

Что такое паллиативная помощь, что в нее входит, каким категориям пациентов она оказывается?

При оказании **паллиативной медицинской помощи** на первый план выходит контроль тягостных симптомов — боли, тошноты, рвоты, нарушений дыхания и других патологических проявлений. Нередко это пациенты, которым установлены различные стомы — гастростомы или назогастральные зонды, трахеостомы, мочевые катетеры или калоприемники и прочие приспособления, требующие профессионального сестринского ухода. Паллиативная медицинская помощь не является синонимом хосписной, но это звено одной цепи, то есть хосписная помощь входит в понятие паллиативной на ее конечном этапе.

Какие этапы подразумеваются?

Современная паллиативная медицинская помощь состоит из трех больших блоков.

Первый — это ранний паллиатив, в идеале он должен начинаться с момента установления хронического прогрессирующего заболевания, существенно ухудшающего качество жизни. На этом этапе работает основной клинический протокол, но пациента нужно психологически поддержать, помочь справиться с психотравмирующей ситуацией, неблагоприятными симптомами и ограничениями, рассказать, как организовать жизненное пространство, как правильно питаться и т. д., обучить родственников уходу за близким человеком.

Второй блок паллиатива — поддерживающее лечение, которое позволяет купировать патологические симптомы, причиняющие страдания. Если это пациент с онкологическим заболеванием, то речь идет также о купировании симптомов, которыми нередко сопровождается интенсивное противоопухолевое лечение. Например, при лучевой и химиотерапии в качестве побочных эффектов возникают тошнота, рвота, слабость, падает уровень лейкоцитов в крови, теряется масса тела и пр.

Блок паллиативной медицинской помощи в виде поддерживающего лечения, в т. ч. нутритивной поддержки, позволяет не только обеспечить более комфортное качество жизни таким пациентам, но и в прямом смысле слова выжить. Если раньше диагноз злокачественного новообразования звучал как смертный приговор, выживало лишь 20 %, то сегодня новые технологии, новые лекарства дают шанс излечиться 60 % пациентам. В Беларуси 5-летняя выживаемость онкопациентов после лечения по радикальной программе составляет 79,5 % (по статистике за 2020 год).

Третий блок паллиативной медицинской помощи — помощь в конце жизни, европейцы называют этот блок end of life care. По сути это и есть хосписная помощь, когда все ресурсы продления жизни исчерпаны, пациент умирает и нужно помочь облегчить физические страдания и мучения в этот период.

Цели, задачи и последовательность действий медицинских работников при оказании паллиативной медицинской помощи регламентируются приказом Минздрава от 04.11.2019 № 1314 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Согласно этому документу, паллиативная медицинская помощь подразделяется на краткосрочную и долгосрочную.

Долгосрочная оказывается пациентам с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни, с ожидаемой продолжительностью жизни больше года. Краткосрочная — пациентам с неблагоприятным прогнозом, когда ожидаемая продолжительность жизни меньше года.

При каких заболеваниях показана паллиативная медицинская помощь?

Этот вид помощи оказывается независимо от нозологической формы заболевания. Во-первых, это пациенты с различными формами злокачественных новообразований, проходящие специализированное лечение или отказавшиеся от него, нуждающиеся в поддерживающем симптоматическом лечении.

Во-вторых, пациенты с неинфекционными заболеваниями — органной недостаточностью при невозможности достичь ремиссии, с прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальных стадиях, с тяжелыми последствиями травм, нарушений мозгового кровообращения, дегенеративными изменениями нервной системы на поздних стадиях, с различными формами деменции (в т. ч. болезнью Альцгеймера) в терминальных стадиях.

И третья категория — пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями (туберкулез, ВИЧ/СПИД) в терминальных стадиях, нуждающиеся в симптоматической терапии и обеспечении ухода.

Как сейчас выстроена структура службы?

Паллиативная медицинская помощь в Беларуси является плановой и может оказываться в стационарных или амбулаторных условиях, а также на дому. Структура включает хосписы, специализированные центры, отделения паллиативной медицинской помощи в стационарах и кабинеты в поликлиниках, больницы и отделения сестринского ухода, социальные учреждения стационарного типа и дневные центры.

Помощь на дому оказывается выездными патронажными службами и кабинетами паллиативной медицинской помощи с функцией выездной бригады, при краткосрочной помощи рутинное обезболивание на дому выполняется амбулаторно-поликлиническими организациями в часы их работы, а в иное время — службой скорой медицинской помощи.

Один из самых проблемных, наверное, вопросов — адекватное обезболивание в терминальных стадиях.

При наличии показаний, следуя клиническому протоколу, врач обязан назначить адекватное обезболивание паллиативному пациенту.

В настоящее время действует новый клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому». Протокол утвержден постановлением Минздрава № 96 от 07.09.2022, он вступит в силу с момента опубликования, и мы его очень ждем.

Принципы фармакотерапии боли разработаны в соответствии с трехступенчатой лестницей обезболивания, рекомендованной ВОЗ.

Принципы фармакотерапии хронического болевого синдрома у паллиативных пациентов

- Дозу анальгетиков подбирают индивидуально в зависимости от интенсивности и характера боли, добиваясь ее устранения или облегчения в течение первых 48 часов от начала лечения.
- Назначают анальгетики регулярно строго «по часам», а не «по требованию», то есть очередную дозу лекарственного препарата пациент должен получать до прекращения действия предыдущей дозы.
- Анальгетики применяют «по восходящей», то есть от максимальной дозы слабо действующего лекарственного препарата к минимальной дозе сильнодействующего.
- Терапия опиоидными анальгетиками является основным методом лечения боли, опиоидные анальгетики титруют до получения клинического эффекта.
- Нежелательные реакции анальгетиков должны предупреждаться, а в случае их возникновения адекватно лечиться.
- Основными способами введения лекарственных препаратов являются неинвазивные — пероральный, ректальный и трансдермальный. По возможности следует избегать инъекционного введения анальгетиков.
- При лечении хронического болевого синдрома любой интенсивности прежде чем увеличить дозу анальгетика, необходимо назначить адьюванты.