

УДК 616–089.5–039.75(477.83)

Досвід запровадження паліативної медицини в Клінічній лікарні Львівської залізниці

О. Б. Швецов, О. В. Навальнева, О. І. Палій, Т. І. Фурсова,
С. Є. Сисоєв

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів



Ключові слова: паліативна допомога, хоспіс, довготривала епідуральна аналгезія.

У світі вже багато років існує поняття паліативної медицини як окремої галузі медицини, ціла система лікування «приречених», «інкурабельних» пацієнтів. Переважно під цим розуміють хворих на онкологічні захворювання. На жаль, у нашій державі ця галузь медицини перебуває в зародковому стані.

Паліативна медицина від початку становила альтернативу евтаназії, яку ще 1950 року засудила Генеральна асамблея Всесвітньої організації охорони здоров'я. Це рішення збіглося з історичним моментом зародження хоспісного руху й формуванням філософських, теоретичних та етичних засад сучасної паліативної медицини. Адже розвиток медицини в цілому та гідний рівень паліативної медицини як її ланки природно знімуть питання евтаназії.

За означенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, «паліативна допомога — це активний, цілісний догляд за пацієнтами, чиї хвороби не піддаються лікуванню. Першорядне значення мають подолання болю та інших симптомів, допомога за психологічної, соціальної чи духовної потреби. Мета паліативної медицини — досягти найліпшої якості життя для хворих та їхніх сімей. Паліативна допомога стверджує життя та розглядає вмирання як природний процес. Паліативна допомога не прискорює й не віддаляє смерті, вона забезпечує систему підтримання сім'ї під час хвороби близької людини та в період скорботи». Тобто є підстава сказати, що паліативна медицина — це філософія допомоги приреченим хворим.

Концепція паліативної медицини формувалася протягом багатьох століть одночасно із становленням хоспісного руху. Повернув медицину «обличчям до вмираючого хворого» ще на межі епох Ренесансу та Нового часу англійський філософ Френсіс Бекон. У 1935 році Альфред Ворчестер видав книгу «Догляд за хворими і вмираючими», з того часу його вважають піонером у паліативно-

му догляді. Однак справжнім засновником такої паліативної медицини, як ми її розуміємо сьогодні, є баронеса Сіслі Сандерс. У 1967 році вона відкрила в передмісті Лондона в притулку св. Христофора перший у світі хоспіс сучасного типу, а згодом допомогла створити десятки хоспісів і відділень паліативної медицини в інших країнах.

Система паліативної медицини має три складники:

- медикаментозне лікування;
- психологічне підтримання пацієнта і його родини;
- догляд як різновид медичної допомоги.

Таку допомогу в хоспісах і відділеннях паліативної медицини може надавати лише колектив фахівців суміжних напрямків, який складається з лікарів різного профілю, медичних сестер, психологів, психотерапевтів, інструкторів із лікувальної фізкультури і масажу, духовних пастирів, дієтологів, волонтерів, рідних і близьких до родини людей, юристів та агентів ритуальних послуг. Важливим принципом є безперервність опіки, сумісність різних етапів (домашній і стаціонарний догляд), послідовність надання допомоги — від першого прийому і до самого кінця. Велике значення мають умови, в яких перебуває пацієнт в останні дні свого життя. Однак ключову роль відіграють медичні працівники, наділені конче потрібними якостями: професіоналізмом, фізичною й психологічною врівноваженістю, готовністю працювати однією командою і брати на себе особисту відповідальність в критичних ситуаціях, здатністю в процесі догляду виявляти індивідуальний і гнучкий підхід. Особливу вагу мають індивідуальні якості — доброта, вміння співчувати, охайність, невичерпне терпіння, витриманість і тактовність, ерудиція.

Єдиним виходом для розвитку паліативної медицини в нашій країні в умовах обмеженого фінансування є використати наявний ліжковий



фонд медичних установ, що дасть змогу створити певну кількість ліжок для лікування паліативних станів, а згодом на цій основі започаткувати багатопрофільні відділення паліативної медицини сучасного типу.

Паліативна допомога передбачає насамперед терапію болю, тому саме анестезіологи, як фахівці, що найліпше розуміються на фізіології та механізмі болю й володіють різними методиками знеболення, нині становлять ядро паліативної медицини у світі.

Лікарі нашого відділення налагодили зв'язок із відділенням паліативної медицини шпиталю св. Катерини міста Унна (Німеччина). Переїнявши досвід німецьких медиків, ми втілюємо практику паліативної допомоги в себе. Оскільки маємо обмежені можливості, ми зосереджуємося на терапії болю та підтримувальній терапії, виділивши у відділенні анестезіології одну палату для таких пацієнтів.

