

Клинический случай: Паллиативная медицинская помощь пациенту со злокачественным заболеванием

Казарян С. А., Кораблина Ю. В.

Казарян Сима Аршаковна — заведующая краевым Центром по организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Ставропольском крае ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава Ставропольского края, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России по Северо-Кавказскому федеральному округу.

Кораблина Юлия Васильевна — врач-терапевт, врач ПМП отделения выездной патронажной ПМП ГБУЗ СК «Георгиевская районная больница» (Георгиевский муниципальный округ Ставропольского края).

Аннотация

В статье разбирается клинический случай оказания паллиативной медицинской помощи пациенту 20 лет со злокачественной опухолью головного мозга. В связи с категорическим отказом пациента от специализированного лечения, прогрессией заболевания и наличием тягостных симптомов пациент наблюдался службой паллиативной медицинской помощи практически с момента установления диагноза до летального исхода.

Случай демонстрирует ситуацию, когда меры психологической поддержки при оказании паллиативной медицинской помощи имеют важную роль в обеспечении качества жизни пациента и его семьи:

- родственникам и медицинским работникам в первую очередь потребовалось принять осознанную позицию пациента, несмотря на то, что этот выбор не соответствовал рекомендациям врачей и желаниям родственников;

- принятая специалистами паллиативной медицинской помощи тактика поддержки и сопровождения обеспечивала возможность динамического сопровождения и своевременного выявления и лечения тяжелых симптомов заболевания, в том числе болевого синдрома. Постоянное наблюдение, оценка динамики и смена тактики ведения больного обеспечивалась благодаря эффективной коммуникации, ориентации на комфорт пациента, заботу и поддержку со стороны родных и сотрудников службы паллиативной медицинской помощи.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, хронический болевой синдром, добровольное информированное согласие, отказ от лечения, меры психологической поддержки, динамическое наблюдение, качество жизни, эффективная коммуникация.

Abstract

This article discusses a clinical case of providing palliative medical care to a 20-year-old patient with a malignant brain tumor. Due to the patient's categorical refusal of specialized treatment, the progression of the disease, and the presence of severe symptoms, the patient was under the care of the palliative care service almost from diagnosis until death.

The case illustrates a situation where psychological support plays a critical role in ensuring the quality of life for both the patient and the family:

- Relatives and healthcare workers had to accept the patient's informed choice, even though it did not align with doctors' recommendations or the family's wishes;
- The chosen strategy by palliative care specialists allowed for dynamic follow-up and timely identification and treatment of severe burdensome symptoms, including pain. Constant monitoring, evaluation of disease progression, and adjustments in treatment strategies were ensured through effective communication, focus on patient comfort, and support from family and palliative care professionals.

Keywords: palliative care, chronic pain syndrome, informed consent, treatment refusal, psychological support, dynamic observation, quality of life, effective communication.

Введение

Психологическая помощь в паллиативной медицинской помощи направлена на улучшение качества жизни пациентов, страдающих от неизлечимых заболеваний, а также на поддержку их близких. Зачастую она может стать первостепенным и доминирующим звеном при организации всей комплексной паллиативной поддержки.

При этом работа ведется и с пациентом, и с ухаживающими родными, не менее переживающими и страдающими. Правильный подбор тактики ведения с индивидуальным подходом — сложная задача, стоящая перед врачами по паллиативной медицинской помощи.

Фоновым, но важным нюансом в подобных ситуациях является вопрос внутренних ресурсов самих медицинских работников.

Чувство ответственности в паллиативной помощи приобретает особый оттенок: врач понимает, что не может спасти, но должен сделать уход максимально комфортным и достойным. Это создает внутреннее ощущение, что любая ошибка или недостаток внимания усугубят страдания человека.

Но неизбежно приходится регулярно сталкиваться с печалью, страхом и болью пациентов и их семей, что неизбежно отражается на психологическом состоянии самих специалистов.

Каждая потеря пациента оставляет след. Это приводит к эмоциональному истощению.

