организаций, оказывающих хосписную помощь, происходит в основном за счет частного сектора [3].

Хосписная помощь в США предполагает 4 основных уровня помощи. Каждый вид помощи имеет свои показания и границы по оказанию данной услуги, регламентированные законодательно [4].

Помощь, оказываемая на дому:

Routine Home Care – обычная помощь на дому: пациенты получают хосписную помощь там, где они проживают (95,6 % дней оказания помощи в 2007 году);

Continuous Home Care – непрерывная помощь на дому: предполагает в основном медсестринскую помощь; такая помощь оказывается только в период кризиса или в том случае, когда терминальному больному необходимо находиться в домашних условиях (0,9 % дней оказания помощи в 2007 году).

Помощь в хосписе, как в учреждении:

Hospice Inpatient Respite Care – помощь в хосписе: проводится для контроля болевого синдрома и других острых и хронических симптомов (3,3 % дней оказания помощи в 2007 году).

Hospice Inpatient Respite Care – помощь для дачи «передышки» родственникам пациента (0,2 % дней оказания помощи в 2007 году) [3].

С 1982 года основной страховой организацией, проводящей оплату хосписных услуг, является Medicare (Федеральная страховая программа для пациентов старше 65 лет) – 83,6 % в 2007 году. Оплата проводится за день пребывания и составляет примерно 126 долларов в день. Другими страховыми организациями, оплатившими услуги хосписов в 2007 году, были: частные страховые компании – 8,5 %, Medicaid (страховые программы для неимущих на уровне каждого штата) – 5 %, из других источников – 2,9 %.

Традиционно, медицинские сестры оказывают основное количество услуг в хосписной помощи. В 2007 году медсестры составляли в среднем 33,8 % от персонала хосписов, врачи – 3,4 %, домашние помощники (сиделки) – 19,8 %, социальные работники – 8,2 %, религиозные служители – 4,2 %. Большую помощь в организации помощи оказывают волонтеры. В 2007 году типичный волонтер хосписа оказывал/а помощь терминальному пациенту и его семье в среднем 45,1 часов и делал/а в основном 18 посещений пациентов на дому.

В 2007 году 94,7 % хосписов оказывали помощь родственникам больного после его смерти. В среднем два члена семьи получали различного рода поддержку в течение года [3].

Исследования, проведенные Duke University, выявили, что оказание хосписной помощи, улучшающей качество жизни терминальным больным, также помогает сократить затраты Medicare в среднем на 2309 \$ при проведении данного вида помощи одному пациенту [5].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Managing a Palliative Oncology Program: The Role of Business Plan /Walsh W., Gombeski W., Golstein P. et al. //J. of Pain and Symptom Management. – 1994. – V. 9, N 2 February.
2. Variability and Access to Hospital Palliative Care in the United States /Benjamin Goldsmith, Jessica Dietrich, Qingling Du, R. Sena Morrison. //J. of Palliative Medicine. – 2008. – V. 11(8). – P. 1094-1102.
3. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. National Hospice and Palliative Care Organization, 2008.
4. Code of Federal Regulations, Title 42, Volume 2, Chapter IV, Part 418 – Hospice Care.
5. What length of hospice use maximizes reduction in medical expenditure near death in the US /Taylor D.H.Jr., Osterman J., Van Houtven C.H. et al. //Medicare program & Soc Sci Med. – 2007. – V. 65(7). – P. 1466-1478.

ЦЫПЛАКОВА Д.С., БЕРЕЗИКОВА О.А.
Кемеровский областной медицинский колледж,
Кемеровский областной хоспис,
г. Кемерово

ПРОВЕДЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА

Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма взрослых и детей, и является важным фактором обеспечения резистентности к физическим и химическим агентам окружающей среды.

По данным ВОЗ, 70 % пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, страдают потерей аппетита и кахексией на фоне нарастающего дефицита основных элементов питания, в результате преобладания процессов катаболизма и замедления утилизации нутриентов. Эти проблемы значительно снижают качество жизни инкурабельных пациентов, а именно уровень качества жизни является основным критерием при оказании паллиативной помощи.

В связи с этим, на базе Кемеровского областного хосписа было проведено исследование, целью которого явилась необходимость определить целесообразность и эффективность внедрения нутритивного питания для коррекции белково-энергетической недостаточности.

Для реализации этой цели были поставлены следующие задачи:

- изучить показания для нутритивного питания в соответствии с нормативными документами;
- обеспечить прием энтеральных смесей в зависимости от степени недостаточности питания онкологических пациентов;
- провести динамическое наблюдение за пациентами в процессе употребления энтеральных смесей путем сравнения антропометрических данных (масса тела, рост, ИМТ);
- определить наиболее приемлемый вариант приема энтеральных смесей для пациентов хосписа.

За период с ноября 2007 года по декабрь 2008 года нутритивная поддержка была проведена 45 пациентам хосписа. Из них, 65 % получали сипинговое питание «Нутридринк» и высококалорийные пудинги в качестве ранней нутритивной поддержки, 35 % пациентов находились по показаниям на зондовом питании и получали стандартизированные полимерные сбалансированные питательные смеси для энтерального питания «Нутризон».

Для динамического наблюдения за пациентами была проведена оценка антропометрических

данных. На период перед введением нутритивного питания 18 % пациентов имели легкую степень недостаточности питания, 59 % – среднюю степень и 23 % – тяжелую степень недостаточности питания. Пациенты получали смеси в среднем в течение 20 дней в соответствии с рекомендациями.

В результате проведения нутритивной поддержки получены следующие данные по антропометрическим показателям:

- увеличение массы тела на 2-4 кг произошло у 16 % пациентов;
- увеличение массы тела на 0,5-2 кг – 52 %;
- масса тела осталась неизменной у 32 % пациентов, вероятно, это объясняется тем, что они находились в терминальной стадии заболевания и агрессивное воздействие патогенных факторов было слишком велико.

Следует отметить, что во время проведения нутритивной поддержки ни у одного пациента не было тенденции к снижению массы тела. Двое пациентов в период нутритивного питания перешли с зондового питания на пероральный прием питательных смесей в связи с улучшением общего состояния.

Таким образом, нутритивная поддержка необходима онкологическим больным для поддержания метаболических резервов организма, коррекции белково-энергетической недостаточности, поддержания оптимальной массы тела, повышения его устойчивости к агрессивному воздействию злокачественной опухоли и её осложнений (эндотоксикоз, кахексия, анемия, др.), противоопухолевого лечения (операционная травма, химио-, лучевая терапия).

Необходимо начинать нутритивную поддержку на начальном этапе оказания паллиативной помощи, чтобы обеспечить более высокое качество жизни пациента, а также продлить жизнь пациента.

Трофологическая недостаточность значительно влияет на результаты лечения, снижает физическую активность и другие показатели качества жизни больных, увеличивает показатели летальности больных в стационарах. В связи с этим, применение питательных смесей для коррекции белково-энергетического статуса является адекватным методом лечения пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи.

Для ранней нутритивной поддержки онкологических пациентов лучше использовать смесь белковую композитную сухую «Дисо-Нутринор», которая чаще всего применяется для коррекции белково-энергетической недостаточности как дополнительное питание при обычной диете при анорексии. Также для ранней нутритивной поддержки у онкологических больных необходимо использовать пероральное сипинговое питание «Нутри-

ринк», которое представляет собой насыщенные питательными веществами напитки в порционных емкостях с различными вкусовыми добавками, а также высококалорийные пудинги.

При показаниях к энтеральному зондовому питанию необходимо применять специальные продукты клинического питания — Нутризон Энергия, Нутризон (сухой порошок), Нутрикомп и т.д.

ШАРАФУТДИНОВ М.Г.
ГУЗ Ульяновский областной хоспис,
г. Ульяновск

РАВНОПРАВИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Совокупные ресурсы здравоохранения всегда ограничены. Даже в богатых странах, тратящих на здравоохранение огромные суммы, не все могут получить желаемую медицинскую помощь. Проблемы ограниченности ресурсов еще острее стоят в российском здравоохранении.

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

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

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

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

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

- оказание помощи родственникам;
- адекватное обезболивание;
- единый регистр больных, нуждающихся в паллиативной помощи;
- качественная медицинская, социальная и психологическая помощь на дому;
- качественная стационарная помощь;
- служба паллиативной помощи освобождает специалистов для развития отдельных приоритетных видов специализированной медицинской помощи, например, в онкологии — это профилактика рака, раннее выявление и полноценное радикальное лечение;
- адресная социальная и психологическая помощь больным и их родственникам;
- привлечение внебюджетных/благотворительных средств и др.

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

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, 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 предпоч-

тение тому, что идёт на благо конкретному больному, и соотносить между собой потенциальное благо и вред от каждого вмешательства для него.

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

ШАХУРОВА Н.И., ГАРГАНЕЕВА Н.П., СЧАСТНЫЙ Е.Д., ДАНЧЕНКО Т.Н.

