

ОГЛЯДИ І ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616-08039.75:616-006

Хурані І.Ф., Ковальчук А.П.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ – В огляді вітчизняно та зарубіжно літератури з питань паліативно медично допомоги висвітлено мету, завдання та основні принципи паліативно допомоги. Розкрито роль хоспісів та відділень паліативно допомоги в наданні психологічно, фізично та морально підтримки хворим у термінальних станах та х родичам.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ БОЛЬНЫМ – В обзоре отечественной и зарубежной литературы по вопросам паллиативной медицинской помощи показаны цель, задача и основные принципы паллиативной помощи. Раскрыта роль хосписов и отделений паллиативной помощи в предоставлении психологической, физической и моральной поддержки больным в терминальных состояниях и их родственникам.

PALLIATIVE CARE TO ONCOLOGICAL PATIENTS – In the survey of native and foreign literature, dedicated to the palliative medical care, the objective, tasks and main principles of the palliative care were covered. The role of hospices and palliative care departments in rendering psychological, physical and moral assistance to patients in terminal states and their relatives was described.

Ключеві слова: паліативна допомога, хоспіс, онкохворі.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хоспис, онкобольные.

Key words: palliative care, hospice, oncological patients.

Початок ХХІ століття знаменується глобальним постарінням населення, ростом онкологічно захворюваності, поширенням СНІДу, збільшенням кількості хворих із хронічними прогресуючими захворюваннями, що призводить до появи великої групи інкурабельних хворих, які переживають надзвичайно сильні страждання і потребують адекватно медико-соціальної допомоги. Україна входить у першу десятку країн з найбільшою онкологічною захворюваністю населення, щорічно виявляється понад 180 тисяч хворих із різними злоякісними новоутвореннями. Незважаючи на успіхи в онкології, чисельність хворих із поширеними формами злоякісних пухлин не має тенденції до зменшення. Сьогодні в світі щорічно помирають 55 мільйонів людей від злоякісних пухлин, у 10 млн вперше діагностується бластоматозний процес. Передбачається, що в 2020 році кількість людей, які захворюють, збільшиться до 15 млн, а в 2050 – до 24 млн [1, 2, 10].

У даний час злоякісні новоутворення продовжують складати для людства серйозну проблему, оскільки в ній сконцентровано медичні, соціальні, біологічні, демографічні, технічні, економічні та інші питання, прямо чи опосередковано пов'язані зі зростанням показників захворюваності. Розв'язання цієї проблеми вимагає об'єднання зусиль спеціалістів різних фундаментальних та прикладних наук [3].

За даними літератури, кожен четвертий вперше виявлений онкологічний хворий не підлягає радикальному лікуванню, і 35,3 % з них помирають протягом першого року з моменту встановлення діагнозу. Крім того, 46,3 % пацієнтів, які раніше проходили радикальне лікування, у наступні 5 років потребують паліативного лікування [4].

У 1970 році невелика група експертів під керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) започаткувала рух за розвиток паліативно допомоги більш ніж у 40 країнах, провідними серед яких є Швейцарія, США, Великобританія, Канада, Нідерланди, Бельгія, Франція й Австралія. У 1996 році паліативна допомога була включена в Index Medicus під терміном «паліативна допомога» як доповнення до вже існуючих понять «термінальна допомога» (уведене в 1968 році) і «хоспіс» (у 1980 році) [7].

В Австрії, Канаді, Великобританії та США створюються академічні структури паліативно допомоги. Засновуються Європейська, Американська і Канадська асоціації паліативно допомоги, а також різноманітні національні й неурядові організації, предметом діяльності яких повністю чи частково є паліативна допомога.

