

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ХОСПИСЫ

**И.С. Халяпина, А.В. Морозов**

Волгоградский государственный медицинский университет

**E-mail:** vskvortsov1@ya.ru

**Приведены сведения о хосписах, об организации и оказании паллиативной помощи инкурабельным больным; представлены некоторые принципы пребывания пациентов в хосписе.**

**Ключевые слова:** инкурабельные больные, хосписы, организация помощи..



Далеко не все онкологические больные своевременно проходят диагностику, лечение, реабилитацию. Поздняя обращаемость к врачу и прогрессирование болезни приводят к формированию контингента больных так называемой 4-й клинической группы (не подлежащие специальному лечению); таких больных поддерживают, облегчают их страдания на заключительном этапе жизни. В связи с этим возрастает роль паллиативной медицины, облегчающей проявления болезни.

ВОЗ дает такое определение паллиативной медицины: «Активный целостный уход за пациентами, чьи болезни не поддаются излечению. Первостепенную важность имеют контроль над болью и другими симптомами, а также помощь при психологических, социальных и духовных проблемах. Цель паллиативной медицины – достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс, паллиативный уход не ускоряет и не отдалает смерть, он обеспечивает систему поддержки семье во время болезни их близких и в период скорби».

У нас в стране, согласно приказу Минздрава СССР №425 от 29.04.79, инкурабельные онкологи-

ческие больные передаются в общую лечебную сеть под наблюдение участковых терапевтов. Для таких больных реальностью становятся страх боли, смерти, одиночество, недостаток помощи. Тяжелое состояние часто остается нескорректированным, и в лучшем случае при назначении больших доз наркотиков больной продолжает жить не как человек, а как ни на что не жалующийся кусочек жизни. Страдания этих больных имеют свою специфику: нарастающие по интенсивности боли, выход из строя все новых систем организма, беспомощность, летальный исход. Основным симптомом является боль (70%), другие проявления – запоры, рвота, одышка, кашель, распадающиеся опухоли, кровотечения, колостомы, мочевые свищи.

Первой попыткой решения проблем этой группы больных в Москве в середине 1980-х годов было создание отделения по уходу за умирающими онкологическими больными на базе 64-й Городской клинической больницы главным врачом О. Рутковским. Это опередило по времени инициативу Виктора Зорзы по созданию хосписов (в переводе с английского – путь к миру).

Постановлением мэра Москвы при активном содействии Комитета здравоохранения 5 сентября 1994 г. в Москве был открыт первый хоспис. В «Положении о Первом Московском хосписе...» говорится: «Хоспис является некоммерческим учреждением. Его задачей является содержание онкологических больных с целью обеспечения им паллиативного (симптоматического) лечения, подбора необходимой обезболивающей терапии, оказания медико-социальной помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической поддержки родственников на период болезни и утраты близкого. Медицинская помощь и уход за больными в хосписе осуществляются бесплатно. Оплата со стороны родственников или больных запрещается. Не запрещаются благотворительные пожертвования. Хоспис не занимается коммерческой, хозрасчетной деятельностью, хоспис является бюджетным учреждением. На хоспис возлагается создание службы добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за больным в домашних условиях и в стационаре, обучение их».

Задачи хосписа:

- работа по выявлению и постановке на учет контингента «хосписных» больных, составление «канцер-регистра»;
- информационная работа в прикрепленных к хоспису поликлиниках (организация и проведение конференций, встреч врачей, медсестер, социальных работников хосписа с районными онкологами и участковыми терапевтами) для объяснения целей, задач и структуры хосписа;
- организация визита к больному персоналу выездной службы для определения объема помощи больному и его близким;
- организация консультаций специалистов (химиотерапевт, радиолог) в онкоучреждениях для решения вопроса о возможном паллиативном лечении, транспортировке больного в эти учреждения;
- составление обучающих программ, отбор, обучение персонала хосписа, добровольцев;
- создание команд, групп психологической поддержки, условий для отдыха персонала;
- психологическая поддержка родственников на всех стадиях умирания и после смерти больного, обучение их уходу за инкурабельными больными;
- оказание социальной помощи пациентам и их близким.