*НИИ психического здоровья СО РАМН,
Сибирский государственный медицинский университет,
МЛПМУ «Медсанчасть №1»,
г. Томск*

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ХОСПИСЕ

Исследования последних лет, описывающие возможные пути оказания помощи человеку в конце жизни, подтверждают необходимость принятия во внимание полной клинической картины, включая ее биологический, психический и социальный аспекты. Изучение потребностей пожилых онкологических пациентов в конце жизни показало возрастание значимости психологических, социальных и духовных потребностей после купирования физической боли (Wijk H., Grimby A., 2007). Важнейшей задачей хосписной службы является создание условий и возможностей проявлению зрелости человека, его творческой, нравственной и духовной основы, составляющих главные принципы паллиативной медицины, и придающие завершенность и осмысленность всем предпринимаемым усилиям. Определяющую роль, по мнению Sullivan M.D. (2003), играют сочетание внутриличностной гармонии, межличностных связей и удовлетворение духовных потребностей пациента, что дает возможность сохранить баланс между надеждой и отчаянием, т.е. категориям, выходящим за рамки исключительно медицинского круга. В этом аспекте особое внимание заслуживают этические и деонтологические вопросы паллиативного ухода, исходя из которых болезнь, смерть и утрата определяются в качестве неизбежной части человеческого существования, становящихся его индивидуальным опытом.

Проведенное нами исследование выполнено на базе МЛПМУ «Медсанчасть № 1» г. Томска, имеющего статус специализированного стационара, оказывающего паллиативную помощь, состоящего из отделения «Хоспис» и «Дома сестринского ухода». Обобщая опыт совместной практической работы в сфере паллиативной медицины, следу-

ет обозначить роль врача психиатра-психотерапевта в этом процессе: 1) коллегиальное участие в решении медико-социальных задач; 2) психиатрическое консультирование с целью проведения психофармакотерапии и психотерапии на основании оценки текущего состояния больных; 3) возможность персонального обращения пациента с индивидуальными потребностями и индивидуальным представлением о необходимой ему помощи; 4) взаимодействие с родственниками или другими доверенными лицами из близкого окружения пациента для решения вопросов медицинского, юридического или иного характера.

Решение лечащего врача о необходимости проведения консультации психиатра обосновано текущим состоянием неизлечимых пациентов, в клинической картине которых физиологическая печаль и грусть, характерные для инкурабельных больных, и расстройство депрессивного спектра могут быть представлены похожими симптомами, что требует тщательного дифференцирования. Депрессия у геронтологических больных, имеющих злокачественные заболевания, нередко становится не временным состоянием, а образом существования, обостряя возникающие этические и деонтологические проблемы и взаимоотношения в системе «лечащий врач — пациент — родственники пациента», зачастую обусловленными высокими требованиями родственников к медицинскому персоналу.

С точки зрения клинической персонологии благополучный завершающий этап жизни индивида характеризуется мудренностью опытом, чувством достоинства, терпеливостью и самообладанием (Семке В.Я., 2006). Поскольку в наши дни практически исчезает уклад семейной жизни совместного проживания нескольких поколений, что в прош-

лом облегчало финальный этап жизни неизлечимо больных и престарелых членов семьи, то обеспечение достойного ухода человека из жизни повышает актуальность паллиативного направления в структуре современной медицины.

Принцип паллиативности в современном понимании не ограничивается онкологической патологией и распространяется на другие заболевания, при которых выздоровление невозможно. Наблюдаемые демографические тенденции настоящего времени позволяют обоснованно допустить, что смерть от хронического неинфекционного заболевания, в том числе от рака, уже не рассматривается как противоестественное и неоправданное прерывание человеческой жизни в период ее расцвета, но скорее как один из обычных и неизбежных исходов биологической жизни человека в преклонном возрасте (Напалков Н.П., 2004). Развитие новых технологий оказания помощи инкурабельным больным, включающих методы адаптации и реабилитации не только для пациентов и их родственников, а также для лечебного и обслуживающего персонала, способствует хосписная служба (Гнездилов А.В., 2003).

Таким образом, для успешного решения деонтологических проблем крайне важным является обучение врачей-интернистов более глубокому пониманию защитных механизмов психики больного и, вследствие этого, уменьшению профессиональных трудностей, связанных с синдромом эмоционального выгорания. Особенности подготовки

врача-психиатра предполагают наличие навыка работы с аффективно насыщенными, чаще негативными переживаниями пациентов и их близких. Необходимость консультирования-взаимодействия становится неотъемлемой частью работы врача-психиатра в хосписном и гериатрическом отделениях и заключается не только в проведении терапевтических мероприятий (фармако- и психотерапии больных), но и в подготовке образовательных семинаров для всех медицинских и социальных работников. Перспективность взаимодействия специалистов возникает лишь при неформальном, заинтересованном отношении интерниста и психиатра как равноправных участников клинко-диагностического, лечебного и психотерапевтического процессов.

С развитием хосписной службы расширяются реальные интегративные возможности оказания адекватной паллиативной помощи неизлечимым онкологическим больным позднего возраста, нуждающимся в полноценном уходе и сведению к минимуму их страданий, обусловленных коморбидной соматической и психической патологией. Организация медицинской помощи пациентам хосписа и формы ее реализации представляют собой одну из важных междисциплинарных медико-социальных проблем практического здравоохранения и общества в целом. Целесообразность равноправного участия специалистов становится предметом обсуждения для профессионалов различных ведомств.

ШМЫРИН Н.И., ПОЗДНЯКОВ А.А., СЕМЫКИН В.А.

ОГУЗ «Томский областной онкологический диспансер»,

г. Томск

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лечение болей у инкурабельных онкологических больных до сих пор остается трудной и нерешенной проблемой онкологии и анестезиологии. Раковая боль может быть разделена на 3 типа: соматическую, висцеральную и деафферентационную, которые могут быть дополнены симпатической болью, когда эфферентная симпатическая активность способствует сохранению боли, гиперпатии и вазомоторным изменениям после тканевого повреждения при раке или его терапии.

Нейробиология раковой боли является комплексной и окончательно не выяснена.

Многогранность центральных и периферических нейрогуморальных механизмов развития хронического болевого синдрома (ХБС) онкологического генеза требует комплексного подхода к его лечению. На сегодняшний день в арсенале врачей

имеются различные методы его устранения: чрезкожная электростимуляция; центральная электроанальгезия; фармакотерапия на основе наркотических анальгетиков; медикаментозные блокады (интракостальная, паравертебральная, эпидуральная, субарахноидальная, внутрижелудочковое введение опиатов); химические денервации (этиловый спирт, фенол); физические воздействия (лазеротерапия, облучение гипофиза, высокочастотное или криогенное разрушение гипофиза, стимуляция ЦНС имплантированным электродом); хирургические методы (ризотомия, хордотомия).

Все перечисленные методы имеют свои преимущества и недостатки.

Мы применяли метод перидуральной химической денервации для снятия неукротимой боли у инкурабельных больных. На основании локали-

зации боли, нарушения чувствительной и двигательной сферы устанавливали заинтересованные сегменты спинного мозга. Затем производили пункцию и катетеризацию перидурального канала в зоне сегментарной иннервации пораженного участка. После введения пробной дозы анестетика, определения четких границ кожной анестезии проводили химическую денервацию путем введения в перидуральный канал нейролитического препарата (спирт 96 %, 2-5 мл). Спирт вводили медленно (1 мл в течение 2-3 минут), через 30-40 минут после применения местных анестетиков для профилактики болевого шока. Исчезновение или уменьшение боли проявляется на 5-7-е сутки. К этому времени обычно происходит прогрессивная некротизация отдельных нервных волокон. Последующая регенерация идет крайне медленно, так как алкоголь вызывает фиброз, препятствующий

регенерации. У большинства больных боль удавалось снять только после повторных инъекций спирта. В отдельных случаях боль проходила после однократного введения.

Метод показан инкурабельным больным при относительно хорошем соматическом состоянии, но с выраженным болевым синдромом, помогает им самостоятельно передвигаться, обслуживать себя. Он является методом выбора для больных, у которых из-за распространенности основного процесса не может быть применено хирургическое лечение, а химиотерапевтическое или лучевое лечение не показано или не эффективно.

Противопоказания: гнойничковые поражения кожи спины, выраженные искривления и деформации позвоночника, гипотензия, воспалительные заболевания мозга и мозговых оболочек, терминальные состояния.

BUDA FRANCESCO
*Department of Internal Medicine,
Director of Medical Oncology,
«City of Udine Hospital»,
Udine, Italy*

ВАЖНОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ, СТРАДАЮЩИМ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДАЛЕКО ЗАШЕДШЕЙ СТАДИИ, КОТОРОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Обеспечение хорошего качества жизни, оказывающего влияние на пациента, имеющего онкологическое заболевание, когда выздоровление пациента уже невозможно, является главной задачей онколога. Если подразумевается исключительно только паллиативная помощь, то нет необходимости оказывать пациенту радикальную терапию из-за развития множества побочных эффектов. Когда заболевание находится в запущенной стадии и прогноз больного неблагоприятный, беседа с пациентом становится очень важным элементом программы оказания паллиативной помощи для улучшения качества жизни пациента. Очень важно дать понять не только больному, но и членам его семьи, и его лечащему врачу, что заболевание неизлечимо, проблемы будут существовать, и для того, чтобы приостановить появление осложнений, мы готовы вместе с пациентом бороться для обеспечения ему достойного уровня жизни.