Ініціатором становлення системи паліативно допомоги як допомоги інкурабельним раковим хворим, стала Всесвітня організація охорони здоров'я. На початку 80-х Відділ онкології ВООЗ почав розвиток глобально ініціативи з впровадження заходів, що забезпечують адекватне знеболювання і доступність опіоїдів для хворих на рак у всьому світі. У зв'язку зі швидким ростом захворюваності на злоякісні новоутворення в усьому світі, у 1982 році ВООЗ оголошує про необхідність створення нового напрямку охорони здоров'я і пропонує визначення паліативно допомоги. Відповідно до цього визначення, паліативною є «активна всебічна допомога пацієнтам, чи хвороби більше не піддаються лікуванню, першочерговим завданням якої є купірувати біль та інші патологічні симптоми та вирішити соціальні, психологічні та духовні проблеми хворих. Метою паліативно допомоги є досягнення найкращої якості життя хворих та їх сімей» [11].

Сьогодні загальновизнано, що принципи паліативно допомоги повинні бути застосовані якнайраніше у випадку будь-якого хронічного, в кінцевому рахунку, інкурабельного захворювання. Ця зміна у підходах з'явилася завдяки новому розумінню того, що проблеми, які виникають в кінці життя пацієнта, зароджуються вже на ранніх стадіях хвороби [11].

У зв'язку з «виходом на арену» СНІДу, стрімким погіршенням населення і подальшим зростанням числа хворих на злоякісні новоутворення та інші прогресуючі захворювання, у 2002 році ВООЗ розширила свій підхід до визначення паліативно допомоги. У той час, як раніше паліативною допомогою вважалося симптоматичне лікування хворих на злоякісні новоутворення, зараз це поняття поширюється на пацієнтів із будь-якими інкурабельними хронічними захворюваннями в термінальній стадії розвитку, серед яких, звичайно, основну масу складають онкологічні хворі.

Підхід ВООЗ до визначення паліативно допомоги також був розширений в іншому напрямку. Купірування болювого синдрому все ще залишається важливим компонентом, але в жодному разі не єдиним. Інші фізичні, емоційні та духовні потреби хворого вважаються також важливими аспектами паліативно допомоги. Крім того, у новому визначенні ВООЗ об'єктом допомоги є не тільки сам пацієнт, а й здоров'я і благополуччя членів сім'ї та інших осіб, які доглядають за хворим. Паліативна допомога виходить за рамки періоду надання допомоги хворому під час хвороби й включає в себе необхідність після смерті пацієнта підтримувати рідних, які переживають важку втрату. Ці положення сформульовано в останньому визначенні паліативно допомоги ВООЗ: паліативна допомога – напрямок медично та соціально діяльності, метою якої є покращення якості життя інкурабельних хворих та їхніх сімей через попередження та полегшення їх страждань, завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та купіруванню болю й інших симптомів – фізичних, психологічних і духовних [9, 12].

Відповідно до визначення ВООЗ, паліативна допомога відрізняється складним комплексом завдань:

1) стверджує життя і розглядає смерть як нормальний закономірний процес;

2) не має обов'язкового наміру продовження чи скорочення тривалості життя;

3) намагається якнайдовше забезпечувати хворому активний спосіб життя;

4) пропонує допомогу сім'ї пацієнта під час його важко хвороби й психологічну підтримку в період переживання важко втрати;

5) використовує міждисциплінарний підхід з метою задоволення всіх потреб пацієнта та його сім'ї, у тому числі й організацію ритуальних послуг, якщо це буде потрібно;

6) покращує якість життя пацієнта й може також позитивно впливати на перебіг хвороби;

7) при достатньо своєчасному проведенні заходів спільно з іншими методами лікування може продовжити життя хворого.

Паліативна допомога складається з двох великих компонентів – це полегшення страждань хворого протягом усього періоду хвороби (разом із радикальним лікуванням) та медична допомога в останні місяці, дні і години життя [8]. Саме допомозі хворому в кінці життя в Україні надавалося й дотепер приділяється дуже мало уваги. Неправильним було би вважати, що хворий, який помирає, потребує тільки догляду. Насправді існує багато професійних тонкощів, необхідних для полегшення страждань, які може вирішити лише спеціально підготовлений лікар. Адже й хворому в термінальному стані, як вважають багато спеціалістів, необхідно надавати кваліфіковану медичну допомогу.

