

Що таке кома

Кома, або, точніше, коматозний стан, – це стан глибокого пригнічення функцій центральної нервової системи, який характеризується втратою свідомості та реакцій на зовнішні подразники (звук, дотик, зміну температури тощо), розладом регуляції життєво важливих функцій організму. Мозок при цьому перебуває ніби в глибокому сні. Можна сказати, що людина існує, але не живе. Такий стан несе в собі безпосередню загрозу для життя, він межує з клінічною смертю.

Кома має дуже багато варіантів. Може бути кома посттравматична, інтоксикаційна (при отруєннях, при передозуванні в наркоманів, токсикоманів та ін.), метаболічна (при захворюваннях печінки, ниркової недостатності), післяпологова, при судомному синдромі тощо.

Спричиняти кому можуть різні захворювання, але безпосередньою причиною її розвитку завжди є або органічне ураження головного мозку – черепно-мозкова травма, інсульт, пухлина, опіки, обмороження, або ж порушення біохімічних процесів і, відповідно, обміну речовин у клітинах мозку.

Існують також синдроми, котрі нагадують кому, та споріднені з нею стани, зокрема персистуючий вегетативний стан, апалічний синдром, акінетичний мутизм, синдром ізоляції, або псевдокома, кататонія, конверсійний стан, або істеричний транс.

Стадії коми

Розрізняють чотири стадії коматозного стану, з яких перші дві відповідають прекомі, тобто стану, що передує власне комі.

Перша стадія характеризується неспокоєм, сонливістю вдень та збудженням уночі, порушенням координації рухів.

У другій стадії сонливість прогресує, знижуються реакції на больові подразнення, слабшають деякі рефлекси, але все ще можливо, хоч це і дуже важко, досягти короточасного контакту з хворим (він може відгукуватися на своє ім'я, виконувати на прохання елементарні рухи – розплющити очі, показати язик тощо).

Для третьої стадії характерні глибокий сон, відсутність багатьох рефлексів. Хворі не здатні вступати в контакт, контролювати сечо- та каловиділення.

Четверта стадія – це глибока кома з цілковитою відсутністю всіх рефлексів, тяжкими порушеннями життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу, роботи серця. Часто виникає потреба підключати апарати штучного дихання або забезпечувати іншими засобами процеси дихання та кровообігу. Коли людина перебуває в такому стані, то мозок одержує лише 5–10% крові, потрібної для його нормальної діяльності. А якщо постачання мозку кров'ю припиняється, то настає його смерть, тобто тіло ще продовжує певний час жити, але мозок уже ніколи не зможе відновити свої функції.

Методів об'єктивізації, аби визначити, чи є ще надія на повернення до життя, фактично не існує. Буває настільки глибоке загальмування, що сказати, чи функціонують у такого пацієнта, скажімо, мозок, серце або печінка, реально неможливо, і щось прогнозувати лікарі не беруться.

Де проходить межа поміж життям і смертю?

Віддавна вважалося, що через кілька годин після зупинки серця та дихання життя людини уривається. Починаючи з середини ХХ сторіччя розвиток методів реанімації забезпечив змогу відновлення функцій серця та легенів, але відновлення функцій мозку й сьогодні вважається практично неможливим, особливо тоді, коли мова йде про тривалу кому або її наслідок – вегетативний (рослинний) стан.

Із погляду сучасної медицини такий хворий без ознак свідомості вважається мертвим, хоча його серце продовжує битися. Вважається також, що він уже ніколи не зможе самостійно дихати (за нього дихає

апарат) та підтримувати тиск крові (його підтримують медикаментозно лікарі). І, звичайно, в нього немає ознак свідомості.

Медики дають таке визначення смерті: це стан загибелі організму як цілого з повним і незворотним припиненням функціонування головного мозку. Однак постає питання: як діагностувати смерть мозку? Які ознаки можуть переконливо свідчити, що мозок помер і вже немає жодних шансів на повернення до нормального життя?



Пристрій, створений на випадок передчасного поховання.

Про труднощі з точним визначенням настання смерті свідчать факти поховання заживо, особливо під час епідемій та воєнних конфліктів. Коли період між смертю людини та її похованням становив кілька днів, оживало чимало "трунів". Народні перекази про оживилих та померлих уже в труні людей і звичай тимчасового поховання перед остаточним говорять про те, що такі нещасні випадки траплялися. Виразно описав несправжню смерть Шекспір у "Ромео та Джульєтта". Наприкінці XIX сторіччя в Німеччині

було навіть створено й запатентовано спеціальну труну, котра давала людині змогу при передчасному похованні повідомити, що вона жива.

Умирання, яке завжди вважалося простим переходом від активного стану до бездіяльного, нині усвідомлюється вченими як складний процес, котрий охоплює різним чином і різною мірою всі тканини організму. Точне знання послідовності процесів, що відбуваються при загибелі організму, стало практично значущим із середини XX сторіччя, коли лікарі зосередили свою увагу та винахідливість на розвиткові методів оживлення, спроможних підтримувати життя хворих, котрі перебувають у коматозному стані. Уявлення про смерть змінилися: **життя можна вважати скінченим, якщо мозок як головний орган, який визначає існування людини, незворотно припиняє свою діяльність.** Виникла доконечна потреба дати точніше формулювання поняттю "смерть" і визначити її медичні критерії.

Річ у тім, що розвиток трансплантаційної хірургії відродив побоювання щодо можливості передчасного встановлення смерті для видалення органів у тіла, в якому ще б'ється серце. Ці побоювання підтримувалися сенсаційними повідомленнями в пресі про хворих, котрі прийшли до пам'яті буквально перед самою процедурою видалення в них органів.

Нині за кордоном широко розгорнулася дискусія щодо того, чи відчутний біль після смерті мозку в момент видалення органа для трансплантації і чи слід вдаватися при цьому до знеболювальних препаратів. Уже сам факт того, що постали такі питання, свідчить: у медицині й досі немає чітких критеріїв для визначення межі поміж життям і смертю. Дехто взагалі ладен узяти за єдиний вірогідний критерій смерті організму його розклад.

У традиційній медицині вважається: якщо людина не може розплющити очі, поворухнутися або зреагувати на звернену до неї мову чи больові подразники понад два тижні, то в неї настала смерть мозку, а отже, така людина мертва.

Досвід Київського науково-методичного центру ультразвукової медичної діагностики "Істина", який спеціалізується на лікуванні захворювань, пов'язаних із порушенням мозкового кровообігу, переконливо свідчить, що **такі клінічні прояви – ще не вирок.** Адже тут удається повертати до життя тих людей, на яких за традиційними канонами вже поставили хрест, аргументуючи це смертю мозку.

На нашу думку та на думку ряду інших науковців, **про смерть мозку, а отже, і всього тіла, може однозначно свідчити лише цілковите припинення кровопостачання мозку з неможливістю його оперативного відновлення.**

Цікаво, що відомий американський нейрохірург професор Роберт Уайт, який багато років присвятив роботі над проблемою трансплантації голови, підходить до реанімації з погляду захисту насамперед головного мозку, а не всього тіла. У будь-якому разі, твердить він, слід відновити кровопостачання мозку. Уайт розробив ряд інструментів для підтримання мозку в життєздатному стані, а також

створив систему охолодження мозку, котра б діяла в екстремальних ситуаціях. Ще одна важлива, на його думку, проблема – механізація мозкового кровообігу. Поки мозок отримує кров за допомогою механічної апаратури, можна проробляти будь-які маніпуляції з іншими органами. І взагалі Уайт переконаний, що завданням медицини мають стати захист, поліпшення і подовження життя людського мозку.