Основной проблемой пациентов в данном случае является страх боли. Довольно часто использование радиотерапии или химиотерапии, даже с паллиативной целью, не дает возможности абсолютно избежать болевого синдрома, в то время

как данная проблема может быть легко разрешена с использованием слабых анальгетиков, даже в терминальной стадии заболевания. Общее состояние больного должно быть поддержано с помощью лечения, дающего энергетическую поддержку: если пациент не голоден, то обычно он лучше переносит боль и другие осложнения, если они появляются.

Нет необходимости госпитализировать пациента, за исключением терминальной фазы заболевания, но абсолютно необходимо быть постоянно в контакте с пациентом, его семьей, а также с лечащим врачом. Адекватная помощь пациенту на дому, несомненно, является более полезной, чем госпитализация, потому что пациент живет дольше, если остается в знакомой ему обстановке.

Пациенты с запущенными заболеваниями хотят жить и просят о жизни. Одинокие и брошенные больные обычно хотят умереть и спрашивают о том, сколько времени им осталось жить. Отвечать на заданные вопросы очень трудно и болезненно, потому что отрицать очевидность серьезности заболевания пациента, который в полной мере понимает ситуацию, однозначно означает потерять в его глазах уважение и доверие; призна-

вать деликатность момента, но гипотезировать о возможности терапевтического результата, означает, что ее невозможность будет очевидна в течение короткого промежутка времени. Говорите о реальной ситуации!

Я не думаю, что всегда будет полезно, если пациент будет знать об абсолютно всех моментах. Если я решил на этот трудный разговор, я всег-

да стараюсь избегать фразы, что «все в руках высших сил, а не медицинских» еще и потому, что не является чем-то исключительным при данной патологии видеть пациента с запущенным заболеванием, лишенного всякой надежды. Используя данную фразу, я избегаю трудностей для себя, но, честно говоря, я не знаю, а удалось ли мне в этом случае развеять сомнения пациента.

BUDA FRANCESCO
*Department of Internal Medicine,
Director of Medical Oncology,
«City of Udine Hospital»,
Udine, Italy*

РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАНОВИТСЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТРАДИЦИОННОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ДРУГИМ ФАКТОРАМ, ЧТО ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ В ПОЛЬЗУ ВЫБОРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Принятие решений в медицинской науке делается путем выбора рационального основания. Традиционными результатами лечения онкологической патологии в современной медицине были выживаемость и выздоровление, но существуют такие клинические ситуации, когда пациенты могут иметь лишь незначительные позитивные сдвиги от традиционных методов лечения в терминах ответа на лечение и выживаемость, но которые работают против качества жизни пациентов (QoL).

В настоящее время все большее понимание находит признание того, что эффективность терапевтического вмешательства должна быть оценена посредством воздействия на качество жизни пациента. Выбор лечения для пациента с распространенной формой рака молочной железы, ставшего не только резистентным к обычно проводимым методам лечения, но и прогрессирующим, направленное на то, чтобы уменьшить опасность лечения, становится трудным заданием. Возможность получения положительного результата такая незначительная, что выбор должен зависеть от оценки целого ряда параметров, таких как возраст, состояние больной на данный момент, питание, агрессивность опухоли, чувствительность к химиотерапии, токсичность лечения. Более того, лечение пациента в претерминальной фазе не может проводиться без реалистичной оценки соотношения цена/выгода.

Контроль симптомов является основной задачей на данной стадии заболевания. Таким образом, при наличии синдрома верхней полой вены,

резистентного к радиотерапии, будет оправдано проводить паллиативную химиотерапию. В таких ситуациях целью должно быть предложение пациенту в последний промежуток жизни приемлемого качества жизни посредством облегчения симптомов по наименьшей цене в терминах развития побочных эффектов.

Течение опухолевого процесса может оказывать влияние на терапевтические решения. Присутствие распространенных метастазов, резистентных к различным терапевтическим воздействиям, препятствует проведению дальнейшей экспериментальной химиотерапии, так как она, возможно, будет неэффективной и токсичной. Пожилой возраст также является лимитирующим фактором в выборе метода лечения. Интеркуррентные заболевания, возраст как таковой могут представлять обоснованную причину для отказа от терапии. У пожилых пациентов со злокачественными новообразованиями прогресс в течении заболевания медленный, и качество жизни, при отсутствии побочных эффектов, индуцированных лечебными мероприятиями, может быть приемлемым решением.

Оценка состояния пациента в соответствии с Karnofsky Performance Scale (KPS) может быть решающим фактором. Обычно в претерминальной фазе оценки состояния больного по данной шкале низкие, что означает, среди прочего, плохой шанс на результативность проводимой терапии. Наличие интеркуррентных заболеваний препятствует назначению лечения посредством противоопухолевой терапии, обладающей токсичностью к различным органам, и/или радиотерапии, комбини-

рованной с системным лечением. Токсичность проводимой терапии – важный момент, который должен быть принят во внимание. Сердечно-сосудистые, легочные осложнения, алоpecia, анемия и лейкопения чаще развиваются у пациентов, состояние которых и без того тяжелое, и не только провоцируют ухудшение качества жизни пациентов, но и требуют продления сроков госпитализации.

ВЫВОД:

Качество жизни, как понятно из данного исследования, есть субъективное и многомерное по-

нятие, основными положениями которого являются физическое состояние, психологическое благополучие, социальные взаимоотношения и функциональные возможности пациента. При отсутствии курабельных методов лечения, терапевтическими целями для больных с распространенными формами рака молочной железы являются продление жизни, облегчение симптомов и обеспечение качества жизни. Таким образом, эффективность терапевтического вмешательства должна оцениваться в терминах ее эффективности по отношению к продлению и качеству жизни.

¹BUDA FRANCESCO, ¹GORDANA SVEN, ²MARINI MARIO,
²COMBESI MARIA ANTONIETTA, FOLLADORE ALDO, ³BUDA CONCETTA
¹*Dpt Internal Medicine, Medical Oncology, City of Udine Hospital,
Udine, Italy,*
²*Dpt of Experimental and Clinical Medicine, University of Roma,
Roma, Italy,*
³*Dpt of Surgery, University of Messina,
Messina, Italy*

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ФАЗЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ОРГАНИЗМА, ИЗМЕНЕНИЙ АНАБОЛИЧЕСКИХ И КАТАБОЛИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ И КЛЕТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА ПРИ СИНДРОМЕ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ПРЯМОЙ КИШКИ (COLORECTAL CANCER ANOREXIA-CACHEXIA SYNDROME – CACS)

Кахексия – это тяжелое состояние, которое сопровождается хроническим истощением. Кахексия характеризуется интенсивным истощением жировой ткани, мышечных и висцеральных белков, что находит отражение в снижении клеточной массы и концентрации внутриклеточного калия. Это приводит к уменьшению энергетических резервов организма. Кахексия чаще развивается у пациентов, страдающих раком легкого или верхних отделов ЖКТ, и реже у пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы или нижних отделов ЖКТ.

МЕТОДЫ

30 мужчин, страдающих колоректальным раком, были стратифицированы по величине потери веса более 10 % (n = 15) и менее 10 % (n = 15). Были проведены исследования: клеточной массы тела (Body Cell Mass – BCM), уровней циркуляции опухолевого некротического фактора (Tumor Necrotic Factor – TNF), интерлейкина-6 (Interleukin – IL), LPB (LPS-binding protein), шкалы аппетита (0-10), уровней циркулирующего кор-

тизола, тестостерона, инсулина как фактора роста-1 (IGF-1).

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) ± стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования ANOVA (One-Way Analysis of Variance).

Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством X²-test и Yates' Continuity Correction или Fisher's Exact test. Оценка линейных взаимоотношений между переменными проводилась с помощью Pearson's Product Moment Correlation Coefficients.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение группы пациентов с потерей веса менее 10 % (1-я группа) с группой пациентов, которые потеряли более 10 % веса (2-я группа) показало, что в 1-й группе уровень sTNF был выше (p = 0,06), уровень альбумина ниже (27,4 про-

тив 34,4 mmol/L, $p = 0,02$), уровень тестостерона ниже (13,2 против 21,5 mmol/L, $p = 0,01$), уровень IGF-1 ниже (119 против 184 ng/mL, $p = 0,004$).

У пациентов обеих групп процент потери веса был значительно коррелирован с уровнями TNF ($r = 0,59$; $p = 0,02$), альбумина ($r = 0,63$; $p = 0,006$), IGF-I ($r = 0,50$; $p = 0,02$).

Показатели клеточной массы тела (ВМС), отрегулированной в соответствии с весом пациента, значительно коррелировали с TNF ($r = 0,57$; $p = 0,03$), sTNF ($r = 0,50$; $p = 0,04$), LBP ($r = 0,50$; $p = 0,04$), альбумином ($r = 0,56$; $p = 0,02$), REE/BCM ($r = 0,54$; $p = 0,03$), а также наблюдалась тенденция корреляции с IGF-I ($r = 0,44$; $p = 0,06$).

ВЫВОД:

У больных с синдромом анорексии-кахексии (САКС) при распространенных формах рака толстого кишечника и прямой кишки потеря веса и потеря клеточной массы тела (ВМС) ассоциированы с острой фазой системного воспаления и сниженным уровнем IGF-I. Снижение клеточной массы тела (ВМС) связано также с гиперметаболизмом. Пониженный уровень тестостерона найден у пациентов со значительной потерей веса, хотя значительных прямых ассоциаций со сниженным уровнем клеточной массы (ВМС) тела не выявлено.