Спасает осознание ценности того, что они делают, и поддержка тех, кто понимает эту работу изнутри.

В данной ситуации доктора тяжело пришли к смирению с позицией пациента, и поддержкой стали коллеги, супервизии, возможность обсуждать ситуацию и свои переживания в профессиональном сообществе.

Описание клинического случая

Пациент В. 20 лет, дата рождения 01.03.2002. Адрес проживания: Ставропольский край, Георгиевский муниципальный округ, ст. Александровская.

Заключительный диагноз:

Основной: злокачественная опухоль головного мозга (клинико-рентгенологически), кл. гр. 2, код по МКБ: C71.8.

Осложнения основного заболевания: Опухолевая интоксикация. Правосторонний легкий гемипарез. Выраженный вестибуло-атактический синдром. Значительно выраженные нарушения зрительных функций. Тазовые нарушения по типу недержания мочи и стула выраженного характера. Эписиндром. Хронический болевой синдром 3 балла. Полная атрофия зрительных нервов, атрофия слуховых анализаторов.

Анамнез и этапы лечения

Заболел в 2022 г., когда впервые почувствовал головную боль, слабость, снижение зрения. В декабре 2022 г. на МРТ выявлено объемное образование головного мозга височной и островковой долей слева с поперечной дислокацией срединных структур. Направлен в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкодиспансер». От дообследования и специализированного лечения пациент категорически отказался.

В январе 2023 г. заключение врачебной комиссии СККОД:

Диагноз: C71.8 Злокачественная опухоль головного мозга (клинико-рентгенологически) кл. гр. 2. Синдром ВЧГ, стойкий цефалгический синдром. Гистологическое исследование не проводилось по причине отказа пациента.

Назначенная терапия, январь 2023 г.:

Симптоматическое лечение по месту жительства:

- ♦ противоотечная терапия (дексаметазон по схеме: 8 мг 2 раза в сутки в/м, вечером не позже 19 ч, 10 дней; затем 8 мг утром в/м 10 дней; затем 4 мг 2 раза в сутки постоянно);
- ♦ ацетазоламид 250 мг 1 таб. утром + аспаркам 1 таб. 3 раза в день через день;
- ♦ обезболивающая терапия согласно шкале градации болевого синдрома.

На данном этапе болевого синдрома нет, признаков кахексии нет.

В марте 2023 г. пациент передан под наблюдение отделения выездной патронажной ПМП.

Появились постоянные головные боли в лобной части, левой височной области, левом глазу. Пациент оценивал боль на 6–7 баллов по НОШ, распирающего и давящего характера. Появлялись тошнота, потеря аппетита. Болевой синдром не купировался приемом НПВС (нимесулид, комбинация ибупрофен + парацетамол, кеторолак). Периодически возникали приступы стреляющей острой боли, иррадиирующей в левый глаз. Боль нарушала сон, пациент мог сидеть в одной позе, держась за голову.

Назначенная терапия, март 2023 г.:

- ♦ трамадол 100 мг 1 таб. 4 раза в сутки: в 6,12,18 и 0 часов;
- ♦ прегабалин 75 мг 1 капс. в 18 часов;
- ♦ парацетамол 500 мг 1 таб. 2 раза в сутки: в 12 и 0 часов;
- ♦ метоклопрамид 10 мг 1 таб. при тошноте;
- ♦ дексаметазон 8 мг в/м утром в 6 часов;
- ♦ ацетазоламид 250 мг 1 таб. утром в 9 часов;
- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды утром через день;
- ♦ калия аспарагинат и магния аспарагинат (аспаркам) 1 таб. 3 раза в день постоянно;
- ♦ омепразол 20 мг 1 капс. за 20 мин до завтрака постоянно.

