

УДК 614.2:364-58(091)(476.6)

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ: РАБОТА ГРОДНЕНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ "ХОСПИС"

Н.С. Слободская¹, Л.К. Чернякова²

¹-УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

²-Гродненский центр "Хоспис", Гродно, Беларусь

Цель данной работы - рассказать о развитии хосписного движения и работе Гродненского городского отделения "Хоспис". Результатом исследования является анализ 4-летней работы отделения дневного пребывания паллиативной терапии центра "Хоспис". На основании полученных данных можно сделать вывод: на качество жизни неизлечимого больного значительный эффект оказывает паллиативная терапия; работа с психотерапевтом и психологом; правильное поведение и уход за ним родственниками и членами семьи.

Ключевые слова: хоспис, паллиативная медицина, злокачественные заболевания, качество жизни.

*"...необходимо специальное направление научной медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным".
Фрэнсис Бэкон, 1605 г.*

Понятие паллиативной медицины, или помощь, происходит от латинского "pallium", что означает "покрывало, покров, покрытие". Иными словами, это защита и всесторонняя опека пациента. Слово "хоспис" пришло в английский язык из старофранцузского слова "hospitium", означающее гостеприимство или "дом для странника". Этим термином с VI века н. э. обозначали места отдыха пилигримов. Истоки современной паллиативной помощи следует искать именно там, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. В те времена заботу об умирающих и безнадежно больных людях брала на себя христианская церковь, организуя при костёлах и монастырях дома приюта, обеспечивая в них социальную и духовную помощь силами сестёр милосердия. Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при больницах и даже сливались с ними. В Польше богадельни с давних времен существовали большей частью под названием "приходских госпиталей", и лишь в 1843 году благотворительные заведения были разделены соответственно их целям. Некоторые из этих домов очень старинного происхождения. Так, например, дом приюта в Люблине был открыт в 1342 г., в Варшаве дом Св. Духа и девы Марии - в 1388, в Радоме - в 1435. Во Франции и в настоящее время приюты для престарелых, немощных и увечных под наиболее распространённым названием хосписы составляют вместе с больницами общего ухода одно ведомство госпиталей. Первые упоминания о богадельнях в России относятся к 1682 г., когда были организованы два госпиталя по новым европейским обычаям, один в Знаменском монастыре, в Китай-городе, а другой за Никитскими воротами на Гранатном дворе.

Таким образом, современная история хосписов тесно связана с христианской духовной культурой и сестричеством. В 1879 г. Мэри Эйкенхед, основательница ордена сестер милосердия, открыла в Дублине приют девы Марии, главной заботой которого была забота об умирающих. В 1905 г. ирландские сестры милосердия открыли аналогичный приют Св. Иосифа в Лондоне, куда принимались в основном умирающие. После второй мировой войны в приюте Св. Иосифа Сесилия Сандерс стала первым штатным доктором, а в 1967 г. она организует в пригороде Лондона в приюте Св. Христофера первый в мире хоспис современного типа. В 1967 г. в Нью-Йорке организован фонд танатологии, который ставит целью создание помощи терминальным пациентам через усилия различных специалистов, т.е. делая акцент на междисципли-

нарной природе проблем умирающего человека [9].

Первый профильный хоспис для раковых пациентов в России был открыт в 1903 году по инициативе онколога, профессора МГУ Л. Л. Левшина. В 1897 году Левшин самостоятельно организовал сбор пожертвований у московских благотворителей. Меценаты Морозовы вложили в раковый фонд 150 000 рублей, поэтому учреждение носило имя Морозовых до середины двадцатых годов. В 1990 г. в Ленинграде был открыт Лахтинский хоспис - первый хоспис эпохи перестройки. Первое в России онкологическое отделение паллиативного лечения было организовано в московской больнице общетерапевтического профиля в 1997 г. [2].