LUCZAK JACEK

Palliative Medicine Chair & Dpt,

*Hospice Palium of the Clinical Hospital of Lord Transfiguration
of the University of Medical Sciences named Karol Marcinkowski in Poznan,
Poland*

ИНТЕГРАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОФИЦИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

Под политикой здравоохранения (ПЗ) понимается коллективное управление или совокупность индивидуальных решений, которые влияют на способ оказания медицинской помощи. ПЗ включает в себя лечебные стратегии, разработанные консультантами-клиницистами, медицинскими сестрами, акушерками и их коллективами или учреждениями. ПЗ включает в себя также политику, провозглашенную генеральными руководителями здравоохранения и теми, кто ответственен за оказание медицинской помощи частнопрактикующими лицами (Stacey 1991) [1].

Паллиативная помощь (ПП). Что означает ПП для различных групп людей: для тех, кто ее оказывает, для тех, кто ответственен за ее финансирование и организацию, для граждан страны, и также для тех людей, кто по состоянию здоровья нуждается в ее получении? (Clark, 1999) [1].

Почему ПП необходима? Помощь, оказываемая умирающим больным менее чем адекватна [1, 2]. Мнения родственников больных по поводу помощи, оказываемой врачами общей практики, служат доказательством недостаточного общения, недостаточного контроля болевого и других симптомов, недостаточного внимания к психологическим, социальным и душевным нуждам пациентов и членов их семей (UK study, Clark 1999) [1].

Становление паллиативной помощи в Польше
Негосударственные организации. Движение «Солидарность» (1980) указало путь развития гражданского общества посредством создания негосударственных организаций. Первый польский

негосударственный хоспис The Society of the Friends of the Sick Hospice был организован в 1981 году в Кракове под влиянием идей Dame Cicely Saunders при кооперации с St. Christopher Hospice (Великобритания). Затем были организованы в качестве образцовых Home Care Pallotinum Hospice в 1984 году в Гданьске, Forum of Polish Hospice Movement в 1990 году в Варшаве [3].

Национальная система здравоохранения. Первая в Польше противоболевая клиника, оказывающая паллиативную помощь также и на дому, была организована на базе клиники университета в городе Познань в 1987 году. В первой клинике было 7 коек. Преподавательский состав университета совместно с Британой (Oxford) -Польской ассоциацией паллиативной помощи, созданной при поддержке Всемирной организации здравоохранения в 1990 году, начал проводить обучение с 1991 года.

В 1991 году Министерство здравоохранения и социального развития представило предварительную программу организации негосударственных и государственных хосписов и отделений паллиативной помощи как часть политики национального здравоохранения, а также учредило в 1993 году Национальный совет хосписной и паллиативной помощи, а в 1998 году – Стандарты паллиативной и хосписной помощи, в 2003 году – Стандарты противоболевой терапии для онкологических больных.

Польская национальная политика в области паллиативной помощи включает в себя: нормати-

вы по учреждениям, по персоналу, по оборудованию для оказания помощи, по перечню процедур, финансированию, по доступности опиоидов, в том числе по бесплатному обеспечению морфином для перорального применения и водных растворов, приготовленных в условиях аптек, стабильных в течение 3-х месяцев хранения при комнатной температуре, очень дешевых (!), а также по опиоидам пролонгированного действия, инъекционного и свободного от консервантов морфина для подоболочечного использования, наклейкам фентанила и бупренорфина и таблетированному метадону.

Основные законодательные акты, лежащие в основе организации и финансирования паллиативной и хосписной помощи:

- Health Care Units Act, [Dz.U no 91, 14 October 1991,4] – первый польский законодательный акт об организации отделений ПП и хосписов;
- Health Care Units Act [Dz.U.no 91 408 §19 art.5] – акт, дающий право больному умереть в спокойствии и с достоинством;
- Code of Medical Ethics (1993) – в соответствии с данным Кодексом медицинской этики, врач обязан оказывать помощь терминальным больным в конце жизни и облегчать боль и другие симптомы умирающих;
- Act Amending the Universal Health Insurance [Act 1998, D.U. no 117] – акт, внесший поправки в универсальную систему страхования здоровья, обязывающий региональные страховые фонды заключать договора на оказание услуг с хосписами и отделениями паллиативной помощи;
- кодификация хосписной и паллиативной помощи разработана Министерством здравоохранения и социального развития в марте 2000 года.

В 1999 году, в соответствии с положениями Министерства здравоохранения и социального развития, «паллиативная медицина» была представлена как медицинская специализация для врачей, и «паллиативная помощь» – как специализация для медицинских сестер.

В соответствии с Health Care Act, Article 15, 2006, паллиативная и хосписная помощь признана как специфическая медицинская услуга (не включающая в себя долговременный уход), обязательная для финансирования Фондом здравоохранения.

Доступность опиоидов

Программа Министерства здравоохранения Польши по развитию хосписной и паллиативной помощи была подготовлена Национальным советом хосписной и паллиативной помощи для лечения онкологических больных в 1998 году.

Польский национальной онкологический союз, экспертная группа национальных консультантов

паллиативной медицины в кооперации с Министерством здравоохранения работали над улучшением ситуации по доступности опиоидов с 1994 года по 2005 год. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, все врачи имеют право выписывать слабые и сильные опиоиды без специальных ограничений (даже от 4 до 12 грамм опиоидов немедленного действия или до 12 грамм морфина модифицированного действия в одном рецепте, сроком от 1 до 4 недель) бесплатно для пациентов.

Национальная политика в регионе, влияние политических и экономических реформ на развитие хосписной и паллиативной помощи

Система оказания медицинской помощи в тоталитарных условиях исключала оказание помощи терминальным больным. Политические и экономические реформы, которые начались в 1980-х годах, стали ключевым моментом создания благоприятного климата для развития хосписной и паллиативной помощи в посткоммунистических странах. Позитивными факторами были также глубокие этические и культурные традиции, основанные на тесных семейных узах (помощь и уход за родственниками), а также новое мышление и харизматичность лидеров, создание негосударственных организаций. Негативными факторами – нищета здравоохранения, игнорирование и предубеждения на профессиональном и административном уровнях, а также тотальная бедность населения [5].

Венское послание (Vienna Message) – первое важное положение, подготовленное делегатами из Восточной Европы, содержало два ключевых вывода: лечение болевого синдрома (ЛБС) у онкологических больных и паллиативная помощь (ПП) развиты в наших странах недостаточно, и не соответствуют стандартам ВОЗ.

Основными причинами для развития данной ситуации были отсутствие национальных политик в области ЛБС и ПП, неразвитая система образования, неудовлетворительная доступность сильных опиоидов. Венское послание было подписано делегатами из Белоруссии, Болгарии, Чехии, Венгрии, Польши, Румынии, России и Словакии, участниками Восточно-Европейского форума по лечению онкологической боли – дополнительном заседании на XXIV Центрально-Европейском анестезиологическом конгрессе, проходившем в Вене в сентябре 1995 года.

Познаньская декларация (Poznan Declaration) и ЕСЕРТ [6, 7] стали следующими шагами в развитии новых инициатив. Когда все началось? В мае 1998 года Познаньская декларация, подписанная делегатами из Белоруссии, Чехии, Латвии, Литвы, Польши, Румынии, Словакии во время 9-го курса паллиативной медицины, была результатом деятельности рабочей группы по вопросам насто-

ящего и будущего развития паллиативной помощи в Центральной и Восточной Европе под председательством Jan Stjernsward и Jacek Luczak.

Познаньская декларация включала региональный анализ ситуации; декларировала цели, которые необходимо достичь в будущем по направлениям национальные политики, образованию, доступности лекарственных препаратов, мультидисциплинарных команды (коллективов), признанию общественности; давала рекомендации о том, как достичь поставленных целей. Заключение: Паллиативная помощь в регионе развита недостаточно, в результате чего качество жизни терминальных больных и членов их семей менее чем удовлетворительное.

В 1999 году была зарегистрирована ЕСЕРТ (Eastern and Central Europe Palliative Care Task Force) в Познани (Польша), которая могла в качестве ее членов привлекать граждан других стран. В сентябре 1999 года во время встречи в Женеве на конгрессе ЕАРС (Европейской ассоциации паллиативной помощи), представители Восточно-Европейских стран были избраны в комитеты по управлению и финансовым вопросам ЕСЕРТ.

ЕСЕРТ – международная организация, куда входят специалисты хосписной и паллиативной помощи из стран Восточной и Центральной Европы, а также из Центральной Азии, занимающие руководящие позиции в области оказания помощи терминальным больным в своих странах [7].

Задачи ЕСЕРТ:

- сбор данных об оказании паллиативной помощи в регионе;
- обмен опытом, как в части достижений, так и в части проблем, с которыми сталкиваются специалисты паллиативной помощи (курсы в Puszzykowo);
- оказание влияния на государственные институты для улучшения национальных политик (или организации) паллиативной помощи;
- организация курсов для специалистов паллиативной помощи региона (Hospice 'Palium' Resource and Training Centre);
- регулирование Стандартов паллиативной помощи (как образовательных, так и медицинских) в зависимости от местных потребностей и обстоятельств;
- повышение социального признания проблем паллиативной помощи – не только среди специалистов, но и среди широкой общественности.