Даны рекомендации по нутритивной поддержке для профилактики белково-энергетической недостаточности: 2 мерные ложки нутритивной смеси на 200 мл жидкости (вода, молоко, кисломолочные продукты) или 1 бутылочка готовой смеси (например, суппортан), принимать между основными приемами пищи 2 раза в день (например, в 12 и 18 часов). На данной терапии болевой синдром контролируемый. Боль купирована (1/10), сон не нарушен.

В апреле у пациента резко ухудшилось зрение, появились частые эпилептические приступы. По результатам консультации офтальмолога — полная атрофия зрительного нерва (исход застойного ДЗН) обоих глаз.

В мае 2023 г. (6 месяцев от начала заболевания) на фоне продолженного роста опухоли отмечается перифокальный отек, правосторонний легкий гемипарез, выраженный вестибуло-атактический синдром, значительно выражены нарушения зрительных функций, тазовые нарушения по типу недержания мочи и стула. Эписиндром. К схеме терапии добавлено: леветирacetам 250 мг 1 таб. 2 раза в день постоянно, ацетазоламид 250 мг 2 таб. утром в 9 часов.

Болевой синдром был контролируем до октября 2023 г. Посещения врача ПМП 1 раз в 2 недели, фельдшером выездной службы ПМП — 1 раз в неделю (дополнительно — ежедневная телефонная связь со специалистами по возникающим вопросам).

Пациент вновь стал просыпаться по ночам (1–2 раза) от боли. Самостоятельно дополнительно принимал кеторолак. Характер боли остался прежним: распирающая,

давящая с эпизодами простреливающей боли в левой височной области и иррадиирующей в левый глаз.

Назначенная терапия, октябрь 2023 г.:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 25 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно (решение обусловлено тем, что в связи с нарушением зрения начиналось снижение слуха, коммуникация с пациентом усложнялась);
- ♦ пропионилфенилэтоксиперидин (просидол) 20 мг 1 таб. при прорыве боли сублингвально до 2 таб. в сутки;

- ♦ дексаметазон 8 мг в/м 2 раза в день постоянно;
- ♦ ацетазолamid 250 мг 1 таб. утром постоянно;
- ♦ метоклопрамид 10 мг 1 таб. при тошноте или ондансетрон в/м;

- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды утром через день;

- ♦ калия аспарагинат и магния аспарагинат (аспаркам) 1 таб. 3 раза в день постоянно;

- ♦ омепразол 20 мг 1 капс. за 20 мин до завтрака постоянно;

- ♦ леветирацетам 250 мг 1 таб. 2 раза в день постоянно.

К этому моменту пациент полностью ослеп, нарастал правосторонний гемипарез, начал снижаться слух слева. Перемещается в пределах комнаты с помощью родных. Болевой синдром контролируем.

В начале января 2024 г. состояние пациента резко ухудшается. Нарастает болевой синдром, принимаемая терапия приносит незначительное облегчение. Было принято решение об увеличении дозы трансдермального фентанила до 50 мкг/ч. Нарастал правосторонний гемипарез. Полностью пропал слух. Активность пациента только в пределах кровати.

Пациент госпитализирован в отделение ПМП, для подбора эффективной дозы обезболивания и обеспечения оказания ПМП в стационарных условиях.

Работа осложнялась невозможностью коммуникации с пациентом: полностью утрачены зрение и слух. При попытках тактильного взаимодействия пациент смог «прочитать руками» первые две буквы, на третьей ответил, что ощущает букву пальцами, но не помнит, что это за буква. Налицо было постепенное снижение когнитивных функций (память, внимание). Таким образом, часть процедур становилась невозможной, например, ректальное применение препаратов (микроклизмы, суппозитории), поскольку донести до пациента, что и для чего мы делаем, не получалось, пациент становился беспокойным, не давал к себе прикасаться.

Также затруднена оценка эффективности проводимой терапии. Даже если пациент говорил, что болит голова, уточнить характер боли или интенсивность не получалось. Чтобы понять, насколько болевой синдром контролируемый, остался один инструмент: поведенческая шкала боли.