Наслідки тривалої коми

Навіть далекій від медицини людині зрозуміло: якщо хворий тривалий час перебуває в коматозному стані, це надто серйозно як для його життя, так і для подальшого існування. Лікарі ж уже давно помітили таку закономірність: чим довше триває такий стан, тим більше змін виникає в органах і системах і тим більше залишкових явищ при виведенні з цього стану.

Досвід клінічної практики свідчить: якщо хворий не виходить із коми протягом одного-двох тижнів, то сподівання на його повернення до нормального людського життя мізерні. Щастя, якщо в такої людини після тривалого лікування зможуть згодом відновитися хоча б основні функції організму. А якщо кома триває кілька місяців або років? Лікарі та родичі втрачають усяку надію на краще. Їм залишається лише мінімально забезпечувати елементарні потреби хворого – годувати його, мити, прибирати, іноді ще й допомагати дихати. І така людина поступово згасає.

Дуже рідко при тривалості коми в кілька годин бувають випадки, коли хворий виходить із цього стану самостійно, тобто всі або більшість функцій організму в нього враз відновлюються, можна сказати, раптом сам устав і пішов. Але, повторюємо, таке трапляється лише в унікальних випадках та при незначній тривалості перебування в коматозному стані.

Здебільшого ж людина виходить із коми не одразу, а під впливом інтенсивної терапії і ще довго проходить лікування та реабілітацію (реабілітація – це комплексна терапія, спрямована на відновлення порушених функцій за допомогою ліків, фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізкультури, психотерапії, корекції мовлення, пам'яті, мислення, аналізу, логіки тощо), перш ніж зможе хоча б частково повернутися до нормального життя.

Ще частіше такі хворі стають інвалідами або й зовсім не приходять до пам'яті, залишаючись у такому стані протягом невизначеного часу – від кількох годин до десятиріч. Донедавна вважалося, що медицина тут безсила.

Трагедія в Червонограді

Нещодавно була друга річниця сумнозвісних подій у Червонограді після перегляду школярами фільму "Армагеддон". День 30 листопада 1998 року став там трагічним для багатьох сімей. Унаслідок безладдя та некерованості дитячого потоку четверо дітей загинули в кінотеатрі, шестеро ж перебували в реанімаційному відділенні, з них одна дівчинка – 13-річна Галинка Кривова – до Різдва 1999 року ще не вийшла з коми.

Дізнавшись про це завдяки телебаченню, працівники центру "Істина" не могли залишатися осторонь. Вийшовши на контакт зі Львовом, де в той час перебувала дівчинка, ми оперативно узгодили можливість консультативної допомоги і негайно виїхали.

Треба сказати, що саме життя готувало нас до такої ситуації. Приблизно рік тому була, так би мовити, перша проба сил, коли ми змогли вивести з коми чоловіка, котрий отруївся чадним газом. Хворий перебував у такому стані п'ять днів, і допомогти йому традиційними методами не вдавалося. А згодом нас запросили в Суми до пацієнта, що вже тиждень не виходив із коми після черепно-мозкової травми. Тут наші методи діагностики й лікування також себе виправдали. Отож певний досвід ми вже мали.

У Львові нас зустріли з великою надією. Вразила турбота про Галинку працівників Львівської обласної дитячої клінічної лікарні проблем Чорнобиля, їхнє величезне бажання допомогти їй.

Наші пропозиції щодо лікування і наш значною мірою нетрадиційний підхід, як ми й чекали, спершу сприйняли з деякою осторогою. Але львівські лікарі, на щастя, добре розуміли й те, що в такій ситуації звичні схеми вже не спрацьовують.

До нашого приїзду Галинку було обстежено провідними фахівцями в цій галузі за допомогою загальноприйнятих у невропатології методів діагностики, дівчинка отримувала лікування за класичною схемою. Однак стан дитини не відповідав очікуваним від лікування результатам. Ми запропонували застосувати запатентовану в Україні методику неінвазивного дослідження стану артеріального та венозного кровопостачання головного мозку (патент Держпатенту України № 10262 А від 19. 07. 95 р.) і провести обстеження з допомогою нашої апаратури та за потреби відкоригувати судинну терапію. Вказана методика базується на ефекті Допплера, який реалізовано в ультразвуковому апараті – доплерографі, і дає змогу контролювати стан артеріального кровопостачання головного мозку по різних судинах, а також ефективність венозного відтоку з порожнини черепа. Висновки щодо наявності патології інтерпретуються шляхом кількісного та якісного аналізу доплерограм.

Проведені дослідження стану Галинки показали, що з кровопостачанням мозку виникли великі проблеми. Слід сказати, що доросла людина з такою патологією просто не вижила б. Але тут ми мали надію, враховуючи великі резервні можливості дитячого мозку, а також те, що Галя займалася легкою атлетикою і мала здорове серце. Отже, можна було сподіватися якщо не на успіх лікування, то принаймні на певні позитивні зрушення. Нестандартність ситуації полягала ще й у тому, що в нас не звикли враховувати при наявності захворювання стресового фактору. А тут цей фактор навіть не викликав сумніву. Страх, пережитий дівчинкою в кінотеатрі (за іронією долі, саме того трагічного дня їй виповнилося тринадцять років), напевне, відіграв не останню роль... І коли ми виробляли тактику лікування й підходу до цієї маленької пацієнтки з погляду психологічної корекції, то треба було спершу уявити собі, що могла ця дитина тоді відчувати.



Галя у львівській лікарні (січень 1999 року).

Разом із лікарями відділення відкоригували лікування, домовилися про контакт по телефону і повторну зустріч через десять днів.

Галинка повертається до життя

На час нашого другого візиту до Львова лікарі вже почали помічати, що Галинка нібито стала трохи спокійнішою, проте явних клінічних змін іще не було. Не раз лунали слова: "Нам так хотілося б це бачити". Мовляв, чи не видаємо ми бажане за дійсне? Через те будь-яке трактування змін у стані Галі сприймалося дуже критично. Тому всім було вельми цікаво дізнатися, що ж продемонструє цього разу апарат. Адже це будуть абсолютно об'єктивні показники.

Протягом дня контролювали стан кровопостачання та функцій мозку в Галі, відбувалася корекція лікування. На доплерограмі ми побачили ознаки зменшення набряку мозку, поліпшення його кровопостачання, як артеріального, так і венозного ("увімкнувся" венозний відтік, чого не було першого разу). Це нас порадувало, бо позитивна динаміка за доплерограмою простежувалася чітко.

Лікування тривало. І от на початку лютого Галинка почала вступати в контакт. Пролунали перші слова, несміливі адекватні відповіді "так" або "ні" на запитання. У дівчинки з'явився потяг до життя. Але треба було ще зробити все для того, щоб Галинка знову стала повноцінною людиною, щоб втрати були щонайменші, щоб із її поведінки, рухів тощо не було помітно, що вона вже ступала однією ногою на той світ.