Результатом кооперации ЕСЕРТ и Польской ассоциации паллиативной помощи с Всемирной организацией здравоохранения стал проект «Hospice 'Palium' Palliative Care Resource and Training Centre» в Познани; объединение усилий с ЕАРС (Европейской ассоциацией паллиативной помощи) и Стокгольмским университетом (Stockholms Sjukhem, Karolinska Institute) вылилось в проект «Pal-

liative Care in Eastern Europe» под руководством Carl Johan Først, а также в проект «PaCE» под руководством D. Clark и M.C. Wright из Шеффилдского университета (University of Sheffield) [8].

Здравоохранение в регионе в различной степени находится в процессе трансформации от высокоцентрализованной модели к контрактной модели или, как часто говорят, к страховой модели оплаты медицинских услуг. Данная модель требует новой политики, нового статуса учреждений здравоохранения, новой финансовой структуры, в которой страховые компании и фонды могут функционировать [8].

Македония – одна из первых стран, где кооперация между негосударственными организациями и Министерством здравоохранения при поддержке фонда Sue Ryder Care была очень продуктивной для развития национальной политики. В 1998 году в Skopje был открыт хоспис «Sue Ryder Care» на пожертвования фонда Sue Ryder Care в Лондоне и при поддержке правительства и Министерства здравоохранения Македонии. В 2000 году, под влиянием Врачебной ассоциации паллиативной медицины, которая способствовала развитию политической воли и общественному признанию паллиативной помощи в Республике Македония, были созданы условия для интеграции ПП в закон о защите здоровья. В 2003 году началась подготовка национальных Стандартов паллиативной помощи. В марте 2004 года закон о защите здоровья был изменен, и ПП была добавлена в закон об учреждениях здравоохранения (Article 101). В Македонии пероральный морфин немедленного действия, рекомендованный ВОЗ как опиоид первой линии для боли средней и сильной степени тяжести, доступен.

В большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии национальные политики паллиативной помощи до сих пор еще не разработаны [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Во многих странах инициативы по развитию паллиативной и хосписной помощи (в большинстве своем при «поддержке снизу») были проведены для интеграции существующих услуг (в основном негосударственных организаций) в национальные системы здравоохранения. Эти инициативы включали в себя организацию ЕСЕРТ и подготовку петиций, программ, руководств и других документов для представления администраторам здравоохранения, членам парламента, средствам массовой информации. Голоса или письма пациентов хосписов и членов их семей, подготовленные сотрудниками хосписов и отделений паллиативной помощи, использовались для кампаний в средствах массовой информации [8].



Национальные и международные организации или центры, поддерживающие развитие паллиативной помощи (Всемирная организация здравоохранения, Институт Открытое Общество, Европейская ассоциация паллиативной помощи, Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи, ЕСЕРТ), образцовые хосписы и отделения паллиативной помощи в Брашове (Румыния), Будапеште (Венгрия), Санкт-Петербурге (Россия), хоспис «Palium» и кафедра паллиативной медицины в Познани, детский хоспис в Варшаве (Польша) также могут оказать помощь при совместной работе. Поддержка Министерств здравоохранения является ключевым фактором в развитии паллиативной помощи, необычайно важным и полезным.

Рекомендации Кабинета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи [9], переведенный на многие языки, является полезным документом, который может быть использован как пропагандистский инструмент и ценный источник информации.

Европейская конференция по паллиативной помощи, проходившая в Белграде 20-21 октября 2005 года под патронажем Совета директоров Совета Европы в союзе с Министерством здравоохранения и социального развития республики Сербия, при активном содействии руководителя Департамента здравоохранения Совета Европы Piotr Mierzewski и руководителей сербского здравоохранения Natasha Milisevic и Snezana Bosnjak, а также делегатов из многих стран и международных лидеров, была важным событием, способствующим развитию национальных политик паллиативной помощи.

Действия, рекомендованные для развития национальной политики ПП:

1. Организация учреждений, оказывающих паллиативную помощь по типу негосударственных организаций в структуре национальной системы здравоохранения:
 - хосписы и отделения ПП, оказывающие услуги на дому пациенту и членам его/ее семьи специалистами ПП, проводящие также образовательные мероприятия для медиков, волонтеров и общественности, финансируемые как из фондов здравоохранения, так и за счет других организаций.
 - отделения ПП на 10-15 коек на базе больниц; создание отделений на базе клинических больниц будет чрезвычайно полезно для интеграции ПП как отдельной специальности в существующую систему медицинской помощи, а также для обучения студентов и последипломного повышения квалификации [10].

2. Набор и обучение волонтеров как важной части для отделений ПП.
3. Образование национального Совета консультантов ПП.
4. Разработка национальных руководств по ПП.
5. Разработка национальных программ по развитию хосписной и паллиативной помощи. Разработка национальной политики по законодательному регулированию деятельности негосударственных организаций, оказывающих паллиативную помощь за счет финансирования из средств страхования.

В заключение, мы наблюдаем значительный прогресс в развитии паллиативной помощи в регионе. Тем не менее, постоянно потребность в поддержке местных инициатив со стороны Всемирной организации здравоохранения, Европейской ассоциации паллиативной помощи, ЕСЕРТ и других международных организаций, указывает необходимость более полно, насколько это возможно, развивать ПП в наших странах [11].

ЛИТЕРАТУРА:

1. D Clark, J Seymour: Policy Development and Palliative Care in Reflection on Palliative Care, Editors: D. Clark, J. Seymour. Open University Press Buckingham, Philadelphia, 1999, 131-150.
2. Lynn J et al: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT investigations. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments. Ann Intern Med 1997; 126(2):97-108.
3. J Luczak, A. Kotlinska-Lemieszek, M. Kluziak, A. Bozewicz: Poland Cancer Pain and Palliative Care J P Symptom Manage 2002;24:215-221.
4. Z Plotkowiak, M. Popiela-Brzezinska, J. Luczak, M. Kluziak: Quality assessment of morphine hydrochloride solution. Acta Polonica Pharmaceutica -Drug Research 2004;61(2) 103-106.
5. J. Luczak: Palliative Care in eastern Europe: in New Themes in Palliative Care editors: D Clark, J Hockley, S Ahmedzai: Open University Press 1997,17-195.
6. The Poznan Declaration 1998, Europ.J Pal Care 1999,6(2),61-62.
7. Luczak J., Kluziak M. (2001): The formation of ECEPT (Eastern and Central Europe Palliative Care Task Force) a Polish initiative. Palliative Medicine 16:259-260.
8. Clark M, Wright, J Luczak, Transition in End of Life Care, Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia, Open University Press. Buckingham, Philadelphia 2003.
9. Recommendations Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care (Council of Europe).
10. J. Luczak, Okupny M, Wiczorek-Cuske L. The program of palliative medicine and Care in the curriculum of sixth year medical students in Poland J Palliat Care 1992;8:2:39-43.
11. J. Luczak, G. Petrie Hunter: Hospice Care in Eastern Europe. The Lancet Perspective, 356, December 23, 2000.

ИСТОРИЯ НЕВЫНОСИМЫХ СТРАДАНИЙ ДЖОАННЫ ДРАЗБЫ (JOANNA DRAZBA) И РОЛЬ ХОСПИСА НА ДОМУ

Болезнь Джоанны – 1990-1994 гг.

24-летняя студентка польской филологии Джоанна жила со своей семьей в Лекно, маленьком городке в 75 километрах от Познани. В это время хоспис еще не работал в данной области (хоспис на дому был открыт только в 2001 г. под руководством священника церкви Святого Войцека Andrew Rygielski). Диагноз был поставлен с опозданием, поскольку врачи не доверяли жалобам больной и ее сильные боли ошибочно расценили как проявления истерии.

В течение трех лет Джоанна была дважды безуспешно прооперирована (уже не было возможности удалить быстро растущую саркому грудного отдела позвоночника), она несколько раз лечилась в различных больницах, включая отделение торакальной хирургии и онкологические отделения, без какого либо улучшения и при плохом контроле болевого синдрома.

Джоанна полностью ориентировалась в ее диагнозе и знала о неблагоприятном течении заболевания. Местные участковые врачи посещали ее редко и к тому же боялись выписывать ей большие дозы наркотиков, которые были бы эффективны для контроля ее болей.

Источники страданий:

- соматические проблемы: страшные и мучительные боли; инвалидность, обусловленная компрессией спинного мозга; паралич нижних конечностей и потеря контроля над мочеиспусканием и дефекацией; безобразная кровоточащая опухоль на спине; пролежни, кахексия;
- социальная изоляция;
- эмоциональная боль: страхи, депрессия, бессонница;
- психологическая боль: безнадежные поиски смысла жизни, потеря смысла жизни;
- дополнительные страдания, которые доставляли медицинские работники;
- суицидальные попытки;
- страдания семьи Джоанны, депрессия ее матери;

«Страх. Он здесь. Часто. Когда сильнее, когда слабее. Иногда его нет вообще, и это хорошие моменты. Буду ли я продолжать бояться и после смерти? Страх не будет. Я почти умер-

ла. Страх, который иногда растет во мне – это страх умирающего человека. Я боюсь, что я никогда уже ничего не услышу и не скажу, не почувствую этой минуты, ничего хорошего и ничего плохого ...» (из книги Джоанны Дразбы «Под прикрытыми веками»).