Для коррекции терапии учитывалось:

1. ЧДД: нормальное / временами затрудненное с участками гипервентиляции / затрудненное дыхание с длительными участками гипервентиляции (дыхание Чейна — Стокса).

2. Издаваемые звуки: молчание, причитание, иногда тихие стоны, громкие стоны, выкрики, плач.

3. Выражение лица: спокойное / печальное / испуганное / гримасы боли / напряженные мимические мышцы / стиснутые челюсти.

4. Поза и жесты: расслабленность / напряженность / стиснутость кулаков / энергичные движения руками и ногами / страдальческий вид.

5. Возможность утешить: не нуждается / можно отвлечь прикосновением / невозможность отвлечь от болевых ощущений и пациент не реагирует на прикосновения.

Путем подбора терапии и оценки поведенческой шкалы боли пациенту в стационарных условиях была подобрана следующая терапия, на которой пациент был выписан домой под наблюдение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

Назначенная терапия, январь 2024 г.:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 100 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно в 9 часов;

- ♦ прегабалин 150 мг 1 капс. 2 раза в день постоянно в 9 и 21 час;

- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды при запорах;

- ♦ омепразол 40 мг 1 капс. 2 раза в день за 20 мин до еды постоянно;

- ♦ при тошноте метоклопрамид 10 мг 1 таб. или ондансетрон в/м;

- ♦ дексаметазон 8 мг в/м постоянно в 9 часов;

- ♦ ацетазолamid 250 мг 2 таб. утром постоянно.

Дома уход осуществляла мама, которая была обучена мероприятиям по уходу и проведению инъекций.

На подобранной в стационаре схеме терапии болевой синдром был контролируемым до терминального периода. Последние 3 суток пациент получал:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 100 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно;

- ♦ морфин 10 мг п/к при прорыве боли (использовалось по 2 ампулы в сутки);

- ♦ диазепам 10 мг в/м 2 раза в сутки.

Смерть пациента наступила во сне в феврале 2024 г. дома в присутствии мамы. Болевой синдром был купирован.

Меры психологической поддержки

Отказ от лечения был обусловлен сложной психологической обстановкой в семье: в октябре 2022 г. скончался отец пациента в возрасте 51 года. Наблюдался с диагнозом: меланома хориоид правого глаза, T3N0M0 ст3. вторичная глаукома, вторичная отслойка сетчатки, состояние после комбинированного лечения 2015 г., рецидив. Состояние после энуклеации ОД в 2020 г., метастатическое поражение печени, хронический болевой синдром. Раковая интоксикация. Асцит.

Несмотря на попытки психологической поддержки, уговоры матери, пациент был категорически настроен против лечения. Позиция пациента заключалась в том, что никакое лечение не спасло его отца, не спасет и его. А лежать инвалидом после операции, недееспособным он не хочет.

Применялось два основных направления: работа непосредственно с состоянием пациента и работа с психоэмоциональным состоянием матери. Другие родственники в процесс не включались, в больнице пациента не навещали.

В случае с пациентом работа психолога была направлена на:

1. Избегание проблемы.

Пациент отказывался от лечения и обследования. Задача психолога была в том, чтобы помочь ему сделать осознанный выбор. Только он может принимать решение, как обходиться со своим здоровьем. Да, при обследовании и специализированном лечении есть риски, и это непростой путь. От этого можно отказаться, но при этом сокращается время жизни.

2. Реализовать потребность пациента в принятии окружающими его выбора.

Пациент принял непростое решение не обследоваться и не проходить специализированного лечения. Важно было показать, что его выбор не осуждают родные и ни семья, ни медработники не требуют от него большей борьбы, чем он готов.

3. Снижение страха и тревоги.

В связи с достаточно резким изменением состояния пациента было много неопределенности. Особенно сложно было в последние месяцы, когда потеря зрения и слуха снижала уровень коммуникации.