Ми працювали зі львівськими колегами пліч-о-пліч, все вирішували разом. Це був прекрасний приклад плідної співпраці приватної та державної медицини у разі нагальної потреби практичного застосування найновіших наукових досягнень. Результатом її стало те, що Галинка Кривова прийшла до пам'яті.

Тоді до роботи з дівчинкою відразу ж було залучено фахівців – психолога, логопеда, реабілітолога, щоб допомогти їй подолати кризу. Місцеві фахівці продовжували співпрацювати з київськими. Почалася робота над корекцією вищих коркових функцій. Знаючи, що в Галі краще постачається кров'ю права півкуля, ми вирішили подати їй інформацію із зовнішнього світу у вигляді музики. Попросили батьків

привезти ті записи, котрі Галя раніше любила слухати, зокрема пісні Олександра Пономарьова. І це подіяло!

Лікування певним чином модифікували й продовжували, бо курс його було розраховано на тривалий час, аж поки мозок не запрацює нормально і кровопостачання його не стане стабільним. Переривати лікування не можна було, бо таким чином неважко втратити все те, що здобули.

Протягом двох років дівчинка неодноразово проходила необхідні курси лікування в Києві у центрі "Істина". Зважаючи на те, що випадок із Галинкою надзвичайно тяжкий і, власне кажучи, безпрецедентний, лікування проводилося безкоштовно. Лікувалася Галя і у львівській дитячій обласній лікарні проблем Чорнобиля, де перебувала в січні 1999 року. Нині вона вже може ходити самостійно, без підтримки, значно поліпишилися мовлення, зір (протягом року Галинка залишалася незрячою). Проте для того, щоб дівчинка знову стала повноцінною людиною, потрібні, як мінімум, іще кілька років роботи з нею висококваліфікованих фахівців, а їх в Україні – одиниці.

Наш досвід свідчить, що з такими пацієнтами треба працювати багато і практично безперервно, докладаючи щонайбільше зусиль для їх одужання. Адже люди, котрі вийшли з коми, незалежно від віку, за рівнем інтелектуального розвитку нагадують немовлят. Вони потребують копіткого догляду. На реабілітацію йдуть, на жаль, не дні, не тижні, а цілі роки.

Інші наші перемоги над комою

У плані боротьби з комами однією з найбільших перемог "Істини" ми нині вважаємо Сергія П. (16 років), що після черепно-мозкової травми перебував у коматозному стані протягом року. Свідомість у нього була порушена, активному контактові хлопець був недоступний, виявляв негативізм на звернену до нього мову, на дотик, кінцівки не рухалися. Із часом по мірі відновлення певних функцій з'ясувалося, що в хворого було цілком порушено координацію рухів, просторово-часову орієнтацію, спостерігалися психічна напруженість, розсіяність уваги, відсутність контролю над своїми емоціями та бажаннями тощо.

Після проведених курсів лікування в Сергія з'явилися усвідомлення власної особистості, бажання лікуватися, здатність змінювати свій емоційний стан, тривалий час концентрувати увагу, практично зник негативізм, відновилися мовлення (окремих слів, згодом і деяких фраз), пам'ять, критичність і самокритичність, орієнтація в часі та просторі, зросла пізнавальна активність, виникла віра в свої сили. Поновилися активні рухи кінцівок. Хлопець намагається обслуговувати себе сам. Повернулися риси характеру, притаманні йому до травми: доброта, щедрість. Динаміка кровопостачання мозку значно поліпишилася. За умови постійних безперервних курсів реабілітації впродовж кількох років прогноз позитивний.



*Із Сергієм К.
працює
психолог.*

Ось іще один приклад. У Василя І. (40 років) внаслідок травми утворилася внутрішньомозкова гематома (крововилив у мозок), і довелося робити операцію, після якої хворий не приходив до пам'яті, хоча з погляду хірургічного все було зроблено правильно, як засвідчили нейрохірурги й консультанти. Місцеві лікарі нічого не могли вдіяти, вони втратили надію допомогти хворому. Церебральна кома тривала п'ять місяців. Однак попри все це за хворого боролися його мати, дружина, діти, його колеги й співпрацівники та колектив центру "Істина". І через півроку лікування в цього чоловіка відновилося мовлення, він повертається до життя. Згадав навіть іспанську мову, яку раніше вивчав.

А от наш новий пацієнт Сергій К. (22 роки) після автокатастрофи перебував у коматозному стані близько трьох років. Батьки намагалися знайти таких лікарів і такі методи лікування, котрі б допомогли повернути сина до життя, зверталися з тим до найрізноманітніших медичних установ. Однак проведене лікування давало певні наслідки тільки в плані чисто фізичного зміцнення організму. Мозок спав. Дізнавшись про те, що в центрі "Істина" досягли успіхів у боротьбі з комами, родина звернулася сюди. Уже після першого курсу лікування відбулися позитивні зміни: Сергій почав вимовляти окремі склади й нескладні слова, фіксувати погляд, став упевненішим у деяких рухах та ін. Нині він продовжує лікування. **Отож ми можемо нині стверджувати: тривала кома – не вирок. Проте треба мати знання, мужність, силу, терпіння, віру, аби боротися за хворих, котрі перебувають у такому стані, до кінця і в жодному разі не опускаючи руки. Це нелегко, однак цілком реально.**

Якщо лихо сталося

Ніхто не здатен передбачити виникнення коми, бо це завжди трапляється несподівано, ніхто заздалегідь до такого не готується, тому це психологічно вельми несприятливий варіант. Якщо хтось у родині тривалий час тяжко хворіє, то в родичів підсвідомо вже виникає припущення, що можливе й найгірше. А тут їх раптом ставлять перед фактом, що близька їм людина в комі, і, на жаль, ніхто – ні лікар, ні священник, ні хтось інший – не може сказати, що буде далі, в якому напрямі розвиватимуться події в цьому конкретному випадку, ніхто не здатен визначити наперед, чи повернеться людина до життя, чи, навпаки, відійде у вічність, і ніхто не може дати жодних гарантій. Постає багато питань, які залишаються без відповіді.

Невизначеність – найгірше в цій ситуації. Неможливо передбачити, як хворий вийде з такого стану. Треба чітко усвідомлювати, що **стан коми – це ніби прикордонна смуга поміж життям і смертю з дуже вузькою зоною переходу**. Може бути й летальний кінець (смерть), і глибока інвалідизація. У медиків заведено, що в такому разі краще не обладнювати родичів, а готувати їх до найгіршого. Тому з вуст реаніматологів нерідко звучать слова: "Жодної надії немає". Із погляду психолога, рідним у такому разі буде легше сприйняти лихо порівняно спокійно; якщо ж хворий, на щастя, вийде з коми, в них буде позитивний стрес. Але в разі коли родичі все ж таки на щось сподіваються і ці, навіть мінімальні, надії на краще не справджуються, то в них розвивається негативна стресова реакція.

