

АНДРІЙ  
ГАРДАШНІКОВ

ПОСТИ  
ОНКОЛОГА:  
великі і не дуже



Гардашніков А.Л. Пости онколога: великі і не дуже: блог онколога 2024.  
69 с.

Цю книжку присвячено спростуванню міфів та упереджень навколо онкологічних хвороб, хіміотерапії та лікування хронічного болю; в ній висвітлено актуальні питання взаємодії лікарів і пацієнтів в онкологічній практиці, деякі питання паліативного лікування та паліативної допомоги; подано рекомендації пацієнтам щодо поведінки під час і після хіміотерапії зі спростуванням поширених міфів щодо «дексаметазону при низьких лейкоцитах» та «медичного використання канабісу», окреслено принципи знеболення в онкологічній практиці та визначено шляхи отримання пацієнтами якісного знеболення. Книга стане у нагоді онкопацієнтам, їхнім рідним та лікарям, яким небайдужа доля людей з онкологічними хворобами.

# ЗМІСТ

<b>Слово до читача.....</b>	4
<b>ПЕРЕДМОВА або Будемо знайомі.....</b>	5
<b>ОНКОЛОГ І ПАЦІЄНТ: МОЖЛИВОСТІ СПІВПРАЦІ</b>	
Про важливість слів.....	8
Про взаємодію лікарів та пацієнтів.....	8
Про відверту розмову з пацієнтом в онкології.....	10
Про лікарську таємницю.....	18
Про «А шо ви хателі?».....	18
Про занедбаний рак або чи завжди винен пацієнт.....	19
Про другу думку.....	23
Про прописи призначень.....	24
Про паліативне лікування і паліативну допомогу.....	25
Про клінічні дослідження.....	27
Про доступність лікаря. То добре чи погано? І якою вона має бути?.....	30
Про взаємну ввічливість лікарів і пацієнтів.....	31
<b>СУЧАСНА ХІМІОТЕРАПІЯ</b>	
Про хіміотерапію без міфів і страху.....	36
Про порт для внутрішньовенних інфузій.....	38
Про показники крові.....	38
Про нейтропенію у пацієнтів, які отримують хіміотерапію.....	39
Про те, як «підняти» лейкоцити, коли отримуєш хіміотерапію.....	42
Про фуфломіцини в онкології.....	44
Про пацієнта між курсами хіміотерапії.....	44
<b>ЗНЕБОЛЕННЯ В ОНКОЛОГІЇ</b>	
Про тортури як явище сучасної медицини.....	48
Про лікування хронічного болю.....	49
Про наркотики та ліки.....	53
Про важливі нюанси при лікуванні хронічного болю.....	54
Про те, хто має право призначати наркотичні знеболювальні.....	56
Про медичне використання канабісу.....	60
Про право на життя без болю. як його домогтися.....	62
<b>ПІСЛЯМОВА</b>	
Про мрії лікаря онколога.....	65
Про Бога в душі.....	67

## СЛОВО ДО ЧИТАЧА

Життя красиве, коли кольорове,  
Значить получилось, дякувати Богу.

Якщо все сіре і кольору бракує,  
Тоді біда... хіба що намалюєш

*Кавер-саундтрек від гурту ТНМК до стрічки «Я, «Побєда» і Берлін»*

У онкологічних хвороб завжди гіркий смак – ліків, болю, втрачених сподівань, помножений на запах смерті. Перша реакція – паніка...що буде далі, як жити, де лікуватися? Далі паніка вщухає, з'являється відчуття захищеності, яке часто переростає в залежність – від лікарів, психологів, друзів – людина шукає підтримки ззовні, часто забуваючи про кордони інших і свої власні сили. Коли лікування закінчується, або настає перерва між медичними втручаннями, паніка повертається з новою силою. І знову пошуки зовнішньої підтримки. Життя замикається в колі лікування-відчай, часто – спілкування обмежується лише колегами по хворобі мовляв «інші мене не зрозуміють». На цьому етапі ресурсними стають групи взаємопідтримки, проте й і них є своя небезпека – часто некоректні рекомендації щодо важливих питань лікування та реабілітації.

За таких умов важливо, щоб всі, хто стикався з діагнозом "рак", мали доступ до фахової інформації, написаної доступними до розуміння словами. Саме таким – простими словами і професійним – є блог онколога Андрія Гардашнікова, де він протягом декількох років висвітлює актуальні питання лікування раку та взаємодії лікарів з пацієнтами.

Згадую, як я сама вчилася на нотатках Андрія приймати свою онкологічну хворобу, спілкуватися з лікарями і, згодом, допомагати клієнтам вже як психолог. Мій шлях був від страху до розуміння хвороби і себе з нею, а записи в блозі та нотатки на сторінці Андрія у Фейсбуці дали надійну опору у часто хитких і суперечливих моментах адаптації до рецидиву раку. Тож я запропонувала Андрію об'єднати його дописи в одну книгу, щоб кожен, хто стикається з онкологічними діагнозами, мав надійного помічника, гіда на тернистій дорозі лікування раку, міг знайти «ключі» до ефективної співпраці з лікарями і щиро радію, що Андрій погодився на таку пропозицію. Вже зараз, коли книга упорядкована, є впевненість, що в ній є відповіді на всі питання «Чому?», «Як так?» і «Що робити?», які часто задають пацієнти лікарям та один одному.

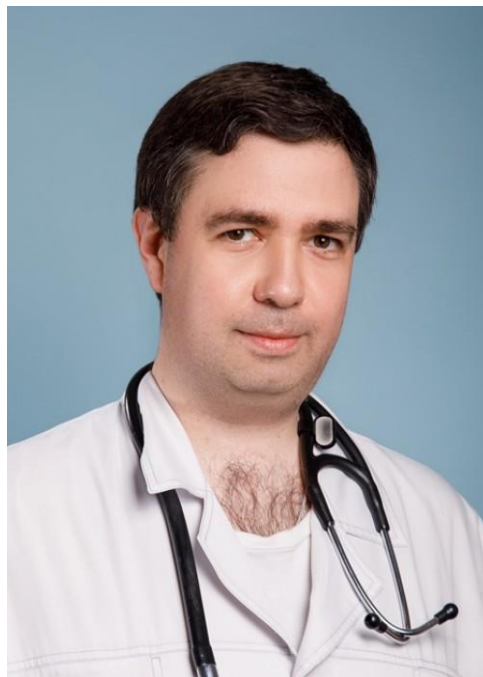
З величезною щирою Вдячністю Лікарю рекомендую цю книгу і впевнена, що вона стане у нагоді всім онкопацієнтам та їхнім рідним.

З повагою,  
кандидат психологічних наук,  
старша наукова співробітниця  
Інституту психології імені Г.С. Костюка  
НАПН України

Світлана Лукомська

## ПЕРЕДМОВА або БУДЕМО ЗНАЙОМІ!

Я – Андрій Гардашніков, лікар-онколог. Працюю в хіміотерапевтичному відділенні Комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської обласної ради» (раніше – Комунальний заклад «Кіровоградський обласний онкологічний диспансер»). Працюю в онкології з 2008 року. До того з 2002 по 2008 роки працював гематологом (спочатку в поліклінічному об'єднанні №1 м. Кіровоград, а з 2004 року – в гематологічному відділенні Кіровоградської обласної лікарні). Також за сумісництвом працював у TomoClinic (колишній Український центр томотерапії).



Сфера моїх професійних інтересів – **медикаментозне лікування онкологічних хвороб** (куди входить хіміотерапія, ендокринотерапія, лікування таргетними препаратами та моноклональними антитілами, імунотерапія, лікування бісфосфонатами). Також я небайдужий до питання паліативної допомоги пацієнтам з невиліковними хворобами. Зокрема – **лікування хронічного больового синдрому**. Цікавлюсь та працюю в сфері клінічних досліджень препаратів для лікування онкологічних хвороб. Щодо моїх хобі поза професійною діяльністю – коли є час – співаю пісні, акомпануючи собі на гітарі або фортепіано. Був ведучим теле-радіопроектів.

Ця книжка – можливість зібрати в одному місці актуальні для пацієнтів онколога пости, написані в моєму особистому блозі з 2018 до 2024 року. Їхня мета – переважно просвітницька, але для мене має велике значення й те, щоб спростувати міфи навколо онкологічних хвороб, хіміотерапії та лікування хронічного болю. Насамперед, хочу сказати слова подяки Людині, яка допомагала при моїх перших кроках в онкології. У різних людей різні асоціації зі словом хіміотерапія. У мене при слові хіміотерапія першою приходиться на розум вона. Наталія Іванівна. Наталія Іванівна Резунік була завідувачкою хіміотерапевтичним відділенням тоді ще Кіровоградського обласного онкологічного диспансеру. Для мене – завжди була. Як тільки я познайомився з Кіровоградською медициною – для мене – ось з того часу. Перші мої кроки роботи в хіміотерапевтичному відділенні – під чітким впливом Наталії Іванівни. Цікаво, я любив наші спільні обходи. Наталія Іванівна, коли вважала, що її підлеглі не призначили потрібного обстеження, просто дуже коректно та спокійно просила його провести (вона не вважала потрібним принижувати підлеглого під час обходу перед пацієнтом, як, на жаль, у нас буває). Взагалі, це один з прикладів на моєму житті (на жаль, не дуже частих) ось справжньої

інтелігентності. Інтелігентності не єлейної, не нафталінової, а живої. Наталія Іванівна була серед тих людей, яким я можу бути вдячним за те, що я вмію говорити з пацієнтом. Деякі «фішки» я маю саме через те, що міг спостерігати за її розмовами з пацієнтом. Для неї було характерним гарне почуття гумору. А ще, вона дуже гостро переживала несправедливість. І несправедливість у відношенні держави та наших колег до паліативних пацієнтів. І несправедливість у відношенні до лікарів. Можливо, це гостре почуття несправедливості, хвилювання з цього приводу були серед тих причин, які вкоротили її віку. Я не хочу, щоб про Наталію Іванівну забували. Мені бракує її. Бракує можливості просто поговорити після загальної «планьорки», а тому цю книжку присвячую її світлій пам'яті.

В цій книзі нотатки згруповані тематично, під кожною з них вказано дату її написання, можливо, сьогодні деякі з них є дискусійними та в чомусь втратили актуальність, деякі – лишатимуться актуальними ще багато років. *За QR кодами ви знайдете посилання на корисні інтернет-ресурси, які допоможуть вам краще зрозуміти зміст нотаток, для зручності, довгі посилання скорочено до лаконічних і таких, які можна легко набрати в пошуку, а не копіювати з тексту.*

Я щиро вдячний Світлані Лукомській взагалі за цю божевільну ідею (я зовсім не уявляв собі словосполучення «моя книжка», та й зараз ще не зовсім уявляю). І за всі ті зусилля, які спрямовані на те, щоб вона з'явилась. Вся робота по пошуку моїх дописів, їхній систематизації, ілюстрації та ще багато чого – зроблена була Світланою.

Вдячний дружині, Світлані Гардашніковій (саме вона була причиною того, що я став онкологом, я маю прекрасну дружину та прекрасну колегу в одній особі). Вдячний батькам (Леоніду та Ганні Гардашніковим) і за підтримку, і за дискусії, і за те, що вони багато в чому вплинули на мій професійний вибір при закінченні навчання в школі). Вдячний керівництву онкологічного центру – Костянтину Яринічу та Ігорю Макаруку. Вдячний небайдужим колегам, з якими ми в базових питаннях є одностайними (Дмитро Іскімжи, Євген Кривонос, Вікторія Чубучна, Діана Митро, Фадель Олак, Дарья Супрун та багато, багато інших). Вдячний Тамарі Гришиній (RIP) (вона була завідувачкою гематологічним відділенням обласної лікарні, коли я там працював). Я дуже вдячний тим колегам, які допомагали мені отримувати знання в питаннях лікування хронічного болю та паліативної допомоги взагалі – Ірина Шляга (RIP), Леся Брацюнь, Людмила Андрішин, Зоя Максимова, Олена Коваль, Наталія Дацюк, Юлія Мендес. Вдячний Аліні Ярославській (RIP) та Вікторії Лінцовій за те, що благодійна організація «Відкрите серце» ще в 2012 році організувала конференцію з питань паліативної допомоги, яка багато на що мені відкрила очі та змінила докорінно ставлення до питання. Вдячний за співробітництво та взаємодію благодійній організації «100% життя – мережа ЛЖВ». Взагалі я вдячний дуже багатьом людям, в таких випадках завжди страшно когось забути перелічити.

Я вдячний всім небайдужим людям, які просувають ідею гідного ставлення медичної системи до людини. Які звертають увагу на почуття пацієнта, на можливість жити без болю, на важливість збереження гідності до останньої секунди життя. Мені би дуже хотілося, щоб таких людей було в десятки разів більше, щоб вони могли більш потужно та ефективно впливати на систему, щоб вона швидше рухалася, повертаючись обличчям до людини. Але я маю сказати, що завдяки таким людям все ж таки, хоч і повільніше, ніж хотілося би, але поворот відбувається в правильному напрямку. За що – вдячність та респект! А також я вдячний читачеві за цікавість до моїх думок та дописів та за зворотній зв'язок.

Особлива подяка Збройним силам України за можливість у відносно безпечних умовах працювати та допомагати пацієнтам.

Сподіваюсь, дана книга стане вам у нагоді.

Прийнято бажати здоров'я, важливість якого важко переоцінити. З іншого боку – можна й тверезо оцінити цінність тих побажань. Хай буде здоров'я міцним, але якщо вже й так вийшло, що потрібно лікувати хворобу, хай лікування буде ефективним, а проводиться воно буде фахівцями, які з повагою ставляться до вас та вашого вибору, і в системі, яка поважає людину, що звертається по медичну допомогу. Давайте виборювати наявність такої системи разом!

**Андрій Гардашніков**

---

# **ОНКОЛОГ І ПАЦІЄНТ: МОЖЛИВОСТІ СПІВПРАЦІ**

---

## **ПРО ВАЖЛИВІСТЬ СЛІВ**

До цього дня я згадую слова професора на лекції (я прізвища та ім'я професора не пам'ятаю, а слова його – пам'ятаю).

«Колеги, не називайте людей, яких ви лікуєте хворими. Вони – пацієнти».  
КІНЕЦЬ ЦИТАТИ.

І попри те, що у нас офіційно «історія хвороби» називається «Медична карта стаціонарного хворого», а «амбулаторна картка» – «Медична карта амбулаторного хворого», я до цього часу стараюсь уникати слів «хворий», «хвора».

І мені болісно чути чи читати, якщо так називають людей, які у нас лікуються.

Ну що б, здавалося, слова...

Слова та голос – більш нічого (с)

Але тут про повагу до людини. І на мій погляд, люди, які начебто мають середню або вищу освіту (сестри медичні, лікарі), мають звертати увагу на значення тих слів та їхнє емоційне забарвлення.

Те саме стосується і слів «інвалід» (та порівняння з «людина з інвалідністю»), «наркоман» (людина з наркотичною залежністю), я вже мовчу про те абсолютно безграмотне слово «наркотики» в значенні «наркотичні ліки для знеболення».

Давайте старатися приділяти увагу словам та значенням. І бути відповідальними за те, що виходить з нашого рота (або у вигляді письмових документів, що не менш важливо).

**25.02.2024**

## **ПРО ВЗАЄМОДІЮ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ**

В січні 2024 року я нерідко спостерігав допис, який неслабо так завірусився. Лікарі розповсюджували цей пост дуже активно. В ньому писалося, що "Легенда каже, що коли Бог наділив людей знаннями як зцілювати хворих, він вирішив, що ці знання будуть доступні лише невеликій групі обраних але в цій групі напівбогів виявився зрадник, який порушив божі заповіді і навчив таємних знань своїх учнів. Розлючений Бог наклав на групу покарання".

Далі пост розповідає про те, яке покарання було накладено саме на нещасних лікарів:

- Ви не будете мати особистого та сімейного щастя
- Ви не побачите, як ростуть ваші діти
- У вас не буде святкових, вихідних та інших днів для відпочинку
- Якщо пощастить то будете мати гастрит, а зазвичай виразку



- Поспіх буде вашим єдиним другом
- Ваше волосся передчасно посивіє, якщо взагалі не випаде
- Ваше психічне здоров'я буде потребувати лікування вже через 5 років роботи
- Сон буде єдиним періодом відпочинку але доброго сну не буде ніколи
- Робота стане вашим єдиним заняттям
- Кавоварка стане вашим супутником але кофеїн перестане на вас впливати
- Щасливими годинами стане спілкування з такими ж божевільними
- Вам будуть снитися грижі та інфаркти і не дивно, бо ви будете вирішувати робочі проблеми у сні
- Темні кола навколо очей стануть вашим трофеєм
- І найгірше...



#### ЦЕ БУДЕ ВАМ ПОДОБАТИСЯ

Все це супроводжується картинкою з претензією на еротичність. Нібито казка, яка є дуже приємною слуху (оку) кожного лікаря...

З цікавістю я прочитав про це «прокляття лікаря». Всі лікарі такі мученики, вони плакали та кололися, але продовжували жерти кактус, і найгірше – їм це подобається. Можна й просльозитися.

Можливо людям властиво напоказ героїзувати свою професію та займатися публічною мастурбацією (закреслено) – демонстрацією жалості до себе. І, думаю, що властиво це не тільки лікарям.

Але, окрім огиди, ось *ця самозакохана жалість до себе в мене викликала й трохи роздумів на тему.*

**Перше:** там, де немає активних бойових дій, де лікар працює в відносно звичних для себе умовах – герої потрібні там, де не відповідають займаним посадам керівники. Якщо організатори надання медичної допомоги організовували, організовували, та виявилися неспроможними організувати адекватні умови якісної роботи лікаря – значить оцінка якості роботи таких організаторів є вкрай незадовільною.

Якість роботи лікаря, якщо вона постійно на виснаження, якщо вона неорганізована – завжди буде страждати. І від того будуть страждати пацієнти. Понтів – багато. Результат – незадовільний.

**Друге:** коли ми навчалися в університетах/інститутах/академіях, то мало хто мріяв бути лікарями-лаборантами, наприклад. Або лікарями діагностичних відділень. Або хірурги всі, або неврологи. Чому? Через те, що студенти-медики були мазохістами та мріяли саме про те, що описано в цій «легенді»? Ні, думаю, що скоріше за все причиною було уявлення про рівень життя, про бажання бути дуже забезпеченими (в тому числі й наявними прикладами, які можна було бачити).

**Третє:** якщо ставитися до професії лікаря саме, як до професії, тоді, мені здається, є більша перспектива підвищувати свій рівень та якість своєї роботи. Не «носіть мене на руках тільки тому, що я такий ось мученик, тільки тому, що я лікар, а значить – що вже при житті святий (що би я не робив в цьому житті)». А «я хочу якісно робити свою роботу, а враховуючи те, що моя професія – серед тих професій, які допомагають людям, я хочу – максимально якісно допомагати людям». Бо якщо ти вже «святий» тільки через свою професію – це вкрай небезпечно для людей, для пацієнтів. По плодам слід оцінювати роботу кожного. І лікарі бувають професійними та непрофесійними, якість роботи буває високою – та невисокою (висловлюсь політкоректно, бо палітра насправді може бути дуже різноманітною, не в двоїчному коді).

Я би хотів, щоби серед лікарів більше працювало професіоналів, щоби організатори та керівники різних рівнів також були професіоналами та були спроможними адекватно організувати умови для якісної роботи, на противагу ось такому сумнівному «мучеництву» в професії.

Малюнок навколоеротичний я мабуть також використаю для ілюстрації своїх роздумів на тему. Хай підкреслює тему))

Р. С. «Розлучений Бог наклав на групу покарання» – окрема історія. Це ж наскільки треба не розуміти та не знати Бога, щоб насмілитися таке написати?.. Прости нас, Господи, бо не відаємо ми, що творимо...

**6.02.2024**

## **ПРО ВІДВЕРТУ РОЗМОВУ З ПАЦІЄНТОМ В ОНКОЛОГІЇ**

Пожаліюся я на долю сучасного лікаря. Проблема в тому, що навіть, якщо я дуже хочу збрехати своєму пацієнтові – це на сьогодні достатньо важко зробити.

В радянські часи якось все було без комп'ютерів, без інтернету, без гугла. І лікарі вигадали кілька умовних позначок. Мовляв, це тільки ми розумні будемо знати, що мова про рак, а пацієнт не здогадається.

А тепер пацієнти мають можливість «загуглити» наші хитромудрі (я знайшов більш-менш коректне слово, маю себе похвалити) позначки та зрозуміти вже від гугла, про що мова. Одна проблема – він не зможе загуглити нюанси, які ми б повідомили пацієнту, якби дотримувалися вимог закону та якби поважали пацієнта. Але легко може дізнатися, що ми йому збрехали.

І навіть, якщо пацієнт не здогадається загуглити діагноз, то він може поцікавитися інструкцією до препаратів, які йому призначають. Наприклад, приховую я від пацієнта діагноз раку.

Призначаю для його лікування препарат Паклітаксел. Пацієнт вирішив почитати інструкцію (якщо купив в аптеці - взагалі дістає з коробки, якщо ні – то знайшов інструкцію в інтернет-мережі). Показання: рак яєчників, рак молочної залози.



Як важко зрозуміти, який діагноз лікують ці таємничі лікарі.

А вдруге завоювати втрачену довіру – ну-ну, думаєте, що це буде легко?

Мені здається, що ми зі звичками 60-х років ХХ століття при розмовах з онкологічними пацієнтами виглядаємо просто смішно (хоч і не до сміху зазвичай при таких от розкладах). І дуже чекаю на часи, коли цивілізований підхід до розмови з пацієнтами буде правилом та кваліфікаційною вимогою до лікаря.

### **Довіра краща за брехню!**

Тож за роки практики я визначив вісім аргументів, чому лікарям важливо чесно говорити з пацієнтами про діагноз.

