

РОЛЬ ХИРУРГА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ. ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ.

Шурыгина Е.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

В статье представлен анализ двухлетней деятельности хирурга в отделении паллиативной помощи МБУ ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского. Убедительно показано, что складывается она, в первую очередь, из консультативной работы, из связи отделения с высокотехнологичными хирургическими центрами города, и только потом из производства хирургических вмешательств. Наш опыт убеждает в необходимости иметь в штате паллиативного отделения (на основной работе на целую ставку) перевязочную медицинскую сестру, хорошо бы со специализацией по хирургии, комплект хирургических инструментов, сухожаровой шкаф, современные перевязочные средства.

Ключевые слова: стационарная паллиативная помощь, объем хирургических вмешательств..

The role of the surgeon in palliative care. Two years experience.

Shurygina E.P.

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg.

In the article the analysis of two-year activity of the surgeon in the department of palliative care of the MBU of the Central Clinical Hospital № 2 is presented. A.A. Mislavsky. It is convincingly shown that it is formed, first of all, from consultative work, from the connection of the department with the high-tech surgical centers of the city, and only then from the production of surgical interventions. Our experience convinces us of the necessity to have a dressing nurse in the staff of the palliative department (at the main job for the whole rate), it would be good to have a specialization in surgery, a set of surgical instruments, a dry closet, modern dressings.

Keywords: stationary palliative care, volume of surgical interventions.

В России около полутора миллионов человек нуждаются в паллиативной помощи, и с прогнозируемым ростом продолжительности жизни россиян эта цифра будет увеличиваться. Система паллиативной помощи в нашей стране еще не выстроена, становление идет сложно и неравномерно.

Задачи паллиативной помощи определены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от апреля 2015 года: «... в стадии, когда исчерпаны возможности

радикального лечения, ... эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания ...» [1].

По мнению экспертов ВОЗ к клиническим состояниям, при которых пациентам необходима паллиативная помощь, относятся запущенные формы неинфекционных хронических заболеваний: рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера и другие виды деменции [2]. Но для эффективного функционирования отделением паллиативной помощи важнее знать виды и частоту встречаемости тягостных симптомов, чтобы понимать чему и как обучать специалистов.

Цель работы – анализ вклада хирурга в купирование тягостных симптомов паллиативных пациентов.

Материалы и методы исследования

Паллиативное отделение МБУ ЦГБ № 2 имени А.А. Миславского г. Екатеринбурга на 30 коек было открыто 1 июля 2016 года. За полтора года помощь получили 1131 (100%) пациент. Соотношение женщин и мужчин было 1 : 1,2. Возраст пациентов колебался от 22 (острый лимфобластный лейкоз) до 95 (инфаркт мозга), в среднем составил $67,6 \pm 0,5$ лет. Средний срок пребывания в отделении $15,3 \pm 0,3$ дня. Летальность – 38,86%. Подавляющее большинство наших пациентов традиционно были онкологического профиля – 73,21%. На втором месте по частоте госпитализации – больные с неврологической патологией – 19,36%. Третье место у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 5,44%. В единичных случаях госпитализировали больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (0,26%), хроническими заболеваниями печени (0,66%), ревматоидным артритом (0,8%), рассеянным склерозом (0,13%) и болезнью Паркинсона (0,13%).

Результаты исследования и их обсуждение

Самый частый тягостный симптом у пациентов отделения – хронический болевой синдром, и самая частая причина госпитализации в отделение паллиативной помощи подбор обезболивающей терапии, что составляло 85,67% пациентов. И это не хирургическая проблема.

Хотя в руководствах по паллиативной медицине есть данные по инвазивным методам обезболивания. [3] Например: локальная фармакотерапия боли введением опиоидов в суб- и эпидуральное пространство; методы длительной катетеризации эпидурального

пространства или ликворной системы головного мозга; локальное применение местных анестетиков, например, сакральная анестезия при тазовых болях. Возможна блокада нервов с помощью анестетиков и химических препаратов или физических методов – для прерывания нервных импульсов и подавления возбуждения болевых рецепторов. Применение местных анестетиков для блокады нервов в ряде случаев может привести к длительному обезболивающему эффекту при поражении опорно-двигательного аппарата, суставов, связок, когда фармакотерапия не обезболивает движения. Для постоянной блокады используются спирт, фенол. Их введение вызывает разрушение нервных волокон, но может сопровождаться различными осложнениями: невриты, некрозы тканей.