Цілком зрозуміло, що найперший порух душі рідних – зробити все можливе для того, аби близька людина залишилася живою. Вони думають тільки про це і прагнуть цього будь-що-будь, не уявляючи реально, що їх у цьому разі чекає далі, на що доведеться потім іти і від чого відмовлятися. Тому важливо, щоб саме в цей період родичі отримали необхідну їм об'єктивну інформацію в достатньому обсязі й уявляли, яким може бути дальший розвиток подій, щоб вони разом із лікарями прийняли рішення, чи боротися за життя хворого. Адже за таких складних обставин нерідко виявляється некомпетентність родичів при оцінці, здебільшого негативній, дій лікарів. Можливо, варто було б навіть подбати про оформлення на юридичному рівні, зафіксувавши все це документально, і оптимальним варіантом для того, аби в разі смерті хворого уникнути взаємних звинувачень із боку його рідних та медиків, могла б стати, наприклад, двостороння угода, в якій було б засвідчено факт перебування пацієнта в критичному стані та згоду рідних на всі екстремальні дії лікарів, спрямовані на його реанімацію.

Найкраще було б, якби посередником між родичами й лікарями виступав кваліфікований психолог, який міг би врахувати всі нюанси конкретної ситуації і знайти потрібні слова та відповідний момент, щоб донести все це до рідних хворого.

Родичі в разі коми мають вирішити і багато інших проблем. Дуже суттєвим є те, що сьогодні **пацієнт у коматозному стані потребує великих фінансових витрат**, і треба визначити, хто може взяти на себе матеріальний бік справи. Можливо, це питання здається меркантильним, але воно вельми важливе. Якщо держава виділяє на хворого в реанімації певні кошти, то завтра, коли його выпишуть додому, хто забезпечуватиме його хоча б ліками?

Питання соціального плану

У такій ситуації відразу гостро постають питання соціального плану. Ось, скажімо, приклад, про який нам розповіли реаніматологи: в родині троє дітей, мати – двірник, батько – столяр. Коли сталося лихо з найменшою дитиною, лікарям удалося її врятувати, але вона перейшла в стан глибокої інвалідизації. Тепер мати питає, навіщо було рятувати. Адже зарплата батьків не дозволила б їм утримувати навіть трьох здорових дітей. Не кажучи вже про те, що ці батьки не мають змоги кудись піти, розвіятися, дозволити собі якісь дрібні радості, вони не можуть і приділити більше часу здоровим дітям. Дитина, котра вийшла з коми, потребує такої уваги, якої не потребує навіть немовля, бо здорове маля поїло й заснуло, і батьки мають на якийсь час спокій. А тут **хворий потребує постійного догляду**, бо передбачити, на якому рівні може статися збій мозку і до чого це призведе, неможливо. Ні знання лікаря,

ні його практичний досвід, ні інтуїція не дозволяють усе це визначити. Сьогодні не існує таких методик, які б могли це об'єктивізувати.

Поки йде боротьба за виведення хворого з коматозного стану, його доглядають і годують медсестри й санітарки, які мають досвід догляду за такими пацієнтами. Та от хворий вийшов із коми. Його виписують додому. Лікарі кажуть рідним, що найважливіші функції відновлено, проте надії на повернення до нормального життя немає, тобто це тіло, котре може реагувати на зовнішні подразники: дотик, звук тощо. Хай то буде не завжди адекватна реакція, але вже встановлюється певний контакт. Це і є стан глибокої інвалідизації. Такий хворий потребує обслуговування. Хтось має доглядати за ним, прибирати, мити, годувати його, боротися з пролежнями тощо. До того ж годувати треба свіжою перетертою їжею три-чотири рази на день. І все це лягає на плечі родичів.

Тепер уявімо собі, що так триває місяць, другий, третій, рік, два, три, шість... Родичі не мають змоги працювати, вони втрачають фахові навички, позбавлені матеріальних статків. Платять же інвалідам 12–30 гривень пенсії, у кращому разі 37, на ці гроші не проживеш і хворого не прогодуєш. Ліки сьогодні недешеві, до того ж їх треба багато, а ще ж потрібні памперси, пелюшки, інші предмети догляду за хворим. Така сім'я залишається кинutoю напризволяще і повинна виживати, як може, розраховуючи тільки на власні сили, бо реальної допомоги чекати нізвідки.

Ставлення родичів до хворого

Можна виділити певні **психологічні типи родичів, що виявляються в ставленні до такого хворого**. Одні починають вирішувати свої матеріальні проблеми, насамперед добиватися більшої квартири: адже в родині лежачий хворий, інвалід першої групи, отож він повинен мати окрему кімнату. Другі скрізь плачуться, спекулюючи своїм становищем. Вони не стільки справді прагнуть допомогти хворому, скільки добиваються певних пільг та поблажок для себе. Треті кидаються від лікаря до лікаря в пошуках порятунку: якщо один не зумів нічим зарадити, то треба знайти кращого, ті ж, до кого зверталися перед ним, звинувачуються в усіх можливих гріхах. Четвертий варіант: рідні роблять усе для того, щоб допомогти хворому. Вони справді досягають, доклавши чималих зусиль, реальних результатів. Переживають усе, що відбувається, разом із хворим, радіють навіть маленьким досягненням: усміхнувся, ковтнув, скривився, скуштувавши несмачне, ворухнув пальцем... Будь-яке поліпшення вселяє надію. І це вже утворює певний стереотип, входить у звичку, допомагає в боротьбі за хворого. Але таке ставлення, на жаль, велика рідкість.

Найбільше нас лякає, коли родичі з часом змиряються зі становищем, іноді ставлять таку собі програму-мінімум: хай, мовляв, почне рухати руками та ногами, а більше вже нічого не можна досягти. Іноді рідні розчаровуються в лікуванні, бо хочуть надто швидкого ефекту на рівні дива ("як у кіно"), однак такого в реальному житті практично не може бути.

Певна річ, хворий дедалі більше стає тягарем, він заважає іншим нормально жити. Його рідні починають усвідомлювати, що життя одне і дуже коротке, то чому ж вони мусять присвятити решту його догляду за недужим? І якщо людина не може підтримувати свого родича в такому тяжкому стані, вона починає шукати собі виправдання, мовляв, якби нам одразу сказали, що нас чекає далі, ми б інакше себе повели. Але ж давно відомо: хто хоче щось зробити, той шукає змогу, хто не хоче – шукає причину.

Із погляду морального відмовитися від хворої людини – остання річ. Якщо лікар може відмовитися від лікування, бо не бачить надії, – адже за всіма медичними канонами такий хворий не повинен жити, то батьки або родичі, як правило, несуть свій хрест. Відіграє певну роль, мабуть, і те, що в них виникає комплекс провини (скажімо, мати Галі Кривової весь час потерпає, що не спромоглася захистити свою дитину від лиха, хоч не могла нічого передбачити або чимось зарадити на місці події).

Реаніматологи теж часто мають відчуття провини. Знаючи, чим закінчуються коми, вони, однак, нерідко роблять усе можливе й неможливе, аби людина не пішла з життя, однак якщо вона залишається глибоким

інвалідом, то потім родичі їх мало не проклинають саме за те, що не дали цій людині померти.

Але ж лікарі не дають життя хворому і не мають права його забирати. І ми не можемо тут відкидати також питання долі, карми. Ніхто не хоче проклять на свою душу.