#### **АРГУМЕНТ 1. Юридичний**

Повідомляючи діагноз пацієнтові, лікар вчиняє законно. Головний Закон, що регламентує діяльність сфери охорони здоров'я (Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я") прямо вимагає від медичного працівника:

**Стаття 39. *Обов'язок надання медичної інформації*** <http://surl.li/qsnuh>

*Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.*

*Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.*

*Медичний працівник **зобов'язаний** надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, **у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.***

*Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.*

*У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.*

**КІНЕЦЬ ЦИТАТИ.**

Так, ми маємо можливість надати інформацію неповну або не надати інформацію. Але в час, коли ми будемо жити в правовій державі, коли будуть позови в суд від пацієнтів, права яких порушені – тоді ненадання інформації має бути виключенням з письмовим обґрунтуванням в медичній документації – які були підстави для обмеження в інформації, що була надана пацієнтові. А так, просто «бо я так вважаю правильно» – не підійде.

В цьому ж Законі вказано про право пацієнта на таємницю про стан здоров'я. Тому перед тим, як комусь (навіть найближчим родичам) щось казати про діагнози пацієнта – спитайте дозволу у пацієнта. Якщо вам не по фіг на Закони України. В правовій державі, знову ж таки, наша зневага до цього права

пацієнта – не зможе залишитися непокараною. Це поки що зараз свавілля, а коли закони запрацюють – у нас не буде можливості так ганебно ігнорувати цю вимогу Закону.

Тому зараз, коли залітають родичі та кажуть «не кажіть йому/їй», вони у мене отримують легкий лікнеп про основні права пацієнта. Так, я зверну увагу на аргументи родичів та спробую оцінити психологічний стан пацієнта. Але рішення все одно буду приймати я згідно з чинним законодавством України та виходячи з інтересів та прав пацієнта. Плюс родичам варто знати про аргумент 5.

### **АРГУМЕНТ 2. Мотивація в лікуванні**

Лікування раку часто є не дуже приємною процедурою. Як скептично про неприємності каже одна людина «удовольствие ниже среднего». От моя улюблена хіміотерапія. Пацієнт поступає до мене без скарг, я проводжу хіміотерапію і – ось тут у пацієнта і починаються проблеми. То нудота, то блювання, то лейкоцити впадуть та температура стрибає, то діарея... Ну і так далі. Пацієнт має тверезо розуміти – для чого все це та яка мета поставлена.



Чесна  
розмова  
в онкології

А коли лікування є дуже дорогим, а шанси на ефективність його – одиничні, – пацієнт має право відчувати себе повноцінною людиною. І не за нього мають прийняти рішення інші люди – чи лікувати його, чи ні, а пацієнт має не бути позбавленим права це зробити. Яюсь поважати треба пацієнтів... Вони, якщо захворіли – не припинили бути людьми... Хоч комусь і не віриться в це.

### **АРГУМЕНТ 3. Довіра**

Ну має бути довіра між лікарем та пацієнтом. Звучить банально, але це так. Пацієнт нерідко або вигидає собі, або наслухається в різноманітних чергах такої фігні, що вона є, як в це не важко повірити, набагато гіршою, ніж те, що є насправді. І, коли ти пацієнту пояснюєш, що то – фігня, то пацієнт має знати, що я говорю йому правду, а не брешу, аби заспокоїти. Якщо я з самого початку з пацієнтом був відвертим – у пацієнта будуть підстави вірити моїм словам. Якщо було видно, що я брехав з перших розмов – нема чого мені довіряти і в подальшому... Який результат лікування буде у випадку нульової довіри пацієнта до лікаря – у мене мало оптимізму на цей рахунок.

До речі, у пацієнта можуть бути особисті помилкові уявлення про цю хворобу, якісь шаблони, стереотипи, які можуть втілитися у різноманітні питання. І, якщо є довіра до лікаря — то пацієнт частіше довірить ті свої питання лікареві. І зможе отримати відповіді.

До речі, мені не страшно дати пацієнтові почитати історію хвороби та амбулаторну картку (що, між іншим, від мене вимагає Закон). Я ж все вже правдиво сам розповів!

#### **АРГУМЕНТ 4. Більше шансів отримати належну паліативну медичну допомогу**

Поінформований – значить озброєний. Часто пацієнтів, які завершують своє життя через рак – на першому рівні (а інколи і на другому, і на третьому) – тупо бояться. Мовляв, вони помирають, а ми нічим допомогти не можемо. І інколи пацієнт може вказати: «Можете! Ніхто вас не просить лікувати мій рак, це – неможливо. Але призначте, будь ласка, нормальне знеболення і добийтеся того, щоб не боліло». Пацієнт краще за сучасного українського лікаря інколи може розділити проблеми на ті, які неможливо усунути та ті, де можливості достатньо високі. І вимагати від нашої супер-медицини належної паліативної медичної допомоги.

#### **АРГУМЕНТ 5. Спілкування з родичами**

Якщо все добре та родичі дійсно люблять пацієнта, тоді брехня їм може бути комфортною тільки на початку. Якщо ситуація буде розвиватися по шляху тривалого поступового помирання зі стражданнями, то спілкування з пацієнтом перетвориться на пекло в разі застосування брехні. Скільки разів пацієнт повірить заспокійливому «потерпи, ось лікар призначив таблетки та тобі скоро стане краще»? Якщо краще не стає протягом тижня, місяця, двох місяців, п'яти місяців???

Щоб рідні могли допомогти пацієнтові – вони мають бути однією командою. Пацієнт має відчувати, що він може ділитися своїми проблемами з рідними людьми, що з одного боку від нього не приховують нічого, з іншого – не будуть годувати казками. І, якщо проблему вирішувати неможливо – це буде чесно проговорено. Але у випадку, коли проблему вирішити можливо – пацієнт та його рідні розшибуться для того, щоб її вирішити.

А коли в родині панує брехня – пацієнт ізольований зі своїми страхами, проблемами, стражданням. Нема з ким розмовляти. Порожні казки для «заспокоєння» вже давно не цікаві...

#### **АРГУМЕНТ 6. Якість лікування**

Все просто. Пацієнт знає діагноз. І може звернутися по другу думку. Та навіть сам ознайомитися з протоколами лікування. Може брати участь в своєму лікуванні. Обирати між альтернативними методами, якщо є альтернатива. Отримує більше прав. Інколи це реально підвищує якість лікування проти стану, коли пацієнта, як сліпе котеня ведуть, нічого не пояснюючи. Особливо, коли лікують не за протоколами, а як заманеться...

#### **АРГУМЕНТ 7. Релігійний**

Так, не всі вірять в Бога. Але якщо пацієнт є людиною з вірою, то для нього є достатньо важливим отримати додатковий шанс спасти свою безсмертну душу. Ви, мій шановний колега, що відданий старому совково-комуністичному методу приховування від пацієнта інформації про його діагноз, не вважаєте серйозним даний аргумент? Але пацієнт має право на свою віру. І перед віруючим пацієнтом це буде додатковим злочином – не дати йому інформацію про те, що його ризики завершити земне життя в найближчий час є набагато більшими, ніж у середньостатистичної людини. А якщо для лікаря віра – це не порожнє слово, то

я взагалі не можу собі уявити, що такий лікар візьме на себе такий гріх – позбавити іншу людину шансу спастися.

**АРГУМЕНТ 8. Те, що пацієнти, якщо дізнаються про свій діагноз, одразу запишуться в самогубці – міф**

Коли я став на своєму професійному шляху зустрічати пацієнтів, які знають в подробицях все, що з ними відбувається, я зрозумів. **НАШІ ПАЦІЄНТИ ВИЯВИЛИСЯ НАБАГАТО РОЗУМНІШИМИ, НІЖ МИ ПРО НИХ ДУМАЛИ.** Але я чув багато різних історій про те, як люди в СРСР накладали на себе руки, дізнавшись про свій діагноз.

Я не міг не думати на цю тему. І ось, що зрозумів. Одна справа, коли пацієнт **ВІД МЕНЕ** дізнається про діагноз, про те, чи можливе лікування та яке лікування існує, якщо воно можливе (а якщо лікування неможливе – що можна зробити, щоб зменшити можливі страждання). Коли пацієнт у мене може читати історію хвороби, амбулаторну картку. Тоді пацієнту є з ким поговорити про цю хворобу та поставити питання. Зовсім інша справа, якщо пацієнт випадково десь щось почув (адекватну чи неадекватну інформацію – невідомо) та розуміє, що йому нема в кого спитати, бо він не може нікому довіряти, бо його будуть тільки заспокоювати, а правду не скажуть... Ось такий пацієнт, коли нема з ким навіть поговорити та уточнити нюанси – може не побачити іншого виходу... Переконаний, саме брехня збільшує кількість суїцидів у пацієнтів з невиліковними хворобами!

Насправді, аргументів, якщо подумати, набагато більше, ніж я зараз написав. Але я зупинюся на цих, думаю, що поки що – достатньо. Звісно, немає правил без виключень. От тільки виключення не можуть бути в 95% випадків. Як резюме: ми маємо навчитися поважати наших пацієнтів. Ми маємо навчитися, **ЯК** повідомляти правдиво важкі діагнози та неприємні новини. Бо якраз важливо **ЯК** це зробити. Хамство та черствість в цьому є неприпустимими!!!

І ми маємо згадати, що пацієнт залишається **ЛЮДИНОЮ** і тоді, коли захворіє на невиліковну хворобу. В тому числі – на онкологічну хворобу. Якщо все це зрозуміти та поставити собі завданням навчитися як з повагою, з тактом повідомити інформацію – це можливо. І не так вже й складно. Нелегко, але з практикою – це вийде. І від цього виграють всі: і пацієнт, і його родичі, і медичні працівники.

**26.03.2019**

## **Як я повідомляю діагноз пацієнту, хворому на рак**

Мені довелося вчитися цьому практично інтуїтивно. На цьому шляху я багато чому навчився у **Наталії Резунік** (вона була завідуючою хіміотерапевтичним відділенням, де я працюю). Дещо підчепнув у **Костянтина Яриніча**, коли він був головним лікарем онкологічного диспансеру. Також на мене вплинули **Галина Науменко** та **Антон Покалюхін**, **Леся Брацюнь**, **Людмила Андрішин**, **Олена Коваль**. А ще – **Антоній**, митрополіт **Сурожський**.

Я поділюся власним досвідом. Можливо, це комусь стане в нагоді.

1. Я ставлю питання: що пацієнтові відомо про його діагноз. Найважлива на момент нашого спілкування інформація у пацієнта може суттєво вплинути на подальші інструменти повідомлення правдивого діагнозу.

2. Наступне моє питання – чи хоче від мене пацієнт абсолютно відвертої розмови.

3. Обов'язково попереджаю про те, що інформація про здоров'я може виявитися неприємною та складною. Тим більше при розмові з онкологом. І уточнюю, чи точно пацієнт хоче дізнатися абсолютно повну інформацію.

4. Обов'язково питаю, чи дозволяє пацієнт проводити цю розмову в присутності його родичів (якщо на момент розмови хтось ще присутній з пацієнтом) і чи мають вони право чути цю розмову.

5. Якщо розмова відбувається в палаті відділення, коли при розмові присутні інші пацієнти – я обов'язково питаю у пацієнта, чи хоче він продовжувати розмову тут, чи бажано її провести в такому місці, де ми будемо тет-а-тет. Пацієнт вирішує, чи хоче він, щоб сусіди по палаті чули нашу розмову.

6. Починаю писати в медичній документації фразу «пацієнт надає дозвіл на повідомлення інформації про стан його здоров'я наступним особам...» – і прошу пацієнта продиктувати мені перелік осіб, яким я в подальшому маю право розказувати про здоров'я, дані обстеження та результати лікування пацієнта. Записавши всіх – я прошу пацієнта прочитати та підписати цей запис. Благо, зрозуміти те, що написано моїм почерком – не складно. Якщо пацієнт потім ще згадає когось, кому він дозволить розповідати те, що є лікарською таємницею – ми ще додатково це запишемо. Це в мене нововведення. Але думаю, що тепер я так робити буду завжди.

Далі іде розмова. Наприклад вона може бути такою:

*«Як ви знаєте, онкологічний диспансер - це заклад, де лікують зляжкісні пухлини. І часто зляжкісні пухлини називають раком. Хоча є ще купа різних термінів та видів зляжкісних пухлин. У вас за допомогою комп'ютерної томографії діагностували зляжкісну пухлину легенів, тобто рак легенів. Цей діагноз підтвердили за допомогою біопсії. Ось висновок з патологічної лабораторії – плоскоклітинний рак. Якщо хочете – я можу дати його прочитати, як і все те, що є в амбулаторній карті (історії хвороби). Також на комп'ютерній томографії було виявлено метастатичні вогнища в печінці. Їхній розмір – до 30 мм, а кількість – 4 вогнища. Враховуючи те, що пухлина розповсюдилася за межі легенів в інший орган, - вам не пропонують операцію. В такому випадку оперативне лікування є неефективним та навіть шкідливим. Ми*



*можемо спробувати хіміотерапію. На жаль, мова не йде про те, що ви одужаєте завдяки хіміотерапії, але, якщо вона виявиться ефективною – у нас є шанси затримати прогресування хвороби. Можливо, це зможе продовжити термін вашого життя..."*

Далі я розповідаю про приблизні шанси хіміотерапії бути ефективною (а при різних локалізаціях та видах онкологічних хвороб ці шанси різні), про ризики ускладнень та про статистику ускладнень хіміотерапії, що призводять до смертельних випадків. Смертей – саме від ускладнень. Бо пацієнт має тверезо розуміти і про такі ризики перш, ніж надати свою згоду на проведення такого лікування. Також ми говоримо про можливі фінансові витрати на ліки, в залежності від тих препаратів, які обере пацієнт, про наявність (в разі наявності) тих ліків, які надані диспансеру та будуть отримані пацієнтом безкоштовно для пацієнта.

У випадку, коли будь-яке спеціальне лікування є протипоказаним – я розповідаю пацієнту які саме протипоказання роблять неможливим застосування операції, променевої терапії, медикаментозного лікування. Пояснюю, що без активного лікування цей пацієнт проживе довше та краще. І пропоную сконцентруватися на тому, яку допомогу може отримати пацієнт, щоб його якість життя була якомога кращою. Заодно повідомляю йому, що в разі виникнення болю – з ним можна впоратися. Головне – вигризти у нашої «добрестної» медицини адекватне знеболення. На тлі якісного лікування болю – болю не буде. Інколи рак (або іншу невиліковну хворобу) вилікувати неможливо. А от біль, як прояв цієї хвороби - цілком можливо. Головне, щоб у пацієнта та лікаря було бажання. Також стосовно інших страждань, які може викликати хвороба - варто розділити їх на ті, які неможливо усунути, а які - можливо. І варто докласти максимум зусиль для того, щоб усунути те, що можна усунути. І максимально пристосуватися до того, що усунути неможливо.

Я – людина достатньо багатослівна. Але тепер я намагаюсь обмежувати себе та давати можливість пацієнтові ставити ті запитання, які в нього є. Також періодично впевнююсь у тому, що пацієнтові зрозуміло те, що я йому сказав. Ну і на кожному відрізку надання інформації я намагаюсь слідкувати за тим, яку реакцію викликають мої слова. *Ще раз наголошу, що я ніколи не відповідаю на питання «скільки мені жити залишилося». Не тому, що приховую, а тому, що впевнений - я цього достеменно не знаю. Моє завдання не пророка з себе корчити, а дати ту інформацію, яка є достовірною.*

У випадку, коли є тільки підозра на рак – я так і кажу. Заодно обов'язково наголошую на тому, що підозра може як підтвердитися, так і спростуватися. В разі, якщо діагноз раку буде підтверджено – розповідаю про можливе лікування, щоб пацієнт знав про подальші перспективи та про те, на фіга, власне, йому потрібно підтвердити або спростувати цей діагноз, що воно дасть самому пацієнту.

Знали б ви, як прикро чути у пацієнтів, які свого часу не пройшли обстеження, коли була підозра, коли можна було провести радикальне лікування. І в час, коли у них вже встановлено діагноз на тому етапі, коли вже допомогти



неможливо, і коли вони кажуть: «якби я знав/знала, що все так серйозно – я би звісно пройшов/пройшла би всі обстеження та лікувався/лікувалася б». Ти розумієш, що приховування інформації від таких пацієнтів - просто їх вбило. Це на межі реального злочину...

А якщо до мене прийшов пацієнт, якому до мене 1, 2, 3, 10 лікарів – брехали, то я намагаюсь зрозуміти попередніх колег та пояснити пацієнтові, що таким чином мої колеги намагалися уберегти, пожаліти його, що це робилося з гарних та добрих (хоч і помилкових) міркувань. Але, якщо ми обрали з пацієнтом шлях, який гарантовано пацієнтові законами України, то він на це має повне право. І тому будемо далі говорити чесно та відверто. Я – з пацієнтом, а пацієнт – зі мною.

Якщо попередньо незаконно (без дозволу пацієнта) проінформовані родичі (розголошення лікарської таємниці) вимагають у мене "ви йому не кажіть", я надаю інформацію родичам пацієнта про вимоги чинного законодавства. Також розповідаю їм про аргумент 5. Пробую їх заспокоїти та обіцяю, що буду говорити максимально тактовно та тільки за умови згоди самого пацієнта дізнатися про наявний у нього діагноз.

В більшості випадків пацієнти на правдиву інформацію реагують адекватно. Або спокійно, по-діловому, або помірно засмучуються. Інколи пацієнт може поставити питання «лікарю, що у мене?», але на питання, чи точно пацієнт хоче почути повну інформацію, кажуть «Ні, краще не треба». Я поважаю рішення пацієнта. Кажу йому, що він може у мене запитати, коли передумає – і отримати інформацію в повному обсязі.

Було пару раз, що реакція пацієнта мене дивувала. Я розповідав про хворобу, яку лікувати неможливо, паліативному пацієнту, про потрібні кроки щодо паліативної допомоги за місцем проживання. І почув, що пацієнт з явним полегшенням мені казав: «Дякую вам, лікарю, ви мене заспокоїли! Ви не уявляєте, як страшно, коли тобі нічого не говорять, а посилають від кабінету до кабінету». Є в Києві психолог, яка стверджувала, що ці пацієнти грають переді мною, дурять мене. Але у них зовсім для цього немає мотивації. Ну і таке полегшення зіграти м це ще треба мати неабиякий талант актора. Звісно, все може бути, але мені здається, що є люди, яким невідомість дійсно набагато страшніша, ніж дуже неприємна та важка правда.

Була одна достатньо молода пацієнтка, яка чисто психологічно «не чула» надану інформацію. Наступного дня після докладної розповіді про діагноз вона питала «лікарю, а в мене хоч не рак?». Буває і така реакція. Тут легше працювати в умовах стаціонару. Бо якісне надання інформації в такому випадку – забирає певний час. І не в хвилинах чи годинах, а в днях.

Маючи сотні або й тисячі пацієнтів, які від мене почули правдиво про діагноз раку та інших онкологічних хвороб, я бачу, наскільки легше працювати та лікувати пацієнтів, які знають в повному обсязі про свою хворобу. Ми можемо не ховати очі одне від одного. Ми можемо прямо обговорювати результати лікування та наші подальші кроки. В мене досвід чесного спілкування з

пацієнтами – приблизно десять років. І я бачу чіткі переваги відвертості, чесності та поваги до пацієнта.

Саме тому я з позиції «не говорити» через позицію «сумніваюсь» перейшов до точки зору, що лікар зобов'язаний інформувати пацієнта про його діагноз. А індивідуальність має бути підкріпленою дуже, дуже суттєвими причинами. Ти 99% пацієнтам розповідаєш все. І в 1% ти розумієш та документуєш причини, чому ти вирішив надати неповну інформацію пацієнтові.

Тоді це і законно, і правильно, і на користь пацієнтові. І тоді лікар та пацієнт – одна команда, яка працює над однією задачею та прагне досягти одного результату. І результат стає більш реальним.

**20.08.2018**

## **ПРО ЛІКАРСЬКУ ТАЄМНИЦЮ**

Думаю, що це варто прямо проговорити. Варто знати про те, що кожен пацієнт має право на лікарську таємницю.

Тому моя порада. Якщо ви хочете у лікаря спитати про здоров'я родича, друга, просто людини, яка вам небайдужа, попросіть спочатку цю людину дати дозвіл лікарю на розголошення інформації про стан її здоров'я. Нехай сам пацієнт лікарю скаже, що він не проти, щоб лікар щось про нього (про неї) говорив.

Справа в тому, що правова та юридична грамотність як пацієнтів, так і медичних працівників з часом покращується. І все частіше і частіше будуть зустрічатися лікарі, які знають та виконують те, що вимагає від них Закон. І в такому разі ви здорово зекономите і свій час, і час лікаря.

Та. І ще. Якщо ви дуже хочете допомогти комусь та обговорюєте його хворобу і лікування публічно, то також поговоріть з цією людиною. Спитайте її, чи не проти вона. Бо навіть благими намірами можна щось зробити нетактовно та замість допомоги ви можете травмувати людину. Бо декому не дуже приємно, якщо без його дозволу його десь публічно обговорюють.

Ну й на останок. Мені дуже хочеться, щоб в нашому суспільстві ми етично поводитися: і медичні працівники, і родичі, і просто суспільство. Не дуже правильним є обговорювати здоров'я іншої людини, якщо вона не дає на це дозвіл, неправильним є й розголошення такої інформації. Треба нам вчитися поважати права людини, в тому числі, якщо ця людина захворіла.

Хочеться на це звернути увагу.

**17.09.2021**

## **ПРО «А ШО ВИ ХАТЄЛІ?»**

- **А шо ви хотєлі, у вас рак IV стадії?!**
- **А шо ви хотєлі, вашій мамі 90 років?!**
- **А шо ви хотєлі (ще тисяча варіантів).**

От цікаво, а яку відповідь очікує той, хто ставить таке запитання? Щось на кшталт того: «Я, бля, завжди мріяв (мріяла) померти в муках»???

