

Российский
онкологический
научный центр
им. Н.Н. Блохина
РАМН, Москва

Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику

К сожалению, сегодня в онкологии бытует мнение, что задачей онколога является лечение больного со злокачественной опухолью с помощью хирургии, лучевой терапии или лекарств, а также предупреждение развития побочных эффектов специфической противоопухолевой терапии и их купирование.

Д-р мед. наук, проф. С.А. Тюляндин

Несмотря на возросшие возможности современной онкологии, более половины больных злокачественными опухолями обречены погибнуть от прогрессирования заболевания. Вместе с тем, если спросить современного онколога, что относится к наиболее неприятным моментам его повседневной практики, то ответ будет почти универсальным: необходимость оказывать медицинскую помощь терминальным больным и психологическую поддержку семье и близким пациента. Казалось бы, раз естественное течение злокачественного процесса подразумевает неотвратимость для многих больных перехода в терминальные фазы заболевания, то этот наиболее трудный для больного и его семьи период времени должен быть объектом пристального внимания онколога, который до этого момента был ответственен за проведение специфического противоопухолевого лечения.

В реальности все обстоит иначе. Именно в этот момент онкологи предпочитают тихо «по-английски» удалиться со сцены, оставляя своего подопечного наедине с пониманием своей обреченности, а также необходимостью поиска нового лечащего врача.

Почему это происходит? К сожалению, сегодня в онкологии бытует мнение, что задачей онколога является лечение больного со злокачественной опухолью с помощью хирургии, лучевой терапии или лекарств, а также предупреждение развития побочных эффектов специфической противоопухолевой терапии и их купирование. Мы реже и, как правило, с меньшим удовольствием занимаемся не менее важными для больного проблемами лечения хронического болевого синдрома и нарушения питания, коррекцией депрессивного синдрома, организацией и координацией помощи онкологическому больному на дому (эта задача по организационным особенностям функционирования системы здравоохранения в России практически невыполнима), психотерапевтической поддержкой пациента и его семьи и т. д. Психологически мы готовы к тому, что больной, которому по каким-либо причинам не показана активная противоопухолевая терапия, – это уже «не наш» больной, ибо и ранее мы не занимались или старались не заниматься проблемами, которые на завершающих этапах болезни становятся наиболее важными. Порой лечащему врачу приходится тратить много сил и времени на то, чтобы объяснить пациенту и его родственникам, почему невозможно дальнейшее лечение в стационаре, к которому привык и сам пациент, и его близкие. Именно поэтому мы чувствуем себя психологически комфортно, когда больной и его родственники просто «исчезают» из нашей клиники, освобождая место для следующих пациентов. И надо сказать большое спасибо специалистам паллиативной медицины за то, что они не бросают наших больных и оказывают им необходимую медицинскую помощь.

Одной из причин такой ситуации является недостаточная подготовленность практикующих онкологов для оказания паллиативной помощи, требующей синтеза навыков различных медицинских специальностей. Например, значительные успехи в лечении хронического болевого синдрома были достигнуты только благодаря совместной работе онкологов, невропатологов, лучевых терапевтов, анестезиологов,

хирургов, психиатров, физиотерапевтов. Онколог, который погружен в свою специальность и ежедневно занимается лечением больных, порой не имеет времени, да и желания, осваивать смежные специальности, необходимые для успешного проведения паллиативной терапии. Поэтому появление специалистов паллиативной медицины и самой специальности является позитивным ответом на сложившуюся ситуацию. У меня как онколога и как человека вызывает много вопросов проблема организации оказания паллиативной помощи.

В настоящее время такой вид помощи онкологическим больным осуществляется в хосписах, специализированных стационарах на базе больниц (во всяком случае в Москве) и на дому районным онкологом и терапевтом. Таким образом, оказание паллиативной помощи проводится вне стен онкологических учреждений. Как уже говорилось выше, это устраивает большинство онкологов. Это устраивает и специалистов паллиативной медицины, которые чувствуют самостоятельность, так необходимую при становлении новой специальности. Но хорошо ли это для больного и для осуществления эффективного контроля симптомов заболевания?

С моей точки зрения, сегодняшняя организационная система паллиативной помощи является ущербной. Пока у больного есть перспективы на успешное лечение, он лечится в онкологическом учреждении под руководством онколога. Стал бесперспективным – уходи, куда хочешь: в клинику паллиативной медицины или хоспис, которые способны принять единицы онкологических больных, или домой для ухода родных и близких. Для самого больного и его родных этот переход является дополнительной тяжелой психологической травмой, подтверждением безнадежности и скорого конца. Потеря докторов и ставшего привычным онкологического стационара заставляет больного или его родственников искать нового лечащего врача и больницу. В этих условиях даже простейшие медицинские процедуры, такие как лапароцентез или плевральная пункция для эвакуации асцита и плеврита, становятся трудноразрешимой задачей. А разве можно считать полноценной оказываемую медицинскую помощь в хосписах или стационарах паллиативной помощи, если там нельзя провести паллиативную химиотерапию или лучевую терапию?

Такая ситуация имеет и другую сторону, поскольку создает дополнительную психологическую нагрузку и для врача-онколога, который лечил пациента иногда на протяжении нескольких лет и вот теперь, по выражению самих больных и их родственников, вынужден «отказываться» или «бросать» их.

Одним из решений этой проблемы могла бы стать организация отделов паллиативной терапии с возможностью оказания амбулаторной и госпитальной помощи в рамках существующих онкологических институтов, больниц и диспансеров. В этом случае удалось бы сохранить преемственность оказания медицинской помощи онкологическому больному на всех этапах болезни. Создание подобных отделов позволило бы объединить врачей различной направленности, специализирующихся в области паллиативной терапии: специалиста по обезболиванию, диетолога, психотерапевта и т. д. Обязательная стажировка в подобном отделении молодых онкологов и медицинских сестер сделает возможным овладеть основами паллиативной онкологии и осознать ее роль как важнейшей составляющей части онкологии. Специалисты паллиативной медицины могли бы принимать активное участие в контроле многочисленных симптомов заболевания или осложнений лечения у больных после оперативного вмешательства, лучевой или лекарственной терапии, которые в настоящее время не принимаются во внимание онкологами. В этом отделении могла бы быть налажена эффективная амбулаторная и стационарная помощь терминальным больным. Такое отделение могло бы координировать оказание помощи пациентам, находящимся в домашних условиях. И, наконец, подобные отделения создали бы условия для проведения научных исследований в области паллиативной онкологии, которые так необходимы становлению и развитию новой специальности в онкологии.

Это не означает, что я выступаю против существования хосписов или отделений паллиативной помощи. Но существующие сегодня хосписы и отделения такого плана не являются чисто онкологическими, так как осуществляют помощь не только онкологическим больным и работают чаще всего в отрыве от онкологической службы и специалистов-онкологов. Я – за создание в каждом лечебном онкологическом учреждении специализированных отделений паллиативной онкологии, которые могли бы координировать оказание паллиативной помощи на всех этапах лечения как пациентам клиники, так и больным, находящимся дома и в хосписах. Нам необходима интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику, подкрепленная организационно и идеологически. Только так мы можем сохранить преемственность в оказании медицинской помощи онкологическому больному от момента постановки диагноза до смерти, которая, увы, пока является неотвратимой для определенной части наших пациентов.