Онкологічні хворі потрапляють до нас, пройшовши весь шлях лікування в умовах поліклініки (хіміотерапія, традиційне знеболення). Незважаючи на застосування всього арсеналу сильнодіяних аналгетиків, різних способів введення, близько 65% онкохворих продовжують зазнавати болю різного ступеня інтенсивності. Частині таких пацієнтів потрібне додаткове знеболення інвазивними методами, а саме:

- довготривала епідуральна аналгезія;
- регіонарні блокади;
- хімічна чи фізична денервація або нейролізис;
- хірургічна нейродеструкція.

В умовах нашого відділення проводимо довготривалу епідуральну аналгезію та хімічну денервацію.

Суть методу довготривалої епідуральної анестезії давно відома, його застосовують під час оперативних втручань: використовують стандартний набір для епідуральної анестезії з голкою «Tuohi G18», катетер заводять в епідуральний простір до бажаного сегмента, куди вводять певний знеболювальний засіб (бупівакаїн, лідокаїн, морфін). У нашій практиці не було патології, коли б виникла потреба проводити катетер вище від рівня Th VIII. Для надійності катетер тунелюємо та фіксуємо підшкірно.

Дозу препарату добираємо індивідуально, зважаючи на масу тіла, зріст, вік пацієнта, тяжкість його стану та ступінь виразності болювого синдрому.

Переваги названого методу:

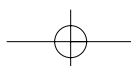
- знеболювальний засіб не справляє загального впливу на організм з усіма ймовірними побічними наслідками;
- пацієнти можуть вести активний спосіб життя;
- знеболювальний засіб діє тривало, його вводять окремо, щонайбільше два рази на добу;
- пацієнт сам контролює рівень знеболення, збільшуючи або зменшуючи дозу, проміжки між введеннями.

Метод хімічної денервації передбачає нейролізис сегмента, що відповідає за «зону болю», із подальшим видаленням катетера. Ми її проводимо 96% етиловим спиртом після попереднього знеболення лідокаїном.

Дотримуючись принципу послідовності та безперервності надання допомоги між стаціонарним етапом і домашнім доглядом, ми передаємо цих хворих під патронаж онкологічної служби поліклініки.

Наш досвід ведення таких пацієнтів ґрунтується на 11 випадках. Це пацієнти з онкологічними захворюваннями і болювим синдромом, який не піддавався корекції традиційними методами. Після налагодження довготривалої епідуральної анестезії всі пацієнти відзначали її ефект як дуже добрий: хворі, які оцінювали інтенсивність болю за 10-бальною шкалою на рівні 7–9 балів, фіксували її зменшення до рівня 1–2. Тривалість перебування катетера залежить від тривалості життя онкологічного хворого, у нашій практиці вона становила від 1 до 4 місяців. Ускладнень цієї методики ми не спостерігали.

Знаючи про великий арсенал аналгетиків і різні способи вводити їх (трансдермальний, сублінгвальний, пероральний, довенний спосіб введення опіатів за допомогою комп'ютеризованих систем — Patient Control Analgesia) та про їхню відсутність на ринку медичних послуг в Україні, вважаємо, що на сьогодні метод довготривалої епідуральної аналгезії є одним з небагатьох способів полегшити страждання таких пацієнтів.





Література

1. Хижняк А. А. Епідуральна анестезія / А. А. Хижняк, У. А. Фесенко, В. С. Фесенко.— Х., 2003.— 186 с.
2. Bonica J. J. Circulatory effects of peridural block. Effects of levels of analgesia and dose of lidocaine / J. Bonica, P. Berges, K. Morikawa // Anesthesiology.— 1970.— Vol. 33.— P. 619.
3. Cousins M. J. Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain / M. Cousins, Ph. Bridenbaugh.— Philadelphia — Toronto: Lipincott Company, 1988.— P. 176–274.
4. Delbruck H. Krebschmerz.— Stuttgart: Kohlhammer, 2004.— Bd. 2.— S. 18–23.
5. Hoffmann W. J. Postoperative critical care of the Massachusetts General hospital / W. G. Hoffmann, J. D. Wasnick.— Boston — Toronto — London: Little, Brown and Company, 1992.— P. 199–217.
6. Meier G. Regionalanasthesie. Kompendium der peripheren blockaden / G. Meier, J. Buttner.— München: Arcis Verlag GmbH, 2001.— 69 S.

Опыт введения паллиативной медицины в Клинической больнице Львовской железной дороги

А. Б. Швецов, О. В. Навальнева, О. И. Палий, Т. И. Фурсова, С. Е. Сысоев

Статья отражает опыт работы отделения анестезиологии Клинической больницы Львовской железной дороги в новой отрасли — паллиативной медицине. Адекватное обезболивание онкологических больных является одним из ведущих звеньев этого направления.

Palliative medicine introduction in Lviv Railway Hospital

O. B. Shvetsov, O. V. Navalnieva, O. I. Palii, T. I. Fursova, S. Ye. Sysoiev

The article presents the experience of the work in anaesthesiology department of Lviv Railway Hospital in a new branch — the palliative medicine. The adequate anaesthesia of the cancer patients is one of the leading links of this branch.