І людина якось почуває себе ніяково. Мовляв, ну дійсно, а чого я хотів (хотіла), невже якісного надання мені медичної допомоги, людської розмови з повагою до людської гідності, спроби мені допомогти? Де і у кого? У цих

нащадків школи хамства советського дефіциту? І, що цікаво, або 100, або як мінімум 99% не знаходять, що відповіді на такі слова...

В медицині є табуовані теми. Багато хто собі не дозволяє з пацієнтами говорити, наприклад, про смерть (таке враження, що її не буде, якщо про неї не говорити) або про онкологічні хвороби. І мені здається, що у нас збилися пріоритети та принципи.

Треба міняти табу. Про смерть говорити (грамотно, з повагою до людини, без залякування) – не табу. Про рак говорити чесно (і грамотно, з повагою до людини, без залякування) - не табу. А от такі, як наведене питання - однозначне табу. Це фраза – індикатор недостатньої кваліфікації, людських та професійних якостей. Таке запитання говорити має бути соромно.

Дуже сподіваюсь, що з часом ми змінимо ці традиції та навчимося взаємній повазі. А інакше ми просто не зможемо добиватися результату. Світ зараз не той. І взаємна повага – необхідна умова в багатьох сферах. І є сенс їй повчитися.

- І як відповідати на таке запитання? Так щоб нікого не образити

- Я би мотом крив, якщо чесно) Ще треба хвилюватися про те, щоб не образити нещасного?

Ну, як варіант: «пане лікарю, а яку відповідь ви очікуєте на своє запитання? особисто я б хотіла отримати якісну медичну допомогу, професійне надання інформації про стан мого здоров'я, про те, що можна зробити для того, щоб одужати/продовжити життя/поліпшити якість життя в залежності від того, що є можливим. І я б дуже хотіла би, щоб мені не ставили таких ідіотських запитань. Сподіваюсь, я Вас не образила?»

**21.11.2021**

## **ПРО ЗАНЕДБАНИЙ РАК АБО ЧИ ЗАВЖДИ ВИНЕН ПАЦІЄНТ**

Коли я вперше почув вислів «Добрими намірами вимощена дорога до пекла», я дуже здивувався. Добрі наміри... Пекло...

Часто я бачу дуже добрий намір: закликати людей перевіряти своє здоров'я. Посил абсолютно правильний. Всім відомо, що статистично онкологічні хвороби при більш ранньому початку лікування лікуються більш ефективно. Зanedбана онкологічна хвороба – і результат лікування зустрічається рідше, і лікувати складніше. А інколи – взагалі неможливо.



Але чи правильний інструмент спрощувати та звинувачувати у всьому пацієнта? Мені здається, що тепер я дійсно починаю розуміти значення вислову «Добрими намірами вимощена дорога до пекла»...

Ми якось звикли думати гаслами та все спрощувати. Думати над питанням – складніше. Та стає все менш популярним. Думати – це довго, складно. Треба працювати над сумнівами. А кинути гасло – для цього ані часу, ані зусиль особливо не потрібно. От тільки тоді відбиватися від обґрунтованих запитань опонентів в темі доводиться також гаслами. Або ігнором. І люди зовсім не мають шансів зрозуміти одне одного. Вони просто одне одного нечують.



До чого призводить гасло «Ті, хто має занедбаний рак – самі винні в цьому!»? Чи має стовідсоткову реальність гасло «Проходь профогляди – та врятуй своє життя!»?

Коли людина, що вже має діагноз, натрапляє на такі публікації-гасла, вона розуміє це, як звинувачення себе. Їй і так багато хто в суспільстві намагається втлумачити, що вона має відчувати провину за те, що захворіла. Цікава психологія. Це як примушувати жертву зґвалтування відчувати провину через цю трагедію її життя. Це – вкрай нетактовна, на мою думку, поведінка по відношенню до жертв злочинів чи жертв хвороби.

Навіть, якщо провина людини, яка вже захворіла, дійсно існує – я не вважаю етичним та тактовним добивати її. Але нерідко бувають випадки, коли і провини ніякої немає, але ось такі «повідомлення» – «ТИ САМ У ВСЬОМУ ВИННИЙ» людина отримує занадто часто від нашого суспільства. Неприпустимо часто.

## **А що ж відбувається в реальному житті?**

### **1. Рання діагностика онкологічних хвороб – дуже важлива.**

Вона дає набагато більше шансів на результат лікування. І часто лікування хвороб на ранніх стадіях є більш простим та більш дешевим.

### **2. Рання діагностика онкологічних хвороб - не завжди можлива.**

Навіть в світі є перегляд результативності поголового обстеження здорового населення. А флюорографію легенів для ранньої діагностики раку легенів, якщо я не помиляюсь, ніде вже не використовують (ну, окрім відсталих країн, до яких, на жаль, доводиться відносити і нашу країну).

Якщо людина звернеться до сімейного лікаря з проханням провести їй профілактичний огляд при відсутності скарг – який відсоток сімейних лікарів не здивуються такому прохання? Який відсоток лікувальних закладів готовий забезпечити дійсно якісний профілактичний огляд, коли через два місяці дізнатися про занедбану онкологічну хворобу ризик буде зведений до мінімуму? Особисто я – зовсім не оптиміст, коли сам собі відповідаю на ці запитання.

Чим автори агітаційних онко-матеріалів можуть відповісти тим людям, які звернулися вчасно, просили їх обстежити, а через невеликий проміжок часу таки дізналися про «занедбаний рак»? Хто готовий чесно та відповідально поговорити з такою людиною?

Ми маємо тверезо розуміти, що причиною того, що ми пропустили ранні стадії хвороби, інколи є помилка пацієнта, інколи – помилка лікаря. А є ще не такі вже рідкі випадки, коли навіть сучасний стан медицини, навіть в дуже забезпечених та розвинутих країнах, не дає можливості виявити хворобу на ранній стадії (при дуже високих відповідальності пацієнта та професіоналізмі лікаря). Коли хвороба перебігає настільки приховано, що її виявлення на ранніх стадіях є майже нездійсненною на даний час задачею.

### **3. Рання діагностика – не є гарантією безсмертя.**

На жаль, бувають випадки, коли лікування пацієнта з раннім раком не приносить успіху, хвороба прогресує, пацієнт помирає, і достатньо швидко. Слава Богу, такі випадки – це виключення з правил. Але такі випадки зустрічаються. І про такі випадки знають не тільки онкологи. Їх не приховаєш від суспільства. Тому про них треба пам'ятати та про них треба чесно говорити. Чесність – демонстрація поваги.

### **4. Лікування метастатичного раку також буває успішним.**

Так, ще і ще раз - статистично чим більше цифра стадії, тим менша частота ефективного лікування, тим менші показники загальної виживаності, медіани виживання та інших статистичних показників. Але суто індивідуально, є люди з метастатичним раком, які роками лікуються. І навіть є такі, які лікуються десятками років. Це не так часто зустрічається. Але буває.

Спрощення в цьому питанні намагається переконати людей, що метастатичний рак – це однозначний вирок. Швидкий, невідворотній, суворий. Якщо ставитися до питання серйозно та по-дорослому, вже знаєш, що це – далеко не так.

З питанням «Хто винен», сподіваюсь, розібралися.

## **Тепер – до питання «Що робити?»**

### **1. Має з'явитися зацікавленість держави**

Має бути розроблений ефективний протокол ранньої діагностики. Який має базуватися на досягненнях світової медицини. Прибрати ті методи обстеження, які не дають результатів, які проводяться тільки з метою обстеження. Не має бути «обстеження заради обстеження». З іншого боку, в протоколі мають бути перелічені ефективні методи.

### **2. Має бути готовність української медицини втілити в життя цей протокол**

Якісно втілити в життя. Щоб прихід людини без скарг на обстеження не викликав здивування. Щоб був чіткий та якісний алгоритм такого обстеження. А також налагодити якісну базу даних для сімейного лікаря щодо його населення. Створити простий механізм оповіщення та нагадування людям, що прийшов час їм перевірити своє здоров'я.

### **3. Має бути якісна інформаційна компанія**

Куди звертатися? Який механізм обстеження? Скільки це коштує?

На всі ці запитання у людини мають бути чіткі та зрозумілі відповіді.

### **4. І обов'язково має бути чесність при розмові з людьми**

І повага до людей при такій розмові. Які реальні результати ранньої діагностики? Заборонити примітивні гасла, що гарантують безсмертя при проведенні флюорографії (або іншу маячню, просто флюорографія для мене – чудовий ілюстративний приклад спекуляцій та відсутності ефекту).

Теоретично, може в подальшому впроваджуватися модель зацікавлення людей в проходженні профоглядів. Але спочатку ці профогляди мають стати якісними, науково обґрунтованими, доступними та ефективними.

І лікарі-онкологи можуть скільки завгодно закликати до ранньої діагностики, до профілактичних оглядів та скринінгів, скільки завгодно звинувачувати пацієнтів за те, що «пізно звернувся» або «пізно звернулася».

Але цей нюанс: якщо медицина викликає стійку асоціацію з болем та приниженням, нікуди не подінеш, і це БУДЕ впливати на бажання до нас звертатися "рано", коли ще нічого не турбує. Ми, лікарі всіх спеціальностей, в тому числі й лікарі-онкологи, також багато чого зробили для того, щоб люди боялися до нас звертатися до того моменту, поки не буде іншого виходу.

А є люди, які не мають іншого виходу, але найбільший страх – то звернутися до нас. Їм смерть менш страшна, ніж необхідність звернутися до нас! Як би парадоксально це не звучало...

На це можна обурюватися. Можна не розуміти, про що взагалі мова. Можна відреагувати стилем «сам дурак» (дуже популярний стиль) – та почати звинувачувати або авторку посту, або й мене.

А можна проаналізувати: чи можливо щось зробити, щоб більше приділити уваги відчуттям пацієнта. Щоб прибрати біль там, де можна його прибрати. Щоб спробувати зрозуміти. Щоб зробити менш дискомфортним обстеження або лікування.

Мені здається, що тут є резерви, де можна поліпшувати якість надання медичної допомоги.

Звісно, пацієнти також дуже різні. Звісно, є над чим працювати і нам, лікарям, і пацієнтам. Але в цій темі важливо розуміти те, що нам дуже потрібно проаналізувати ці нюанси та опрацювати інструменти, які допоможуть підвищувати рівень медицини та рівень довіри до медицини.

Буде добре, якщо вся ця агітаційна машина, яка вигадує гасла (які людьми з важкими хворобами сприймаються, як звинувачення та приниження) також долучиться до роздумів на цю тему, до аналізу, як зробити профілактичні обстеження дійсно ефективними.

Ну а на даний час, я тільки можу побажати всім нам не хворіти. А, якщо вже захворіли, максимально достойно проходити це випробування. Мати ефективне лікування. Мати повноцінне життя. І поважати одне одного. Лікарям – пацієнтів, пацієнтам – лікарів.

**30.08.2020**

## ПРО ДРУГУ ДУМКУ

Кожен пацієнт має право звернутися по другу думку до іншого фахівця, до іншого закладу. В тій самій країні, в іншій країні – неважливо. В англomовному світі це має назву «Second Opinion». У нас – «Друга думка».

**Це - нормально. Ще раз: ЦЕ – НОРМАЛЬНО.**

Я знаю, що у мене є колеги, які можуть хамити пацієнтам з тої причини, що пацієнт звернувся за консультацією до іншого закладу. Але ані з позиції етики, ані з позиції закону мої колеги для цього не мають жодних підстав.

Жоден пацієнт не має виправдовуватися переді мною або перед іншими моїми колегами за те, що він звернувся по другу думку. Це – право пацієнта. Це – цивілізований підхід. Таку послугу надають клініки світу. І інколи це суттєво допомагає підвищити якість надання медичної допомоги.

Результати отримання другої думки – дуже різні. І це треба тверезо розуміти. Якщо перша та друга думка однакові – пацієнт буде більш спокійним при отриманні лікування. І це – дуже важливо.

Інколи консультація у інших фахівців допомагає звернути увагу на певні нюанси при погляді, так би мовити, «незамиленим оком».

Важче за все, коли різні фахівці категорично стоять на різних методах лікування. Пацієнту важко прийняти рішення, кому більше довіряти. Але право - це завжди відповідальність та складнощі.

Тим не менше, втретє повторюся – це нормальна практика, якщо пацієнт хоче отримати рекомендації з кількох лікувальних закладів.

Чому я спокійно ставлюся до можливості пацієнта звернутися до інших моїх колег?

По-перше, я ніколи не стверджував, що я є істиною в останній інстанції. По-друге, я поважаю Закони України та принципи професійної етики. По-третє, даруйте за нескромність, я трохи знаю собі ціну та не дуже боюся отримати рекомендації моїх колег. Далі: бувають випадки, де я дійсно отримую корисні рекомендації та за них вдячний. Навіть є ситуації, де мій професійний рівень трохи підвищився завдяки таким рекомендаціям – я звернув увагу на якісь нюанси, які чомусь були мною непоміченими.

Я залишаю за собою право на свою оцінку тих рекомендацій, які отримує пацієнт. В моїй практиці були випадки, коли я категорично не погоджувався втілювати в життя деякі рекомендації. Це було рідко, але було. У пацієнта завжди є право звернутися до «автора», якщо він погоджується на запропоноване.

Але найголовніше: ані пацієнт (пацієнтка), ані родичі пацієнта (пацієнтки) не мають виправдовуватися переді мною, вибачатися за факт отримання другої думки. Мало того, я наполягаю на тому, що й перед будь-яким лікарем не треба ані виправдовуватися, ані вибачатися за це.

Хвилюватися за своє здоров'я та з приводу свого лікування (або рідної людини) – це не є злочином, це не є підлістю. Це – НОРМАЛЬНО. Вибачте, шановне товариство, вчетверте повторююсь. Але мене реально ця тема зачепила.

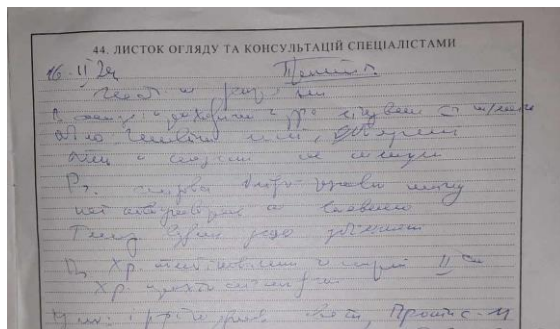
І нам треба прагнути, щоб медицина нашої країни навчилася бути цивілізованою. Одна з ознак цивілізованої медицини, на моє переконання – нормально сприймати нормальні речі.

**20.03.2021**

## **ПРО ПРОПИСИ ПРИЗНАЧЕНЬ**

У нас розповсюджені жарти навколо почерка лікарів. Але це смішно та кумедно тільки до того часу, коли від цього не залежить здоров'я, а інколи життя людини.

У мене просте питання. Як це так, що в ХХІ столітті це нормально, коли ліки виписують «на якомусь папірці»? Щоб ви розуміли, у нас є затверджена Міністерством здоров'я України медична документація – «Консультаційний висновок спеціаліста» та «Виписка з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого». Відповідно форма медичної документації №028/о та №027/о. Чому досі не наведено порядок в сфері охорони здоров'я? Що це за призначення лікаря «на якомусь папірці»?



Далі. На моє особисте переконання, якщо лікар пише пацієнту свої призначення так, що їх неможливо зрозуміти, це - ознака неповаги до людини та це означає недостатню компетентність лікаря. У нього недостатньо навичок для кваліфікованого виконання своєї роботи. З якою метою створюється цей запис? Якщо його неможливо зрозуміти тому, хто його отримує?

З якою метою мені колеги пишуть нечитабельний текст, коли здійснюють консультацію мого пацієнта? Якщо зовсім немає розуміння того, що цей текст треба прочитати (видимо, навіть очікування немає, що його взагалі хтось буде читати)? Якщо для прочитання такого тексту треба провести графологічну експертизу, витратити купу часу, сил, емоцій? На жаль попри те, що в країні дуже стає розповсюдженою саме електронна медична документація, є ще колеги, які віддають перевагу саме малюванню в паперовій версії медичної карти стаціонарного хворого малозрозумілих знаків...

На мій погляд, цей начебто маленький нюанс свідчить про нездатність організаторів охорони здоров'я, починаючи від Міністерства охорони здоров'я, завершуючи кожним ланцюгом цієї системи низькопробної організації охорони здоров'я – навести порядок з медичною документацією, з спілкуванням лікарів та фармацевтів між собою, з наданням пацієнтам рекомендацій щодо лікування та обстеження.

Я вже мовчу про те, що при бажанні навіть писати можна друкованими літерами слова, які важко вгадати. Наприклад, ім'я Андрій чи Іван можна хоча б здогадатися, що це вони написані, якщо не прочитати. А от назви препаратів (наприклад флюороурацил) чи прізвища - не так просто і здогадатися. Тут кожна літера має бути так написаною, щоб чітко було зрозуміло, що то за літера. Але для цього ж треба подумати, що ці слова мають бути так написаними, щоб їх



можна було прочитати. Але ж для цього треба мати хоч крихту поваги до пацієнта та до своїх колег, правда? Але для цього треба ж мати хоч трохи серйозного та відповідального ставлення до своєї роботи. А чи потрібне відповідальне ставлення до своєї роботи в такій професії, як професія лікаря?

До речі, ще один аргумент, що треба припиняти призначати ліки через "записи на якомусь папірці", що набагато більше буде користі від друкованої інформаційної довідки електронного рецепта.

**02.04.2023**

## **ПРО ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ І ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ**

Вирішив, що варто прояснити. Ці терміни з однаковим словом «Паліативний» дуже різні. Але це однакове слово збиває з пантелику як пацієнтів, так і лікарів. Бо мається на увазі зовсім не тотожне. Чому є така неразбериха з термінами – для мене самого питання. Втім, вона є. І тому варто розібратися в цьому.

Отже. Почнемо з «Паліативного лікування», або «Паліативних курсів хіміотерапії» (це найчастіше зустрічається в розумінні «Паліативного лікування»).

Спеціальне (тобто, протипухлинне, протиракове) лікування традиційно ділять на:

I. Радикальне лікування. Метою радикального лікування є повністю прибрати (найчастіше – хірургічно, хоча бувають нюанси) пухлину. Це може вийти, а може не вийти. Після радикального лікування ремісія може тривати десятки років, а може через кілька місяців відбутися рецидив. Але мета – позбавити людину пухлини.



II. Паліативне лікування (спеціальне).

Найчастіше цей термін вживається при лікуванні метастатичного раку. Коли повна відповідь (повний регрес пухлини) є рідкістю. І завдання лікування – зменшити швидкість прогресування хвороби. Продовжити життя людини та підвищити якість життя. Знову ж таки, все дуже індивідуально: інколи ми досягаємо цієї мети, інколи – навіть «перевиконуємо план» (бувають і повні відповіді, бувають ремісії), а інколи – нам не вдається досягти мети.

III. Симптоматичне лікування. Простіше – лікування симптомів. Коли лікування хвороби неможливе, протипоказане. Мета – поліпшення якості життя. Турбує біль – лікуємо біль. Турбує висока температура – збиваємо температуру. Є кровотеча – боремося з кровотечею. І так далі.

Що ж являє собою термін «Паліативна допомога»? Паліативна допомога не ставить перед собою задачі лікувати хворобу. Паліативна допомога спрямована на те, щоб зробити життя життям. Навіть, якщо є важка хвороба, яку неможливо лікувати. В чомусь є спорідненість цього терміну з терміном

«Симптоматичне лікування». Але симптоматичне лікування – це лише одна зі складових повноцінної паліативної допомоги.

Складно? Згоден. Але не хвилюйтеся, далі буде ще складніше))) Паліативна допомога не скасовує спеціального лікування. От є в мене пацієнт з метастатичним раком, для якого є шанси, що хіміотерапія може бути ефективною. Але він цілодобово стогне від болю, силою у 9-10 балів (Шкалу інтенсивності болю можна переглянути за QR кодом).



Цьому пацієнту я буду проводити паліативну хіміотерапію. Мета – знизити швидкість прогресування хвороби. Я лікую ХВОРОБУ. І йому ж, в цей же час я буду надавати паліативну допомогу (в складовій симптоматичного лікування: я буду лікувати СИМПТОМ – біль). Я призначу йому парацетамол, прегабалін та морфін.

Отже, інколи кілька видів медичної допомоги для пацієнта можуть проводитися одночасно, паралельно. Спочатку я отримаю ефект від знеболення (зазвичай це протягом кількох діб). А потім – оціню ефект протипухлинного лікування (зазвичай це робиться через кілька місяців від початку протипухлинного лікування).

Чому це варто знати? По-перше, я хочу, щоб в країні не було людини, яка не знає, що таке «Паліативна допомога». Тоді є шанс, що у нас вона в країні з'явиться. А по-друге, важливо не плутати ці схожі терміни та розуміти різницю між ними. Бо інколи пацієнтів фраза в виписці (епікризі) «проведено паліативний курс хіміотерапії» неабияк лякає.

Паліативна допомога – це не про страх і не про вирок. Це про турботу та допомогу. І в чомусь про любов. Про любов до людини. Разом постараємося зробити життя життям. До речі, є люди, які мають отримувати паліативну допомогу роками, інколи – десятками років. І саме завдяки паліативній допомозі (якщо вона дійсно організована та реалізована) цей термін люди живуть, а не мучаться. Я – за життя. Тривалість його – штука непередбачувана. У всіх людей, без виключення. Але який би не був термін, я за життя.