Сьогодні «допомога (хворому) в кінці життя» (end-of-life care) виділена як самостійний напрямок паліативної допомоги, а в деяких країнах як і медицини загалом. Провідними компонентами в цьому напрямку є формування особливо філософії й організація психологічно підтримки онкологічного хворого та його сім'ї.

У світі існують різні організаційні форми надання паліативної допомоги хворим на невиліковні пухлини на всіх етапах лікування – хоспіси, відділення паліативної допомоги, лікувально-консультативні центри, кабінети протибольової терапії, денні стаціонари, хоспіс удома [2]. Часто стверджують, що хоспіс – це не лікувальний заклад. Такий підхід є хибним. Іншими словами, паліативна допомога – це позбавлення хворого та помираючого страждань. Cassell E. підкреслював, що «тіло не страждає, страждає все людське ество» [6]. Страждання складається з багатьох компонентів: біль; інші важкі фізичні симптоми; неможливість рухатись; обмеження життєдіяльності; неможливість себе обслуговувати; відчуття власно безпомічності та тягара для оточуючих, почуття вини; страх і безпорадність у зв'язку з очікуванням смерті, що наближається; почуття гіркоти через незавершені справи і невиконані зобов'язання.

З урахуванням рекомендацій ВООЗ, провідних спеціалістів, даних літератури, цілі й задачі паліативної допомоги можна сформулювати наступним чином.

1. Забезпечити адекватне знеболювання і купірування інших фізичних симптомів.

2. Надати психологічну підтримку хворому й родичам, які за ним доглядають.

3. Намагатися виробити ставлення до смерті як до нормального етапу життєвого шляху людини.

4. Задовольняти духовні потреби хворого та його близьких.

5. Вирішувати соціальні та юридичні питання.

6. Виконувати вимоги медично біоетики.

Як впливає з останнього визначення ВООЗ, паліативна допомога хворим повинна починатися з моменту встановлення діагнозу невиліковного захворювання, яке невідворотно призводить до смерті хворих у недалекому майбутньому. Чим раніше та правильніше буде організовано та надано цю допомогу, тим вірогідніше ми зможемо

здійснити поставлену перед собою задачу – досягнення максимального можливого покращення якості життя хворого та його сім'ї. На початковому етапі паліативна допомога, як правило, надається тими лікарями, які беруть участь у процесі діагностики та лікування хворого. Говорити про критерії відбору хворих для власне паліативної (хоспісної) допомоги, однак в основному доводиться, коли мова йде про тих хворих, радикальне лікування яким уже було проведено, але захворювання прогресує і переходить у термінальну стадію, чи лікування вже не надається у зв'язку з запізнілим зверненням хворого по допомогу. Це та група хворих, яким медицина, на жаль, каже «більше нічого ми не можемо зробити». На цьому етапі ми говоримо про «допомогу в кінці життя» чи «хоспісну допомогу», як розділ паліативної допомоги, визначений часовими рамками й націлений на надання допомоги хворому (і його близьким) у кінці життя. Однак хоспісна допомога доцільна для тих пацієнтів, які відчувають фізичні чи іншого роду страждання та потребують активного втручання [5].