В 1969г. Элизабет Кюблер - Росс издала первую книгу по танатологии, основанную на более чем 500 интервью с умирающими пациентами. После её выхода стал подниматься вопрос о законодательном урегулировании права участия самого пациента в решении вопросов, которые касаются условий их смерти. Данная тенденция была отражена и закреплена в Лиссабонской декларации, принятой ВОЗ в 1981 г., которая представляет международный свод прав пациента, среди которых отдельно выделено право человека на смерть с достоинством. [5]. В 1986 г. ВОЗ принимает "лестницу обезболивания". С этого времени паллиативная помощь, как самостоятельное направление деятельности, получает официальное международное признание. В ряде развитых стран мира, имеющих к этому времени значительное число хосписов, начинают создаваться первые национальные объединения и ассоциации хосписной и паллиативной помощи.

В последние десятилетия на фоне ряда тенденций, связанных, с одной стороны, с увеличением средней продолжительности жизни и увеличением доли пожилых лиц, а с другой стороны - с развитием в современном обществе гуманистических идей, в мире значительно возрос интерес к проблемам качества жизни и смерти пожилых и безнадежно больных людей. Это привело к активному развитию в мире такой специфической отрасли, основной задачей которой и является улучшение качества жизни и облегчение страданий неизлечимого пациента [3].

Паллиативная медицина - (palliative medicine) особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях развития с неблагоприятным прогнозом для жизни. Паллиативное лечение начинается тогда, когда другие виды лечения перестают быть эффективными, когда начинают отказывать жизненно важные органы, когда

человек начинает говорить о смерти. Оно должно быть направлено не только на удовлетворение физических потребностей пациента, но и на удовлетворение не менее важных - психологических, социальных и духовных. В паллиативном лечении первостепенной целью является не продлить жизнь, а сделать оставшуюся как можно более комфортной и значимой, максимально улучшить качество жизни пациентов и членов их семей [1].

Паллиативное лечение будет эффективным:

-если удастся создавать и поддерживать для пациента комфортные и безопасные условия;

-если пациент максимально будет чувствовать свою независимость;

- если пациент не испытывает боли;

-если, несмотря на предстоящую потерю жизни, предоставленная пациенту система поддержки поможет ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно [7].

В паллиативном лечении своих близких должны активно участвовать родственники. Такт, выдержка, внимание, чуткость помогут родственникам в общении с пациентом. Для общения с пациентом необходимо выделять достаточно времени для того, чтобы он видел, что вы не торопитесь. Всегда следует учитывать, что неизлечимо больной человек иногда сам не чувствует страха и отчаяния, пока не увидит страх и отчаяние в глазах других. Не следует также притворяться, бодриться, лгать, избегать прямого и честного разговора. Ложный оптимизм является разрушителем надежды [8]. При этом необходимо учитывать, что ориентация только на положительное в жизни подводит человека, расслабляет и обманывает, делая его неустойчивым в горе. В любом случае, зная, что он обречен, следует бороться за качество жизни, а не за ее продолжительность [4, 6].

Основными аспектами паллиативной помощи являются: медицинские (снятие болевого и интоксикационного синдромов), психологические (уменьшение уровня стресса и страха), социальные (обеспечение необходимой социальной поддержки для пациента, его семьи), духовные и культурные аспекты (удовлетворение религиозных и культурных потребностей пациента и членов его семьи).

От онкологических заболеваний ежегодно в мире умирают 5,5 млн человек. Более половины пациентов, страдающих этими заболеваниями, обречены на смерть от прогрессирования заболевания. Продолжительность жизни пациентов, которым в силу распространенности опухолевого процесса отказано в специализированной противоопухолевой терапии, различна и колеблется от нескольких недель до нескольких лет. В программе ВОЗ борьбы против рака паллиативная помощь - такая же приоритетная задача, как профилактика, раннее выявление и лечение пациентов, страдающих злокачественными заболеваниями.

С целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии в г.Гродно с марта 2009 года начал функционировать центр "Хоспис", включающий амбулаторное отделение паллиативной помощи дневного пребывания и 10 коек круглосуточного наблюдения.