Знову скористаюся фразою паліативщиків з Івано-Франківська, але трохи її перефразую:

**МИ НЕ ЗАВЖДИ МОЖЕМО ДОДАТИ ДНІВ ДО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ.**

**АЛЕ МИ НАЙЧАСТІШЕ МОЖЕМО ДОДАТИ ЖИТТЯ ДО ДНІВ ЛЮДИНИ!**

**30.10.2020**

## ПРО КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

*Коли я написав пост про свої аргументи щодо необхідності надати інформацію про будь-яку хворобу, в тому числі й про рак, я в якості одного з аргументів навів можливість пацієнтові впливати на якість лікування, яке цей пацієнт отримує. І подумалося мені, що не завадить трохи більше присвятити уваги саме питанню участі пацієнта в процесі вибору методів лікування. Мова здебільшого піде про участь пацієнта в протоколах клінічних досліджень. Бо здається мені, що часто пацієнти мало знають про таку можливість, виходить - і мало користуються такою можливістю.*

### **Право вибору**

Але для початку, взагалі про обізнаність пацієнта щодо методів лікування, які йому пропонуються. Мені не зрозуміло, якщо пацієнту не розповідають про різні методи лікування (в разі, якщо дійсно існують різні методи), що рекомендовані протоколами лікування. Ну, візьмемо наприклад базальноклітинний рак шкіри. Якщо є можливість як оперативного лікування, так і променевої терапії, то чому б пацієнту від лікаря не дізнатися про ці різні можливості, про переваги та недоліки кожного з них та не обрати самому той метод лікування, який захоче обрати сам пацієнт? Чому за нього хтось має приймати рішення?

Коли казати про призначення хіміотерапії. Нерідко є альтернативи. Часто є різні схеми хіміотерапії, які можуть проводитися при одній й тій самій хворобі. І ці схеми можуть мати різну статистичну ефективність та різну вартість. І хто сказав, що лікар за пацієнта має обрати чи то найдешевшу чи то найдорожчу схему лікування? Пацієнт має дізнатися від лікаря про існуючі альтернативи (якщо вони є), знову ж таки – дізнатися про вартість (орієнтовну), показники ефективності, токсичності тощо - та прийняти рішення, яким із запропонованих методів скористається саме він. Так, звісно, існують препарати, які мають вартість і десятки, і навіть сотні тисяч гривень на курс лікування. І так, далеко не кожен має можливість нести такі витрати на лікування. Але, якщо у пацієнта така можливість є, але він не скористався новітнім лікуванням, яке частіше буває ефективним, через те, що йому не надали вчасно інформацію, то це недолік тих, хто цю інформацію не надав...

### **Клінічні випробування – додаткові можливості**

Що стосується протоколів клінічних випробувань. Зараз у всьому світі це просто унікальна можливість для пацієнтів отримати найновіше лікування, дуже ретельний контроль за ефективністю та за безпекою лікування. При цьому пацієнт приносить користь науці в частині впровадження новітнього лікування, яке з часом буде рятувати життя іншим людям. І при цьому на вкрай дорогі препарати пацієнт не витрачається. А в нашій країні, де суворе дотримання протоколів лікування (тим більше світових) ще не стало правилом – це ще й заперука того, що лікування пацієнт отримує саме у відповідності до світових стандартів діагностики та лікування. Він отримує лікування так само, як і його “брати по нещастю” в США, Канаді, Німеччині, Австрії, Великобританії тощо.

На жаль, на сьогодні дуже розповсюджені є фейкові залякування з боку окремих політиків, для яких головна зброя – популізм, який в поєднанні з абсолютною безграмотністю в питаннях, про які вони беруться безапеляційно заявляти – призводять до смішних з одного боку (для тих, хто в темі, хто має знання), але з іншого – дуже небезпечних інформаційних хвиль. Мовляв, «над українцями ставлять експерименти». Вони сіють паніку. І ці фейки, які розповсюджуються безвідповідальними діячами, просто позбавляють наших громадян можливості отримати серйозне лікування.

А от країни, які на сьогодні є законодавцями в лікуванні онкологічних хвороб – США та країни Західної Європи, протоколи лікування яких є визнаними в світі, на які орієнтуються онкологи всього світу – в цих країнах дуже велика кількість пацієнтів, які беруть участь в протоколах клінічних випробувань.

### **Як має виглядати цивілізований підхід?**

Вище написане мною не означає, що всі пацієнти мають лікуватися тільки в рамках протоколів клінічних випробувань. Все не так просто. По-перше, в протоколи клінічних випробувань ліків йде набір пацієнтів з конкретними критеріями включення та виключення. І запропонувати пацієнтові участь в протоколі мають можливість тільки за умови, якщо пацієнт по тих критеріях підходить до участі в протоколі. А по-друге, дуже важливо, ні, навіть не так, **обов'язковою умовою є саме інформована згода пацієнта на участь в такому протоколі.**

Але, якщо ми серйозно ставимося до лікування наших пацієнтів, то пацієнт має отримати вичерпну інформацію про методи лікування, які вже використовуються в практиці, які є альтернативи, а також про можливість участі в протоколі клінічного випробування. І вже пацієнт має для себе прийняти рішення: який із запропонованих методів він обере.

На сьогодні хіба що у пацієнта є можливість самостійно сісти за комп'ютер, знайти сайт Державного експертного центру Міністерства охорони здоров'я України та розшукати протоколи клінічних випробувань, які проводяться при його захворюванні. Сайт ще не дуже зручний у використанні та я не впевнений, що там є повна інформація, але це краще, ніж нічого. Адреса сайту така: <https://clinicaltrials.dec.gov.ua/>

Або, якщо пацієнт володіє англійською мовою, тоді він має можливість подивитися інформацію на англійськомовному сайті <https://www.clinicaltrials.gov>.

От тільки для цього він має знати свій діагноз, щоб знати, що шукати (ще раз про необхідність лікарям виконувати вимоги Законодавства України та давати цю інформацію пацієнтам).

А взагалі, було б чудово, якби кожен лікар-онколог мав би інформацію про всі клінічні випробування, які проходять хоча б в нашій країні та давав би її пацієнту - як одну з можливостей вибору. В принципі, якщо пацієнти стануть озадачувати лікарів та ставити їм питання про протоколи клінічних випробувань - не виключено, що лікарі почнуть вважати, що знати це - достатньо важлива для якісної роботи в сучасній медицині штука.

## **Як правильно скористатися цим вибором**

Попереджаю, що ділюся виключно своїми думками на тему (власне, як і все, що пишу в цьому пості - це лише мої думки). Але як я бачу оптимальний шлях пацієнта, який хоче отримати якісне лікування:

1. *Докладно дізнатися про свій діагноз. Наполягти на своєму праві, що гарантоване статтею 39 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”. При цьому наполягати на тому, що діагноз має бути не зашифрованим (не різні там шифровані знаки та скорочення), а повним. Наприклад: «Центральний рак лівої легені, метастатичне ураження наднирників, Т3N1M1, стадія IV, клінічна група II». При необхідності (якщо відмовляють на місці) - звернутися письмово до головного лікаря закладу з цією вимогою.*



2. *Дізнатися про різні методи лікування хвороби. При необхідності - звернутися по другу думку до іншого лікаря, в інший онкологічний лікувальний заклад.*

3. *Дізнатися про наслідки як лікування, так і відмови від лікування.*

4. *Спитати про наявні протоколи клінічних випробувань (в різних містах, бо інколи реально варто поїхати в інше місто для отримання можливості взяти участь в протоколі).*

5. *При можливості – самостійно розшукати інформацію про протоколи клінічних випробувань на доступних офіційних сайтах.*

6. *Якщо є протокол, що підходить саме вашій хворобі – зв’язатися з командою, що бере участь в цій роботі, отримати на руки форму інформованої згоди (де детально буде описано все, що стосується цього протоколу, всі його плюси та мінуси).*

7. *Уважно прочитати зміст інформованої згоди. **Це дуже важливо! Уважно прочитати!** При необхідності – порадитися з тим, з ким ви вважаєте за потрібне. Зверніть увагу - вас не мають права обмежувати в часі ознайомлення з даним документом.*

8. *Якщо виникли запитання, щось незрозуміло для вас написано в протоколі – не соромтеся ставити запитання. Перед тим, як взяти участь в протоколі, ви маєте чітко розуміти, що вам пропонують.*

9. *Зібравши повну інформацію про наявні різні методи лікування (як в звичайній практиці лікувальних закладів, так і в рамках протоколів клінічних досліджень) – прийняти рішення, який з тих методів підходить особисто вам.*

На моє глибоке переконання, якщо все це зробити – тоді реально отримувеш вибір. І отримувеш підхід як до людини, а не до бездушного об’єкта, з яким щось роблять, але зовсім не цікавляться у цього об’єкта, що хоче обрати саме він. В такому разі пацієнт має найбільші шанси на ефективне лікування. У випадку лікування онкологічних хвороб – важливість цього важко переоцінити. Так, звісно, все це справедливо для лікування будь-яких хвороб. І до речі, клінічні випробування існують не тільки в онкології. Але пишу саме про онкологію, бо

мені ця тема із зрозумілих причин є більш близькою. Плюс – важливість отримати максимальні шанси та висока вартість певних методів лікування додаткових роз'яснень не потребує.

Дуже сподіваюсь, що скоро і для нашої країни цивілізований підхід до пацієнта та повага до права пацієнта на вибір – не будуть порожніми словами. Бо переконаний, що це дуже впливає на якість того лікування, яке отримують наші пацієнти.

**28.02.2020**

## **ПРО ДОСТУПНІСТЬ ЛІКАРЯ. ТО ДОБРЕ ЧИ ПОГАНО? І ЯКОЮ ВОНА МАЄ БУТИ?**

Одна з моїх пацієнок лікується за кордоном. Щоб просто поставити запитання лікуючому лікарю - її записали. Тижня через два пацієнтка зможе поставити питання. Я би не сказав, що мрію саме про такий запис до мене моїх пацієнтів, але...

Але ми працюємо в системі розвиненого популізму. Лікар має бути доступним постійно. Ординаторська (кабінет, де знаходяться лікарі, якщо вони не завідуючі відділеннями) має знаходитися якомога ближче до сходів та до входу у відділення, щоб кожен, хто захоче, в будь-який час в будь-який день, просто міг зайти в ординаторську.

Що відбувається далі. Теоретично кожного робочого дня я маю здійснити обхід, оцінити стан пацієнтів, створити план обстеження та лікування з врахуванням клінічної ситуації по кожному пацієнту. Потім я повертаюсь в ординаторську та там маю дати призначення. Щоб це відбувалося максимально якісно та безпечно для пацієнтів, мали би бути створеними умови для концентрації лікаря на цій задачі.

В хіміотерапії просто поставити не там кому в дозі препарату м це потенційно смерть пацієнта. Мова йде про питання життя пацієнта!

Але на жаль, це не цікавить ані пацієнтів, ані родичів, ані систему загалом. Взагалі не стоїть питання, щоб цей процес був якось впорядкованим.

В середньому один раз на дві хвилини відкриваються двері в ординаторську. 70% людей питають, де знаходиться лікар, якого зараз немає в ординаторській, 30% людей ставлять різного роду запитання лікарю, якого спіймали таки в ординаторській. 99% таких запитань не є терміновими. Але немає організації процесу, тому жодна людина не знає, як правильно та коли це питання поставити.

Отримую інформацію про те, що в цивілізованих країнах така робота лікаря в умовах повного хаосу та дискоординації – просто неможлива. Організація цього процесу продумана та жорстка.



В цивілізованих країнах ведеться статистика лікарських помилок. Час від часу такі помилки є причиною смерті пацієнта. І цей відсоток рахується. Там. На жаль, неможливо створити систему, де би ці відсотки були нульовими. У нас, якщо десь формально й ведеться така статистика, то я впевнений, що по ній ми працюємо краще за всі країни світу))) Тільки вірити цій статистиці я би не став)).

Я, можливо, й не вважаю правильним очікувати пацієнту два тижні при бажанні поставити лікуючому лікарю запитання. Але система хаотичного бродіння людей по ординаторській (до речі – всіх, не тільки пацієнтів...) створює ситуацію, коли лікування проводиться та пацієнти в більшості випадків виживають, – не завдяки організації лікувального процесу, а скоріше всупереч такій «організації». Видимо, народ у нас таки на диво живучий...

У мене мало сподівання на розуміння, якщо чесно, але спробую закликати. Тих, хто займається організацією надання медичної допомоги: продумати створення порядку та умов для адекватної роботи лікаря в країні.

А пацієнтів: якщо ви знаходитесь на лікуванні в стаціонарі – таки дотримуватися правил внутрішнього розпорядку та режиму (коли сніданок, коли час обходу, коли час для процедур – тощо). Якщо є запитання: постаратися зрозуміти, чи воно є плановим, чи – терміновим.

Постарайтесь в лікарню їхати з власним блокнотом. Запишіть своє запитання, поставте його під час обходу – якщо запитання нетермінове. Це може підвищити або безпеку іншої людини, яка так само, як і ви, отримує зараз лікування (бо під час формування призначення йому ви не відволікатимете лікаря), або навіть особисто вашу (якщо в цей час формуються призначення саме вам). Бо робота лікаря – не тільки давати прес-конференції всім бажаним в будь-який час. Йому ще треба інколи займатися діагностикою та лікуванням пацієнтів.

Якість роботи лікаря, окрім самого лікаря, часто залежить ще й від професійності організації процесу та й від дисциплінованості пацієнтів та їхніх родичів.

Можливо колись ми зможемо і в цьому питанні трохи покращити нашу медицину. А значить, зробити її більш якісною, більш ефективною та більш безпечною для наших пацієнтів.

**10.02.2024**

## **ПРО ВЗАЄМНУ ВВІЧЛИВІСТЬ ЛІКАРІВ І ПАЦІЄНТІВ**

У медицині є купа недоліків. І це навіть не треба обговорювати. Вони є.

Але як не крути: медичні працівники – це люди. І пацієнти – це люди. Медичні працівники – різні. І пацієнти – різні.

Якість медицини дуже залежить від якості медичного працівника, від якості керування чиновниками, від фінансування та від багатьох інших складових.

Але вона ще й дуже залежить і від якості пацієнта.

*На обході в палаті:*

*«Ну, поки ви читаєте [мова про англомовну інструкцію до ліків іншої пацієнтки], – я у вас запитаю»...*

*Цікавим буває ставлення пацієнтів не тільки до роботи лікаря, але й власне до інших пацієнтів в тому саме лікувальному закладі.*

*І це трохи системно таки треба змінювати. Це одна з важливих причин меншої, ніж могла би бути, якості надання медичної допомоги.*

На мій погляд, один з важливих факторів, які суттєво знижують якість надання медичної допомоги, – це повний хаос та ігнорування будь-якого режиму та розпорядку в лікарні. Саме в нашій країні пацієнт обуриться, якщо через невідкладний стан іншого пацієнта не відбудеться його розмова з лікарем, бо пацієнт саме зараз вирішив, що наступив для неї час. А позиція керівників зазвичай – «Знаходьте час». Як? Мало кого цікавить. Просто треба зробити так, щоб кожен був задоволеним, навіть, якщо це неможливо. Гірше всього вихованим, ввічливим та інтелігентним пацієнтам, бо такі вимоги дають перевагу саме тим, хто вміє хамити та ігнорувати будь-яку етику та будь-який розпорядок. Поняття «обхід» – порожній звук для багатьох пацієнтів, їхніх родичів, багатьох із співробітників. Неважливо, що треба сконцентруватися, подумати, дати призначення... Плановість, якась організація процесу – здається, що це не про нашу країну.

Популізм приємний на смак та на дотик. Неймовірні зусилля, спрямовані на те, щоб всім сподобатися – більшості з тих всіх – приємні. Хоч ЧСВ підгодують... Поставити лікаря в позицію «чого изволите» цілком легке рішення. Але результат на перспективу, як на мене, є вкрай сумнівним. Тільки це не одразу видно, наслідки зазвичай є віддаленими...

Якщо лікар помилився, то саме він буде оголошений винним. Але ймовірність помилки в режимі перевантаження в поєднанні з створеним хаосом (я вже мовчу про «чудову» систему дублювання роботи – паперової та електронної, про совкове поклоніння навіть не паперам, а бамажкам, купи непотрібної нікому роботи, яку створюють люди з ініціативою) – в десятки разів буде вищою у порівнянні з організованим лікувальним процесом. Це просто умови, які провокують лікарські помилки. Чи готове наше суспільство до подібної до цивілізованих країн організації? Вкрай сумнівно. Але мені здається, що варто знати про різні причини, які створюють умови для заниженої якості медицини в Україні. Таких причин – дуже багато, і це – тільки одна з них. Але, як на мій погляд, достатньо вагома та важлива.

P.S. Я сам проти хамства медичного працівника при спілкуванні з пацієнтом/родичами. І багато про це думаю, пишу, говорю, роблю свої висновки, працюю над собою в тому числі. Сподіваюсь, що це і так зрозуміло, і що немає необхідності пояснювати, що пост не на захист хамства медичного працівника. Але на всякий випадок таки пояснив.



## ЩО ВАРТО ЗМІНИТИ ПАЦІЄНТАМ?

1. **«Я тільки на секундочку».** Жартома я люблю на цю фразу відповідати: «Час пішов». У мене був один дивний випадок. Колега по телефону спитав: «Можу я у вас забрати три хвилини?». Після розмови я подивився на мобільний телефон: тривалість розмови 2 хвилини 47 секунд. Але, на жаль, така точність – це вкрай рідкий виняток.

Якщо у лікаря є задачі, які йому треба вирішити, у нього пацієнт просить хвилину, але ставить питань на дві години та ображається, що прямо зараз лікар не має можливості виділити йому ці дві години – я взагалі не бачу логіки.

2. Це продовження першого – коли **«я тільки одне питання поставити»** лунає для лікаря, який по сročняку летить в палату, де стало зле іншому пацієнту. І, що цікаво, то запитати до чи після їди приймати таблетки саме зараз для такого пацієнта важливіше, ніж ЖИТТЯ того пацієнта, до якого летить лікар. «І нехай весь світ зачекає» – слоган з реклами інколи стає правилом життя для деяких пацієнтів. Особисто мені це прямо наносить образу. Добре, ви абсолютно не вважаєте людиною вашого лікаря. Але чому ви ні на грам не цінуєте життя іншого пацієнта? Дивно спостерігати за щирою образою, яка читається на обличчі такого пацієнта через те, що ти таки продовжуєш бігти в палату, а не кидаєш все на фіг та не починаєш тривалу розміряну розмову по команді такого пацієнта. На даний час я на бігу кричу голосно та жорстко, але ще не зривався на мати. Стримуюсь. І пишаюся собою через це.

3. **Ігнорування прохання дзвонити по планових питаннях в зручний для лікаря час.** Якщо пацієнтку роздягнути для огляду, а потім хвилин 40 розмовляти по телефону з десятком інших пацієнтів – навряд у роздягненої пацієнтки це викличе захват. Але попри те, що пацієнти знають, що ранок – це час обходу, попри те, що я сам прошу під час обходу не зловживати тим, що я даю свій номер мобільного телефону (хоч і немає цього обов'язку в моїй посадовій інструкції) – все одно продовжуються регулярні дзвінки «в заборонений час». Більшість з них я ігнорую. Але з думок над пацієнтами це збиває та примушує знову концентруватися на роботі.

4. **Глибока образа деяких пацієнтів на те, що реальне життя суттєво відрізняється від вигаданої картинки, яку намалювало їхнє уявлення.** Такий пацієнт думає, що коли він звернувся в лікарню, то його зустрине весь колектив лікарні з криком: «Слава Богу, ти прийшов!» Двері відчинять швейцари, всі черги розгонять, одразу з порогу візьмуть аналізи, проведуть всі дослідження, через півгодини будуть результати та максимум через годину вже буде вводиться хіміотерапія. Якщо потрібна консультація, то в лікувальному закладі є спеціально навчені фахівці, які тільки й чекають на цього пацієнта та зовсім не мають іншої роботи.

І неготовність зрозуміти, що для забезпечення бодай можливої якості обстеження та лікування (та так, щоб іншим пацієнтам також не створювати небезпеки) - все займає свій час. Більший чи менший. А планування системного лікування може займати інколи і години, і навіть дні... А уточнення діагнозу в деяких випадках навіть тижні...

5. **«Альтернативне лікування»** сусіда по палаті та нав'язування йому свого «досвіду». Деякі пацієнти суттєво забувають про те, що вони не стали лікарями. І що робити призначення іншим пацієнтам – це не їхній обов'язок та не їхня справа. А коли пацієнт починає «допомагати» переставляти «крапельниці»... Головне – услідкувати за активними «помічниками», щоб врятувати сусіда по палаті від повітряної емболії та смерті (введення великої кількості повітря внутрішньовенно).

6. **Постійні розмови в палаті на тему хвороб, страждань, мук або знайомих, або просто тих, про кого десь колись чув...** Блін, я розумію, що теми хвороб повністю позбутися неможливо. Але на фіга це робити цілодобово днями та тижнями?! Я не уявляю... Хоча, ні, уявляю, бо зі мною ділилися «жертви» таких сусідів по палаті... Що відчуває людина, яка не хоче кожен секунду свого перебування в лікарні чути тільки про хвороби.

7. **Любителів на обході театралью та поетично ставити питання, розповідати про свої скарги** я також не дуже розумію. Задача пацієнта чітко, лаконічно та зрозуміло для лікаря викласти інформацію про свої відчуття. Ми не на конкурсі чтецов. Якщо лікар засипати поемою замість чіткої інформації – дуже важко зрозуміти, що взагалі хотів сказати пацієнт та які дії для поліпшення його стану треба вжити.

8. **Коли я працюю в багатомісній палаті з пацієнтом, дуже дивною є розмова інших пацієнтів між собою.** Я регулярно вимушений читати лекцію про те, що пацієнти мають поводитися, як дорослі люди з певним рівнем інтелекту, що вони не мають лікарю заважати виконувати його роботу. Я досі подитячому дивуюсь, чому дорослим людям це так часто незрозуміло.

9. **Голосна розмова по мобільному телефону пацієнта, коли лікар намагається працювати з сусідом по палаті** – та, в принципі – нуу комент. Науково-технічний прогрес відбувся, а елементарного розуміння етики... Не завжди...

10. Повернемося до телефонних розмов. Якщо пацієнт таки вирішив скористатися тим, що лікар дав номер свого ОСОБИСТОГО телефону - вкрай рідко пацієнт старається бути лаконічним, чітким при телефонній розмові. Якщо лікар відповів на телефонний дзвінок, значить він мріє по телефону почути поему хоча б на півгодинки. А пасаж: **«Ви мене впізнали? Я у вас лікувалася три роки тому!»** – взагалі викликає незабутні відчуття.