Хоспис включает в себя поликлиническое отделение (выездная служба и дневной стационар), стационар на 25–30 коек, организационно-методический кабинет.

Выездная служба (хоспис на дому) – сердце хосписа. Это очень ответственная служба, определяющая успех его работы. В ее состав входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы. Бригады выездной службы укомплектованы с учетом психологической совместимости их членов. Принципы работы – взаимозаменяемость, преемственность и взаимодействие. Более 50% пациентов, находящихся дома, нуждаются в активной помощи, в первую очередь – в купировании болевого синдрома, что чаще всего достигается сочетанием ненаркотических анальгетиков. Участковые терапевты только после заключения врача хосписа переводят больных на наркотические препараты. За так называемыми сохраняемыми больными проводится наблюдение, им предлагают адрес и телефон хосписа.

В дневном стационаре находятся 8–10 пациентов или их родственников с возможностью отдыха на койке, диване, кресле, в инвалидной коляске. Это – промежуточная форма оказания помощи пациенту, место его кратковременного пребывания, по существу – дневной хоспис, где

больные получают весь необходимый объем помощи, включая организацию досуга, общение по интересам, трудотерапию, арт-терапию, участие в концертах, вечерах памяти, выставках, школах. Дневной стационар предназначен для транспортабельных больных. Больные получают медицинскую помощь, если время приема лекарств или проведения манипуляций совпадает с их пребыванием в дневном стационаре.

Стационар хосписа (Региональный центр паллиативной медицины), согласно рекомендациям ВОЗ, должен обеспечить хосписной помощью 300–400 тыс. населения. Показания к госпитализации в стационар – наличие некупируемого в домашних условиях болевого или иного синдрома, социально-психологических показаний (социальная незащищенность, отсутствие родственников). Отбор больных осуществляется врачами хосписа. В условиях стационара для инкурабельных больных особое внимание следует обратить на полноценную вентиляцию, дезодорацию, чистоту; нельзя допустить, чтобы это отделение ассоциировалось с ненадежностью, упадком. Большое значение имеют тщательный уход за беспомощными пациентами, надзор за их питанием, бельем.

В организационно-методическом отделе хосписа переводится литература по паллиативному лечению, готовятся памятки для пациентов и их родственников, тиражируются брошюры о симптоматическом лечении.

### Организация медицинской помощи в хосписе

Боль у инкурабельных больных в большинстве случаев купируется при использовании 3-ступенчатой методики обезболивания, рекомендованной ВОЗ: нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, индометацин, диклофенак); слабые опиаты (кодеин, пенталгин, седалгин, солпадеин); сильные опиаты (морфин, бупренорфин, омнопон, промедол). Лекарства назначаются не «по требованию», т.е. не на пике боли, а «по часам», т.е. строго через регулярные временные промежутки.

Опыт лечения болевого синдрома показал, что при правильно подобранной медикаментозной схеме и одновременном решении психологических, социальных проблем пациентов и их близких наркотики использовались лишь у 44,5% больных, причем 15% уже получали их до этого.

ВОЗ рекомендован как анальгетик выбора пероральный морфина сульфат продленного действия (МСТ-континус), применяемый в странах с развитой сетью хосписов. Комитетом по контролю наркотиков при Минздраве России определена суточная норма отпуска МСТ для хосписов – до 300 мг. Это препарат делает возможным почти полный отказ от привычных инъекций промедола, морфина. МСТ

принимают 2 раза в сутки; медленное высвобождение морфина при этом не дает ощущения «одурманивания». Препарат качественно улучшает жизнь пациента: больные становятся более самостоятельными, у них появляется интерес к жизни, многие возвращаются к привычной работе.