Існує багато форм надання паліативної допомоги пацієнтам. Вони відрізняються в різних країнах, оскільки в кожній країні проходить розвиток цього напрямку за самостійним планом. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, все це розмаїття можна розділити на дві основні групи – це допомога удома та в стаціонарі. Стаціонарними закладами паліативної допомоги є хоспіси, відділення (палати) паліативної допомоги, розміщені на базі лікарень загального профілю, онкологічних диспансерів а також стаціонарних закладів соціального захисту. Допомога удома здійснюється спеціалістами вищої служби, що організована як самостійна структура чи є структурним підрозділом стаціонарного закладу. Усі форми паліативної допомоги повинні бути запропоновані пацієнту. Це, однак, не головна умова для ефективного надання допомоги. Форми організації паліативної допомоги можуть бути різними. Якщо прийняти до уваги той факт, що більшість хворих хотіли б провести залишок свого життя та померти удома (від 80 до 90%), то надання допомоги в домашніх умовах було б найдоцільнішим.

З урахуванням світового досвіду вважаємо, що для задоволення потреб хворого в комплексному догляді й різних видах допомоги необхідно залучення різних спеціалістів, як медичних, так і немедичних спеціалістостей. Тому бригада чи штат хоспісу повинні складатися, як правило, з лікарів, медичних сестер, які мають відповідну підготовку, психолога, соціального працівника та священника. Інших спеціалістів залучають за умов необхідності. Необхідно використовувати також допомогу родичів та волонтерів.

Суттєвим фактором для успішного вирішення складного комплексу проблем є цілеспрямоване навчання принципів та методів паліативної допомоги. Перш за все, необхідно визнати, що існують пропуски в знаннях лікарів і медичних сестер у питаннях допомоги інкурабельному та помираючому хворому. Щоб забезпечити кваліфіковану паліативну медичну допомогу, необхідно засвоити наступні знання і навички.

Елементи і моделі допомоги хворим у кінці життя. Завчасне планування допомоги й формування директиви стосовно бажань пацієнта щодо його лікування в кінці життя (врахувати всі побажання та останню волю хворого).

Психологічні особливості спілкування з інкурабельними хворими й членами їх сімей. Способи та форми правильного повідомлення хворому поганих новин щодо його діагнозу й прогнозу (підходи й психологічні методи), купірування депресії, тривоги, деліріїю.

Розуміння подій в останні години життя людини (фізіологічні зміни), формування поведінки лікаря й родичів, які доглядають онкохворого.

Вибір адекватного знеболювання інкурабельних онкологічних хворих за триступеневою схемою ВООЗ і купірування інших патологічних симптомів відповідно до останніх досягнень медичної науки.

Оволодіння філософськими, етичними і духовними проблемами смерті та безсмертя.

Чітко притримуватися правил та підходів до призначення й відміни терапії, що продовжує життя.

Суттєвим елементом, особливо для сімейного лікаря, є володіння навичками психологічно допомоги близьким після смерті хворого (особливо при патологічній реакції на втрату близько людини).

Надзвичайно важливою умовою для ефективно роботи паліативно і хоспісно допомоги є ретельний відбір кваліфікованого персоналу з досвідчених спеціалістів і постійний процес навчання. Паліативна допомога вимагає великих затрат часу, тому дуже важливо мати достатню кількість медичного та немедичного персоналу в кожній бригаді. Як правило, особи, залучені до надання паліативно допомоги хворим, починають надавати допомогу на добровільній основі. Персонал повинен глибоко розуміти й беззастережно прийняти принципи паліативно допомоги, мати достатню кваліфікацію для проведення. Люди, які працюють в хоспісі, повинні бути чесними й здатними проявити співчуття до хворого.

Дотепер у нашій країні практично вся робота з надання паліативно допомоги інкурабельним хворим покладена на дільничних терапевтів та сімейних лікарів. На превеликий жаль, не в усіх поліклініках збереглися посади лікаря-онколога. Як наслідок, значна частина дільничних терапевтів і сьогоднішніх студентів – майбутніх лікарів – минуче постане перед цією проблемою в свої професійній діяльності. Тому основи паліативно допомоги повинні викладатися не лише онкологам, але й лікарям загально практики, терапевтам і студентам медичних ВНЗ. Назріла нагальна необхідність включення в програму навчання студентів медичних ВНЗ розділу паліативно медично допомоги.