С момента открытия под опеку центра "Хоспис" было взято более 754 человек. Количество взятых под опеку ежегодно возрастает. Так, в 2009 году были взяты 160 человек, 2010 - 209, 2011 - 226, а за 9 месяцев 2012 года - 154 человека (рис. 1).

Средняя продолжительность пребывания под опекой составила 3,9 месяцев. При этом минимальное время - несколько дней, а максимальное - более 3-х лет. В настоящее время 6 пациентов находятся под опекой "Хосписа"



Рисунок 1 - Количество больных, взятых под опеку

с момента его основания, 11 пациентов более 2-х лет. Данные цифры свидетельствуют о необходимости более раннего оказания паллиативной помощи тяжелым пациентам. С момента установления диагноза онкологическому пациенту происходит постепенное уменьшение доли специфического лечения и возрастание доли паллиативной помощи (рис 2).



Рисунок 2 - Соотношение специфического и паллиативного лечения

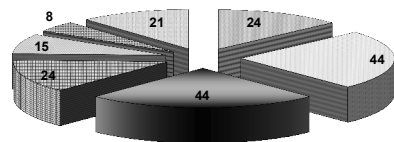
Распределение основных злокачественных новообразований по локализации в 2011 году отражены в таблице (рис.3). По локализации злокачественного процесса чаще встречаются заболевания бронхов и легких, кишечника, молочной железы и желудка. Несколько реже опухоли головного мозга, матки, предстательной железы, почек, носоглотки и полости рта. Встречаются пациенты с достаточно редкими заболеваниями. Так, под опекой "Хосписа" находится пациентка со злокачественной тимомой переднего средостения с вращением в дугу аорты и левую общую сонную артерию.

Проводя ретроспективный анализ историй болезни пациентов, выбывших из-под опеки "Хосписа" в связи со смертью в 2009 -3 кв. 2012 годах, следует отметить, что процент выбывших мужчин в трудоспособном возрасте выше, чем женщин трудоспособного возраста. В возрасте после 60 лет мужчин, а после 55 лет женщин этот процент значительно возрастает, причем между полами особой разницы не наблюдается (рис.4, 5).

В центр "Хоспис" направляются онкологические пациенты 4 клинической группы, которым показана только паллиативная помощь, направленная на улучшение качества жизни пациентов. Состояние пациента оценивается по 10-бальной шкале оценки симптомов (ШОС), в которую включаются такие показатели, как сознание, физическая активность, слабость, депрессия, страх, удушье, боль.

Борьба с болью и интоксикационными синдромами является одной из главных задач паллиативной терапии.

Для купирования боли широко применяется неинъекционные методы лечения - обезболивающие пластыри,



■ желудок	■ кишечник
■ трахеи, бронхи, легкие	■ молочная железа
■ предстательная железа	■ почки
■ яичники, матка	

НПВС, таблетированные препараты гидрохлорида гидро

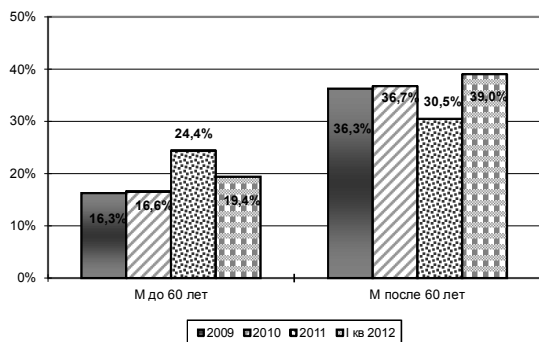
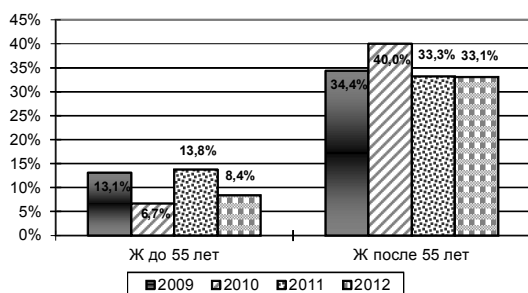