Оказание помощи на дому хосписом в Познани

В последние месяцы жизни Джоанны врач и медицинская сестра хосписа Анна посещали ее еженедельно, кроме того, Джоанна могла звонить в хоспис 24 часа в сутки.

«Какой приятный сюрприз, что профессор и сестра приходят повидать меня», – сказала Джоанна.

В свое первое посещение мы провели много часов с Джоанной и ее матерью, выслушивая историю страданий, о которых нам поведала дочь и мать, пытаясь распознать все источники их страданий. Мы назначили внутривенное введение морфина, кетамина и мидазолама. Дополнительно рекомендовали перевязки пролежней, которые были в 4 стадии, сделали туалет тела и обеспечили больную специальным противопролежневым матрасом. Кроме того, мы посетили участкового врача и убедили его выписывать для Джоанны большие дозы морфина для облегчения ее болей.

К программе по купированию болевого синдрома мы привлекли мать Джоанны, которой нужно было в течение 24 часов вводить 2 г морфина, 500-450 мг кетамина и 10-15 мг мидазолама в качестве базовых препаратов и, в случае необходимости, при усилении болей, дополнительно вводить внутривенно от 2 до 5 мг или более морфина, 10-20 мг кетамина и 1 мг мидазолама.

Дневник и стихи

Несмотря на то, что Джоанна получала антидепрессант (прозак), она все-таки была в депрессии и испытывала психологические страдания, такие как чувство эмоциональной изоляции, ощущение пустоты, безнадежности. Врач и медсестра хосписа, посещающие Джоанну, порекомендовали ей изложить на бумаге ее страдания и написать стихи. Она согласилась, и в течение нескольких месяцев мы наблюдали изменения в ее настроении.

Пять месяцев Джоанна вела свой дневник и писала стихи. За день до ее 24-го дня рождения мы принесли ей радостную весть — Познаньское издательство Media Rodzina согласилось опубликовать ее книгу.

Смерть Джоанны

Мне позвонила Барбара, и на следующее утро я приехал в Лекно. Джоанна умерла спокойно, «тихая, как листочек» (слова из ее стихов). Мы помогли матери переодеть Джоанну. На последней фотографии, сделанной у кровати Джоанны, видно, что ее ноги обуты в туфли (туфли ее мечты ...).

Эмоциональное одиночество

Огромной ценностью личных мыслей из этого дневника, который мать Джоанны нашла после ее смерти, и которыми она никогда не делилась с другими, было открытие ее души — правдивое и болезненное выражение страданий молодой женщины, у которой уже не было больше возможности почувствовать вкус нормальной и взрослой жизни.

«Я ОТВЕРГНУТА ЖИЗНЬЮ. Я мучаюсь своими мечтами о нормальной ЖИЗНИ, мне очень хочется принять души, одеть платье и пойти погулять. Я хочу приятно выглядеть, мне хочется, чтобы на мне были красивая одежда и туфли... Я никогда не почувствую, что значит быть МАТЕРЬЮ, мне никогда не создать свою семью и свой дом. Что-то накрепко удерживает мой мозг, я не могу с этим бороться. Они очень болезненны. Горе и безнадежность душат меня. Я чувствую себя одинокой и покинутой, хотя в доме много людей, но никого нет со мной!»

Она страдала больше: «*Наш священник сказал мне, что смерть Господа нашего должна служить для нас моделью человеческого страдания, но это не может быть сравнимо. Очень трудно принять то, что мы выбрали Господа как страдальца, но Джоанна страдала более трех лет!»* (Барбара, мать Джоанны, через год после ее смерти).

Джоанна как учитель: «*7 лет назад мне поставили диагноз рака молочной железы и толстого кишечника с метастазами в печень и позвоночник. После лечения в отделении паллиативной помощи клиники Кливленда у меня нет болей. Какое это прекрасное чувство! Читая книгу Джоанны Дразбы я поняла, каким сильным человеком она была и каким бесценным учителем! Она выглядела как красавица и поддержала всех! Было здорово прочитать ее стихи ...»* (Rosalie B., пациентка отделения ПП, Кливленд, штат Огайо, США, май 1996 года).

Его Святейшество Папа Иоанн Павел II выразил свою сердечную благодарность за ту работу, что была проделана для Джоанны, и усилия по спасению героической юной талантливой личности, которой пришлось столкнуться со страданиями и умереть, но не быть забытой (Сообщение из Ватикана, 1995 год).

Ценный дневник Джоанны и ее стихи переведены на английский язык и являются прекрасным учебным пособием для будущих и настоящих врачей и сестер. Читатели изучают правду о душевных и психологических страданиях юной, талантливой женщины и получают ценную возможность познания смысла жизни через ее дневник и стихи.

MAUREEN A., GILL B.A.
*Diploma in Palliative Care, RN, ONC,
Teacher and Assessor in Clinical Practice,
Counselling Cert (CRUSE)*

ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ

Общение — это наиболее общая процедура в медицине, в сестринской практике, а также в областях, смежных с медициной. Хорошая беседа может принести неоценимый вклад в качество жизни, как пациента, так и его семьи. Кроме того, искусство ведения беседы с больным по определенной тематике, есть путь облегчения его страданий.

К сожалению, очень многие медицинские работники не посещали никаких учебных занятий по изучению этого ключевого аспекта паллиативной помощи.

Данная работа будет исследовать протокол «Общении негативных известий» в соответствии с методологией S-P-I-K-E-S и 10-ступенчатым процессом Кауе. Будут обсуждаться центральные элементы и методология сообщения плохих известий, а также то воздействие, которое плохие новости оказывают на всю семью. Помимо данных критериев, будут обсуждаться элементы стресса, который испытывают медицинские работники, привлеченные к сообщению плохих новостей.

Концепции «поддержания надежды» в течение всей траектории онкологического заболевания, пос-

редством использования «Herth Hope Index», будет отведено основное место.

Кроме того, случай из частной практики паллиативной помощи исследователя будет использован в качестве наглядного материала.

В данной презентации автор также призывает к более крепкому, координированному и междисциплинарному сотрудничеству в обучении искусству проведения беседы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Mack, J.W. The Day One Talks /Mack J.W., Grier H.E. //J. Community Oncology. – 2004. –V. 22. – P. 563-566.
2. Buckman, R.A. Breaking Bad News The «S-P-I-K-E-S» Strategy Community Oncology. – 2005. – V. 2, N 2. – P. 138-142.
3. Herth, K.A. Is there Hope in Palliative Care? Hope in the family caregivers of terminally ill people /Herth K.A. //J. Advanced Nursing. – 1993. – P. 538-548.

MAUREEN A., GILL B.A.
*Dip. Pall. Care RGN ONC NDN,
Specialist Nurse Consultant in Palliative Care,
Great Britain*

УПРАВЛЯТЬ ПЕРЕМЕНАМИ

Изменения постоянно существуют вокруг нас и надежда на то, что все и так пройдет, если мы эти изменения игнорируем, бессмысленна.

Данный доклад выделяет ключевые моменты процесса изменения, такие как проблемы, ловушки, сложные задачи и решения, которые необходимо принимать для управления процессом.

Будут обсуждены основные двигатели процесса изменений, потребность для людей, а также то, как проводится параллельное изучение самих процессов перемен. Будут выделены человеческие реакции на процесс изменений, а также исследованы возможные проблемы, лежащие в основе этих реакций. Факторы, движущие перемены, будут

продемонстрированы, и будет дано ясное определение компонента, составляющего сущность «работы в команде».

Этот доклад заинтересует тех, кто является активным участником процесса управления переменами или получателем конечного результата процесса, либо заинтересует тех, кто хочет просто побольше узнать о процессе перемен и понять его суть.

Ключевые слова: изменения, движущие факторы, реакции, процессы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Russell-Jones N. The Managing Change Pocket Book, Management, Pocketbooks Ltd., Alresford Press, Alresford, Hants, 1995. Pgs. Vrs.

RONNIE GABRIEL J.D.
*is an Assistant General Counsel with the Department of Juvenile Justice, State of Florida, USA
and is a founding member of Florida Hospice Information,
Lithia, Florida, USA*

ИССЛЕДОВАНИЕ РУКОВОДСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПИОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В США

Страх судебного преследования федеральными органами и агентствами штатов препятствует назначению адекватных доз опиоидов для лечения хронической боли многими врачами в США [1]. Врачи должны понимать правовые стандарты при назначении опиоидов, чтобы видеть отличие легальной медицинской практики от сомнительной деятельности, которая привлечет внимание правоохранительных органов для проведения расследования, аннулирования лицензий, заключения под стражу и применения других санкций.

Цель — данное исследование имело своей целью изучение руководств Администрации США

по контролю за применением законов о наркотиках, Американской медицинской ассоциации, законов штата Флорида и других организаций, в основе деятельности которых лежит правовое образование врачей, которые используют опиоиды для лечения хронического болевого синдрома в своей легальной медицинской практике.

