

Л.И. Швайко, к.м.н., Научный центр радиационной медицины НАМН Украины, Институт клинической радиологии, г. Киев

Паллиативная помощь при хроническом обструктивном заболевании легких

Паллиативная помощь: только ли онкобольные в ней нуждаются?

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является лидирующей причиной заболеваемости и смертности во всем мире, причем в сравнении с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными болезнями смертность от ХОЗЛ продолжает расти (ВОЗ, 2003). Качество жизни больных ХОЗЛ едва ли не хуже, чем у пациентов, страдающих раком легких. Смерть наступает после продолжительного периода снижения функциональных показателей, на фоне тяжелого груза симптомов, эмоционального дистресса и социальной изоляции. Для многих пациентов максимальная терапия ХОЗЛ приводит лишь к небольшому или неполному уменьшению беспокоящих симптомов. У больных возможно возникновение тяжелых обострений ХОЗЛ, которые могут приводить к развитию дыхательной недостаточности и необходимости выбирать между проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ) или смертью.

Термин «паллиативный» происходит от латинского pallium, что означает маска или плащ. Это определяет содержание и философию паллиативной помощи: сглаживание, смягчение проявлений неизлечимой болезни и/или «укрытие плащом», создание покрова для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты».

Паллиативная помощь — это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Паллиативная помощь:

- облегчает боль и другие доставляющие беспокойство симптомы;
 - утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
 - не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
 - включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
 - предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить, насколько возможно, активно до самой смерти;
 - предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты;
 - использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе в период тяжелой утраты, если возникает в этом необходимость;
 - повышает качество жизни и может также положительно повлиять на течение болезни;
 - применима на ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни, например с химиотерапией, радиационной терапией, высокоактивной антиретровирусной терапией;
 - включает проведение исследований с целью лучшего понимания и лечения доставляющих беспокойство клинических симптомов и осложнений.
- Цели и задачи паллиативной помощи:**
- Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
 - Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
 - Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу жизненного пути человека.

- Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.

- Решение социальных, юридических и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека.

Всегда ли предсказуем летальный исход при ХОЗЛ?

Самым главным препятствием к оказанию помощи на поздних стадиях ХОЗЛ является непредсказуемость так называемой траектории заболевания. Траектория болезни при ХОЗЛ характеризуется медленным снижением функциональных показателей с драматичными периодами обострений, которые зачастую приводят к неожиданному смертельному исходу. Этим течение ХОЗЛ отличается от хода развития рака легких, при котором функциональное состояние больных длительное время сохраняется на хорошем уровне, а затем наступает короткий период ухудшения в последние несколько недель или месяцев жизни, заканчивающийся смертью. Течение ХОЗЛ непредсказуемо, поскольку прогрессирование болезни происходит крайне неравномерно, что не позволяет ясно определить прогноз. Так же как не существует клинических особенностей, на основании которых у пациентов с дыхательной недостаточностью можно было бы предположить, будет ли бремя мероприятий, поддерживающих жизненные функции организма, больше, чем их благоприятное влияние.

В проспективном когортном исследовании, целью которого было изучить различия в течении и необходимой помощи при раке легких и ХОЗЛ, примерно равное число больных в обеих группах испытывали потребность в помощи, направленной на обеспечение комфорта (>60%), и отказывались от легочной вентиляции. Тем не менее в группе больных ХОЗЛ большему количеству пациентов проводили вентиляцию легких (70% и 20% соответственно), примерно четверть из тех больных, которым проводили вентиляцию, выжили и выписывались из стационара, средняя двухмесячная и шестимесячная выживаемость была выше у больных ХОЗЛ.

Госпитализация по поводу острой дыхательной недостаточности идентифицирует группу больных ХОЗЛ с осторожным долгосрочным прогнозом. Среди этих пациентов до выписки из больницы выживаемость составляет 89%. Однако выживаемость к моменту выписки снижается до 76%, если потребовалась интубация с ИВЛ.

Что является наиболее драматичным для больного ХОЗЛ?