Із нових позицій

Без перебільшення, можна сказати, що нині медицина робить неможливе, її досягнення справді здатні повернути хворого, якого ще донедавна вважали безнадійним, до життя. Сьогодні, ми переконані, **слід переглянути багато які з позицій відносно смерті мозку** і, найголовніше, не квапитися з вироком. Досвід роботи нашого центру свідчить про те, що мозок нерідко ніби впадає в глибокий сон, і на прикладі тих людей, котрих ми виводили з такого стану, можна говорити, що кровотік мозку в цьому разі залишається на рівні 5, найбільше 10% від норми. Якщо вдатися до образного порівняння, то не викличе сумніву, що жодна машина, маючи потрібне їй пальне в концентрації 5–10% замість 100%, не те що не поїде, а навряд чи й заведеться. То чого ж можна вимагати від мозку, якщо в нього зовсім немає енергетичних запасів?

Коли ми починали лікувати Галинку Кривову, то це справді був експеримент, і пішли на нього, власне кажучи, від безвиході, від безнадії, бо ніхто не давав цій дівчинці шансів на життя. Потім виник ще й певний науковий інтерес: цікаво було дізнатися, чи справді можливо відновити всі функції мозку, визначити на цьому прикладі, чи зможе мозок працювати на тому ж рівні, на якому працював до травми. І ми вестимемо Галю доти, доки не відновляться всі функції. Це в даному разі наше наукове кредо: не просто повернути життя, але ще й не залишити людину інвалідом.



*Пальчикова гімнастика – це цікаво!
(Заняття з Галинкою проводить психолог).*

Казали, що в Галі відбулася декортикація – відмирання кори головного мозку, при якому людина переходить у вегетативний стан, тобто існує на рівні рослини. Але ж у нас деякі хворі вийшли з вегетативного стану і нині ходять, розмовляють, ще й жартують. Це свідчить про те, що насправді декортикація в даному разі, на щастя, не настала. Організм настільки розумний, що не йде на самознищення. Проте об'єктивних критеріїв для того, аби визначити, чи відбулася декортикація, також не існує.

Наш мозок – найкращий комп'ютер

Найбільш поверхневий шар мозку – це кора. Із погляду ієрархії мозку вона є глибокою периферією. Усі центральні регуляторні апарати працюють у глибині мозку, там же відбувається й кровотік. У міру того як мозок розвивається, регуляторні центри переходять вище, і кора в процесі розвитку мозку, тобто у 18–20 років, починає повністю керувати ним. Спонтанні операції – це підкірка. Кора ж – це критично усвідомлене ставлення. На поверхні мозку, в корі дуже багато ділянок, які відповідають за різні операції: мислення, запам'ятовування, зіставлення, прочитання і відтворення тексту тощо. Різні ділянки тісно взаємодіють. Загалом людський мозок досконаліший за найкращий комп'ютер. Можна сказати, що це дуже розумна жива обчислювальна машина. І коли внаслідок дії якихось факторів (травми тощо) кілька ділянок перестають працювати нормально, це вже збій. Образно кажучи, машина не поїде, якщо в неї пробите хоча б одне колесо. А кращий варіант виходу з коматозного стану можна порівняти з машиною, в якій справне тільки одне колесо. Зрозуміло, поки все не буде поладжено, як слід, машина не поїде. Так само і з мозком. Доводиться "запускати" його наново, як у новонародженого. Це виразно було видно на прикладі Галі. Починати доводилося в буквальному розумінні з азів, мало не з рівня немовляти: скласти пірамідку, відрізати квадрат від трикутника тощо. У дорослих це відбувається легше, бо процес навчання до моменту коми був зафіксований. Але коли з коматозного стану виходить дитина, то в неї набуті навички ще не зафіксувалися належним чином, і тому дається взнаки процес відставання в розумовому розвитку від ровесників.



Схема мозкового кровотоку.

Певна річ, **вихід із коми – процес далеко не простий**, тут ще багато невідомого, і важко передбачити все. Скажімо, в Галинки вже після того, як ми лікували її за нашими схемами, приблизно півроку ще

були зорові галюцинації – їй ввижалися змії, павуки та інші жахи. Потім галюцинації припинилися, але згодом з'явилися знову – після того, як батьки повезли її на прогулянку на мотоциклі з коляскою. Яким чином це було пов'язано саме з тією прогулянкою, сказати важко. Отож рідним таких хворих треба пильнувати і бути готовими до різних несподіванок, викликаних, здавалося б, зовсім безневинними чинниками.

Приклад Галі та інших наших маленьких пацієнтів показав, що **мозок можна і треба відновлювати**. І чим інтенсивніше ми це робимо, чим інтенсивніше його забезпечуємо "поживою" і чим інтенсивнішої роботи від нього вимагаємо, коли "нагодували", тим більшого можемо досягти.

Однак були й такі випадки, коли доводилося вертатися назад: скажімо, досягли певного ефекту, потім пацієнт поїхав на місяць додому, а коли повернувся, то половину здобутого було втрачено. Ефект виявився нестійким або незафіксованим. Через те й виникла думка, що **лікування має бути безперервним**.

Резерви мозку

Вище йшла мова про те, що в Галинки Кривової спрацювали резерви дитячого мозку і що доросла людина в такій ситуації найшвидше не вижила б. Проте тут слід сказати ще й про те, що, з одного боку, в дітей фізіологічно набагато вищі параметри кровотоку, ніж у дорослих, тому потрібні набагато інтенсивніші потоки крові, щоб увімкнути свідомість. А з другого, хоча дитячий мозок набагато чутливіший до браку кисню і через те малі пацієнти важче переносять коми, однак сама система мобільніша. Адаптогенність у дітей розвинена дужче, бо їм весь час треба пристосовуватися до різних нових умов, і так триває до двадцяти років.

Але загалом усе залежить від конкретного випадку. Діти, як уже було сказано, набагато тяжче переносять кисневе голодування, аніж дорослі. Старий у 75 років може й не помітити ознак інсульту, дитина ж від найменшого звуження судин уже сильно потерпає. Якщо порівняти кровотік дитини й дорослої людини, то відомі приклади, коли дитина ще може ходити, маючи такий кровотік, із яким дорослий уже змушений лежати. Тут слід використовувати відповідну апаратуру, бо ані наші органи чуття, скажімо, очі та вуха, ані наші знання без додаткової об'єктивізації за допомогою сучасної високочутливої та інформативної апаратури не допоможуть одержати правильні висновки.

Із досвіду інших наук відомо, що будь-яка система, котра довго живе, має бути дуже простою і такою, щоб її можна було легко полагодити. Порівняймо, наприклад, два різні годинники – механічний і електронний. Перший легко полагодити в разі поломки, і він справно працюватиме далі. Якщо ж поламався другий, то він потребуватиме складного ремонту або взагалі вже не йтиме. Людський організм – дуже стійка та надійна система, хоча й є певні межі, в яких він існує, наприклад, температурні тощо. Але візьмімо, з іншого боку, ті ж таки автокатастрофи, коли машина часто вже й не підлягає ремонту взагалі, а людина попри все виживає, бо в неї великий запас міцності, потужні резерви організму.