МЕТОДЫ

Проводилось исследование материалов из различных доступных источников для анализа правил и законов, которые врачам необходимо понимать, если они в своей практике занимаются вы-

писыванием опиоидов для лечения хронической боли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование, проведенное в 1997 году Brownee & Schrof, выявило, что боль либо «недолечена», либо «перелечена» повсеместно в Соединенных Штатах. В 1995 году McGuire, Yarbrow, & Ferreri провели исследование и подсчитали, что примерно 70 миллионов американцев испытывают хронические боли, не связанные с терминальными состояниями и 4 миллиона страдают от болей онкологического генеза. Schrof в 1997 году выявил, что надзор за лечебной деятельностью в меньшей степени осуществляется в хосписах и других учреждениях, где проводится лечение боли, ассоциированной с терминальным заболеванием, а страх войти в конфликт с федеральными органами и агентствами штатов в большей степени существует у тех специалистов, пациенты которых поступают с «недолеченной» болью [2].

Администрация США по контролю за применением законов о наркотиках и медицинские комиссии каждого штата постоянно мониторят деятельность, связанную с выпиской препаратов, находящихся под контролем. Хотя каждый штат имеет свои, отличные от других, правила и законы по выписыванию препаратов, находящихся на учете [3]. Federation of State Medical Boards of the United States Inc. в своем документе, именуемом «Модель руководства по использованию препаратов для лечения боли, находящихся на учете» [4], а также Администрация США по контролю за применением законов о наркотиках признают, что использование опиоидов для лечения боли — это приемлемая медицинская практика. В августе 2004 года, работая совместно с Pain & Policy Studies Group из Университета штата Висконсин, Администрация США по контролю за применением законов о наркотиках в начале согласовала [5],

а затем отказала в своей поддержке [6] ряду руководств, которых врачи должны придерживаться при выписке обезболивающих медикаментов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врачи в Соединенных Штатах не должны испытывать страх перед надзором за их деятельностью при выписывании опиоидов с «законной медицинской целью... [в то время, когда] они действуют в обычном русле своей профессиональной деятельности...» [7] и когда адекватная медицинская документация соответствует каждому из двух законодательных стандартов [8].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Acello, B., Bedard, M., Rickels, C., Dack, C.E. (2001, February). Narcophobia: Part 1: Defining the Problem [Clinical Concerns]. Home Healthcare Nurse, 19, No. 2, p. 78.
2. Id. at pgs. 77-78.
3. Id. at pg. 78.
4. Federation of State Medical Boards Of The United States, Inc., (2004). Model Policy For The Use of Controlled Substances For The Treatment of Pain [Online]. P. 78. Available: http://www.fsmb.org/pdf/2004_grpol_Controlled_Substances.pdf.
5. Principal Working Group (2001). Prescribing Pain Medications: Frequently Asked Questions and Answers for Health Care Professionals, and Law Enforcement Personnel [Online], p. 26. Available: <http://aaps.online.org/painman/deafaq.pdf>.
6. Common Sense for Drug Policy, (2005, September). DEA Withdraws Its Pain Management Guidelines [Online] p. 1. Available: <http://www.managingpain.org/guidelines.htm>.
7. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, (2006). Dispensing Controlled Substances for the Treatment of Pain, [Online], p. 1. Available: http://www.deadiversion.usdoj.gov/fed_regs/notices/2006/fr09062.htm.
8. Beth, J., Reidenberg M., (2006, July 25). [Abstract of The Risk of Action by the Drug Enforcement Administration Against Physicians Prescribing Opioids for Pain], [Online], p. 1. Available: <http://www3interscience.wiley.com/journal/118591621/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [2009, January 12].

ЛАЗАРЕВ А.Ф., СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д.

ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,

АФ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,

г. Барнаул

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Одним из приоритетных направлений развития современной онкологии является обеспечение адекватной паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами заболевания. В последние годы увели-

чивается контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете в ГУЗ АКОД (2007 г. — 48713 человек), а значит, увеличивается число больных, нуждающихся в высококвалифицированной специализированной помощи.

Специальное лекарственное лечение паллиативных онкологических больных представляет значительные трудности в связи с отсутствием необходимого количества коек и высокой стоимостью лечения.

Цель исследования — изучить эффективность использования стационарзамещающих и ресурсосберегающих технологий в паллиативном лечении онкологических больных.

Задачи — сравнить экономические, социальные, психологические модули оказания медицинской помощи в условиях стационара и амбулаторно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2008 году в условиях дневного стационара ГУЗ АКОД получили специальное лекарственное лечение 2412 человек, из них 435 человек — паллиативную химиотерапию. Тактика лечения всем пациентам определялась на общем консилиуме с участием радиолога, хирурга и химиотерапевта. Субъективная оценка до начала лечения составляла 1-3 балла по шкале ESOG. Всего было проведено 1441 курс химиотерапии с использованием препаратов получаемых согласно ФЗ № 122 от 22.08.2004 г.

Применялись стандартные схемы 2-3 линии на основе паклитаксела, винорельбина, иринотекана, препаратов платины, томудекса и других. По показаниям проводилось внутрибрюшное и внутривенное введение препаратов. С целью профилактики осложнений использовали тактику активного наблюдения и непрерывного восстановительного лечения (с применением эритропоэтинов, КСФ, гепато- и кардиопротекторов и других симптоматических средств).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная стоимость одного стандартного курса химиотерапии, проведенного в условиях дневного стационара, оказалась в 2,6 раза дешевле, чем в условиях химиотерапевтического или другого специализированного отделения онкодиспансера, так как исключались затраты на питание, амортизацию мягкого инвентаря, оплату за ночные смены и т.д. Так, в отделении химиотерапии стоимость одного койко-дня у пациентки со злокачественным новообразованием молочной железы составила 824,22 рубля, в дневном стационаре — 309,02 рублей.

Амбулаторное лечение позволило сохранить социально-семейные связи, привычный режим и характер питания, что положительно сказалось на психо-эмоциональном настроении больных и результатах паллиативного лечения.

Анализ частоты и выраженности осложнений химиотерапии значимой разницы не показал. Удалось сократить очередность на госпитализацию в другие отделения, тем самым, увеличив доступность специализированной помощи онкологическим больным.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, амбулаторное лечение паллиативных больных имеет целый ряд преимуществ: более низкую себестоимость лечения, отсутствие синдрома госпитальной депривации, более высокое качество жизни больных. Внедрение ресурсосберегающих технологий позволило обеспечить оказание специализированной помощи большему числу нуждающихся онкологических больных.

МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д., СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,
АФ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
г. Барнаул

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Проблема оказания паллиативной помощи онкологическим больным до сих пор остается трудной и нерешенной задачей в силу неполного охвата всех нуждающихся и слабой материально-технической базы здравоохранения. Особенно в тяжелом положении оказываются пациенты, с распространенными формами опухолевого процесса, страдающие интенсивным хроническим болевым синдромом (ХБС), находящиеся в домашних условиях и нуждающиеся в терапии.

Целью исследования явилось изучение возможности повышения эффективности оказания паллиативной помощи этим больным.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сотрудниками противоболевого кабинета (ПБК) ГУЗ АКОД было организовано оказание паллиативной помощи онкологическим больным с генерализованными формами опухолевого процесса и страдающими ХБС в виде «стационара на дому».



Транспортное обеспечение осуществляли территориальные ЛПУ или родственники пациентов. Было пролечено: в 2005 г. — 117, в 2006 г. — 74, в 2007 г. — 94 и в 2008 г. — 92 пациента с выраженным ХБС с различными злокачественными новообразованиями (молочной железы, желудка, легких, толстого кишечника, почек и других).

Осмотр больных проводился врачом ПБК, уточнялись вид и степень тяжести ХБС с использованием шкалы вербальных и мимических оценок, визуально-аналоговой шкалы, оценивалась двигательная активность пациента, проводилась оценка общего состояния по ECOG. Объем лечебной помощи определялся индивидуально и включал методы: системной фармакотерапии, детоксикации, электронейроанальгезии, регионарных блокад и отдельные нетрадиционные методы (скэнar-терапия). Манипуляции выполняла медицинская сестра ПБК или территориальных ЛПУ.

Особое внимание уделялось назначению наркотических анальгетиков, подбору дозы, кратнос-

ти введения препарата, купированию прорывов боли, применению адъювантной лекарственной терапии. Длительность курса лечения составляла 10-12 дней. Больным и их родственникам оказывалась индивидуальная психологическая помощь.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В результате проводимого лечения в 30 % случаев удалось полностью купировать ХБС, в 60-65 % случаев — сильный ХБС перешел в умеренный или слабый, и только в 5 % случаев (смешанного ХБС с преобладанием нейропатического компонента) остался без изменения. Кроме того, у всех пациентов было отмечено улучшение эмоционально-психического статуса, появилось чувство защищенности, уменьшился страх перед «будущим».

Таким образом, оказание паллиативной помощи в виде «стационара на дому» повышает эффективность и доступность лечения для больных с распространёнными формами злокачественных новообразований.