У пациентов с крайней степенью тяжести ХОЗЛ отмечается наиболее выраженное ограничение воздушного потока, наиболее высокая степень одышки и худшие показатели качества жизни. Их состояние оказывает значительное влияние на способность вовлекаться в различные виды деятельности — социальной, профессиональной и повседневной. Переносимость физических нагрузок значительно снижена одышкой и утомляемостью, у них часто возникают обострения заболевания, приводящие к госпитализации. Газообмен у таких пациентов обычно нарушен, степень гипоксемии такова, что требует сопроводительной кислородотерапии, а гиперкапния заставляет задуматься о вентиляционной поддержке. Как правило, это пациенты, имеющие осложнения ХОЗЛ, включая дисфункцию периферической мускулатуры, нарушения питания и психологические расстройства. Недостаточное питание является очень частой проблемой при крайне тяжелой стадии ХОЗЛ, связанной с дисбалансом между низким возмещением энергетических затрат и высокими энергетическими потребностями, вызывающим мышечную дисфункцию, которая в свою очередь ассоциируется с неблагоприятным прогнозом.

К этой группе пациентов относятся также лица с большим количеством сопутствующих заболеваний, как связанных, так и не связанных с курением. Сниженная переносимость физических нагрузок и дисфункция периферической мускулатуры может быть связана с присутствием системного воспаления.

По результатам недавно опубликованных исследований, которые включали пациентов с поздними стадиями ХОЗЛ, установлено значительное снижение у них качества жизни. Так, в исследовании Gore (2000) проанализированы данные 50 пациентов с ОФВ₁ < 0,751 л, у которых была как минимум одна госпитализация по поводу гиперкапнической дыхательной недостаточности, было выявлено очень низкое качество жизни. В данное исследование были также включены 50 больных неоперабельным раком легких. Оказалось, что качество жизни у больных ХОЗЛ было хуже, чем у больных раком легких.

У пациентов с хронической прогрессирующей ХОЗЛ, которые достигли терминальной стадии заболевания, часто развиваются инвалидизирующие симптомы: кашель, одышка, тревога или депрессия. Около 90% пациентов испытывают значительную одышку в



Л.И. Швайко

последний год жизни и почти половине из них в купировании одышки не помогают лекарственные средства. Психологические проблемы также актуальны при ХОЗЛ. Одышка, тревога и утомление намного чаще возникают у больных ХОЗЛ, чем у страдающих раком, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями почек.

Пациенты с ХОЗЛ испытывают значительное нарушение состояния здоровья в течение гораздо более длительного времени, чем лица, страдающие раком легкого. Их чаще госпитализируют в отделения интенсивной терапии, они реже знают о том, что умирают, и значительно реже получают препараты, позволяющие контролировать заболевание. Показано, что больные ХОЗЛ хотели бы получать медицинскую помощь, направленную на обеспечение комфорта, а не на увеличение продолжительности жизни, и в равной степени, как и больные поздними стадиями рака легких, не хотели бы, чтобы их интубировали или проводили реанимационные мероприятия.

Хотя тревога и депрессия являются довольно частыми симптомами при ХОЗЛ, диагностика и лечение этих состояний находятся не на должном уровне. Только треть больных ХОЗЛ с клинически значимой депрессией получают лечение. Антидепрессанты существенно улучшают настроение больных ХОЗЛ, кроме того, они могут уменьшить ощущение одышки и других нежелательных симптомов. Тревога и депрессия влияют на принятие пациентом решения о тактике лечения при усугублении состояния. После купирования симптомов тревоги и депрессии пациент может изменить ранее принятое решение о лечебном воздействии при угрожающем жизни обострении.

Возможно ли облегчение симптомов ХОЗЛ на поздних стадиях?