Рисунок 3 - Распределение пациентов по локализации рака
Рисунок 4 - Распределение выбывших мужчин по полу и



возрасту
Рисунок 5 - Распределение выбывших женщин по полу и возрасту

морфина "Журниста". Подбор лекарственного средства, адекватной дозы и кратности приема позволяет уменьшить болевой синдром, вплоть до полного исчезновения. Такой подход ведет к значительному сокращению выездов бригад скорой помощи к данной категории пациентов. Вторым, не менее важным моментом, является борьба с ин-

токсикационным синдромом. При нарастании интоксикации пациентов беспокоят тошнота, рвота, нарушение стула (чаще запоры), отсутствие аппетита, нарушение сна, депрессия, чувство страха. Коррекция нарушений гомеостаза достигается внутривенным капельным введением дезинтоксикационных растворов и препаратов, корректирующих конкретное нарушение у данного пациента. После 5-7-дневного курса лечения состояние пациентов значительно улучшается, нормализуются функции основных систем организма, исчезают страх и депрессия. Улучшение общего состояния подтверждается лабораторными исследованиями и данными ЭКГ.

Во время лечения в отделении дневного пребывания с пациентами работают психотерапевт и психолог, что оказывает значительный эффект на общее самочувствие и качество жизни пациента. В обязанности центра "Хоспис" входит обучение членов семьи безнадежного пациента правилам ухода за ним, а также оказание психологической помощи родственникам такого пациента как во время ухода, так и при потере близкого человека.

Из вышеизложенного следует заключить, что развитие хосписного движения играет неоспоримую гуманную роль в улучшении качества жизни безнадежного пациента, позволяет оказывать психологическую помощь семье и близким неизлечимо пациента. Необходимо дальнейшее изучение и применение передового опыта работы других хосписов, привлечение к этому движению волонтеров, различных общественных и религиозных организаций.

Литература

1. Введенская, Е.С. Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы / Е.С. Введенская, В.И.Введенская, Л.Ф. Кобзева // Паллиативная медицина и реабилитация, 2009. - № 4.- С. 48-52.
2. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России / Е.С. Введенская // Паллиативная медицина и реабилитация, 2012. - № 2. - С. 55-58.
3. Введенская Е.С. Паллиативная помощь - инновационное направление отечественного здравоохранения /Е.С. Введенская// Медицинский альманах, 2012. - № 4.- С.18-21.
4. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерей / А.В. Гнездилов. - СПб.: Речь, 2002. - 162 с.
5. Лиссабонская декларация // [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http:// www.pallcare.ru](http://www.pallcare.ru) - Дата доступа: 30.11.2012
6. Лях, К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе / К.Ф. Лях // Медицинская сестра, 2006. - № 6.- С.17-18.
7. Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам - участникам по организации паллиативной помощи, 2003.
8. Соколова, В.А. Проблема психологической реабилитации онкобольных / В.А. Соколова. - Хабаровск. - 1999. - 116 с.
9. Сондерс, С. Помощь умирающим / С. Сондерс // Здоровье мира, 1982. - № 11. - С. 16-19.

FROM HISTORY OF HOSPICE MOVEMENT: WORK OF GRODNO DEPARTMENT "HOSPICE"

N. S. Slabodskaya¹, L.K. Charnikova²

¹-Educational Establishment "Grodno State Medical University", Belarus, Grodno

²-Grodno Centre "Hospice", Grodno

The purpose of the article is to provide the information about the development of the hospice movement and the work of Grodno Department "Hospice". The result of the study was the analysis of the 4-year work of the Palliative Day Care Department in the Centre "Hospice". Based on the obtained data it can be concluded that palliative surgery, the work of a psychotherapist and a psychologist, correct behavior and nursing care of the patient taken by their relatives and family have a considerable effect on the life quality of an incurable patient.

Key words: hospice, palliative medicine, malignancies, life quality.

Адрес для корреспонденции: e-mail: nellys55@bk.ru

Поступила 28.01.2013