Следует заметить, что упомянутые методы редко применяются на практике по причине их технической сложности и высокой частоты осложнений. Применение инвазивных методов обезболивания оправдано при наличии некупируемого болевого синдрома, и, как правило, в стационарных условиях.

В отделении за два года работы было два пациента с катетеризацией эпидурального пространства, переведённых из онкоцентра. Один раз эффект обезболивания был удовлетворительным. А во втором случае эта методика пациенту облегчения не принесла, потому что не наступало наркотического состояния, которое он ожидал.

На втором месте среди тягостных симптомов оказались пролежни – 17,11% пациентов. Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации практически отсутствуют. По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни имеются у 15-20% пациентов [3]. Пролежни паллиативных пациентов имеют некоторые особенности.

Во-первых, пролежни образовались не в паллиативном отделении. Пациентов госпитализировали с ними, причем иногда как раз наличие пролежней явилось поводом для госпитализации. Кроме того, следует отметить, что пациентов с пролежнями привозили одинаково часто, как из дома от родственников, которые знать не знают ничего про теорию появления пролежней, так и из других медицинских учреждений: районных больниц, высокотехнологичных центров, то есть от высококвалифицированного медицинского персонала. С горечью необходимо напомнить, что образование пролежней у больного испокон веков считалось признаком плохого ухода.

Внимательный читатель сейчас должен возразить, что у паллиативных больных пролежни образуются легко и быстро. Да. И это вторая особенность наших пролежней.

Третья особенность. Тяжелое течение, глубокие пролежни, обширные, часто расположенные на нетипичных местах, например, в средней трети голени по медиальной

поверхности. Однако механизм появления пролежней в нетипичных местах может быть объяснен с позиций классической теории сдавления, если учесть резкое уменьшение мышечной массы у подавляющего большинства наших пациентов и длительный постельный режим в самых причудливых позах. Вот тогда пятка и прижимает кожу к костям голени. Ведь в зависимости от положения пациента точки давления могут изменяться. Типичные области расположения пролежней всем хорошо известны: крестец, лопатки, затылок, седалищные бугры, локти, пятки.

Четвертая особенность пролежней паллиативных пациентов – они заживают при заботливом уходе. Самый яркий пример и доказательство – 13 рубцов от заживших пролежней у пациента с переломом шестого шейного позвонка с полным перерывом спинного мозга, тетрапараличом в течение 9 лет. Пациент находился в отделении по социальным показаниям, социальная передышка семьи. Ухаживающим родственникам, а это мать, отец, брат, жена брата и племянник, надо было куда-то отлучиться из города.

Проблема профилактики и лечения пролежней хорошо известна. На сегодняшний день приняты и периодически обновляются протоколы ведения больных с пролежнями. Разработаны шкалы оценки риска развития пролежней, например, в отделении используется шкала Ватерлоу, индивидуальная карта наблюдения за пациентом, где есть место и для данных о пролежнях. Суть проблемы пролежней в сестринском уходе. Именно медицинская сестра ответственна за профилактику пролежней, а при начальных стадиях и за лечение. Пациенты с 1 и 2 стадией развития пролежней не нуждаются в хирургическом лечении.

Хирургическая манипуляция – острая некрэктомия – требуется на 3 стадии, хотя при использовании современных перевязочных средств возможно проведение химической некрэктомии. Всё зависит от снабжения отделения паллиативной помощи перевязочными средствами, хирургическим инструментарием. Со снабжением плохо везде, поэтому хирург принимает участие в перевязках, чтобы выбрать из имеющихся скудных материалов лучшее.

В лечении пролежней в отделении используется несколько видоизмененная методика «мобильный пост». Что это значит? Тележка перевязочной медицинской сестры оборудована и оснащена по всем законам асептики и антисептики. Перевязки проводятся в присутствии родственников в палате. Ухаживающие родственники изо дня в день видят, как это делается, принимают посильное участие – подержать, подать, обсуждаем с ними цель перевязки, какое средство лучше, почему. Это обучение дает им уверенность в возможности самостоятельного продолжения перевязок на дому.