11. **Нецікавість до свого здоров'я.** Можна у лікаря десять раз перепитати одне й те саме питання. Записати в блокнот важливі моменти? А що таке блокнот? А наприкінці обходу чи прийому, коли вже закрито в електронній системі прийом та треба повторно вводити купу інформації: «Ой, я ще хотів сказати, мені треба рецепт на морфін». І тепер час прийому буде вдвічі довшим. А за дверима психують та накопичують агресію на лікаря та медичну сестру ті, хто чекає в черзі...

12. **Категоричне уникнення відповіді на ті запитання, які ставить лікар.** «Оцініть силу свого болю за десятибальною шкалою» – «У мене вночі болить сильніше, а в день не так сильно». Я спитав про час доби, коли біль є

сильнішим? «Ну, у мене болить рука». Я спитав, де знаходиться локалізація болю чи оцінюю зараз її силу??? Блін, у мене питання, такі пацієнти ставлять своїм завданням заплутати лікаря чи все ж таки отримати медичну допомогу? Бо із завданням заплутати – їм майже вдається впоратися.

Є ще купа моментів, які я отак одразу і не згадав. Для першого разу достатньо, думаю. Я згадую і зовсім інших пацієнтів. Священик-пацієнт, який допомагає персоналу виносити з відділення тіло померлого сусіда по палаті. Пацієнти, які першими дають сигнал про проблеми, що виникли у сусіда по палаті. Пацієнти, які згодні поступитися своєю чергою на прийом для того, щоб першим пройшов інший пацієнт, який у важкому стані.

А також є купа претензій до лікарів, сестер, молодших медичних сестер (їх звикли обзивати «санітарками», а дехто навіть «уборщицями»), до реєстраторів. У нас є купа проблем. І грубість та хамство, і лікарські помилки та замалий рівень знань, є й такі мед. працівники, які вимагають від пацієнта гроші. І потурання права пацієнта на інформацію про діагноз та на лікарську таємницю, і жахлива якість надання паліативної допомоги та лікування хронічного болю... І так далі, і так далі, і так далі... Я вже мовчу про те, що далеко не кожен з нас стукає, коли заходить в палату до пацієнтів (і я – серед таких).

Повертаюся до фрази, яка стала провокуючим моментом в написанні цього посту (авторство не моє, але сподіваюсь, що маю право процитувати ще раз): «Але змінюватися потрібно всім – й медичним працівникам, й пацієнтам».

Лікування хвороб, в тому числі й дуже важких хвороб - це спільна робота лікаря та пацієнта. І треба підвищувати якість всіх складових для того, щоб вищої якості був результат.

Закликаю до ВЗАЄМНОЇ поваги, товариство. Це – важливо. І підвішую тему «А чи я є достатньо ввічливим та розважливим, чи просто вважаю, що всі мені винні та мають діяти з моїми уявами про моє обслуговування?».

**17.10.2020**

---

## СУЧАСНА ХІМІОТЕРАПІЯ

---

### ПРО ХІМІОТЕРАПІЮ БЕЗ МІФІВ І СТРАХУ

*У моїй практиці трапляються випадки, коли пізні звернення до онколога пацієнти пояснюють страхом перед хіміотерапією (ХТ). Тим часом неадекватне сприйняття медикаментозного лікування раку не лише серед звичайних людей, а, на жаль, іноді і серед лікарів – є важливим фактором того, що люди максимально відтягують час зустрічі з онкологом і, отже, зменшують свої шанси вижити.*

У нашому суспільстві є дві крайності: нерозуміння серйозності, небезпеки ускладнень хіміотерапії та панічний страх перед цим методом лікування. Як часто буває: істина десь посередині. Насправді для проведення хіміотерапії є дуже чіткі показання та протипоказання, при проведенні цього методу лікування є певні правила техніки безпеки, виконання яких дає максимальні шанси на те, що пацієнт отримає від лікування користь, оминувши небезпечні для життя ускладнення.

Хіміотерапія застосовується із різними цілями. Наприклад, з метою вилікувати пацієнта із злоякісною пухлиною. Однак, пухлин, настільки чутливих до хіміотерапії, щоб можна було розраховувати лише на її вплив не так багато. В основному це так звані системні пухлини – деякі види лейкозів, лімфом. Також високі показники лікування при застосуванні хіміотерапії – для лікування трофобластичної хвороби. Але є пухлини, які не такі чутливі до хіміотерапії. Тим не менш, хіміотерапія є дуже важливим етапом у комплексному лікуванні, коли мета залишається тією ж – лікування пацієнта. Хіміотерапія застосовується у комплексі, під час хірургічного лікування та променевої терапії. Іноді вона може бути першим етапом, іноді використовується після операції та променевої терапії. А іноді – і супроводжує інші методи лікування. Тільки суворе дотримання стандартів лікування онкологічних захворювань, грамотне, своєчасне застосування всіх видів лікування дає максимальні шанси на одужання. При досить серйозному ставленні до кожного етапу лікування.

Але трапляються випадки, коли хіміотерапія – це соломинка, за яку ми хапаємося, коли більше немає жодних інших способів вплинути на хворобу. Чого гріха таїти – рання діагностика раку, коли ми маємо максимальні шанси допомогти пацієнтові, коли фінансові витрати на лікування м мінімальні, поки що часто залишається мрією онколога. Нерідко захворювання виявляють у занедбаних стадіях, коли ні про яку операцію чи променеву терапію і не йдеться. І тут хіміотерапія – це шанс. Він може бути більшим при окремих пухлинах, а в деяких випадках меншим.



Так, є протипоказання до проведення хіміотерапії. Насамперед, це тяжкий стан хворого, наявність тяжкої супутньої хвороби (інсульт, інфаркт міокарда, серцева, печінкова, ниркова недостатність, інфекційні захворювання, цукровий діабет з тяжким перебігом, зниження показників кровотворення: гемоглобіну, лейкоцитів крові, тромбоцитів, нечутливість за відсутності інших доступних схем лікування).

Так, бувають серйозні ускладнення такого лікування: токсичні гепатити, ураження крові, травної системи, шкіри, серцево-судинної системи.

Так, необхідно виконувати всі рекомендації вашого онколога, звітувати йому про всі зміни у вашому самопочутті; вчасно проходити потрібне обстеження перед лікуванням. І чекати на оцінку вашим лікарем результатів цього обстеження, не поспішати, щоб лікар міг забезпечити вам максимальну безпеку при призначенні лікування.

Після проведення курсу хіміотерапії необхідно також показатися вашому сімейному лікарю, і через тиждень після проведення хіміотерапії ще раз здати аналізи крові (загальний та біохімічний) та сечі за місцем проживання, результати яких необхідно обговорити з вашим сімейним лікарем.

При виконанні цих правил можна розраховувати на мінімальні ризики за максимальних шансів на допомогу від хіміотерапії.

Пацієнт повинен знати про право бути повністю поінформованим про своє захворювання, план лікування, про можливі ускладнення та про статистичну ефективність такого лікування (як часто даний метод лікування допомагає). Запам'ятайте, що таке право надає стаття 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а 38 стаття Закону дає право на вибір лікаря та лікувального закладу.

Після отримання повної та достовірної інформації – у вас з'явиться можливість проконсультуватись в інших центрах, знайти стандарти лікування онкологічних хворих (більшість з яких регламентуються наказом №554 Міністерства охорони здоров'я України від 17.09.2007 з доповненнями). І розуміти, що вам пропонують, і яку роботу потрібно зробити. При призначенні хіміотерапії ви зможете розпитати про очікуваний ефект (наскільки він ймовірний) і про можливі ускладнення. При відмові у проведенні хіміотерапії можна поцікавитися, чим він обґрунтований.

На жаль, у суспільстві, а іноді, що особливо сумно, і серед медичних працівників виникає питання: «навіщо проводили хіміотерапію»? Повторюся, щодо хіміотерапії є чіткі показання. І, якщо немає абсолютних протипоказань, відмову пацієнту (при його бажанні скористатися нехай і мінімальними шансами на ефект, як буває при деяких захворюваннях) у проведенні хіміотерапії можна прирівняти до поняття «ненадання медичної допомоги», тобто до злочину, відповідальність за яка передбачена 139-ю статтею Кримінального Кодексу України. Якщо єдиний шанс допомогти хворому – це проведення хіміотерапії, то для відмови в такому лікуванні також повинні бути дуже вагомі підстави.

**24.04.2019**

## ПРО ПОРТ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННИХ ІНФУЗІЙ

Якщо треба довго та часто проводити інфузії (введення) препаратів в вену, то в світі використовуються порт-системи. Інколи це використовується і в Україні. На жаль, не часто. Навіть більше того, нажаль, набагато рідше, ніж потрібно.

Це недешево. Але, якщо немає ускладнень (які зустрічаються, як і при будь-якій іншій медичній маніпуляції), порт-система може служити 5-6 років.

**Це має особливе значення для пацієнтів, що отримують хіміотерапію** (вплив хіміотерапії на вени, думаю, не потрібно докладно описувати, особливо якщо казати про схеми, де треба вводити препарати тривало: 46, 96, 120 годин постійно) для лікування онкологічних хвороб та онкогематологічних хвороб (лейкозів/лейкемій). Також це може бути необхідним для паліативних пацієнтів, яким треба в вену вводити знеболення. В принципі, це є потрібним для будь-якої людини, якій доводиться отримувати численні курси, пов'язані з введенням ліків в вену.

Порт-система – схожа на встановлення «центрального катетера», або «підключички». Тільки вводяться препарати не в кінець катетера, який виведений назовні, а в спеціальну камеру, яка імплантується підшкірно. Саме тому цією системою можна користуватися протягом численних курсів, а пацієнт з нею може вести звичний образ життя, в тому числі - приймати душ, митися.

**03.07.2018**

## ПРО ПОКАЗНИКИ КРОВІ

В групах пацієнтів з онко-діагнозами нерідко є розмова про "підняти лейкоцити", про рівень лімфоцитів тощо. Я не є професором в даному питанні, але дещо знаю. Та хочеться поділитися.

Сьогодні саме про лейкоцити. Всі ж бачили, що лейкоцити в аналізах крові пишуть зазвичай в одиницях  $\times 10^9$  в 9 ступені, тобто – мільярдів клітин в літрі крові (тисячі клітин в мілілітрі). Інколи в аналізах пишуть одиницю «Г/л» (Гіга в літрі). Це по аналогії з гігабайтом. Також означає скільки мільярдів клітин в літрі крові (як гігабайт – трохи більше мільярда байтів ·).

А от еозинофіли, базофіли, паличкоядерні та сегментоядерні нейтрофіли, лімфоцити, моноцити та деякі інші клітини пишуть в основному у відсотках. А в приватних лабораторіях можуть написати абсолютні та відносні показники перелічених клітин.

Все, що не еритроцити та не тромбоцити – все є лейкоцитами. Тобто і лімфоцити – це лейкоцити, і базофіл – також вид лейкоциту. Якщо лабораторія дає цифри у відсотках, тоді вона показує тільки розподілення між різними видами лейкоцитів, а не точну кількість кожного виду.



Якщо в аналізі пишуть лімфоцити 70%, тоді це не завжди говорить про те, що лімфоцитів багато. Бо якщо рівень лейкоцитів взагалі низький та найменша кількість серед лейкоцитів саме нейтрофілів, тоді у відсотках лімфоцитів буде багато, а в абсолютній кількості – в межах норми.

Тепер про кількість лейкоцитів. Цікаво, що і пацієнти, і лікарі часто при проведенні хіміотерапії дивляться тільки на рівень лейкоцитів. А якщо почитати рекомендації та хоча б інструкції до препаратів, то найчастіше там мова йде про **абсолютну кількість нейтрофілів**. І цікаво, що дізнатися ту абсолютну кількість нейтрофілів не важко. Треба тільки згадати, як розрахувати що означає 50% :)

Ми ж розуміємо, що 50 відсотків від 800 це - 400. А 10% від 300 це 30.

То саме. Ми плюсуємо відсотки паличкоядерних нейтрофілів та сегментоядерних нейтрофілів. А потім дізнаємося, скільки це 48% (наприклад) від кількості лейкоцитів.

**Наведу приклад.** У пацієнта кількість лейкоцитів 4.0 Г/л. А паличкоядерних 1%, сегментоядерних 22%. Сумарно – 23%. Тепер треба дізнатися, а яке значення абсолютної кількості нейтрофілів. Для цього 4 помножуємо на 0.23 (0.23 це і є 23%)

$4 \times 0.23 = 0.92$  Г/л. Це нейтропенія (зниження кількості нейтрофілів). І дуже часто, для багатьох хіміопрепаратів це є протипоказанням для проведення хіміотерапії. А лейкоцити начебто нормальні.

**Інша історія.** Лейкоцити 2.7 Г/л. Начебто знижені. А паличкоядерних 3%, сегментів – 74%. Сумарно нейтрофілів 77%.

Визначаємо абсолютну кількість нейтрофілів:  $2.7 \times 0.77 = 2.079$  Г/л. Це – в межах норми. Найчастіше при таких показниках можна по графіку проводити курс хіміотерапії.

На мій погляд, визначити абсолютну кількість нейтрофілів не так складно не тільки лікарю, але й людині без медичної освіти. Тому було б непоганим, щоб це робили.

**30.05.2020**

## **ПРО ТЕ, ЯК «ПІДНЯТИ» ЛЕЙКОЦИТИ, КОЛИ ОТРИМУЄШ ХІМІОТЕРАПІЮ**

Почну здалека. Я, коли працював гематологом, навчився тактиці: якщо знижені лейкоцити – одразу призначати дексаметазон, а при можливості, ще й філграстим (зарсіо та інші). Кілька років тому (я вже не пам'ятаю, скільки точно) я був на лекції чи то доповіді професора Світлани Анатоліївни Гусевої.

І, коли почув слова: «Якщо ви призначаєте дексаметазон при знижених лейкоцитах, вас судити треба, ви вбиваєте пацієнтів» я спочатку неабияк образився. Блін, ми роками саме дексаметазон і призначаємо та наче всі живі. А без нього – страшно!

Але Світлана Анатоліївна аргументувала свої слова. Дексаметазон не збільшує кількість лейкоцитів, тим більше – нейтрофілів. Він перерозподіляє. Він призводить до того, що з місця, де клітини утворюються (з кісткового мозку)

клітини більш швидко виходять на периферію (в кров, аналіз якої ми отримуємо, ми ж не робимо пункцію кісткового мозку щоразу кожному пацієнту при нейтропенії). Але ми застосовуємо імунодепресант (дексаметазон знижує імунітет) у послаблених пацієнтів і підвищуємо ризик смерті від інфекційних ускладнень.

Дексаметазон – дуже потрібний препарат. У нього є купа показань. Але спробуйте знайти рекомендації щодо застосування його для лікування лейкопенії чи нейтропенії. Почитайте хоча б інструкцію до препарату. Саме такого показання для цього препарату немає. А кожен лікарський засіб має застосовувати саме згідно з його показаннями.

*Мабуть допишу доповнення. Вже отримав кілька питань щодо застосування дексаметазону перед хіміотерапією. Є такі хіміопрепарати або такі схеми хіміотерапії, де дексаметазон офіційно рекомендований в якості премедикації (один з прикладів - паклітаксел, але прикладів багато). Тоді призначення дексаметазону абсолютно правильне. Мова в даному дописі про те, що дексаметазон не має призначатися "для підняття лейкоцитів". Але я жодного слова не написав про те, що дексаметазон взагалі поганий препарат. Там, де він призначається по ділу - він необхідний препарат. (31.05.2020, 17:38).*



*Ще одне доповнення, що викликане запитаннями до допису. Те, що написано про дексаметазон, в рівній мірі стосується преднізолону, метілпреднізолону та інших глюкокортикостероїдів. (31.05.2020, 22:29)*

### **Що ж пропонує сучасна медицина**

При плануванні хіміотерапії: при схемах з великим потенціалом викликати нейтропенію – застосовувати колоніє-стимулюючий фактор (філграстим, пегфілграстим та інші) одразу профілактично: через 24-72 години після завершення хіміотерапії. **Застосовується саме після завершення хіміотерапії не раніше 24 годин!** Філграстим вводиться кілька днів (в інструкції є рекомендації, яку тривалість в залежності від аналізів застосовувати). Пегфілграстим – одноразово.

В разі, якщо схема має проміжний ризик нейтропенії, але вона таки викликала нейтропенію III-IV, то при проведенні наступних курсів хіміотерапії також застосовуються колонієстимулюючі препарати по тим самим правилам.

#### **Якщо вже є нейтропенія. Є два варіанти:**

1. Відсутність клініки, скарг та ознак інфекційних ускладнень. Єдині ліки, які рекомендовані з позиції доказової медицини – ЧАС. Чекаємо, поки організм сам відновить кількість клітин крові. І часто контролюємо показники аналізів. Поки організм оговтається від проведеної хіміотерапії. У кожного пацієнта швидкість відновлення своя. Тому не варто панікувати, якщо через тиждень все не стало в норму. Треба зачекати.

2. Наявність ознак інфекційних ускладнень (не тільки висока температура, але й діарея, наприклад) – показання для невідкладного лікування фебрильної нейтропенії, в стаціонарі. Лікування інфекції (антибіотики, протигрибкові,



протівірусні – в залежності від показань), інфузійна терапія. Додатково можуть призначатися колонієстимулюючі фактори.

**Як я собі логічно пояснюю неприпустимість уколоти «зарсію» (чи аналоги) перед проведенням курсу хіміотерапії.**

Після попереднього курсу маємо виснажений кістковий мозок, що ще не відновився. «Стимулюємо» втомлений кістковий мозок. Він з останніх сил щось продукує та викидає на периферію. Ми отримуємо в аналізі крові «нормальні» лейкоцити. А кістковий мозок вже вкрай знесилений. І тут ми в якості «подарунку» херячимо наступну порцію хіміотерапії.

Я навіть бачив приклади, коли ми після такої тактики ледь витягли з того світу пацієнта (після філграстиму з наступним проведенням хіміотерапії була дуже важка фебрильна нейтропенія). І це суттєво послабило бажання мого колеги «підвищувати лейкоцити» перед проведенням хіміотерапії.

Звісно, «переможців не судять». Якщо пацієнт чомусь вижив після такої тактики, то він буде вважати, що так – правильно. Але я б так не ризикував. І, коли думаєш про тактику ведення пацієнтів з нейтропенією, бажано таки ознайомитися з рекомендаціями тих, хто аналізує статистику. І частоту смерті від ускладнень хіміотерапії при різних тактиках ведення цих ускладнень. І обирати рекомендований та найбільш безпечний шлях.

**Тепер щодо вівса, пива, сметани, сала, шпінату та іншого.**

У мене є купа людей, які знають принципи доказової медицини. І я прямо боюся, що я їх зараз ображу. Вони очікують від мене, що я буду критикувати та лаяти всі ці продукти. А я навпаки – підтримаю. Так, звісно, ні фіга вони не лікують (доказів їхньої ефективності немає). Але це ж смачно)) То чому б при виконанні призначень лікаря і не побалувати себе смачними продуктами?

Тільки щодо пива (як би я його не любив) є певні перестороги. По-перше, не слід забувати, що існує пивний алкоголізм. Тому раджу без фанатизму. По-друге, якраз при нейтропенії нерідко алкоголь (в тому числі й пиво) є протипоказаним. Тому треба все ж таки бути обережним. Можливо, пиво краще випити після того, як вже пройде нейтропенія. Ну і, звісно, не варто його поєднувати з хіміотерапією)))

Лікарю, який призначає лікування нейтропенії, що викликана хіміотерапією, або призначає колоніє-стимулюючі фактори варто слідувати рекомендаціям, які є в гайдлайнах NCCN або інших авторитетних джерелах з рекомендаціями лікування онкологічних пацієнтів.



**Щодо того, що страшно сперечатися з лікарем.**

Я не все знаю. А те, що я знаю зараз – я знав не завжди. Якщо пацієнт мені підказує щось толкове, дає напрямок – на яку тему звернути додаткову увагу, де б пошукати додаткову інформацію – я вдячний. Далеко не всі поради є слухними, але таки бувають. І в мене є приклади, де мені варто бути вдячним пацієнтові.

На мій погляд, завжди можна спитати, де є рекомендації такого лікування, що призначається лікарем. Наприклад для призначення дексаметазону для лікування нейтропенії. На що лікар посилається? Де можна це прочитати?

Можна отримати «другу думку», проконсультуватися в іншому онкологічному центрі. Можна обережно повідомити лікарю про наявність сучасних рекомендацій.

Я сподіваюсь, що партнерські відносини між лікарем та пацієнтом колись стануть правилом. Коли лікар буде аргументувати свої призначення та буде радий отримувати більше інформації. Так, командувати лікарем - неправильно. Але ставити питання та ділитися своїми даними, як на мене, цілком можливо. А інколи корисно.

**31.05.2020**

## ПРО НЕЙТРОПЕНІЮ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ

*Хочеться знову поговорити на тему «підняти лейкоцити». При проведенні хіміотерапії нерідко зустрічається таке ускладнення, як зниження кількості лейкоцитів (лейкопенія) та нейтрофілів (нейтропенія).*

Нерідко лікарі користуються гранулоцитарними колонієстимулюючими факторами (Г-КСФ), реагуючи на це ускладнення. Але є застосування, яке невідомо на чому засноване. На примітивному, можливо, уявленні, що ці ліки «піднімають лейкоцити». А є застосування, засноване на авторитетних рекомендаціях. На мій погляд, безпека та ефективність застосування по другому шляху – більші.

По-перше, варто розуміти, що лейкоцити – це всі клітини в схемі кровотворення, що не є еритроцитами та тромбоцитами.