Понимая, что это будет прогрессировать, заранее обсуждался вопрос, как мы сможем коммуницировать. Например, если мама прикасается один раз к руке, то ему предстоит поменять обезболивающий пластырь, если мама в руки дает ложку, значит, она спрашивает, хочет ли он кушать. Пошаговый план и понимание, что близкие будут рядом, что о нем будут заботиться до последних дней, помогало пациенту снизить тревогу.

Совместно с врачом психолог объяснял, из чего будет складываться лечение, на что будет смотреть врач, чтобы выбрать метод лечения, что проблем с обезболивающими не будет, все будет подобрано.

4. Выраженная потребность в заботе и поддержке.

Было важно объяснить пациенту, что вокруг него есть люди, которые готовы быть с ним до конца. Готовы слышать о его потребностях, не только физических, но и эмоциональных. Например, пациент просил маму не ставить ему большой черный памятник. Но хотел быть похороненным рядом с отцом. Или просил маму не ходить на его могилу каждый день. Эти вопросы было важно не табуировать, а создать такой контакт между пациентом и его мамой, чтобы не было замалчивания и игнорирования проблемы. Помочь пациенту завершить важные для него дела.

5. Постоянно проводились оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения.

6. Обсуждались вопросы о том, что больше всего его напугало в прощании с отцом и что бы он хотел изменить.

В случае с родными к психологической помощи была открыта мама пациента.

Точки приложения:

1. Принятие проблемы.

Велась работа на принятие того, что ее сын неизлечимо болен и выбрал не проходить специализированного лечения. Необходимо стараться не требовать от него «достаточной борьбы и чтобы он что-то делал».

2. Поиск эмоциональных ресурсов и опоры для заботы о сыне.

Доносилась важность ее состояния. Если мама, вовлеченность которой возрастала по мере ухудшения ситуации, не будет спать нужное количество часов, не будет принимать пищу, не будет заботиться и о себе, то она не сможет позаботиться и о своем ребенке.

3. Обучение навыкам коммуникации с сыном, поведение которого меняется в условиях болезни. Как лучше задавать вопросы, как реагировать на агрессию и эмоциональную лабильность сына. Как уточнять его потребности.

4. Постоянно проводилась оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения.

5. Снижение тревоги и страха с помощью пошагового планирования, поиска людей в окружении, к которым можно обратиться за поддержкой, старались снизить уровень неопределенности.

6. Обсуждалась неизбежность момента, когда маме придется жить без сына. Легализация того, что ее жизнь не закончится.

7. Корректное прощание с сыном, обсуждение опыта, как она прощалась с мужем, чего хотелось бы избежать.

Обсуждение

Основной задачей паллиативной медицинской помощи является максимальное устранение тяжелых симптомов заболевания с пониманием прогноза жизни и прогноза заболевания в стремлении обеспечить качество жизни пациента и его близких. Однако реализация всего вышеуказанного становится возможной при наличии еще одного пункта, важного в философии паллиативной медицинской помощи, — это желания и предпочтения пациента и его родственников.

Пациент с неизлечимым прогрессирующим заболеванием, чей жизненный прогноз крайне неблагоприятный, который находится в депрессии с нервно-психическим истощением в связи с безысходностью ситуации, отсутствием шансов и надежд, может выбрать иной путь, отличающийся от мнения врачей и родных, стремящихся помочь.

В данном случае одной из сложностей для последних было как раз принять это и поддерживать пациента в его дальнейшем существовании с максимальным использованием возможных ресурсов.

Отдельное направление работы при этом — работа с ухаживающими родными (в данном случае — мама пациента). Психологическое состояние родственников пациента не может не влиять на качество его жизни.

Заключение

Таким образом, важно понимать приоритетность планирования паллиативной медицинской помощи. Ведение пациентов в конце жизни включает в себя общение с родственниками и постановку целей ухода, обеспечивающих право принятия решения и достойную смерть. Задачами паллиативной медицинской помощи являются поддержка пациента, лечение тяжелых симптомов и обеспечение мероприятий по ходу с целью обеспечения качества жизни и возможности ухода из жизни без страдания.