Паллиативный уход включает в себя гигиену тела, уход за кожей, полостью рта, кормление стомированных больных, профилактику пролежней, их лечение, обработку разнообразных ран, опорожнение кишечника, катетеризацию мочевого пузыря, обработку стом и т.д.

Сотрудникам хосписа приходится переосмысливать ряд классических положений медицинской практики. Первостепенная задача – не продлить жизнь, а сделать ее остаток по возможности комфортным и значимым. Вот почему та помощь, которая подходит обычному пациенту, может оказаться неприемлемой для умирающего.

Работа в хосписе требует душевного тепла, искренности, умения сопереживать, «лечить собой». Для хосписа повседневная необходимость – профессионализм, достигаемый постоянным обучением и опытом, и милосердие.

Основные задачи социальной помощи в хосписе: поддержка связи с трудовыми коллективами, в которых раньше работал больной; содействие в оформлении необходимых документов (инвалидность); помощь в адаптации; реабилитационная помощь; услуги больным и их родственникам (организация питания, закупка продуктов, стирка, кормление, чтение книг, переписка с родственниками, друзьями). Социальный работник освобождает от этих забот медицинский персонал, что повышает эффективность его работы.

Медико-психологическая помощь в хосписе состоит в профессиональном умении общаться с умирающими. Она включает в себя не только вербальный контакт, но и невербальные способы общения – умение активно слушать, прикосновение, поза при разговоре.

Все мероприятия паллиативной помощи дают значительный эффект: удается существенно продлить жизнь больных, значительно повысить качество их жизни. Опыт работы хосписов показывает, что городам нужны преимущественно выездные службы в каждом районе и единичные хосписы-комплексы для всего города. Российские пациенты имеют важную особенность: «Каждый хочет умереть в своей постели, окруженный любовью и вниманием близких и профессиональной помощью».

Академик Д. Лихачев: «Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. Хоспис – это путь к избавлению от страха перед страданием, сопутствующим смерти, путь к восприятию ее как есте-

ственного продолжения жизни, это дом, в котором соединяются высочайшие гуманизм и профессионализм... Помощь другим важна и для самого помогающего. Только активная помощь другим может как-то успокоить нашу совесть, которая все же должна быть беспокойной».

По словам А. Гнездилова, первого врача первого хосписа в России (Санкт-Петербург), «...каждому из нас предстоит пройти через «врата смерти»; пусть же каждый вложит в них хоть каплю своего творчества, каплю своего участия в этом деле. Не может быть корысти в великий момент смерти».

Медсестра должна быть способна справиться с ухудшением состояния пациента и его смертью, уметь подготовиться к неизбежному, должна создать для пациента возможность обратиться к кому-нибудь за поддержкой, поощрять его способность горевать, так как это помогает ему справиться со своими чувствами. Очень важная задача медсестры – отвлечь внимание пациента от болезни, облегчить процесс умирания. Самое главное, что хотелось бы слышать пациенту в это время: «Что бы ни случилось, мы не оставим Вас». Чтобы обеспечить больному поддержку, следует дать ему возможность высказать свои чувства, даже если это чувства гнева, горя.

Не нужно препятствовать проявлению отрицательных эмоций. Общаясь с пациентом, следует придумать для себя манеру поведения, место беседы, позу. Если пациент лежит, надо поставить стул у постели и сесть так, чтобы глаза медсестры и пациента были на одной линии. Это позволяет ему надеяться, что медсестра не торопится и располагает достаточным временем, чтобы его выслушать. Следует учесть, что даже если пациент неизлечимо болен, он сам иногда не чувствует страха и отчаяния, пока не увидит страх и отчаяние в глазах других. О диагнозе пациент может догадаться по вашим глазам, мимике, жестам. Не надо притворяться, бодриться, лгать, избегать прямого и честного разговора. Пациент всегда почувствует фальшивый оптимизм и перестанет говорить с медсестрой о своих страхах, замкнется в себе.