Слід сказати, що у Василя І. теж спрацював резерв. Річ у тім, що під час операції в нього було видалено лобну ділянку, яка відповідає за критику, пам'ять, практично за все те, що відрізняє людину від тварини. Коли почали виводити хворого з коматозного стану, єдине, чого боялися, – що матимемо істоту, котра вестиме життя на рівні тварини. Проте, коли почали "запускати" мозок, виявилось, що критика є, тобто якась інша ділянка перебрала на себе цю функцію, а отже, не все втрачено. Та найцікавіше було, коли ми спробували вплинути на ділянки мозку, котрі відповідають за функції тазових органів, із допомогою голкотерапії, і хворий почав стримувати сечу й кал (до того він не здатен був контролювати сечовипускання й випорожнення, що створювало великий дискомфорт для родичів). На тілі людини є певні точки, які є ніби проекцією тих чи інших органів або систем і таким чином відповідають за них. Подразнюючи ці точки з допомогою голок, можна вплинути на відповідні органи чи системи. Але ж річ у тім, що під час операції на мозку центри, котрі відповідали за функціонування тазових органів, також було видалено. Однак "відгукнулися" якісь інші ділянки мозку, і хворий почав стримувати сечу й кал. Отож дива таки бувають і трапляються навіть частіше, ніж ми на них сподіваємося. Вони сприймаються як подяка за турботливий догляд, за віру попри все в краще, за довіру лікареві, котрий опікується хворим.

Активізувати хворого

Повернімося до ситуації, коли хворий лежить у коматозному стані, рідні дбають про нього, і врешті настає етап, коли відбулося деяке поліпшення (наприклад, той самий Сергій П. через певний час прийшов до пам'яті, міг сам розчесатися, сказати "мама", вихопити в батька пакет із йогуртом тощо) і хворий задовольнив таким чином окремі свої життєві потреби. Уже такої великої уваги, як раніше, йому не приділяють. Якщо третій курс лікування в Сергія був дуже ефективний (саме після нього й сталися згадані вище зміни), то потім він уже, так би мовити, знайшов для себе певний комфортний стан, в якому, коли від тебе вимагають щось зробити, можна заплющити очі, удаючи, що спиш, і скористатися цим, аби не вдаватися до жодних дій.



Сергій П. сам тренує м'язи ніг.

На цьому етапі дуже часто родичі починають жаліти хворого, потурати йому в усьому. Їм шкода зайвий раз увімкнути світло, бо доведеться його потривожити, шкода зробити укол, бо буде боляче. А тут мають бути жорсткі, позапорогові подразники. Треба вдаватися й до примусу, тому що ініціативи в таких хворих геть немає, є прагнення пристосуватися. І нерідко людина, котра вийшла з коми, залишається у вегетативному стані або в стані апалічного синдрому, бо є гіперопіка з боку родичів, і хворому це зручно. Авжеж, для нього справді найменший рух важкий, зробити його – все одно, що для нас пройти десяток кілометрів. Через те активності в такого хворого немає, спрацьовує феномен самозбереження: не віддати енергію, бо вона ще буде потрібна. Це може бути на рівні захисного рефлексу або підсвідомості. Проте родичам доконечне потрібно зрозуміти, що не можна давати хворому спокою, треба постійно, так би мовити, шарпати його, термосити, примушувати до дії, якщо вони хочуть, щоб він не залишився на цьому рівні. Як промовистий приклад, ба навіть взірць саме такого розумного підходу можна навести ставлення батька Галинки, Ігоря Володимировича Кривога, до хворої доньки. Йому шкода було дитини, але він розумів: не можна відмовлятися, жаліючи дитину, від потрібних їй процедур. Зрозуміло, не треба завдавати їй при цьому зайвого болю, проте, щоб донька видужала, доконечне потрібно робити їй масаж, розробляючи застигли за час перебування в стані коми м'язи, примушувати рухатися, і тут дуже багато залежить від нього. **У жодному разі не можна, піддаючись почуттю жалю, послаблювати зусилля, тим більше опускає руки.**

Галя цілий рік не бачила, тобто зорові подразники не фіксувалися в мозку і не ідентифікувалися образами, і дівчинка жила в іншому, "чорному" світі. Ми готували її на той випадок, якщо не відновиться зоровий аналіз, до життя всліпу, а коли він почав "вмикатися", застосували інший підхід. Проте в Галинки виробився феномен задоволення своїм світом. Рік вона прожила в темряві, і коли потім почала щось бачити, то злякалася. Тобто зовнішній світ дівчинка сприймала як агресивний, бо він від неї чогось вимагав. Вона звикла до свого світу, де могла ходити усміхнена, і там її ніхто не чіпав. Батьки дівчинки ставилися до цього по-різному. Ігор Володимирович не давав їй спокою і в цьому її світі, примушував спілкуватися. Мама ж, Марія Михайлівна, більше жаліла, з її боку була гіперопіка. Це призвело до того, що дівчинка нині не впевнена в собі, скажімо, коли вона йде, то озиратється, чи ззаду є мама.

У таких випадках рідним слід неодмінно спробувати зацікавити хворого чимось, аби спонукати до певних дій і рухів, наприклад, поставити умову: не ввімкну телевизор або не приготую улюблену страву, поки не зробиш того й того. Тут можна йти навіть на певні хитрощі (мовляв, у мене розболілося серце, то хто зготує їсти?), проте так, аби хворий цього не запідозрив.

Знову звернімося до прикладу Сергія П. Він був не в змозі рухати рукою, але, коли мами поряд не було і неподалік на кріслі, сантиметрів за тридцять від хлопця лежав банан, його улюблена їжа, то він дотягнувся і взяв цей банан. Потім із допомогою подібних стимулів удалося досягти ще багато чого. Врешті в Сергія з'явилося прагнення лікуватися, аби стати здоровим, хлопець почав боротися за себе, повірив у свої сили. Нині сам працює над собою у фізичному плані, тренуючи певні рухи кінцівок.

Кома як захисна реакція організму в стресовій ситуації

Коли подразник дуже сильний, відбувається позамежове гальмування, і система, щоб зберегти свою життєдіяльність, вимикається, тобто переходить на ошадливий режим, зберігаючи тільки

функціонування життєво важливих органів. Таким чином ця система сама себе рятує. Проте вона не може самостійно з цього режиму вийти. Виходить, що страус сховав голову в пісок, а витягти її назад не може. При мінімальних негараздах організм іще може заново "запустити" себе самостійно, але при дуже сильних – ні. Тут потрібне серйозне й ґрунтовне лікування, великі дози препаратів. Реагуючи на надміру сильний подразник, мозок, так би мовити, йде в заглушку. Так само сильний подразник може повернути людину до життя. Яким саме він буде, визначати треба в кожному разі індивідуально: чи то музика, пісні, як у випадку з Галею, чи то щось інше. Залежно від кровотоку визначаємо, які функції треба "запустити" насамперед.

Сьогодні вже можна говорити однозначно, що **первинним фактором, завдяки якому існує людський організм, є кровопостачання.** Найбільше, чого бояться реаніматологи, – так це непостійності кровопостачання. Падає тиск, падає пульс – і ми можемо людину втратити. Наш досвід свідчить, що гемодинаміка фактично є першопричиною "запуску" будь-якого органа. Якщо організмі цей кровотік потрібний, він його "кличе" на себе. Якщо ж непотрібний, він просто не реагуватиме. У нирці, яка не працює, немає й кровотоку, бо немає кого годувати. Якщо бачимо атрофію мозку, там теж різко знижено кровотік, мозок ні на що не реагує, тобто, знову ж таки, нема вже кого рятувати. З іншого боку, якщо гемодинамічно в організмі відбуваються якісь реакції, значить, щось у ньому цього кровотоку потребує.