Злокачественные язвенно-некротические поражения кожи возникают в результате инфильтрации первичной опухолью или метастазами. Обобщенной информации об эпидемиологии данного осложнения нет, в то же время известно, что наиболее часто язвенно-некротические поражения кожи встречаются у больных раком молочной железы, головы и шеи. В отделении есть клиническое наблюдение о язвенно-некротическом поражении пяточной области у пациентки с меланомой кожи пятки и метастазами в легкие.

Основу лечения таких тягостных симптомов составляют перевязки. В литературе местное применение антисептических растворов, химическое или хирургическое очищение поверхности раны не рекомендуется. Очищение поверхности проводится физиологическим раствором комнатной температуры, в идеале для стимуляции самостоятельного очищения раны и абсорбции экссудата целесообразно использование гидроколлоидов, гидрогелей, полисахаридных паст. В отделении это не всегда возможно, при этом широко используется мазь Левомеколь, при возникновении кровотечения - гемостатические губки, хотя есть средства эффективнее, но дороже.

Клинический случай 1: однажды возникла ситуация, когда в течение нескольких дней врачи отделения не могли справиться с кровотечением из распадающейся язвы кожи в области пятки, испробовав всё, что было в арсенале отделения, от отчаяния предложив пациентке ампутацию на уровне средней трети голени. Не сразу, но пациентка согласилась. По договоренности пациентка была прооперирована в МБУ ЦГБ № 7, по месту жительства больной, операция прошла успешно. Пациентка не захотела вернуться в отделение паллиативной помощи, потому что обслуживала себя самостоятельно и вела достаточно активный, с табуретом, образ жизни. Это классический пример паллиативного оперативного вмешательства – от болезни не вылечили, а качество жизни значительно улучшили, почти на год.

Завершая тему участия врача-хирурга в перевязках, необходимо отметить, что кроме перевязок по поводу пролежней в отделении часто возникает необходимость в снятии швов, удалении дренажей из брюшной или плевральной полостей.

Хирургическая инфекция мягких тканей у наших пациентов возникает не часто, так за два года под местной анестезией было сделано четыре операции дренирования флегмон. Развиваются у пациентов именно флегмоны – разлитое гнойное воспаление, абсцессов не было ни разу. Конечно, это связано с резким снижением иммунитета.

Клинический случай 2: В одном случае была специфическая флегмона – распадающаяся опухоль или распадающийся метастаз в позвоночник, первичный очаг не

был установлен. По законам анатомии гнойный процесс с нижнегрудного отдела распространился на область крестца. Учитывая тяжесть состояния больного, было принято решение под местной анестезией через небольшие разрезы дренировать перфорированным дренажом для длительного пролонгированного промывания антисептиком или физиологическим раствором. Интоксикация была снята, температура нормализовалась, но и только. В любом другом классическом случае надо было бы оперировать под эндотрахеальным наркозом, интубация на спине, потом поворот на бок, анестезиолог всю операцию нервничает, подгоняет, боится за перегиб интубационной трубки. Хирургу надо сделать разрез сантиметров 15-20, некрэктомию, гемостаз, установить перфорированный дренаж с герметичными швами, вот это радикальное лечение. В нашем же случае паллиативный подход.

Следующая проблема, которую необходимо осветить – гидроторакс – опухолевый плевральный выпот. По данным литературы, опухолевый плевральный выпот наблюдается приблизительно у 15% онкологических пациентов, как правило, является экссудатом и представляет собой неблагоприятный прогностический признак. Наиболее часто опухолевый плевральный выпот встречается при раке легкого, молочной железы, лимфомах, раке яичников.

В отделении данная проблема наблюдалась в 11% случаев госпитализации. И поначалу врачи отделения были очень активны, производили плевральные пункции, однако без особого успеха. Подробное изучение литературы, консультации легочного хирурга профессора И.Я. Мотуса показали, что повторные плевральные пункции, дренирование плевральной полости с помощью дренажной трубки без проведения последующего плевродеза не только не даёт эффекта, а приводит к усилению экссудации. Плевродез – это процедура, при которой в плевральную полость вводится вещество, приводящее к асептическому воспалению и адгезии висцерального и париетального листков плевры, что вызывает облитерацию плевральной полости. Для проведения процедуры плевродеза после удаления экссудата и введения в плевральную полость дренажной трубки необходимо рентгенологическое подтверждение расправления легкого, что в отдельно стоящем корпусе ЦГБ № 2 не возможно. Поэтому проводится только пункция тотального гидроторакса, а постановка дренажей Бюлау и Петрова не производится.