Для того чтобы снизить выраженность бронхиальной обструкции и уменьшить воспаление, фармакологическое лечение этой категории больных включает все три основные группы препаратов: длительнодействующие β₂-агонисты и антихолинергические препараты, а также ингаляционные кортикостероиды. Несмотря на то что многие пациенты с крайне тяжелым ХОЗЛ не демонстрируют обратности бронхообструкции (увеличение ОФВ₁) при проведении легочных тестов, у некоторых из них возрастает емкость вдоха и снижается гиперинфляция, что может быть связано с уменьшением выраженности одышки и улучшением переносимости физических нагрузок. Имеется лишь несколько фармакологических исследований, в которых специфически шла речь о пациентах с крайне тяжелым ХОЗЛ. Тем не менее становится ясным, что небольшие дозы

морфина или других опиатов могут значительно уменьшить одышку, не увеличивая смертность.

Относительно другого вида терапевтического воздействия — сопроводительной кислородотерапии — в авторитетных исследованиях была показана значительная эффективность в продлении жизни пациентов с гипоксемией покоя. Эти данные позволили распространить во всем мире такой метод лечения, как сопроводительная кислородотерапия на дому.

Более противоречивыми оказались данные по ведению пациентов с крайне тяжелой стадией ХОЗЛ и преходящей гипоксемией ночью или при физическом напряжении ввиду риска развития гиперкапнии.

Одышка является практически обязательным симптомом на поздних стадиях ХОЗЛ, именно она обуславливает крайне низкое качество жизни больных. Теория нейромеханической диссоциации рассматривает одышку как диссоциацию между дыхательным центром и поступающей афферентной информацией от рецепторов дыхательных путей, легких и плевры.

Вмешательства, которые уменьшают потребность в вентилляции, включают кислородотерапию и физические упражнения.

Легочная реабилитация как лечебная программа позволяет существенно адаптировать пациента к возрастающим энергетическим потребностям и снизить ощущение одышки.

Целый ряд дыхательных техник позволяет улучшить функцию респираторных мышц, а оксигенотерапия способна снизить динамическую гиперинфляцию. Влияние на центральные механизмы одышки может быть осуществлено как фармакологическим воздействием опиатами и анксиолитиками, так и нефармакологическими мерами, такими как образование пациентов и психологическая поддержка.

Длительная оксигенотерапия, проводимая более 15 часов в сутки, улучшает качество жизни больных ХОЗЛ.

Физические упражнения являются одним из самых эффективных немедикаментозных способов снижения одышки. Поток прохладного воздуха через нос, рот или по щеке также может снизить ощущение одышки. Считается, что стимуляция рецепторов слизистой носа и рта, а также кожи лица в области тройничного нерва приводит к поступлению информации по афферентным путям в кору головного мозга, где подавляется центр ощущения одышки. Некоторые пациенты испытывают облегчение симптомов одышки даже при использовании фена. В одном из исследований, проведенном с участием пациентов с раком легких, для уменьшения одышки использовали поток воздуха либо поток кислорода. Статистически значимые различия между группами пациентов не были получены, что позволяет связать улучшение состояния с воздействием прохладного воздуха, а не потока кислорода как такового.

Техника сохранения энергии направлена на уменьшение одышки путем снижения потребности в вентилляции. Целая серия рекомендаций направлена на то, чтобы научить пациента выполнять свои повседневные нагрузки с наименьшими усилиями. Пациенту предлагается по возможности действовать сидя, не поднимать, а толкать или

сдвигать вещи. Дыхательные техники позволяют улучшить механику дыхания. Целью этих техник является снижение частоты дыхания и увеличение длительности выдоха. Одной из разновидностей таких техник является счет во время дыхательного цикла — до 4 на вдохе, до 7 на выдохе и до 2 между дыхательными циклами. Такому паттерну дыхания сложно научиться в конце жизни, поэтому обучение данной технике следует проводить до того, как у пациента возникли тяжелые нарушения дыхания.

Эффективные паллиативные вмешательства должны фокусироваться на целях лечения и ухода, определенных самим пациентом, на ослаблении испытываемого пациентом и его семьей дистресса, а также психологической помощи семье после смерти пациента.