В нашей стране право сообщить пациенту и его родственникам диагноз принадлежит врачу. Медсестра же, проводя с пациентом и его близкими больше времени, должна уметь обсудить с пациентом (при его желании) и его родственниками вопросы, возникающие в связи с полученной от врача информацией. Общение с пациентом должно строиться на 2 принципах: с одной стороны – не обманывать, с другой – избегать бездушности откровенности. Сочетание правдивой информации с постоянной поддержкой и подбадриванием почти всегда ведет к зарождению надежды. Но в то же время если пациент не желает воспринимать свою болезнь как неизлечимую, если он не желает говорить о смерти,



было бы ошибкой говорить с ним об этом. Есть пациенты, осознающие приближение смерти и спрашивающие: «Как это будет?», «Когда это будет?». Пациент имеет право на получение этой информации, так как каждый человек вправе распорядиться своими последними днями по-своему.

Пусть ему будет совершенно ясно, что все время, каким он располагает, пусть это 5 мин, принадлежит ему безраздельно. Кроме того, надо уметь молчать. Сядьте, возьмите пациента за руку и спокойно скажите: «Я рада побыть с тобой...». И замолчите, будьте с ним. Ему не нужны незначительные слова и поверхностные эмоции. Пусть ваше посещение будет ему в радость, и вы обнаружите, что в какой-то момент пациент становится способным сказать серьезно и глубоко о том немногом, о чем стоит сказать.

Важно внушить пациенту, что никто не собирается ни ускорять смерть, ни искусственно продлевать ему жизнь. Для него будет облегчением, если он осознает, что лучше прекратить бессмысленную борьбу за жизнь и предаться естественной смерти. При этом следует продолжить сестринский уход, направленный на поддержание гигиены, обеспечивать чистоту и профилактику пролежней, применять расслабляющие процедуры – глубокое дыхание, растирание и массаж спины, конечностей. К желаниям пациента нужно относиться внимательно, помня о сложившемся обычае исполнять последнее желание умирающего. В таких лечебных учреждениях, как хоспис, это обязательно. Причем исполняются такие желания, которые не могли бы быть выполнены, если бы пациент находился в обычной больнице, например держать около себя свою любимую кошку или собаку.

Задача хосписов – обеспечить по возможности наилучшее в данных обстоятельствах качество жизни, а стало быть, и смерть с достоинством. В хосписе пациенты живут сегодняшним днем и сосредоточены на событиях конкретного дня. Хоспис – это не Дом смерти, это Дом жизни, Дом, где снимают боль.

### Некоторые правила для персонала

Осуществляя уход за пациентом, испытывающим тошноту и рвоту, следует позаботиться о том, чтобы запах еды не доходил до пациента. Надо убеждать его пить и есть понемногу, но часто, составить меню так, чтобы пациент не употреблял пищу, которая усиливает тошноту и рвоту. Следует предвидеть появление рвотных позывов, т.е. рядом с пациентом постоянно должна быть соответствующая емкость. Персонал должен обеспечить пациенту возможность вызвать экстренную помощь. Надо быть рядом с пациентом, если у него рвота; по возможности обеспечить комфорт; предложить воды, чтобы прополоскать рот; дать противорвотные препараты,

прописанные доктором; проконтролировать эффективность их действия; доложить обо всем врачу.

Наблюдайте за состоянием пациента, нет ли признаков дегидратации (сухая, неэластичная кожа, плохое мочеиспускание, головная боль).

Информируйте врача о виде и частоте рвотных позывов. Наблюдайте за состоянием ротовой полости больного; посмотрите нет ли признаков стоматита или эзофагита (боль может возникнуть вследствие изжоги).

Пациенту лучше пить газированную воду, например минеральную. При наличии стоматита или эзофагита, кислых напитков надо избегать.