ОГЛАВЛЕНИЕ

АБУЗАРОВА Г.Р. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ	5
АНКИНА Т.И., БЕРЕЗИКОВА О.А., КУЗНЕЦОВА Т.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА	6
АНКИНА Т.И., БЕРЕЗИКОВ В.А., БЕРЕЗИКОВА О.А., ЛАРИОНОВ В.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МСТ-КОНТИНУС В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА	7
АНКИНА Т.И. ПРИМЕНЕНИЕ ДЭНС В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV СТАДИИ	8
АНЦИФЕРОВА Э.Н. О ВОЩЕРКОВЛЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ	9
АРХИПОВА И.В., КОКОРИНА Н.П., СИЗИНЦЕВ А.В., АПЛЕТИН А.В. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	10
АРХИПОВА И.В., КОКОРИНА Н.П., СИЗИНЦЕВ А.В., АПЛЕТИН А.В. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	11
БАЖЕНОВА С.С. РЕШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ	12
БАРАНОВА О.Г. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	13
БЕРЕЗИКОВА О.А., КУЗНЕЦОВА Т.А., БЕРЕЗИКОВ В.А., АНКИНА Т.И., СЕМЕНОВ В.И. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ТЕРМИНАЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	14
БЕРЕЗИКОВА О.А., БЕРЕЗИКОВ В.А., КУЗНЕЦОВА Т.А., АНКИНА Т.И., СЕМЕНОВ В.И. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	15
БЕРЕЗИКОВ В.А. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	18
БИКТИМИРОВ Т.З., ЦВЕТАЕВА И.Г., ШАРАФУТДИНОВ М.Г. 15 ЛЕТ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	19
БУЛЬБЕНКО П.В., РЕШЕТОВ А.С. ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	20
ВАСИЛЬЕВ С.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА	21
ВАСИЛЬЕВ С.В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА	21
ГАЧЕГОВ М.А., БУГОРСКАЯ Т.Е., ВОРОНОВА Е.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	22
ГУСЕЛЬНИКОВА Т.Л., КРАСНОВА Р.Ф., КРАВЧЕНКО Л.В. НОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	23
ДЕМЬЯНОВ В.С., ЧИФРАНОВА М.В., БЕЛОВ В.Н., БУХТИЯРОВ А.П., ЗЫКОВА А.А. ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ КАК РАННЕЕ НАЧАЛО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	24



ДИДЫЧУК И.В., ЛОБЫКИН А.Ф., ЛЕСНИКОВ И.А., РОТОВ Г.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., ПРОМЗЕЛЕВА Н.В. ХИМИЧЕСКИЙ ПЛЕВРОДЕЗ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА	25
ЕЛМАНОВ А.В., ЖАРКОВА О.В., СЕРГЕЕВ А.С. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РАКА: ОПЫТ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПАКЛИТАКСЕЛОМ	26
ЖАРКОВА О.В., СЕРГЕЕВ А.С., ВЯЛОВА К.В. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	27
ЗАИКИНА Е.Ю., НИКОНОВИЧ С.Д. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ОНКОБОЛЬНОГО, РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ	28
ЗАИКИНА Е.Ю., НИКОНОВИЧ С.Д. РОЛЬ МЛАДШЕЙ МЕДСЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	29
ЗЕЛЕНЧУК И.А., ЛЫСЯНСКАЯ О.Л. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ	30
ИВАНОВА Л.В. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ	32
КИСС В.Г. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФАНТОМНЫМИ БОЛЯМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ	33
КОМКОВА Е.П., МАГАРИЛЛ Ю.А., МОРОЗОВА Е.П. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЁКА)	34
КОНЕВ Д.В., ПАНОВ Ю.А., МЕЩАНИНОВ И.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В ХОСПИСНОМ ОТДЕЛЕНИИ МУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2» Г. КРАСНОЯРСКА	35
КОРЕНЧУК З.А., ВОРОНОВА Е.А., БУГОРСКАЯ Т.Е., ВЕДЕРНИКОВА В.Г. ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ	37
КУТЫРЕВА Г.Г., ТИХОНОВА Л.П. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ	38
ЛАРИОНОВА О.В. СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	39
ЛАРИОНОВА О.В. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ	40
ЛОГУНКОВА Т.В., СИДОРОВА Л.Н., ЗОЛОТАРЕВА Т.Н., АНКИНА Т.И. РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	42
ЛУФТ В.М., ЛУФТ А.В. НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ	43
МАЛИКОВ А.А. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ ЭПИТЕЛИИТОВ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ	51
НАУМЕНКО Л.Б., КУЗЧУКУМОВА С.К. РАБОТА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ	52
НИКОНОВИЧ С.Д., ЖУК В.А., СКОЧИЛОВА Е.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ГОРОДСКОМ ХОСПИСЕ	53



НИКОНОВИЧ С.Д., СКОЧИЛОВА Е.В., ПЕТРОВА Л.П., ОРАЕВА А.В., ФЕДОРОВА Т.В., МОСЕВА О.Л., СТЕПАНОВ А.Н., МЕРКУЛОВА Е.Ю. АНАЛИЗ РАБОТЫ ХОЗРАСЧЕТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО УХОДА СОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ	.54
НИКОНОВИЧ С.Д., ЗАБЕЛИНА В.Т., СКОЧИЛОВА Е.В., МЕРКУЛОВА Е.Ю. АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ГОРОДСКОГО ПАЛЛИАТИВНОГО ЦЕНТРА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО	.55
НИКОНОВИЧ С.Д., ЖУК В.А., СКОЧИЛОВА Е.В., ПЕТРОВА Л.П., ОРАЕВА А.В., ФЕДОРОВА Т.В., МОСЕВА О.Л., СТЕПАНОВ А.Н., МЕРКУЛОВА Е.Ю. ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ХОСПИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 4 Г. КЕМЕРОВО	.58
НОВИКОВ Г.А., РУДОЙ С.В., САМОЙЛЕНКО В.В., ВАЙСМАН М.А., ЕФИМОВ М.А. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	.59
ОРЛЕНОВА О.В. ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	.61
ПЕТРОВА Т.А., ЗЕЛЕНЧУК И.А., КРАСИКОВА И.В. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СЕМЕЙНОГО СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	.62
ПISКУНОВ В.П. ПАЛЛИАТИВНЫЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	.63
ПISКУНОВ В.П. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	.64
ПОСОШКОВА Г.Д., ЧЕНЦОВА И.В. ПОСТДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПО ВОПРОСАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ	.66
ПОСОШКОВА Г.Д., ЦЫБИНА Л.П. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ	.67
САМСОНОВА Н.Н., МУЛЬЦИНА Т.П., ВЕРЖБИЦКИЙ А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИСФОСФОНАТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ	.69
САПРЫКИНА Н.М. УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ	.70
СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д., ЛАЗАРЕВ А.Ф. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ДЮРОГЕЗИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	.71
СЕМЕНОВ В.И. ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ ГУЗ «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ХОСПИС» И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ	.72
СЕМЕНОВ В.И., ЛАРИОНОВА О.В. КРИТЕРИИ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА	.73
СНЕГИРЕВА Т.Г., АНКИНА Т.И., СИДОРОВА Л.Н. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ В ХОСПИСЕ	.74
СОФИЕВА З.А. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ	.75



ТКАЧУК О.А., ВОЙЦИЦКИЙ В.Е., НАРОВ Ю.Э., ЛЮБАРСКИЙ М.С., ХАБАРОВ Д.В. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОРБЦИОННАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ	.76
УСЕНКО О.И. ПРОГРАММА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	.77
УСЕНКО О.И. ХОСПИСНАЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В США	.78
ЦЫПЛАКОВА Д.С., БЕРЕЗИКОВА О.А. ПРОВЕДЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ХОСПИСА	.80
ШАРАФУТДИНОВ М.Г. РАВНОПРАВИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	.81
ШАХУРОВА Н.И., ГАРГАНЕЕВА Н.П., СЧАСТНЫЙ Е.Д., ДАНЧЕНКО Т.Н. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ХОСПИСЕ	.82
ШМЫРИН Н.И., ПОЗДНЯКОВ А.А., СЕМЫКИН В.А. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	.83
BUDA FRANCESCO ВАЖНОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ, СТРАДАЮЩИМ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДАЛЕКО ЗАШЕДШЕЙ СТАДИИ, КОТОРОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ	.84
BUDA FRANCESCO РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАНОВИТСЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТРАДИЦИОННОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ДРУГИМ ФАКТОРАМ, ЧТО ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ В ПОЛЬЗУ ВЫБОРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	.85
BUDA FRANCESCO, GORDANA SVEN, MARINI MARIO, COMBESI MARIA ANTONIETTA, FOLLADORE ALDO, BUDA CONCETTA ОЦЕНКА ОСТРОЙ ФАЗЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ОРГАНИЗМА, ИЗМЕНЕНИЙ АНАБОЛИЧЕСКИХ И КАТАБОЛИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ И КЛЕТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА ПРИ СИНДРОМЕ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ПРЯМОЙ КИШКИ (COLORECTAL CANCER ANOREXIA-CACHEXIA SYNDROME – CACS)	.86
LUCZAK JASEK ИНТЕГРАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОФИЦИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД	.87
LUCZAK JASEK ИСТОРИЯ НЕВЫНОСИМЫХ СТРАДАНИЙ ДЖОАННЫ ДРАЗБЫ (JOANNA DRAZBA) И РОЛЬ ХОСПИСА НА ДОМУ	.91
MAUREEN A., GILL B.A. ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ	.92
MAUREEN A., GILL B.A. УПРАВЛЯТЬ ПЕРЕМЕНАМИ	.93
RONNIE GABRIEL J.D. ИССЛЕДОВАНИЕ РУКОВОДСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПИОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В США	.93
ЛАЗАРЕВ А.Ф., СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	.94
МАТВЕЙКИН А.А., ПЕТРОВА В.Д., СЕКЕРЖИНСКАЯ Е.Л., ЛАЗАРЕВ А.Ф. ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	.95