Паллиативные вмешательства требуют тщательной оценки индивидуальных потребностей конкретного пациента как целостной личности. Восприятие страдания очень индивидуально и зависит от многих факторов. При всесторонней оценке анализируют «общее страдание» пациента, которое охватывает следующие сферы: физическую, эмоциональную, независимости и автономии, коммуникативную, экономическую и духовную.

Физическая сфера представляет собой главный источник страданий для пациентов с терминальной стадией заболевания легких. Основные трудности связаны с кашлем, одышкой и задержкой мокроты. Необходимо также оценивать боль, потерю аппетита, недержание мочи, риск пролежней, тошноту, запоры и другие желудочно-кишечные расстройства. Усиление одышки сопровождается выраженным утомлением и слабостью.

Эмоциональная сфера включает печаль и горе, которые испытывают больные из-за прогрессирующей одышки и растущей зависимости от членов семьи или других ухаживающих за ними людей. В терминальных стадиях ХОЗЛ обычно наблюдается депрессия, возможен делирий, часто с генерализированной тревогой.

Сфера независимости и автономии касается потребности пациентов в конце жизни сохранить ощущение контроля над своей жизнью и болезнью. Пациенту нужно, чтобы с ним считались как с личностью, он хочет участвовать в принятии решений о медицинском обслуживании, повседневных делах и семейных событиях. Больные надеются сохранить чувство собственного достоинства и индивидуальность.

Коммуникативная сфера отражает потребность пациентов общаться с друзьями и семьей, чтобы чувствовать свою причастность к жизненным событиям. У пациента может возникнуть желание поговорить с человеком, с которым не общался в течение многих лет, чтобы разрешить старые конфликты или восстановить былую дружбу. Больные также размышляют о том, какими они хотели бы запомниться. Для них очень важно, чтобы кто-то из друзей или членов семьи был рядом, чтобы их выслушивали и разделяли надежды, страхи, планы и прощения.

Экономическая сфера состоит из опасений пациентов относительно финансовых затруднений, которые могут выпасть на долю их семьи. Подводя итоги своей жизни, они желают завершить финансовые дела и позаботиться об оставшихся людях.

Духовная сфера выходит за границы физических страданий пациентов и связана с завершением духовных потребностей и надежд на будущее. Многие пациенты хотят разговаривать о прошлых трудностях и радостях и том значении, которое они придадут своей жизни, достижениям и страданиям.

В конце жизни пациенты нуждаются в заверении, что их не оставят забытыми о них люди. Особую категорию составляют больные ХОЗЛ, которые умирают во время экстренной госпитализации в отделении интенсивной терапии. Доверенные лица и члены семьи этих пациентов самыми важными факторами, обеспечивающими мирный и достойный уход из жизни, считают контроль боли, возможность присутствия родных у постели больного и усилия по борьбе с удущем.

Какие вопросы хотел бы задать больной тяжелым ХОЗЛ?

В англоязычной литературе опубликован ряд исследований, отражающих некоторые специфические вопросы и рекомендации врачам по общению с умирающими больными ХОЗЛ. Так, в исследовании, в котором сравнивались группы больных, страдающих тяжелым ХОЗЛ, метастатическим раком или поздними стадиями СПИДа, было показано, что именно больные ХОЗЛ испытывали недостаток в знаниях относительно их заболевания. Больные ХОЗЛ хотели бы иметь больше информации о диагнозе и течении болезни, способах лечения, прогнозе, процессе умирания и планировании помощи в конце жизни.

В другом исследовании больных ХОЗЛ, проведенном в Великобритании, также было показано, что большинство, но не все пациенты, хотели бы получить больше информации о прогнозе заболевания. В группе пациентов старшей возрастной группы с тяжелой стадией болезни и ограниченной продолжительностью жизни больше половины больных ХОЗЛ (56%) хотели бы знать, как скоро может наступить смерть. Зачастую члены семьи хотели бы владеть этой информацией даже в том случае, когда пациент не желал ее знать. Поэтому важно определить, насколько больные ХОЗЛ и члены их семей хотели бы быть посвященными в прогноз заболевания.