Для нас це зараз, власне, **єдиний об'єктивний показник реакції головного мозку в критичному стані – коми.**



*Галинка Кривова
знову в Києві
(лютий 2001
року)*

Наш досвід боротьби з комами засвідчив, що клінічні прояви переважно значною мірою відстають від гемодинаміки, тобто для того, щоб в організмі сталися якісь помітні візуальні зміни, має повністю відновитися та стабілізуватися кровопостачання і насичення його поживними речовинами. Нерідко було так, що апарат показував позитивні зміни в гемодинаміці, а клінічно вони ще не виявлялися.

Галинку Кривову, приміром, ми впродовж місяця лікували за нашими схемами, спостерігаючи на апараті поліпшення лише мозкової гемодинаміки, аж поки з'явилися перші клінічні прояви.

Ми вже згадували вище про Василя І. Два місяці ми виводили його з коми. Так само тривалий час не було клінічних проявів, не раз говорилося й про те, що в нього відбулася декортикація і лікування нічого не дасть. Але ж чоловік ожив!

Іще один приклад – Наталя Д. з Ужгорода, 35-річна жінка, котра три роки перебуває в коматозному стані після того, як її збила машина. Уже рік іде медикаментозна терапія. Однак лікування відбувається дуже повільно, буквально по краплині, оскільки за цей час навіть вени "сховалися", не витримавши навантажень – численних процедур (адже це насамперед внутрішньовенні ін'єкції, внутрішньом'язові такого ефекту не дають). А треба ж підтримувати на досить високому рівні безперебійне крово- та енергопостачання, бо, якщо згаємо час, потім набагато важче буде надолужувати втрачене. Для прикладу скажемо: якщо дерево давно вже почало всихати, його не врятуєш склянкою води, потрібно кілька відер. Так само й мозок: глибокі порушення в його роботі не вилікуєш таблетками або травами.

Загалом цікаво, як розвивалися події у випадках із комами, тобто тут знову ж таки не можна відкидати долю. Про Галю ми дізналися з телепередачі на Різдво. Дружина Василя І. почула про нас в інтерв'ю з мамою Галі, взятому до річниці трагедії в Червонограді, і через неї вийшла на контакт. Мати Сергія П. прочитала про наш центр у газеті "Порадниця", там було згадано про Галю. І виходить, що утворюється неначе якийсь ланцюжок, котрий пов'язує родини хворих у коматозному стані одна з одною, а далі – із центром "Істина". Сама доля влаштувала так, що наше завдання ускладнювалося поступово. Якби не було попередніх простіших (порівняно!) випадків, то ми не бралися б потім за складніші.

Не відкидаймо біоенергетику

Вважаємо, що в таких складних випадках рідні повинні мати необмежений доступ до хворого. Не слід ігнорувати і біоенергетичні зв'язки, бо в подібних ситуаціях вони нерідко спрацьовують, хоча ми й не можемо однозначно пояснити, як саме це відбувається. Наприклад, Наталя Д. з Ужгорода, про яку ми вже згадували, попри те що перебуває в непритомному стані, легенько стискає руку дочці, коли та з нею

розмовляє, і червоніє, коли дочка гладить їй щоку. Відомі випадки, коли при хворих у такій ситуації згадували, що саме викликало кому, і ті починали плакати. Отже, є певні закони природи, яких ми просто не знаємо, і відкидати їх через наше незнання не можна. Якщо це йде на користь хворому, дає йому якийсь шанс, треба ним неодмінно скористатися. До того ж дуже часто родичі бояться, що потім почуватимуться винними, мовляв, не зробили все, що могли, не використали того чи того шансу. Скажімо, мати тримає хвору дитину за руку і передає якусь частину своєї енергетики. Може, вона саме в цю мить доконечне потрібна тій дитині? А якщо, в найгіршому разі, це останні хвилини життя близької людини і рідні потерпатимуть потім, що не були поряд, не змогли попрощатися?



Наталі Д. прагнуть допомогти і лікарі, і священник.

Треба також сказати: ми переконані, що в складній ситуації, коли є загроза життю близької людини, рідні її повинні не плакати, а зібратися на сили. Їхня енергетика хворому набагато потрібніша, аніж їхні сльози.

І ще одне: коли хворий перебуває в коматозному стані, то попри те, що він, здавалося б, нездатен щось сприймати чи реагувати на подразники, наші психологи радять рідним усе одно не припиняти спілкування з ним: розмовляти, розповідати про події, які відбуваються в сім'ї, з друзями, знайомими тощо. Таке ставлення, коли хворого не виключають через його тяжкий стан із кола спілкування, продовжують вважати членом родини, тримають у курсі подій, позитивно впливає як на нього самого, так і на його рідних у плані психологічному і, можливо, біоенергетичному.

Трансплантація органів – реальність

Нині вже і в Україні можна реально вести мову про трансплантацію органів. Загалом це гуманно: адже часточка людини, котра померла, допомагає жити іншій людині. Можливо, хтось іще пригадає старий кінофільм "Білі троянди для моєї чорної сестри", в якому йшлося про трансплантацію і змогу врятувати завдяки їй чиєсь життя. Варто було б демонструвати цей фільм родичам тяжкохворих. Адже буває ситуація, коли один організм уже підійшов до межі життя, проте якісь його частинки ще здатні існувати в іншому тілі й подовжити чи врятувати життя іншій людині. Та за кілька цих хвилин рідні не зможуть прийняти таке відповідальне рішення, отож їх треба до такої можливості підготувати заздалегідь.

Випадки тривалого існування тіл, в яких штучно підтримуються вегетативні функції, були і є предметом широкого обговорення медичної громадськості. Для описання такого стану поміж життям і смертю, за якого людина зі штучно вентильованими легеньми перебуває в глибокій комі, очевидно, з мозком, котрий уже не функціонує, було запропоновано термін "позамерзова кома". Цей термін характеризує стан, за якого в тілі, яке продовжує жити, мозок уже загинув.

Можливо, лікарям центру "Істина" буде запропоновано місію консультантів у випадках, коли треба фіксувати смерть мозку. Але ж якщо таку людину, як свідчить наш досвід, можна ще врятувати, то кого ж віддавати для трансплантації? Адже про того ж таки неодноразово згадуваного Василя І. казали, що це живий труп, і йшлося про декортикацію, тобто його можна було б у той момент використати для трансплантації. А подивилися б сьогодні на цей "живий труп", послухали б його! Тому й сьогодні **навіть для нас, попри наш досвід боротьби з комами, це питання залишається проблематичним.**



Василь І. з дружиною (січень 2001 року, Київ).

У реанімації часто трапляється, що лікарі кажуть прямо в очі родичам: мовляв, цей хворий – препарат для патологоанатомів, тобто труп. Іноді це навіть говориться в присутності хворого, хоча невідомо, здатен чи ні він у даний момент щось чути або відчувати. Але ж відомо, що свідомість і підсвідомість можна певним чином кодувати й програмувати. То чи не ризикуємо ми такими необережними словами підштовхнути пацієнта до останнього фатального "кроку" на той світ?