Опухолевый асцит - это патологическое накопление жидкости в брюшной полости, развивающееся вследствие онкологического процесса.

Наиболее часто встречается при карциноматозе брюшины, гепатоцеллюлярном раке, массивных метастазах в печень. Наличие асцита обычно указывает на неблагоприятный

ближайший прогноз в течение 1–4 месяцев. Но для отделения паллиативной помощи прогноз в 1–4 месяца приемлем, проводится лечение данного состояния в отделении.

Всем пациентам с асцитом показано назначение диуретиков, контроль гидробаланса. Препаратом выбора является спиронолактон, который назначается в начальной дозе 100 мг/сут 1 раз в день с постепенным увеличением дозы до 400 мг/сут. Для усиления диуретического эффекта целесообразно добавлять фуросемид в начальной дозе 40 мг/сут с постепенным увеличением до 160 мг/сут. Эффективность мочегонной терапии оценивается по гидробалансу и по уменьшению веса пациента.

При напряженном асците производится лапароцентез. По данным отделения - в 3% случаев госпитализации. Редко, да, но инструменты все равно нужны.

Острая кишечная непроходимость, местный перитонит – эти осложнения случаются редко, за два года было четыре случая: два перитонита и две кишечные непроходимости. Пациенты были переведены по экстренным показаниям в хирургические отделения по месту жительства. Благополучный исход оперативного пособия в двух случаях: один перитонит и одна кишечная непроходимость. Судьба пациента с кишечной непроходимостью не известна, а вот больная после санации и дренирования брюшной полости по поводу перитонита вернулась в паллиативное отделение. Тщательные ежедневные перевязки привели к вторичному заживлению раны.

Дисфагия у пациентов с раком пищевода требует применения немедикаментозных мер, включающих переход на частое дробное питание, мягкую пищу и выбор определенной позы при ее приеме. Распространение опухолевого процесса обуславливает применение методов высокотехнологичной паллиативной помощи: дилатация, стентирование, лазеротерапия, фотодинамическая терапия, эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция, электрохимическая коагуляция.

В отделении за два года подобная проблема возникла четыре раза, дважды в хирургических отделениях других больниц были поставлены стенты, и дважды у них не получилось.

Эндоскопическое стентирование пищевода – оптимальная методика при «высоких» поражениях органов желудочно-кишечного тракта, а именно пищевода и пищеводно-желудочного перехода и невозможности радикального лечения. Стентирование пищевода в паллиативной помощи позволяет: разрешить симптомы обструкции, связанные с опухолями, разрешить дисфагию, возобновить энтеральное питание, предотвратить развитие аспирационной пневмонии у пациентов с трахеопищеводными свищами.

Наиболее широко с паллиативной целью применяются такие эндоскопические методики: чрескожная пункционная гастростомия, стентирование пищевода и кардии желудка, стентирование желчевыводящих протоков, лигирование вен пищевода и желудка, стентирование трахеобронхиального дерева, стентирование в урологии. Современная паллиативная медицина – высокотехнологичная отрасль народного хозяйства. Вот почему заведующий единственной в России кафедрой паллиативной медицины профессор Г.А. Новиков настаивает, чтобы паллиативные отделения были в составе многопрофильных современных больниц.

Выводы:

1. Деятельность хирурга в отделении паллиативной помощи складывается, в первую очередь, из консультативной работы, из связи отделения с высокотехнологичными хирургическими центрами города, и только потом из производства хирургических вмешательств.

2. Двухлетний опыт работы хирурга убеждает в необходимости иметь в штате паллиативного отделения (на основной работе на целую ставку) перевязочную медицинскую сестру, имеющую специализацию по хирургии, хирургический комплект инструментов, сухожаровой шкаф, современные перевязочные средства.

Список литературы

1. Приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015г. № 187н Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.
2. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Всемирная организация здравоохранения, исполнительный комитет, сессия 134 EB 134/28. Доклад секретариата, опубликовано ВОЗ 4 апреля 2014г.
3. Контроль симптомов в паллиативной медицине / под ред. Г.А. Новкова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 272с.

Шурыгина Елена Павловна - доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой Управления сестринской деятельностью Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, телефон 89126674686, e-mail: shellp@mail.ru