В рекомендациях экспертов числовое выражение рисков, например «у восьми из десяти пациентов возможны побочные эффекты от данного препарата», лучше воспринимается, чем качественное его описание («этот препарат часто вызывает побочные эффекты»). Поскольку прогноз заболевания касается, как правило, группы пациентов, эксперты рекомендуют подавать информацию о прогнозе в виде количественных характеристик (например, «из 100 пациентов, таких как ваша мама, ожидаю, что примерно 10 человек справятся с этим осложнением»). Если же пациенты не желают обсуждать прогноз заболевания, рекомендовано строить разговор в виде дискуссии (спроси-скажи-спроси). По другим данным, большинство пациентов хотели бы обсудить духовные и религиозные аспекты с лечащим врачом, и лишь некоторые из них категорически отказывались обсуждать эти аспекты с ним.

Стандарты лечения ХОЗЛ, принятые Американским торакальным обществом и Европейским респираторным

обществом, декларируют оказание паллиативной помощи при поздних стадиях ХОЗЛ следующим образом.

1) Органы здравоохранения должны помогать пациентам во время их стабильного состояния подумать о заблаговременном планировании лечения, инициируя дискуссии о лечении в конце жизненного пути.

2) Эти беседы должны подготовить пациентов с тяжелой ХОЗЛ к жизнеугрожающему обострению их хронической болезни, в то же время помогать им продолжать жить и получать удовольствие от жизни.

3) Беседы об окончании жизненного пути и заблаговременное планирование лечения помогают принять решение относительно мероприятий, поддерживающих жизненные функции организма, предоставляя информацию о вероятных исходах и существующих паллиативных вмешательствах, таких как искусственное уменьшение одышки и терминальная седация.

4) Пациентам, которые отказались от терапии, поддерживающей жизненные функции организма, требуется проведение паллиативных мер опытным персоналом.

В данном сообщении сознательно не были затронуты вопросы легочной реабилитации, хирургической редукции легочной ткани, трансплантации легких при ХОЗЛ, которые также являются важными компонентами помощи больным на поздних стадиях ХОЗЛ.

В последние годы институт хосписов продолжает развиваться в нашей стране. Но следует признать, что вопросы проведения паллиативной помощи больным неонкологическими заболеваниями, в частности ХОЗЛ, четко не определены. Каждый клиницист сталкивается с проблемой выбора вмешательства больному на поздних стадиях ХОЗЛ: проводить ИВЛ или не проводить, осуществлять реанимационные мероприятия либо нет, отключать от аппарата ИВЛ при длительной интубации или продолжать ее. При этом мы, как правило, не оставляем пациенту шанса сделать свой выбор, принять собственное решение о том, как провести остаток жизни. В этой связи обучение специальным навыкам общения медицинского персонала, разработка методических рекомендаций с учетом духовных, ментальных особенностей жителей нашей страны являются крайне необходимыми.

Цель данной статьи — скорее поставить вопросы, чем дать ответы на них, поскольку в конечном итоге каждый сам выбирает свой жизненный путь.

Литература

1. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004 г.)/пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательство «Атмосфера»—2005 г. — 96 с., ил.
2. Albert P., Calverley P.M.A. Drugs (including oxygen) in severe COPD. Eur Respir J 2008; 31: 1114-1124.
3. Claessens M.T., Lynn J., Zhong Z. et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. J Am Geriatr Soc 2000; 48 (suppl): S146-53.
4. Clini E.M., Ambrosino N. Nonpharmacological treatment and relief of symptoms in COPD. / Eur Respir J. — 2008; № 32. — P. 218-228.
5. Curtis J.R. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD Eur Respir J N. 3. — P. 796-803.
6. Gore J.M., Brophy C.J., Greenstone M.A. How well do we care of patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease COPD? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Torax, 2000. — № 55. — P. 1000-1006.
7. Hill K., Geist R., Goldstein R.S., Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. Eur Respir J 2008; 31: 667-677.
8. WHO, 2003. World Health Report. World Health Organization. Geneva / http://who.int/whr/2003/en/.