

милосердие и с мая 2011 года еженедельно для питьевых нужд пациентов хосписа бесплатно поставляет артезианскую воду «Роганская». Постоянную помощь и внимание нам уделяют депутат Харьковского городского совета А. Н. Кочеров и заместитель городского головы С. А. Горбунова-Рубан.

Центр во главе с диаконом Виталием «прожил» 15 лет непростой жизни, вырос из коротких под-

ростковых штанишек, обрел неоценимый опыт и знания, полезные для всего хосписного движения не только на Украине.

В заключение хотелось бы поблагодарить всех сотрудников центра, наставников и благотворителей за тяжелейший труд, в первую очередь душевный, и пожелать им Веры, Надежды и Любви, но Любви – прежде всего.

В.В. Экзархова, О.В. Тарасова

Стационарная хосписная помощь больным с конечной стадией недостаточности кровообращения

Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»

Ключевые слова: недостаточность кровообращения, хоспис, терминальная стадия, качество жизни, паллиативная помощь.

Недостаточность кровообращения (НК) ассоциируется с переменным прогнозом, который выступает серьезным препятствием для определения необходимости, а стало быть и своевременности, госпитализации больного в хоспис.

Цель настоящего исследования: оценка результатов усилий, направленных на приспособление жизнедеятельности к сниженному кровообращению.

Результаты и обсуждение. Критерием признания терминальной фазы недостаточности кровообращения посвящено множество публикаций.

Принято рассматривать следующие клинические симптомы:

а) одышка в покое, сердечные и загрудинные боли;

б) отсутствие терапевтического эффекта от диуретиков и вазодилататоров;

в) физикальные данные, свидетельствующие, что фракция выброса составляет 20% и менее, что означает неспособность сердца эффективно перекачивать кровь.

За период 2011–2013 гг. в хосписе находилось 423 больных с терминальной стадией недостаточности кровообращения. Все больные имели от одного до нескольких сопутствующих заболеваний (ХОЗЛ,

сахарный диабет, деформирующий остеоартроз). Медицинское заключение об общем состоянии пациентов дополняли данные анкеты. Их суммация, характеризующая физическое и психическое здоровье, помогала оценивать влияние недостаточности кровообращения на качество жизни. Пациенты нуждались не только в медицинской, но и духовной, а также социальной поддержке, которые неосуществимы на дохосписном этапе паллиативной помощи.

Причинами недостаточности кровообращения были:

а) кардиальные – атеросклеротический кардиосклероз, инфаркт миокарда, ИБС, гипертоническая болезнь;

б) другие сосудистые заболевания;

в) несердечные причины.

В тяжелом состоянии поступили 88% больных, у 12% оно расценено как крайне тяжелое. Для всех пациентов были типичны нарастающая одышка, неспособность к малейшим усилиям. Принципы хосписной помощи больным с НК заключались в следующем:

1. Ограничение нагрузки, вызывающей одышку. Использовали следующий алгоритм управления одышкой: после регистрации исходных показателей ФВД (функциональное внешнее дыхание):

А. Фуросемид (при застойной сердечной недостаточности – 30–40 мг внутривенно);

Б. Фентонил 25 мг в 25 мл №3 каждые 2–3 часа (при неэффективности – морфий 3–4 мг подкожно, при необходимости – диацинам по 0,5 мг каждые 4 ч);

В. Кислород.

2. Радикальное питание – легкоусвояемая диета и сокращение объема и частоты (до 1–3 раз приема пищи в сутки).

3. Энергообеспечение – условие, без которого эффективность комфортной помощи немыслима.

4. Управление физической активностью с предельной индивидуализацией.

5. Обеспечение психоэмоционального равновесия.

Применение этих мер способствовало мобилизации механизмов приспособления органов и тканей к снижению кровоснабжению.

Выводы. Наш опыт подтверждает незыблемое положение: помогать – не лечить больных, которые не могут обходиться без специального лечения.

Врачебная оценка результатов паллиативной помощи в наших наблюдениях показала, что продолжительность жизни больных с терминальной стадией НК в условиях хосписа составила, в среднем, от 6 до 52 дней и зависела от тяжести состояния.

В.А. Экзархов, Б.В. Шевченко

Опыт купирования болевого синдрома у онкологических больных в условиях ХОЦПМ «Хоспис»

Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»

Боль – одна из главных проблем онкологической практики, особенно на поздних стадиях лечения данных больных в стационарах паллиативной помощи. Около 80% больных с распространенным опухолевым процессом страдают от боли. В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) указала, что одними из основных составляющих противораковой борьбы в любой стране, независимо от экономических ресурсов, должны быть «организация комплексной паллиативной помощи, обеспечивающей ослабление боли», «разработка минимальных национальных стандартов устранения боли», «обеспечение наличия и доступности опиатов, особенно морфина для перорального приема». Болевой синдром может быть эффективно купирован у 90% больных раком, а в 10% случаев может быть снижена интенсивность болевого синдрома.

В междисциплинарной команде онкологического отделения Харьковского областного центра паллиативной медицины анестезиолог является ключевой фигурой в круглосуточном обеспечении квалифицированной врачебной помощи при неотложных состояниях, в том числе и в обеспечении качественного обезбоживания. За 15 лет деятельности

Центра через онкологическое отделение прошло порядка 1700 больных онкологической патологией в терминальных стадиях заболевания. Подавляющее большинство из них страдало от различной степени выраженности болевого синдрома.

По выражению Альберта Швейцера: «Боль для человека всегда была страшнее смерти». Вместе с тем никто не может с уверенностью утверждать, что мировая практика лечения боли идеально адекватна, несмотря на наличие множества эффективных методов. Мы придерживаемся концепции ноцицептивной и невропатической боли, трехступенчатой «лестницы обезбоживания», предложенной ВОЗ. А при наличии арсенала адъювантных средств (к сожалению, мы не имеем достаточных возможностей) можно было бы достичь дополнительных обнадеживающих результатов. Что нами достигнуто в этой проблеме? В первую очередь адекватная оценка выраженности боли с учетом непреклонной веры в слова больного о характере, выраженности, интенсивности, локализации и продолжительности боли. Внедрение стандартных шкал. Мы придерживаемся известного правила – чем раньше начата терапия, тем эффективнее обезбоживание.