Всегда выполняйте свои обязанности тихо и спокойно, не суетясь. Необходимо, чтобы пациент находился в максимально комфортной обстановке.

При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи медсестра составляет карту «предпочтений пациента», в которой отражено, что и в какое время пациент делает (просыпается, умывается, принимает душ), какое время дня любит; какие занятия, еда и напитки для него – любимые; в какое время он ложится спать, курит ли. В карте отмечают, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и приеме пищи. Медсестра объясняет и показывает, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова; совместно с пациентом составляет распорядок дня.

В процессе взаимоотношений между родственниками и медсестрой возникают определенные проблемы. Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека является для его родных большой психической травмой. Они могут уставать, у них могут развиваться раздражение, депрессия, злоба на умирающего, нескрываемое ожидание его скорой смерти («как мы все устали», «когда все это закончится?»). В семьях с хроническими больными, социальной нагрузкой и тяжелым материальным положением встречается больше соматических и психических заболеваний (осложнений), почти в 2 раза возрастают заболеваемость и смертность. Поэтому семьи, переживающие потерю близкого человека, нуждаются в медицинском наблюдении и поддержке.

Сестринский персонал, оказывающий паллиативную помощь, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдание и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, медсестры испытывают специфические проблемы. Это:

- профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением;
- мысли о собственной смерти;
- ощущение беспомощности;
- нехватка времени.

Поэтому медсестры тоже нуждаются в психологической поддержке.

Уменьшают психоэмоциональное напряжение:

- хорошо организованная работа подразделения;
- создание атмосферы сотрудничества и взаимопонимания между членами коллектива;
- наличие кабинетов психологической разгрузки и личной гигиены;
- понимание и поддержка администрации.

Чтобы паллиативная помощь была более эффективной, необходимо соблюдать главное правило: если заболел тот, кто ухаживает за другими, качество ухода снизится. Поэтому все лица, ухаживающие за больными, должны:

- правильно питаться;
- иметь личное время, включая перерывы в работе по уходу;
- проводить какое-то время с другими людьми;
- иметь достаточное время для сна.

«Страх смерти хуже самой смерти» (Публий Нир);  
«Кто учит людей умирать, тот учит их жить» (Монтень).

Отсутствие страха смерти противоречит любви к жизни; любовь к жизни, желание жить естественно. Страшит не сама смерть, а понимание того, что после нее будет все, кроме тебя самого.

Когда человек принимает неизбежное, понимая, что изменить ничего нельзя, ему становится нечего терять и он может сосредоточиться на главном. Один из способов помочь в этом – постараться направить мысли умирающего в будущее или прошлое.

Важно, в каком состоянии духа, как именно человек расстался с жизнью – в ужасе, смятении, сломанный – «на коленях», или он уходит умиротворенным, достойно, с чувством выполненного долга и завершенности земных дел, расставаясь с нами так, как будто надолго уезжает.

Широко известны слова Эпикура: «...Самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как, когда мы существуем, смерть еще не присутствует, а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем...».

Подготовленному человеку смерть представляется естественным финалом жизненного пути, а не ее безысходным крахом.

#### Литература

1. Горелик С.Г. Реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста//Врач. – 2014; 6: 82–84
2. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью// Паллиативная медицина и реабилитация.– 2008;4: 5–10
3. Пожилой человек. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестер. Под ред. В.Н. Петрова.– СПб.: Диля.– 2006. – 416 с.
4. Blume KG et al. Blood 1993; 81: 2187-93
5. Johan Aschan, British Medical Bulletin 2006; pp 1–14
6. Ringden O et al. Blood, 1994;83:2723-30.

#### PALLIATIVE CARE AND HOSPICES

I.S. Khalyapina, A.V. Morozov  
Volgograd State Medical University

**The paper gives information about hospices and organization and delivery of palliative care to incurable patients and presents some principles of a patient's stay at the hospice.**

**Key words:** incurable patients, hospices, organization of care.