Тобто, лейкоцити – це і лімфоцити, і моноцити, і гранулоцити. А в свою чергу гранулоцити можуть бути еозинофільними, нейтрофільними та базофільними. Зазвичай протипоказанням для проведення хіміотерапії є саме зниження кількості **НЕЙТРОФІЛІВ**. І їх можна нескладним способом розрахувати. Нейтрофіли це сума паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів в формулі.

Кількість лейкоцитів - 2,2 Г/л

2,2 = 100%

Кількість нейтрофілів = 4+53 = 57%

Абсолютна кількість нейтрофілів =  
 $2,2 \times 57 \div 100 (=2,2 \times 0,57) = 1,254$  Г/л

МІДНИНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 2240 Історично-сучасна МКЗ України (04.07.2001 р. №1)	
КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ №	
Відділення: 2	
Прізвище, І. П. [redacted]	
Гемоглобін, г/л 130-160, ж 120-140	Лейкоцити, % 18,0-27,0
Тромбоцити, Г/л 4,0-10,0 ж 3,5-6,5	Моноцити, % 2,0-11,0
МСН 27-32	Мікрофільні еритроцити
Ретикулоцити, % 0-10	Лімфоцити
Трансферин, Г/л 180,0-220,0	Тілкоцити
Лейкоцити, Г/л 4,0-10,0	Тромбоцити №/Гл
Базофіли, % 0-2,0	Згортання крові
Еозинофіли, % 0-5,0	коагули ефіди
Матурити, %	МС кровотелі
Метаматурити, %	кількість осаданих лейкоцитів (ШОЕ), мм/год н. 1-17 ж 2-15
Паніцитоз, % 1,0-8,0	4
Синцитоз, % 41,0-72,0	53
26.08.2020	Лікар: [signature]

Цікаво, що бувають випадки, коли кількість лейкоцитів помірно знижена, але нейтропенії немає та є можливість продовжувати лікування. І навпаки, коли кількість лейкоцитів начебто в межах норми, але є нейтропенія. І продовження хіміотерапії до регресу (зникнення) цього ускладнення протипоказане. Препарати на кшталт філграстиму (більшість знає зарсію, але є і інші торгові назви філграстиму), або при відповідних фінансових можливостях пегфілграстиму рекомендовано застосовувати профілактично. Або у випадках, коли є високий потенціал виклику **фебрильної нейтропенії** (якщо спрощено, це поєднання нейтропенії та інфекційних ускладнень). Або, коли проміжний потенціал поєднується з факторами ризику.

Тривалість лікування Г-КСФ короткої дії (**філграстим**) залежить від даних абсолютної кількості нейтрофілів, які потрібно моніторувати на тлі лікування. Пегфілграстиму достатньо одного уколу.



З другого курсу хіміотерапії та при всіх наступних рекомендовано визначитися, яка має бути тактика щодо доз препаратів та профілактичного застосування Г-КСФ. Наприклад, якщо на тлі застосування Г-КСФ розвинулася фебрильна нейтропенія – рекомендована редукція (зниження) доз або зміна режиму лікування. А, якщо ускладнення розвинулося, коли не застосовувалися Г-КСФ для профілактики – тоді рекомендовано почати застосовувати профілактично ці препарати.

Є й рекомендації щодо застосування Г-КСФ в якості лікування. Наприклад, це рекомендовано у випадках, коли нейтропенія викликана променевою терапією. Або при факторах ризику на тлі нейтропенії розвитку інфекційних ускладнень. Або якщо нейтропенія розвинулася на тлі профілактичного застосування Г-КСФ.

«Я знаю, що я нічого не знаю». Я не стану стверджувати, що я знаю все. Навіть в тій темі, на яку я осмілюся поділитися роздумами. Але на мій погляд ознайомитися з наведеними рекомендаціями не завадить. Щоб у пацієнтів та у лікарів з'явилося доросле ставлення до групи препаратів «Гранулоцитарні колоніє-стимулюючі фактори». Це – не препарати для «підняття лейкоцитів». Перше завдання цих препаратів – профілактика фебрильної нейтропенії як достатньо загрозливого ускладнення. І при грамотному застосуванні з цією задачею ці препарати непогано справляються.

В принципі, були часи, коли всі хвороби лікували кровопусканням. Ну, не всі. Але більшість. Але з того часу багато що змінилося. Варто і нам прагнути змінювати своє ставлення до тих даних, які ми отримуємо.

**02.03.2021**

## ПРО ФУФЛОМІЦИНИ В ОНКОЛОГІЇ

Допис колеги Євгена Скрипника присвячено традиціям «прокапатись». Колега пише про цілу індустрію.

І маю сказати, що я згоден. І я бачу, що можна створити систему, де фінансові витрати пацієнта на «защиту» будуть більшими, ніж на саму хіміотерапію. «Защиту» тими препаратами, якими не користуються в інших країнах, окрім країн, які колись були республіками совкового союзу...



У нас може вживатися для пацієнтів слово «промивка». На мій погляд, це слово є принижуючим. Таке враження, нібито ми не людину лікуємо, ми якусь трубу промиваємо, чесне слово.

Шановні, «промивка» нікого не промиває. І нічого в тілі людини вона не «промиває».

І немає препаратів, які «захищають» печінку, серце, та мізинець на лівій нозі від хіміотерапії. І немає препаратів, які «ускоряють виведення» хіміотерапії (і слава Богу, бо це би, якщо було б можливим, зменшувало ефективність лікування).

Якщо хочете, це – донат. Донат виробникам так званих «медикаментів», які не мають доказів ефективності, які не використовуються в країнах з адекватним контролем якості лікування, які ніде в протоколах, рекомендаціях – не прописані. Вони призначаються за принципом «я художник – я так віжу».

Вислів «фуфломіцин», як на мене – напрочуд вдалий.

На даний час в Україні торгівля тими фуфломіцинами – масова, гроші та ампули ллються рікою в зустрічних напрямках. Просто бізнесмени, які продовжують заробляти свої гроші на довірливості як лікарів, так і звичайних людей, користуються тим, що ані порядку, ані закону на даний час в Україні в цій сфері не існує. Що можна й без доказів ефективності та (УВАГА!) безпеки торгувати препаратами навіть в офіційних аптеках та аптечних кіосках...

І на даний час, по ходу, ця індустрія приносить шалені бабки.

Сподіваюсь, колись ми доростемо до рівня медицини тих країн, де таки відбувається контроль за якістю лікування. Де кожне призначення лікар ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ ОБҐРУНТУВАТИ в медичній документації. А зайві та необґрунтовані витрати пацієнта – то фінансова відповідальність лікаря та закладу, де працює лікар.

Думаю, колись то буде. Міцного здоров'я, товариство. На даний час краще не хворіти.

**24.02.2024**

## ПРО ПАЦІЄНТА МІЖ КУРСАМИ ХІМІОТЕРАПІЇ

*Коли я виписую пацієнта, що отримав курс хіміотерапії з приводу лікування онкологічної хвороби, першим пунктом в рекомендаціях є «Спостереження сімейним лікарем за місцем проживання».*

І це не формальність. Пацієнт дійсно не має відправлятися в умови природного виживання. Думаю, що якісна медицина буде забезпечуватися якісною взаємодією різних рівнів надання медичної допомоги.

Уявимо собі, що пацієнт з формою 027/о, де вказано, яке лікування він отримав, потрапляє до сімейного лікаря під спостереження. А на наступний курс хіміотерапії від сімейного лікаря пацієнт також приходить з формою 027/о, де вказано – які ускладнення були між курсами, наскільки вони були вираженими, як довго тривали, які дані лабораторних досліджень та страханамнезу, яке лікування ускладнень застосовувалося. Зручно? Мені здається – дуже. І підвищує безпеку для пацієнта. Залишилося цим користуватися.



В соц. мережі Facebook є група «Записничок сімейного лікаря». А там є Оксана Луцька, яка підняла цю тему, за що я колезі дуже вдячний. Як на мене тема є достатньо важливою та незаслужено забутою.

Більшість пацієнтів, що отримали курс хіміотерапії не потребують активного лікування. Тільки спостереження, контроль лабораторних даних. Інколи - потрібна симптоматична терапія.

Я поділюся своїми думками на тему. Можливо, ми всі разом зможемо знайти протоколи, де є чіткі рекомендації. Поки що - не знайшов.

### **Інформація про проведене лікування**

Як на мене – дуже важливо знати, які препарати застосовувалися. Тоді можна зауглити їхню інструкцію та отримати перелік найбільш характерних ускладнень, які можуть викликати саме ті препарати, які були застосовані.

Як на мене – має бути зв'язок між лікувальними закладами. Якщо головний лікар ЦПМСД скине по електронній пошті в онкологічний заклад прохання надіслати виписку з мед. карти стаціонарного хворого (форма 027/о) та отримає її та передасть сімейному лікарю – от і буде інформація про лікування хворого.

Якщо застосовується 5-й курс з одними й тими самими препаратами – можна орієнтуватися по першій виписці. Але якщо пацієнт отримує перший раз ХТ-лікування або було змінено схему – бажано хоча б стисло отримати інформацію про застосовані препарати.

Взагалі було б здорово, якби таку інформацію стисло можна було б оперативно відправляти на перший рівень. Навіть, якщо часу не вистачає на всі пункти оформлення офіційної документації - хоча б найважливіше та без пунктів, але швидко відправити.

### **Протоколи**

Не те, щоб їх зовсім не було. Хто знає англійську - може зареєструватися на сайті NCCN. Там є розділ “NCCN GUIDELINES FOR SUPPORTIVE CARE”, де можна підчерпнути немало інформації.

Українською мовою є протокол лікування лімфом. Додатки 6 та 7 присвячені ускладненням хіміотерапії. І



лікування ускладнень зазвичай є більш-менш однаковим при різних злоякісних новоутвореннях. Файл з протоколом можна завантажити тут: **ОНОВЛЕННЯ від 27.12.2019 (через зміну посилання на сайті ДЕЦ)**. Та й взагалі можна ознайомитися з українськими уніфікованими протоколами. Для спеціального лікування – сумнівна користь.

### **Контроль аналізів крові**

Завжди автоматом я рекомендую через 7 днів після завершення курсу хіміотерапії пацієнтам здати аналізи крові (клінічний аналіз з обов'язковим підрахунком тромбоцитів, бо їх чомусь «забувають» рахувати) та біохімічний аналіз крові («печнікові проби», «ниркові проби», глюкоза, загальний білок, електроліти крові та кальцій) та загальний аналіз сечі. Здати та показати сімейному лікарю результати. Пік ускладнень якраз припадає десь на 5-10 дні після завершення курсу.

Це – при майже ідеальному самопочутті. Поява скарг – показання для позапланової здачі всіх аналізів. Щоб можна було швидко зорієнтуватися. Ну й додаткове обстеження – вже за характеристикою скарг.

Якщо ми маємо з боку лабораторних аналізів ускладнення I-II ступеню по СТСАЕ (можна зауглити саму класифікацію, можна стисло ознайомитися в тому ж протоколі лікуванні лімфом – додаток 6) – при відсутності клініки – просто якісно мониторимо аналізи. Тоді одного разу буде мало – аналізи варто набирати 2-3 рази на тиждень. Якщо немає клінічних проявів при зниженні лейкоцитів та нейтрофілів – є круті та дешеві ліки – ЧАС. Не вважається правильним призначати для корекції нейтропенії глюкокортикостероїди, колонієстимулюючі фактори тощо. Основне лікування – прибрати провокуючий чинник (а хіміотерапія вже була проведена) та дати організму самому відновитися. Інколи на це треба більше часу, ніж в середньому для пацієнтів.

В разі приєднання інфекції, коли діагностується так звана фебрильна нейтропенія – це привід для термінової госпіталізації (достатньо і закладу другого рівня, де є реанімація – вона може виявитися потрібною), призначення антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії, можливо додати колонієстимулюючий фактор.

До речі, варто рахувати **абсолютну кількість нейтрофілів**. Бо окрім зниження кількості лейкоцитів - дуже важливо знати, скільки насправді нейтрофілів.

Для швидкості я роблю так: лейкоцити, припустимо 2.0 Г/л. Паличкоядерні 4%, сегментоядерних 60 (в сумі - 64%). Я помножую:  $2 \times 0.64 = 1.28$ . Абсолютна кількість нейтрофілів – 1.28 Г/л (або, якщо хочете  $1.28 \times 10^9/л$ )

Щодо анемії та тромбоцитопенії III-IV ст. За СТСАЕ - найшвидший метод корекції – замісна терапія. I-II ст. (якщо немає геморагічного синдрому, клінічних проявів) – час.

### **Діарея**

Може загрожувати життю через дегідратацію. Пацієнт має повідомити про неї лікаря максимально оперативно, а не чекати тиждень до отримання вкрай важкого стану. Всім відомий лоперамід (імодіум). Застосовується за схемою, яку

можна прочитати в інструкції до препарату. Не більше 48 годин. Якщо не працює – госпіталізація, призначення окреотиду, антибактеріальної терапії. Обов'язкова складова на всіх етапах – регідратація. Пероральна або, при неможливості пероральної адекватної регідратації – внутрішньовенна. При порушеннях електролітів – корекція. Діарея на тлі нейтропенії – показання для термінової госпіталізації та лікування за принципами фебрильної нейтропенії.

### **Нудота**

Протиблювотні (у нас найчастіше – ондансетрон та метоклопрамід. Варто прочитати інструкцію до метоклопраміду – він при деяких видах раку протипоказаний). Глюкокортикостероїди (дексаметазон, метилпреднізолон) – підвищують ефективність протиблювотної терапії. Плюс – інфузійна терапія (звичайний «фіз. розчин»). Круто при недостатній ефективності звичайної терапії може допомогти додавання транквілізатору (наприклад діазепам, він же – сибазон).

Все чекаю, коли стануть доступними пацієнтам препарати на основі канабісу. Кажуть – дуже круто допомагають в складних випадках.

**Мукозити** (стоматити, тощо) – полоскання роту (часто, можна банальним «фізрозчином»), знеболення (в першу чергу – місцеве), як опція – антисептики, що не подразнюють, при потребі – антибактеріальна терапія, протигрибкові.

Ну і далі – терапія симптомів. Дуже непоганий помічник в боротьбі з ускладненнями, якщо є нормальна взаємодія з другим рівнем – анестезіолог. Ідеально було б мати токсиколога. Вони непогано знаються на різних отрутах та їхній дії на здоров'я людини. •

Ідеально, якщо є зв'язок з онкологом, що проводив хіміотерапію. Зазвичай з більшістю ускладнень, які найчастіше зустрічаються, онколог вже має досвід боротьби. Він міг би отримати інформацію про поточний стан пацієнта та скорегувати дії сімейного лікаря по боротьбі з ускладненнями.

Повторююсь, коли медицина буде працювати, як належить, онколог також отримає мед. документацію, де буде вказано про ускладнення, які виникали (якщо виникали) – я вище написав всі параметри, які важливі онкологу для подальшого планування спеціального лікування пацієнта.

**23.06.2019**

---

## **ЗНЕБОЛЕННЯ В ОНКОЛОГІЇ**

---

### **ПРО ТОРТУРИ ЯК ЯВИЩЕ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

На мій погляд, можливість пацієнтів з невиліковними хворобами тижнями, місяцями або роками потерпати від сильного хронічного болю обумовлена головною, основною причиною – відсутність адекватного лікування болю.

А у відсутності адекватного лікування болю є кілька найважливіших причин:

1. Некомпетентність лікаря (недостатні знання);
2. Безпідставні страхи (які обумовлені знову ж таки – недостатністю знань);
3. Байдужість лікаря (як на мене – це профнепридатність);
4. Необізнаність пацієнтів в тому, що біль вилікувати можливо навіть тоді, коли причину болю вилікувати не можна;
5. Недостатні знання у пацієнтів та їхніх родичів з приводу можливостей у захисті своїх прав.



Перші два пункти – не є проблемою. Немає людини, яка знає все. І лікарів, які знають все – також немає. Я також далеко не у всьому є компетентним. Тому це не засудження, це – констатація. Головна умова впоратися з першими двома причинами – це бажання лікаря дізнаватися про те, які є інструменти, щоб допомогти пацієнту. А, дізнавшись – використовувати ті інструменти. Важливо визнати тверезо, що можуть бути речі, які ми не знаємо. Та бути готовими їх таки визнати та виправляти.

Одне з найганебніших, що було в совецькій (або, якщо хочете – радянській) медицині – це знеболення пацієнта з невиліковними хворобами. Звідки пішла традиція колоти морфін два рази на день (коли через 4 години препарат повністю виводиться з організму)? Звідки беруть історію страху лікарів, мовляв через призначення «наркотиків» їх можуть посадити? Чому смерть від раку в народі асоціюється з обов'язковим «подарунком» у вигляді постійного пекельного болю?

Питання риторичні.

У мене була цікава розмова з колегою. Він мені казав: «ти ж не знаєш, ми колись були забезпечені всіма ліками, у нас було повно і промедолу, і омнопону, і інших ліків».

І тут до мене в голову прийшло просте питання: «Колего, у вас тоді був такий арсенал ліків для знеболення. Скажіть мені, будь ласка, скільки пацієнтів з сильним болем ви пам'ятаєте, які після того, як стали лікувати їхній біль – БОЛЮ НЕ ВІДЧУВАЛИ?» І я отримую дуже ілюстративну відповідь: «Ні, ну такого не було. Вони мучилися від болю, стогнали. Але ми ж їх кололи!»



А тепер я знову нагадаю про те, чого хочу я та про що мрію я. Я маю на практиці пацієнтів, які плакали, непритомніли, стогнали від болю, ширялися що дві години налбуфіном без ефекту. І які після підбору знеболення болю не відчували.

**Саме тому, розуміючи, що це можливо, я мрію, що в моїй країні:**

1. Лікування болю буде призначатися **терміново!**  
2. Лікування буде призначатися для отримання ефекту – повного зникнення болю, а не для самого факту – призначення. Лікар не буде заспокоюватися тим, що він же ж, мовляв, щось призначив. Лікар буде підбирати лікування так, **щоб БІЛЬ ЗНИК.**

3. Лікувати біль будуть не тільки онкологічним хворим. Онкогематологічні хворі з болем (на тлі лейкозів, мієломної хвороби та інших) також стануть отримувати належне лікування. І неонкологічні хворі з невиліковними хворобами також стануть отримувати належне знеболювання. Хворі з лейкозом, з мієломною хворобою, з будь-якою невиліковною неонкологічною хворобою **НІЧИМ НЕ Є ГІРШИМИ** за хворих на рак. Немає причин, чому їм треба залишати їхній біль!

4. Сподіваюсь, що в лікувальних закладах будь-якого рівня (від маленької амбулаторії до столичних інститутів) буде створено систему, де пацієнт, який звернувся з сильним хронічним болем **НЕ ВИЙДЕ З ТЕРИТОРІЇ ЗАКЛАДУ БЕЗ НАЛЕЖНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ!**

5. Я та мої колеги не будуть дивитися круглими очима на пацієнта, що прибув після лікування за кордоном з підібраним лікуванням та без болю (через ефективне лікування). Що в нашій країні адекватне лікування болю пацієнта буде вважатися само собою зрозумілим.

Поки що це зовсім не так. Поки що ми на ганебному становищі знуцання медичної системи над важкохворими пацієнтами з вираженим болем. Знову ж таки, це моє оціночне судження. Але я регулярно отримую нові та нові аргументи на користь такого оціночного судження.

Це – дуже проста, я б навіть сказав, примітивна задача – зробити так, щоб мої мрії стали рутинною реальністю в усій країні. Саме тому я не можу зрозуміти, чому в 2024 році я ще маю про такі прості речі мріяти.

Давайте припиняти узаконені тортури та знуцання, товариство. Давайте лікувати біль. Якісно. Професійно. Ефективно.

**23.08.2018**

## **ПРО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ**

*З 2013 року було дуже сильно змінено вимоги чинного законодавства щодо лікування хронічного больового синдрому паліативних пацієнтів. Але досі я чую, що лікарі, мовляв, бояться призначати опіоїди для лікування наших пацієнтів, відтягують таке призначення, пояснюючи це страхом понести відповідальність за надання медичної допомоги. Насправді, боятися треба зовсім не цього. Нижче ще я напишу трохи і про це. А от понести якесь покарання за лікування пацієнтів - неможливо. Бо саме це і є нашим обов'язком - надавати медичну допомогу. І тут я собі подумав, що не завадить спробувати структурувати те,*

що мені відомо про сучасне законодавство на предмет призначення опіоїдів для лікування хронічного больового синдрому. Звісно, я не є юристом, тому можуть бути певні (непринципові, думаю) неточності.

Отже, що ми маємо на сьогодні з боку нормативних документів?

**1. Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року №333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» <http://surl.li/qtqst>**

26. Препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів призначаються лікарями або в установлених МОЗ випадках фельдшерами відповідно до медичних показань.

*(Мій коментар - ніде не написано про те, що призначаються тільки лікарями-онкологами чи тільки з дозволу лікарів-онкологів. Ніде немає ані слова про необхідність створення комісії. Призначаються препарати ЛІКАРЯМИ. Просто – ЛІКАРЯМИ. І, у випадках, установлених МОЗ – навіть ФЕЛЬДШЕРАМИ).*

Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим на строк понад десять днів здійснюється лікуючим лікарем з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування таких препаратів, про що робиться запис у медичній карті хворого. Листок призначень зберігається у медичній карті хворого.

27. Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги – що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби.

28. Для отримання препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з метою використання в умовах створеного стаціонару вдома хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), подає заяву на ім'я керівника лікувально-профілактичного закладу за формою згідно з додатком 3. Керівник закладу робить відмітку про погодження, після чого заява додається до медичної карти амбулаторного хворого.



30. Хворий **чи особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник)**, має право особисто отримувати за рецептом препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів безпосередньо в лікувально-профілактичному закладі або у фармацевтичному (аптечному) закладі. **Кінець цитати.**

В цій постанові прописано можливість пацієнтові, що отримує паліативну допомогу отримувати кількість препаратів для лікування протягом 15 днів, можливість пацієнтові самостійно виконувати призначення лікаря або за

допомогою будь-якої особи, що здійснює догляд за пацієнтом (і це навіть необов'язково є родич).

Головне (якщо виконувати призначення буде особа, що здійснює догляд за пацієнтом) – оформити необхідну заяву, яка є в Додатку 3 до даної постанови.

Відпала необхідність в дурних комісіях, в тому, щоб ганяти якусь окрему медичну сестру з тими ампулами. Є пацієнт, є лікування – є можливість його отримувати за призначеннями лікаря.

## **2. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.07.2005 № 360**

**«Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» <http://surl.li/qtqtp>**

Вже з 2013 року ми отримали можливість виписувати рецепти на наркотичні лікарські засоби для паліативних пацієнтів в кількості, якої достатньо для лікування протягом 15 днів. Тобто, якщо я призначаю 1 табл. морфіну 6 разів на добу – я можу виписати рецепт на  $15 \times 6 = 90$  таблеток, якщо 3 табл. 6 разів на добу – то  $15 \times 18 = 270$  таблеток. Якщо я призначаю 2 ампули морфіну 6 разів на добу, я на одному бланку можу виписати  $15 \times 12 = 180$  ампул.

Обмежують мені не кількість таблеток/капсул/ампул, а термін лікування. А далі я рахую, скільки ліків треба на добу та скільки ліків треба на 15 днів. І розумію – на яку кількість ліків я маю право виписати для пацієнта рецепт.

### **Цитата:**

3. Хворим із затяжними і хронічними захворюваннями, в тому числі тим, які мають право на безоплатне чи пільгове забезпечення, дозволяється виписувати на одному рецептурному бланку наркотичні (психотропні) лікарські засоби в кількості, передбаченій для десятиденного курсу лікування.

4. При наданні паліативної допомоги пацієнтам, в тому числі тим, які мають право на безоплатне чи пільгове забезпечення, дозволяється виписувати на одному рецептурному бланку лікарські засоби в кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування.

5. При виписуванні Рецептів відповідно до пунктів 2-4 цього розділу лікар повинен зробити позначку «Хронічно хворому».

6. У графі «Місце позначки» зазначаються позначки «Хронічно хворому», «За спеціальним призначенням», які на паперових рецептурних бланках додатково засвідчуються підписом та печаткою лікаря; **кінець цитати.**

Не зайвим буде лікарям ознайомитися і з роз'ясненням МОЗ щодо виписування рецептів на наркотичні та психотропні лікарські засоби <http://surl.li/qtqug>.

## **3. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 07.08.2015 № 494**

**Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я <http://surl.li/qtqvc>**

В цьому Наказі ми маємо форму листка призначень (які треба видавати пацієнтові на руки при лікуванні в амбулаторних умовах) та форму інформаційного листа для хворого або особи, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, недопущення їх використання не за медичним призначенням.

Звісно, все, що пов'язане з обігом наркотичних лікарських засобів регламентується». Також в роботі керуємося Законом України «Про лікарські засоби».

#### **4. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.01.2013 № 41**

**Про організацію паліативної допомоги в Україні** <http://surl.li/qttqvz>

Просто дуже важливо прочитати (він не довгий) всім лікарям, які хоч раз можуть теоретично побачити паліативного пацієнта (лікарям будь-якого рівня - першого, другого, третього та хоч двадцятого). Буде дуже добре, якщо його таки стануть виконувати наші заклади та підприємства охорони здоров'я, а також керівні органи на кшталт управлінь та департаментів охорони здоров'я.

**5. МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ , МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАКАЗ 23.05.2014 № 317/353 Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим** <http://surl.li/qttqwq>

Він не працює. На мою думку, тому що чиновникам – по фіг. Це моє оціночне судження, мені здається, що чиновникам в областях, містах, районах по країні – глибоко плювати на долю паліативних хворих. Можливо є інше пояснення, чому цей Наказ навіть не намагаються втілити в життя. Але я поки що його не знаходжу.

**6. МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАКАЗ 25.04.2012 № 311 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі** <http://surl.li/qttqxk>

Як на мене – фігово написаний, застарілий. Словом – недолугий протокол. Але там є мінімум – хоча б розписана 3-схдинкова модель знеболення. А також ніде не написано, що призначається знеболення тільки при раку. Паліативні пацієнти – це не тільки онкологічні пацієнти.

Також у нас є інструкції, рекомендації NCCN, спеціалізована література. У нас є допомога від МБФ «Відродження» та ВБО «100% життя» або «ЛЖВ». У нас є Людмила Андрієшин, Зоя Максимова, Леся Брацюнь, Олена Коваль, Наталія Дацюк та багато інших небайдужих людей, які мають знання та активну позицію, бажання вчити та допомагати.

**Те, чого насправді варто боятися!**

Відмова призначати адекватне та ефективне знеболення пацієнтові з сильним хронічним болем може кваліфікуватися як ненадання медичної

допомоги або неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. А ось якраз за це передбачено відповідальність в Кримінальному Кодексі України. Статті 139 та 140 відповідно. Кажуть, що кваліфікувати це можуть і як тортури. Не знаю, як з юридичної точки зору, а позбавлення пацієнта, який цілодобово кричить від болю, можливості отримати лікування болю чисто з людської точки зору – і є справжніми тортурами.

Отже, ми маємо боятися не лікувати пацієнтів та допомагати їм, а позбавляти їх можливості отримувати кваліфіковану медичну допомогу. І наші пацієнти мають жити без болю. Це не дуже складно, насправді. Головне - мати бажання. І все вийде.

Щодо законодавчої бази, то на сьогодні у лікаря є майже всі інструменти, щоб впоратися з болем при невиліковних хворобах.

**24.04.2019**

## **ПРО НАРКОТИКИ ТА ЛІКИ**

Нерідко лікарі, в яких не вистачає професійних та людських якостей або банально знань та досвіду (плюс – людського ставлення до пацієнта), не призначають наркотичні лікарські засоби для лікування хронічного болю на тлі невиліковної хвороби, використовуючи наступну фразу, як виправдання:

**ВИ ЩО? ВІН ЖЕ Ж НАРКОМАНОМ СТАНЕ!!! (як варіант – ВОНА Ж НАРКОМАНОМ СТАНЕ!!!). \*\*\* кінець цитати \*\*\***

І ці слова про людину, яка страждає від:

1. Невиліковної хвороби.
2. Пекельного болю, який ця хвороба

викликає.

Життя чомусь вирішило подарувати мені два цікавих приклади.

Дві пацієнтки, які відмовляються від подальшого прийому наркотичних анальгетиків. Коли був біль та коли було призначено ці ліки – вони приймали їх. В обох випадках мова йде про морфін. Коли біль минув – одна пацієнтка припинила приймати препарат. Друга пацієнтка через те, що біль став суттєво слабкішим – знижує дозування та на шляху повної відмови від препарату.

Обом пацієнткам морфін вперше було призначено в лютому 2022 року. Обидві – приймали його близько чотирьох місяців.

Не так часто є перспектива через кілька місяців зменшити біль впливом протипухлинного лікування на причину болю там, де ми лікуємо хронічний больовий синдром.

Але на що я хочу звернути увагу. Призначення морфіну (або іншого наркотичного лікарського засобу) не завжди означає прийом препарату все життя. Все залежить від можливості медицини вплинути на причину болю. А



фраза «ВІН/ВОНА СТАНЕ НАРКОМАНОМ» – є індикатором неграмотного лікаря, у якого не вистачає знань, професійності, кваліфікації та просто людського ставлення до пацієнта. Знаю, що повторююсь, але питання є дуже важливим.

Є сильний хронічний біль – є показання для лікування наркотичними препаратами для знеболення.

Немає болю – немає показань для лікування наркотичними препаратами для знеболення (хоча інколи наркотичні ліки застосовуються для лікування інших станів, але то вже окрема тема для розмови).

Додам (привіт з 2024 року) – *називати наркотичні лікарські засоби наркотиками – непрофесійно та неетично. Заборонені речовини, які розповсюджені в кримінальному світі та використовуються людьми «для кайфу» – наркотики. Ліки (в тому числі й з діючою речовиною наркотичною) – ЛІКИ. Різниця є та вона важлива.*

Дуже сподіваюсь, що і суспільство, і медичні працівники будуть більш грамотно ставитися до призначення таких препаратів для лікування, позбавляться тупих стереотипів та невинуватих страхів.

**21.11.2021**

## **ПРО ВАЖЛИВІ НЮАНСИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ**

Якісне лікування хронічного болю невиліковного хворого в державі це тоді, коли пацієнт звернувся **в будь якому місті/селищі/селі** до сімейного лікаря або **до будь-якого лікувального закладу**, йому одразу почали лікування, підібрали дози та препарати (там де треба – і наркотичні препарати) та через 1, максимум через кілька днів лікування – пацієнт перестав відчувати біль.

Якщо треба лікувати хронічний біль, причина якого – невиліковна хвороба, **треба використовувати форми, що не травмують**. Таблетки, розчини для пиття (прийому внутрішньо), пластирі та інші подібні форми. Уколи – **тільки для тих пацієнтів, яким неможливо використати ті способи знеболення, що не травмують**. Якісно підібрані препарати і доза в тих самих таблетках - не менш ефективні, ніж уколи, а проблем додають набагато менше. **Лікуючи біль – не треба додавати болю.**

При лейкозах та інших онкогематологічних хворобах хронічний біль лікується так само, як і при інших онкологічних хворобах. Слабкий біль – ненаркотичні ліки для знеболення. Середній біль – ненаркотичні ліки + слабкі опіоїди. Сильний біль – ненаркотичні ліки + сильні опіоїди (морфін та аналоги). Лікування має призвести до відсутності болю. **Сильний хронічний біль на тлі невиліковної хвороби – це неякісна робота лікаря.**

Якщо ми лікуємо хронічний біль, причиною якого є невиліковна хвороба: ми маємо призначати прийом ліків «по годинах», а не «на вимогу». **Ми маємо лікувати так, щоб біль не виникав. Нам не треба вганяти пацієнта в пекельний біль та давати йому тимчасові передишки.** Наша мета - життя пацієнта без болю. Щоб життя можна було назвати життям!

**Якщо для лікування хронічного болю потрібен морфін.** Більшості пацієнтів його треба призначати кожні 4 години (**6 разів на добу**). Призначення 2-3 рази на добу – непрофесійне. Виключення - виснажені, кахектичні пацієнти, а також пацієнти з вираженою нирковою чи печінковою недостатністю. Таким пацієнтам частота застосування морфіну **підбирається індивідуально, в залежності від тривалості ефекту.** Але мета залишається тою самою: досягти життя пацієнта без болю.

**Налбуфін не призначений для тривалого лікування.** Саме тому його не слід обирати для знеболення паліативного пацієнта. Налбуфін – це також опіоїд (наркотичний препарат для знеболення). Але існує тільки в уколах та користуватися ним слід до 3-х днів. Якщо лікар призначає налбуфін, а не морфін паліативному пацієнту, тільки тому, що не хочеться писати «рожевий рецепт» – лікар не думає про пацієнта. Йому просто хочеться мати менше роботи. За рахунок якості життя пацієнта.

**Сімейний лікар найчастіше призначає знеболення паліативному пацієнту (в тому числі і наркотичні ліки для знеболення).** Ніяких додаткових "дозволів" для лікування хронічного болю сімейному лікарю не потрібно. Потрібно тільки знати про біль пацієнта, знати про його хронічну хворобу, що є причиною болю та законно займатися медичною діяльністю (мати диплом та працювати в закладі чи підприємстві, що має ліцензію). Ось, власне і все. А, ні. **Треба ще основне: бажання допомогти пацієнту.**

**Не тільки пацієнти, хворі на рак, можуть потребувати призначення морфіну.** Якщо причину сильного хронічного больового синдрому неможливо усунути при хронічному неонкологічному захворюванні - треба лікувати хронічний больовий синдром. Якщо це «третя сходинка» - сильний хронічний біль – тоді застосовується морфін + ненаркотичний анальгетик +/- ад'ювантна терапія. Пацієнти з неонкологічними хронічними хворобами нічим не гірші за хворих на рак. **Кожному хочеться жити без болю!**

**Які злочини проти паліативного пацієнта може вчинити лікар та посадовець?**

**Лікар** не призначає лікування сильного хронічного болю – катування. Його організувати він може для свого пацієнта або для кількох своїх пацієнтів. За це має бути відповідальність.

**Керівник лікувального закладу.** Якщо він забороняє адекватно знеболювати пацієнтів своїм підлеглим - це вже знущання над десятками, а можливо й сотнями пацієнтів. Масові тортури. Тим більш жорсткою має бути відповідальність.

**Керівник органу організації охорони здоров'я** в області або місті. Якщо він створює штучні перепони, що не відповідають вимогам чинного законодавства України, для всієї «зони покриття» – він вже влаштовує тортури для сотень або тисяч пацієнтів. Такі масові злочини проти людства мають суворо каратися. Пацієнт не припиняє бути людиною. І права людини для пацієнта ніхто не скасовував. Суспільство не має терпіти садистів при посадах.

## **Якщо залишилися непотрібні наркотичні ліки?**

**КАТЕГОРИЧНО! Заборонено їх продавати, дарувати, передавати іншим особам!** За це передбачено кримінальну відповідальність. Якщо ліки були придбані (отримані) за рецептом в аптеці – **їх треба знищити**. Якщо ліки були отримані в лікувальному закладі – **їх треба повернути в лікувальний заклад**. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.08.2015 № 494

У мене давно вже є питання. Начебто просте.

**1. Морфін, трамадол, бупренорфін** та багато інших препаратів можливі для легального обігу тільки через рецептурні бланки форми 3 («рожеві рецепти», рецепти для наркотичних та психотропних ліків), ну або через стаціонар – там свої правила для наркотичних ліків (опіюйдних анальгетиків). І це – дуже правильно.

**2. Канабіс взагалі заборонено.** Ідіотизм, але пост не про це.

**3. Налбуфін – опіюйдний анальгетик групи агоністів-антагоністів опіатних рецепторів.** Продається в аптеках або за звичайним рецептом форми 1 («білий рецепт»). Читай – без контролю взагалі! Або й зовсім без рецептів. Часто чую, що на цю «формальність» часто аптеки взагалі не заморочуються. Суспільство, яке, блін, так істерично боїться наркоманії з аптек. Чому в нашій країні йде масовий безконтрольний збут опіюйдного препарату, наркотичного препарату?! Або я щось не розумію, або у нас є кілька суттєвих парадоксів, які терміново треба прибирати та наводити порядок.

**20.03.2020**

## **ПРО ТЕ, ХТО МАЄ ПРАВО ПРИЗНАЧАТИ НАРКОТИЧНІ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНІ**

*На жаль, станом на 21 березня 2021 року є ще лікарі, які переконливо стверджують, що наркотичні ліки для знеболення можна призначити тільки при раку та тільки при наявності вказівки онколога призначити опіюїди чи наявності «свіжої бамажки» від онколога.*

*І начебто дивно, що чимала кількість лікарів (і пацієнтів) досі не знають вимог чинного законодавства. І дуже сумно, що досі зберігається необхідність створювати ці пости. Але, якщо це треба, тоді я пишу черговий інформаційний пост. Будь ласка, максимально його розповсюджуйте по лікарям та пацієнтам. Дайте їм почитати. Давайте будемо грамотними, щоб від того легше було нашим пацієнтам.*

**1. Яким пацієнтам ми маємо право призначити наркотичні лікарські засоби?**

Візьмемо для прикладу інструкцію до опіюїда (наркотичного лікарського засобу) – морфіну.

Цитата: *Показання. Больовий синдром сильної інтенсивності, у т.ч. при злоякісних новоутвореннях, тяжких травмах, інфаркті міокарда, у післяопераційному періоді.* Кінець цитати.



В інструкції не написано про те, що морфін має призначатися **ВИКЛЮЧНО** при зляжкісних новоутвореннях. Зляжкісні новоутворення наводяться тільки в якості прикладу.

### **Які правила в світі? Трисходинкова модель знеболення**

При сильному хронічному болю (коли причину болю неможливо вилікувати) має бути призначеним морфін (оксикодон, фентаніл тощо) у поєднанні з ненаркотичним анальгетиком (парацетамолом), допоміжною терапією.

«Онкологічний хворий» – це не почесне звання, яке дає право на лікування хронічного болю. Це просто одна з частих причин хронічного болю. Але є дуже багато інших хронічних та невиліковних хвороб, які можуть призводити до появи хронічного болю. І той хронічний біль може бути сильним та потребувати лікування **сильними опіоїдами** (морфіном, оксикодоном, фентанілом тощо), або середньої інтенсивності, де правильно призначати слабкі опіоїди (трамадол, наприклад) чи малі дози сильного опіоїду.

Якщо пацієнт звертається до лікаря (будь-якого, найчастіше до сімейного лікаря) у важкому стані та з сильним болем – лікар має терміново професійно призначити лікування болю. Нерідко буває так, що пацієнту треба провести дообстеження та уточнити діагноз, що є причиною хронічного болю – тоді планово і це, звісно, треба робити. При хронічному сильному болю – спочатку знеболити, потім – уточнити діагноз. Звісно, коли мова йде про гострий біль – правила інші.

Знеболення надається паралельно з невідкладним лікуванням причини гострого болю. Ніхто не радить апендицит чи інфаркт лікувати морфіном та нічого не робити для лікування причини болю. Але, я сподіваюсь, що це зрозуміло і без мого уточнення.



## Як зрозуміти, чи сильний біль?

Спитати у пацієнта. Пацієнту слід оцінити свій біль від 0 до 10. 1-3 бали – слабкий біль. 4-6 – біль середньої інтенсивності. Більше 6 – сильний біль.



**Хто має право призначити наркотичні ліки для лікування хронічного болювого синдрому середньої або високої інтенсивності?**

**Лікар.** На цьому можна було б зупинитися. Будь-який лікар. Від сімейного лікаря до стоматолога. Лікар, до якого звернувся пацієнт з сильним хронічним болем.

Коли онкологи думають, що це не їхня задача та нехай це роблять сімейні лікарі – вони помиляються. Якщо у тебе на прийомі або в стаціонарі є пацієнт з сильним хронічним болем – він не має з болем чекати зустрічі з сімейним лікарем.

Коли сімейний лікар думає, що він не повністю лікар, що він тільки має виконувати вказівки онколога – він помиляється. І мені дивно читати, що деякі сімейні лікарі так себе принижують, що заперечують в словосполученні «Сімейний лікар» слово «лікар».

Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333.

*26. Препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів призначаються лікарями або в установлених МОЗ випадках фельдшерами відповідно до медичних показань.*

*Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим, яким медична допомога надається в стаціонарних умовах, здійснюється в листку призначень за формою, визначеною МОЗ, з обов'язковим записом у медичній карті такого хворого.*

*Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим, які отримують лікування в амбулаторних умовах, здійснюється в листку призначень за формою, визначеною МОЗ, з обов'язковим записом у медичній карті амбулаторного хворого.*

*Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим, які отримують екстрену медичну допомогу, здійснюється в*



карті виїзду екстреної (швидкої) медичної допомоги, форма якої затверджується МОЗ.

*Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим на строк понад десять днів здійснюється лікуючим лікарем з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування таких препаратів, про що робиться запис у медичній карті хворого. Листок призначень зберігається у медичній карті хворого.*

Кінець цитати. Не написано в постанові, що тільки за вказівкою онколога. НЕ НАПИСАНО.

Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308

Загальна паліативна допомога – паліативна допомога, яка надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування Пацієнта лікарями загальної практики - сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями-спеціалістами, молодшими спеціалістами з медичною освітою або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою;

2. При наданні паліативної допомоги, з метою забезпечення контролю болю, лікуючий лікар проводить оцінку інтенсивності болю та призначає за показами наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, відповідно до вимог чинного законодавства та галузевих стандартів.

*ПЕРЕЛІК медичних послуг з надання первинної медичної допомоги*

*12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.*

Кінець цитати.

В чинному законодавстві України немає вимоги до лікаря отримати вказівку від онколога для надання медичної допомоги. А ненадання медичної допомоги - це злочин, відповідальність за який регламентується статтею 139 Кримінального Кодексу України.

Якщо лікар, який би мав надавати медичну допомогу вигадує сам перепони для пацієнта для отримання ним (пацієнтом) медичної допомоги, тоді це цей лікар знущається, на моє переконання, над пацієнтом. Якщо керівник лікувального закладу терміново не припиняє цей злочин в своєму закладі – пацієнту (родичам) слід викликати поліцію та писати заяву з приводу ненадання медичної допомоги.

Якщо керівник лікувального закладу робить злочинні накази чи розпорядження, чи керівник органу охорони здоров'я (управління, департаменту) – це складніше. Але мають бути масові звернення пацієнтів до правоохоронних органів, до уповноваженого з прав людини Верховної Ради України, щоб

діяльність вищезначених керівників таки привели у відповідність до вимог чинного законодавства України.

«Індивідуальне розуміння» законів не має призводити до порушень прав людини на отримання лікування. Звісно, краще тут прокоментують юристи, але я дуже сумніваюсь, що я помиляюсь у своїх оцінках.

В Україні на сьогоднішній день є таке правове поле, що в разі, якщо лікарі та медичні чиновники будуть діяти у відповідності до законодавства – люди не будуть страждати від пекельного болю без лікування. Залишилося тільки, щоб виконання Закону стало не дивним виключенням, а ПРАВИЛОМ.

**21.03.2021**

## **ПРО МЕДИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ КАНАБІСУ**

*Захотілося мені поділитися своїми враженнями та емоціями на цю тему. Я лікар-практик. Вивчаю те, що доступне та легальне в нашій країні зараз, те, що можна використати зараз щоб допомогти пацієнту. І поверхнево знайомлюсь з тим, що теоретично десь там існує.*

**Враження перше.** Досі я вважаю ганебним те, який є доступ до підконтрольних (наркотичних, психотропних препаратів та прекурсорів) ліків у пацієнтів України. Як Кіровоградської області, так і загалом по Україні. По ходу моєї певної публічності отримую дані про знущання над пацієнтами навіть в Києві та у Львові (це так, з останнього, що вразило). Це не означає, що ці міста є чимось гіршими проти інших. Навпаки, я дуже дивувався, коли знайомився з реальними історіями. У мене полу-шок.



До держави, що цікаво, в цьому питанні майже немає претензій. Принаймні, не помітити те, як суттєво змінилася регуляція, закони, накази, постанови – неможливо. Нам дали багато інструментів, щоб ми могли якісно допомагати пацієнтам. Якого лешого ми ними настільки хріново користуємося – не можу второпати. Не всі. Але за моїми враженнями – багато з нас. А страждають пацієнти з важкими хворобами.

**Враження друге.** Не можу зрозуміти, коли мова вже прицільно про медичне застосування канабісу (і наукове), чому деякі люди упорно (так і хочеться написати – упорото) підміняють поняття. І замість обговорення саме **МЕДИЧНОГО** та **НАУКОВОГО** застосування ліків з даної речовини (звісно, за рецептами форми 3 та з дотриманням всіх тих вимог для наркотичних та психотропних препаратів, які давно вже діють) масовано впарюють людям істеріку, мовляв конопля буде продаватися в кожному супермаркеті та всі поголовно українці стануть наркоманами???

Адекватні люди, звісно, розуміють, що це маячня та дурість. Але можна зманіпулювати довірливими представниками населення, особливо не дуже перевантаженими інтелектом - і істерика розповсюджується масами...

**Враження третє, позитивне.** Петиція на порталі Верховної Ради України «Законодавчо врегулювати канабіс для науки та медицини – захистити конституційні права громадян» <http://surl.li/qufuu> достатньо, як на мене, швидко набрала необхідну кількість голосів, людей, що її підписали. Що примушує думати, що в нашій країні чимало таки адекватних, притомних людей, яким не байдуже до якості лікування пацієнтів нашої країни. Тепер дуже цікаво, яка буде відповідь від Верховної Ради.

**Враження четверте: на даний час замість підсумку.** Спостерігаючи за кількома дискусіями на цю тему, я помітив, що лікарі, які в практиці займаються паліативною допомогою – підтримують легалізацію медичного застосування канабісу. Пацієнти, що страждають від онкологічних, неврологічних та інших важких хвороб – також підтримують та дуже чекають, що з'являться ліки, що їм допоможуть.

По ходу, на мій погляд, відбувається запекла боротьба здорових людей (достатньо байдужих до проблем пацієнтів) проти пацієнтів з важкими хворобами та тих з лікарів, які намагаються таким пацієнтам допомогти. Ось така в мене оцінка того, що я мав можливість спостерігати за час, коли петиція набирала необхідні голоси. На мій погляд, це буде дуже серйозно впливати на репутацію не тільки в нашому суспільстві, але й на міжнародному рівні. Буде лакмусовий папірець, який покаже: чи можна говорити про дорослість нашої держави в сенсі лікування найбільш незахищеної когорти наших пацієнтів.

Ми живемо в достатньо цікавий час. Ми можемо за цим спостерігати та робити висновки. Сподіваюсь, що я маю підстави бути оптимістом та розраховувати на дорослість, порядність, небайдужість та нарешті людяність тих людей, які від імені нашої держави приймають рішення.

Якщо пацієнта треба лікувати наркотичними ліками (опіоїдами), наприклад, морфіном, тоді лікар виписує рецепт форми 3). Він зобов'язаний керуватися Наказом МОЗ від 2005 року №360, Постановою КМУ від 2013 року №333, Наказом МОЗ від 2015 року №494 та купую інших нормативних документів.

Рецептурні бланки форми 3 підлягають суворому обліку. Є журнали, де фіксується кому та коли було в лікувальному закладі видано цей бланк. Лікар обов'язково пише в медичній документації пацієнта, які були медичні показання для виписування рецепту. Призначається лікування згідно з рекомендаціями (в тому числі і дозування препарату). Ті, хто відстоює право пацієнтів з важкими хворобами мати доступ до ліків на основі канабісу (марихуани), просить у держави не більше, ніж прирівняти ліки з канабісу до морфіну. Не треба демонструвати свою безграмотність та волати про те, що мовляв буде доступною марихуана для всіх українців та ледь не в школах її будуть дітям роздавати. Лікування будь-якими наркотичними ліками відбувається під контролем держави. Ми не проти контролю. Ми за можливість пацієнтів отримувати лікування, яке їм допомагає. І це варто розуміти, коли робиш підхід до такої серйозної теми.

**05.03.2019**

## ПРО ПРАВО НА ЖИТТЯ БЕЗ БОЛЮ. ЯК ЙОГО ДОМОГТИСЯ

Своїм пацієнтам я призначаю лікування. І є дві поради: чітко виконувати мої рекомендації та якісно мене інформувати щодо ефективності призначеного мною лікування та наявності побічних ефектів та ускладнень. Це – якщо стисло. На жаль, основна запорука пацієнту жити без болю – це мати лікаря, який якісно призначить лікування. Тому без цієї складової впоратися з сильним хронічним болем - практично неможливо...

Припустимо людина має біль через рак, який лікарі визнали таким, що лікувати неможливо. Або через мієломну хворобу. Або через лейкоз (лейкемію). Або через цукровий діабет. Або через інфекційні хвороби (туберкульоз, ВІЛ, інші). Або через неврологічні хвороби. Або через тисячі інших причин, де лікарі визнають свою безсилість в лікуванні хвороби, що є причиною болю.

Припустимо, що людина стогне, плаче, кричить від болю (сильний біль за трьома сходишками болю, біль більше 6 балів за 10-бальною шкалою). Припустимо, що з цим болем людина живе 30 днів. Теоретично припустимо.

**ЩО ТАКЕ 30 ДНІВ?**

30 днів - це **720** годин.

30 днів - це **43 200** хвилин

30 днів - це **2 592 000** секунд.

**ДВА МІЛЬЙОНИ П'ЯТСОТ ДЕВ'ЯНОСТО ДВІ ТИСЯЧІ СЕКУНДИ**

Кожна з тих понад двох мільйонів секунд все життя людини займає біль. Більше ні на що сил не вистачає - ані на те, щоб поїсти, ані на те, щоб поспати. Людина, коли має такий всепоглинаючий біль, не може радіти свіжому повітрю, улюбленій музиці чи книжці, радіти можливості спілкуватися з рідними людьми та друзями. Людина може тільки відчувати біль.

Що має відчувати людина, якій «пощастить» жити з таким болем 60 днів? Півроку? Рік? Порахуйте самостійно, скільки "незабутніх" секунд їй треба пережити.

**ЩО ВАЖЛИВО:** Достатньо легко, просто користуючись принципами лікування хронічного больового синдрому, правильно призначаючи морфін (або інший сильний опіоїд) в поєднанні з парацетамолом та ад'ювантною (допоміжною) терапією – можна зробити так, щоб людина болу не відчувала. Не просто ми робимо їй передишки на кілька годин, ми можемо лікувати так, щоб людина болу не відчувала **ЗОВСІМ**. І це абсолютно неважко. Лікарю потрібно тільки мати трошки бажання та витратити треба трошки часу, щоб за кілька днів підібрати знеболення, яке повністю позбавить пацієнта болю. І що, хтось дійсно проти того, щоб стан, коли лікар не призначає такого лікування (своєю бездіяльністю продовжуючи муки пацієнта), називали **ТОРТУРАМИ** чи **КАТУВАННЯМ**?



**А чому треба «подарунок» від лікаря у вигляді 2 592 000 секунд невиносимого болю на кожні з 30 днів не вважати тортурами чи катуванням?**

Біль – це страшно. Коли біль пов'язаний з нашою бездіяльністю та непрофесійністю – страшніше в 100 разів... Або в два мільйони п'ятсот дев'яносто дві тисячі разів, мабуть так – точніше.

*В житті людей є купа хвороб. Є хвороби невиліковні. Не тільки рак, але рак - в тому числі. З невиліковними хворобами люди живуть дуже різний час. Хтось - дні, тиждень, хтось - роки, десятки років. Буває так, що невиліковна хвороба викликає біль. Дуже сильний хронічний біль. Який заповнює собою кожен секунду кожного дня життя людини. Я дізнався про те, що в переважній більшості випадків можна цей біль прибрати. Інколи зовсім немає можливості лікувати невиліковну хворобу. Але можна прибрати біль. Для цього має створитися команда: лікар з пацієнтом. Якщо у лікаря є бажання та знання, а пацієнт - чітко виконує призначення лікаря – майже гарантовано, що біль буде переможеним.*

**Пункт 1. Лікар є союзником.** Йти до лікаря треба саме з таким очікуванням. Перш за все треба досягти саме такого стану речей. Треба, щоб лікар та пацієнт розуміли: у них є спільний ворог – біль. І їм треба об'єднатися проти цього ворога. Тоді великі шанси його перемогти. Пацієнт має знати свій діагноз, має дати зрозуміти лікарю, що він не очікує від нього лікування, що вилікує його від невиліковної хвороби. Але він очікує, що лікар застосує свої знання та вміння для того, щоб лікувати те, що можна лікувати – біль.



Основне правило: лікар, після того, як призначив вам знеболення має наступної доби (через 24 години) отримати від вас інформацію про ефективність призначеного ним лікування. Якщо біль не пройшов – лікар зобов'язаний робити корекцію своїх призначень. **Мета - відсутність болю.**

**Пункт 2. Якщо сімейний лікар відмовляється призначати опіоїди, якщо сімейний лікар відмовляється реагувати на інформацію про неефективність призначеного лікування. Вашим союзником має стати головний лікар. Треба звернутися до нього.** При чому окрім розмови головний лікар має отримати письмове звернення. Ви готуєте письмове звернення в двох примірниках, реєструєте його в приймальні на обох примірниках. Один — передається головному лікарю, другий – залишається у вас в якості доказу звернення. В зверненні ви вимагаєте термінового його розгляду та відповіді, вимагаєте вжити невідкладних дій для надання вам повноцінної медичної допомоги та лікування болю. І докладно описуєте все те, що ви відчуваєте через

небажання вашого лікаря призначати вам адекватне знеболення. Звісно, вказуєте всі можливі засоби, за допомогою яких з вами можна зв'язатися: номери телефонів, адреси електронної пошти тощо.

**Пункт 3. Якщо головний лікар відмовляється реагувати на ваше звернення. На мій погляд є вже необхідність звертатися до власника лікувального закладу.** Для лікувальних закладів обласного підпорядкування - це обласна рада. Для міських та районних лікувальних закладів - відповідно міські та районні ради. Дізнавайтеся за допомогою інтернет контактні дані відповідних рад та звертайтеся письмово з тими самими вимогами, які були в зверненні до головного лікаря. Долучайте копію вашого звернення до головного лікаря. Не забудьте вказати на необхідність термінового розгляду вашого звернення через те, що мова йде про ваше здоров'я та про нестерпні болі.

**31.03.2019**



## ПРО МРІЇ ЛІКАРЯ ОНКОЛОГА

Ми працюємо з достатньо важкими хворобами. Ми призначаємо лікування, яке може допомогти, а може не допомогти. Ми можемо щільно спілкуватися з людиною, а потім раптово дізнатися про її смерть. А можемо бути свідками цієї смерті. Мені здається, що кожен з нас хоче максимально допомогти... І мені здається, що в онкології було б добре, якби було трошки більше поваги. В різних її проявах.

### 1. Повага до лікаря

1.1. Ми маємо отримати зрозуміле правове поле для нашої роботи. На сьогодні ми маємо начебто лікувати за протоколами. Але смішна справа: уніфіковані протоколи як на мене вкрай рідко є достойними. А останній уніфікований український протокол прийнято десь в році 2015 (плюс/мінус). Тепер у нас є наказ "двадцять дві хвилини на третю" <http://surl.li/qwucq>. За яким нам пообіцяли право користуватися світовими протоколами. Але диявол ховається за дрібницями. Щоб легально скористуватися рекомендаціями того самого NCCN, нам потрібно, щоб їх всі переклали українською мовою та затвердили наказом по лікувальному закладу (ЗОЗ). По-перше, керівників ЗОЗ це взагалі не цікавить. А по-друге, виявляється, що вартість перекладу рекомендацій по лікуванню раку молочної залози більше 40 тисяч гривень. Це - тільки одна хвороба. А на всі хвороби? А перекладати всі оновлення, які, на відміну від українських протоколів з'являються кожного року, а то й по кілька разів на рік? Отже, знайомимось з рекомендаціями світової онкології (навіть, якщо готові читати англійською) ми протизаконно... Абсурд.

1.2. Дуже хотілося б скасування адміністративно-командної системи. Революція Гідності багато що змінила в Україні. Але не в медицині. В Україні керівник закладу – голова колгоспу. Не завжди. Але тут вже – як пощастить. Людський фактор. В такому випадку він завжди правий. Він розуміється у всіх питаннях за замовченням, без перевірки. Правий тому, що начальник. Неможлива дискусія, неможливі обговорення. І немає жодного контролю якості роботи керівників на місцях. Якщо немає потужно-голосних скандалів – то немає жодного механізму, та, здається, й бажання якогось контролю. Дуже хочеться, щоб показання та протипоказання щодо лікування пацієнта залежали б від медичних, професійних аргументів, а не від «чого ізволіте». Дуже хотілося б, щоб думка пацієнта також вважалась серйозним аргументом. Пацієнт – не шматок деревини, з яким треба робити тільки те, що скаже начальство. Пацієнт – людина. І дуже хотілося б, щоб пацієнт мав право голосу.

1.3. Дуже хочеться налагодження зв'язку між рівнями надання медичної допомоги. Вищі рівні мають не тільки почуватися начальниками/господарями/власниками для лікарів та лікувальних закладів нижчих рівнів. Вони мають відчувати відповідальність за рівень допомоги, який вони можуть надати. Столичні заклади мають допомагати закладам в областях. Обласні заклади – закладам в районах. Заклади 2-го рівня – закладам 1-го рівня. Ця взаємодія має забезпечуватися простими та зрозумілими маршрутами та механізмами.

1.4. Дуже хочеться появи якісного професійного аналізу тих проблем, які існують в медицині, а тим більше – в онкології. Не призначення винних. Не створення вигляду активної діяльності. А повноцінного аналізу, розробки плану, стратегії по подоланню проблем. Та аналізу ефективності впровадження того плану, що був розроблений. Хочеться серйозного ставлення до питання, а не змагання понтами.

## **2. Повага до пацієнта**

2.1. Дуже хочеться, щоб нарешті ми стали виконувати те, що зобов'язує нас виконувати Закон України. Щоб пацієнти отримували повну і достовірну інформацію про свою хворобу з боку медичного працівника. Стаття 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» <http://surl.li/kxjv> Щоб пацієнт отримав право вибору лікаря та лікувального закладу (стаття 38). Отримав право на лікарську таємницю (стаття 40).

2.2. От би було здорово, якби б пацієнт отримав право на отримання «другої думки». Щоб не за феодальними традиціями призначення авторитетів в закладі визначалося, що є непогрішимий лікар, для якого є «приниженням» консультація пацієнта в іншому лікувальному закладі. Щоб не примушували пацієнта терміново через 10 днів після операції отримувати курс хіміотерапії з сумнівними для цього показаннями терміново під страхом «зіпсувати відносини, мені ще до них звертатися». Щоб була можливість у пацієнта, при бажанні, отримати консультацію у кількох онкологів, знати, що він ознайомився з різними точками зору. Знати, що він отримує якісне лікування.

2.3. Дуже хочеться, щоб були люди, які б аналізували, як зробити максимально комфортним діагностику та лікування таких емоційно некомфортних хвороб. Або що б зробити, щоб черги були по-менше. Є можливість застосувати для цього телефон – застосовуємо телефон. Корисний для цього інтернет? – застосовуємо інтернет. Щоб страху через брак інформації було якомога менше. Щоб були знання, як давати інформацію. І не затягуючи, щоб не примушувати людину боятися невідомості.

2.4 Дуже хочеться, щоб була неможливою фраза "ми нічим не можемо допомогти". Не можемовилікувати – можемо спробувати взяти під контроль хворобу, уповільнити її прогресування. Не можемо цього зробити - можемо зменшити кількість страждань, покращити якість життя за допомогою організації якісної паліативної допомоги. Всі разом, узгодженими діями всіх рівнів надання медичної допомоги, лікарів багатьох спеціальностей та немедичних працівників також (психологи, соціальні робітники тощо).

**Замість підсумку.** Це в мене так, те, що першим спадає на думку. Мені здається, що якби втілити в життя ось ці мої мрії – життя пацієнтів з онкологічними хворобами було б набагато кращим. І допомога нашим пацієнтам – набагато якіснішою. І наче грошей для втілення всього цього не так багато треба. Потрібні організаційні здібності. Потрібна увага до таких «дрібних» питань. Але поки що це залишається тільки мрією. Хто знає, можливо колись вона стане реальністю... **9.05.2019**

## ПРО БОГА В ДУШІ

Цікава розмова у мене відбулася на тему про «Бога в душі» (наголос на останньому складі). От і вирішив я поділитися власними думками. Я працюю лікарем та більшість моїх постів є на тему медицини. Але я православна людина. Та маю і можливість, і право поділитися власними думками на тему духовного життя.

З іншого боку, я не є православним агітатором, тому я не намагаюсь своїм постом когось заганяти в православну віру, абсолютно тверезо розуміючи, що люди є різні. Хтось є атеїстом, хтось іншої віри, або іншої конфесії. З повагою ставлюсь до світогляду кожного та просто поділюся власними думками. Вони адресовані тим людям, які вважають себе православними християнами.



Цікава у мене виникла аналогія, коли я вчергове зіткнувся з фразою «головне, щоб Бог був в душі, не обов'язково ходити в церкву». Я запропонував співрозмовниці просто бути чесною із собою. Якщо людина не вірить в Бога, або її віра є неправославною чи нехристиянською – це просто треба визнати. І це – вибір людини, це нормально. Але якщо ти одночасно думаєш, що ти – православний християнин, а при цьому ти думаєш, що у тебе Бог в душі та тобі не треба в храм – так не спрацює, навіть не сподівайся.

Хто там того Бога в душу пускав, щоб Він там опинився? Найчастіше ж ми навіть зміст Євангелія не дуже знаємо, так, десь колись щось чули...

Отже, сама аналогія. Уявимо собі, що у нас брудні руки та нам хочеться, щоб вони стали чистими. Нам кажуть – ось є кран з водою, тобі треба піти та помити руки. А ми скажемо: «Нам не треба до крану, головне, щоб у нас було прагнення до чистих рук». Мені дуже здається, що ми десь таку вигадуємо собі відмазку відносно церкви. Однієї задекларованої мети недостатньо для її досягнення. Треба ще щось зробити, як би не було прикро це визнавати.

**Моя співрозмовниця каже, що є купа людей, які ходять в церкву, але роблять багато недостойних речей в своєму житті. Що просто ходити в церкву – недостатньо.**

Згоден, якщо повернутися до моєї аналогії, що просто підійти до крану недостатньо для того, щоб руки стали чистими. Взагалі-то, ще треба зробити купу інших дій: відкрити воду, взяти мило, потерти однією рукою об другу, після миття – витерти руки рушником. Підхід до крану – це тільки перша та важлива дія. Але однієї цієї дії зовсім недостатньо.

От тільки це не може бути причиною взагалі відмовлятися від крану з водою. Просто треба знати, що треба ще буде попрацювати з тим, щоб досягти мети.

**Співрозмовниця моя ще додала: «та деякі люди, які ходять до церкви інколи себе так поведуть, що вони гірші, ніж ті, хто до церкви не ходить».**

Отже, продовжуємо говорити про чисті чи брудні руки. Тут яка проблема: якщо я зі своїми брудними руками буду розшукувати тих, хто має ще брудніші руки – мої від того чистішими не будуть. У мене буде тільки один варіант: визначитися, чи треба мені, щоб мої руки були чистими та, якщо це мені дійсно треба - тоді займатися власними руками, а не роздивлятися та вишукувати руки, ноги та інші за частини інших людей. І не виправдовувати себе тим, що в когось також брудні руки.

Мало того, якщо я помив руки – вони на вічно чистими не залишаться. А якщо я одразу після миття їх в багнюку засуну – так вони й забрудняться одразу. Тому процес миття рук має бути неодноразовим, та й в бруд треба не дуже поспішати лізти...

Отже, якщо повернутися до церкви, то вона пропонує нам Тіло та Кров Христові, які можна отримати тільки в храмі. Церква вчить нас молитві, щоб ми могли скористатися досвідом тих людей, які визнані Церквою святими, щоб ми не тільки з нашими мізерними знаннями підходили до спілкування з Богом. Церква вчить нас читати Святе Письмо, щоб ми знали, що нам є корисним для духовного життя. І це - важливі інструменти.

Далі вже купа роботи – вчитися та читати, аналізувати себе та своє життя. І тоді, можливо ми таки зможемо впустити до себе в душу Бога. І хай нам Господь допоможе в цій роботі. Нам залишається зробити перший крок для цього. Якщо, звісно, ми цього хочемо.

Бо насильно Господь не планує входити в наше життя. Тільки при наявності нашого на то бажання.

**24.03.2019**

Ясна річ, лікар не чарівник івилікувати всіх він не може, особливо якщо мова йде про такі хвороби як онкологічні. Складно говорити простими словами про прогноз, побічні ефекти від лікування, вселяти надію в умовах війни та супротиву важкій хворобі.

Однак саме словом лікар може сприяти відчуттю внутрішнього миру пацієнта, мотивувати лікуватися та насолоджуватися життям попри аномальність екстремальної ситуації. Тож для лікаря діалог з пацієнтом та його рідними – надійний інструмент актуалізації людяності, а отже – потужного ресурсу психологічного благополуччя як компонента якості життя в цілому.

Щиро вдячний читачам за увагу до цієї книги, мого блогу і сторінки онколога у Фейсбуці. За цим QR кодом ви можете залишити свої відгуки та побажання, які я врахую в своїх наступних нотатках.

Щиро ваш, Андрій Гардашніков.