Звичайно, лікарі несуть відповідальність за життя хворого. Відбуваються й судові процеси, коли рідні вважають, що медики винні в смерті близької їм людини. Але ж немає об'єктивних критеріїв, із допомогою яких можна було б визначити, що ця людина вже мертва, що немає надії на повернення її до життя. Можливо, їх узагалі не може бути? Адже відомі випадки, коли люди, котрі за всіма медичними канонами не мали жодних шансів на життя, при мінімальному лікуванні таки залишалися жити.

Ставлення лікарів до коматозного стану, як і до будь-якого патологічного стану, треба об'єктивізувати завдяки певним методикам, певній апаратурі, завдяки якимось цифрам, якимось рівням, скажімо, тиску, частоти серцебиття, кількості крові тощо. Нормальний підхід до коматозного стану потребує такої об'єктивізації – із допомогою насамперед доплерографії та електроенцефалографії з викликаними потенціалами. Тобто вже існують ті цілком об'єктивні критерії, завдяки яким стає можливим визначити, чи є в тій чи іншій конкретній ситуації позитивна динаміка, позитивні зміни. Спираючись на той досвід, який ми нині маємо, можна вести мову про певні об'єктивні показники, за якими вдається спрогнозувати, як розвиватиметься та чи інша ситуація.

Потреба створення центру по боротьбі з комами

Ми вже знаємо, що в разі тривалої коми не можна опускати руки, що, навпаки, треба діяти, використовуючи найменший шанс, – усе це сторицею повернеться згодом. Та головне – **треба знати, що та як робити.**

Наш досвід і методики напрацьовувалися роками, і тільки в комплексі всі вони починають діяти. До того ж це важка праця, за яку лікарів чи психологів не можна братися без відповідної підготовки, щоб не виникло, скажімо, нестикування різних програм дій або різних підходів. Адже були вже випадки, наприклад із тим самим Василем І., коли при втручанні лікарів з іншим підходом ставалися збої в роботі мозку тощо.

Хворий організм як автономна система реагує на подразники неадекватно, через те впливати на нього слід в якомусь одному напрямі, тоді буде позитивний результат, якщо ж розхитувати в різні боки, зачіпаючи ті чи інші зони мозку, то вони вступають у конфлікт одна з одною, і ситуація розвиватиметься залежно від того, яка зона виявиться сильнішою чи слабшою. **Висновок однозначний: проблемою коми мають займатися люди, котрі спеціалізуються на цьому.**

За кордоном є хоспіси – спеціальні медичні заклади, де утримують людей безнадійно хворих, приречених, насамперед з онкологічними захворюваннями. У хоспісах їм забезпечують кваліфікований догляд, наркотичні знеболювальні препарати, тут створено відповідну атмосферу, звучить музика, можна подивитися телевізор тощо. Тобто все спрямоване на те, щоб дати хворій людині змогу спокійно дожити ті дні, що їй залишилися, позбавити її болю, мук і розпачу.

Напевно, варто було б за прикладом хоспісів організувати в нас центри по боротьбі з комами (або назвімо їх якось інакше). Давно вже постало питання догляду за коматозними хворими та їхньої реабілітації. Приклади свідчать, що, навіть коли в родичів є кошти на утримання хворих у вегетативному стані, не завжди можна забезпечити їм в умовах лікарні чи вдома належний догляд. Адже мало найняти просто доглядальницю – тут **потрібні висококваліфіковані фахівці для забезпечення не лише елементарного догляду, а й відповідного лікування.**

Тому в ідеалі слід було б вести мову про **створення центру по боротьбі з тривалими комами та їхніми наслідками.** Тут із хворими працювали б невропатологи, психологи, логопеди, реабілітологи, одне слово, всі необхідні спеціалісти, і ця робота велася б цілодобово. На основі такого центру можна було б об'єднати фахівців, котрі виробили б спільний підхід, спільні принципи щодо вирішення проблеми, і таким чином утворилася б ціла школа, представники якої працювали б в одному руслі. Тобто той самий догляд – перегортання, миття, годування тощо – здійснював би фахівець, котрий володіє методикою і знає, на що саме треба звернути увагу, які звукові або тактильні подразники слід у даному разі застосувати тощо. Тут відразу буде помічено будь-яку позитивну динаміку, на що вдома не завжди звернуть увагу.

Такі заклади себе виправдали б. Адже якщо після належного лікування хворий відмовляється від пенсії й виходить на рівень самообслуговування й самозабезпечення, то ми маємо ще й людей, які можуть знову стати до роботи, а не займатися тільки доглядом за хворим. Ми вигравали б і в часі, і в інтенсивності лікування, оскільки лікування й догляд мають бути цілодобовими. Також потрібна новітня апаратура. Оптимальним був би варіант, коли б медики могли замовляти промисловості таку апаратуру, котра б відповідала їхнім вимогам. Нині, на жаль, стався певний розрив між наукою й технікою в медицині, а

вони б мали працювати в тандемі. Ми переконані, що саме такий напрям слід вважати найбільш перспективним.

Зрозуміло, що для організації подібної лікарні потрібні і значні медичні сили, й потужна апаратура. Має бути відповідний штат, моніторинг, а також юридичне забезпечення, оскільки зрозуміло, що тут часто виникатимуть ситуації, коли має сказати своє слово правник. Добре було, якби знайшлася якась структура, котра вкладала б у це кошти, бо створення такого медичного закладу є потребою часу.

Адже нині вже можна з упевненістю казати, що тривала кома не є вироком для хворого та його сім'ї. Ми переконані, і наш досвід про це свідчить: навіть якщо коматозний стан триває місяці та роки, існують реальні шляхи, щоб його подолати і повернути людину до життя, повернути її родині й суспільству, утверджуючи тим самим гуманність медичної науки та могутність, якої вона досягла на нинішньому етапі свого розвитку.

"Істина" – у межах досяжного

Центр "Істина" від самого заснування завдяки оригінальній методиці діагностики спеціалізується насамперед на дослідженні та лікуванні захворювань, виникнення яких пов'язане з ураженням судин головного мозку, наприклад таких, як вегето-судинна дистонія, мігрень, епілепсія та судомні синдроми, тики, гіперкінези, інсульты, неврози, енцефалопатії тощо. Останнім часом за допомогою нової техніки ми розширили можливості ультразвукової діагностики також і на дослідження проблем безпліддя, невиношування вагітності, гастроентерологічної судинної патології, остеохондрозу та ін.

Зателефонувавши за номерами (044) 450-71-46 або 462-51-51, ви можете розповісти фахівцям центру про проблеми, котрі вас непокоять, і вам порадять, коли до нас найкраще завітати, повідомлять адресу та правила прийому.

Щиро зичимо вам і вашій родині здоров'я та благополуччя!

Будемо раді, якщо прочитане допоможе вам розібратися у ваших бідах, зробити сміливіші кроки в боротьбі з недугою.

Також будемо вдячні за поради, відгуки і доповнення, оскільки центр "Істина" планує регулярно готувати матеріали з актуальних питань медицини.