Якість і ефективність організації, застосування та управління паліативною допомогою залежить від оптимального підбору кадрів для роботи в міждисциплінарному колективі, а також від його спеціалізованого навчання і кваліфікації, від мобільності й повноцінності міжвідомчого

співробітництва й партнерства, від оптимального виділення і перерозподілу ресурсів (фінансових, матеріальних, кадрових тощо). А найголовніше – бажання людей забезпечити термінальних хворих медичною допомогою та доглядом, реалізуючи на практиці цим принцип гуманності нашої медицини й основний принцип загальнолюдсько етики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар Г.В. Паліативна медична допомога / Г.В. Бондар, І.С. Вітенко, О.Ю. Попович. – Донецьк: Донеччина, 2004. – 80 с.
2. Ганцев Ш.Х. Онкологія. – М: МИА, 2006. – 484 с.
3. Палиативная помощь онкологическим больным в России. Вчера, сегодня, завтра / Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. I. – С. 122-124.
4. Соловьев В.И. Организация и возможности палиативного лечения больных злокачественными новообразованиями основных локализаций на региональном уровне // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. I. – С. 124-128.
5. Стойчева М.Г. Палиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 6. – С. 45-48.
6. Cassell E. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New England Journal of Medicine 1982; 306: 639-645.
7. Colleau SM, Weis N. WHO guidelines on cancer pain, opioid availability, symptom control and palliative care: ordering information. University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group /WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care; Madison, Wisconsin, USA. Prepared for 19th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August 19-26, 1999.
8. Ferris F., Heather M, Balfour B., Bowen K. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on National Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 106-123.
9. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 91-96.
10. Stjernsward J. Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24:257-264.
11. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990.
12. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

УДК 616.71/72–018.3–007.248–08

Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ – у статті висвітлюються сучасні погляди на лікування первинного остеоартрозу.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА – В данной статье обсуждаются современные взгляды на лечение первичного остеоартроза.

MODERN APPROACHES IN TREATMENT OF PRIMARY OSTEOARTHRITIS – This article presents modern approaches in treatment of primary osteoarthritis.

Ключові слова: лікування, первинний остеоартроз.

Ключевые слова: лечение, первичный остеоартроз.

Key words: treatment, primary osteoarthritis.

На початку 2000 р. близько 750 суспільних організацій в усьому світі підтримали ідею Міжнародного десятиліття захворювання кісток і суглобів (2000-2010 рр.), офіційне відкриття якого відбулося у Женеві. Завдання цієї глобальної акції – показати суспільству розміри моральних та економічних втрат, що супроводжують захворювання кістково-суглобовою системою [9].

Остеоартроз посідає чільне місце серед захворювань кістково-суглобового апарату і зустрічаються у 1 з 10 чо-

ловік у віці понад 50 років та кожного 2-го у віці старше 75 років. Це захворювання посідає друге місце серед причин інвалідності після ІХС [2].

На сьогоднішній день терапія хворих на остеоартроз базується на рекомендаціях Європейської антиревматичної ліги (EULAR), прийнятих у 2003 та 2005 рр., і є базою надання медично допомоги хворим із цією патологією в країнах Євросоюзу.

Рекомендації EULAR представляють широкий спектр терапевтичних підходів, із яких потрібно вибрати все необхідне для кожного конкретного пацієнта [12, 21].

Існують консервативні та хірургічні методи лікування остеоартрозу. До консервативних відносять немедикаментозну та медикаментозну терапію [3, 13, 14].

Медикаментозна терапія направлена на купірування больового синдрому, зменшення проявів реактивного запалення, нормалізацію обмінних процесів у тканинах суглобів [17]. Терапія остеоартрозу повинна бути систематичною, комплексною, тривалою та диференційованою [13,14,17].

Згідно з сучасною класифікацією розглядають протиартрозні препарати: