

УЧАСТИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ДОМУ

А.В. Царенко, О.Г. Шекера, Ю.И.Губский

*Институт семейной медицины Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина*

Резюме. На основании анализа данных, которые свидетельствуют о росте заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (ЗН) и низкой доступности стационарной паллиативной и хосписной помощи (ПХП) в Украине, особенно для населения сельской местности, результатов международного и национального опыта развития системы ПХП, обосновывается необходимость участия врачей общей практики-семейных врачей (ОП-СВ) в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому. Определены организационные условия развития ПХП на дому, которые основаны на принципах пациентоцентрического и мультидисциплинарного подхода, показан опыт Украины создания нормативно-правовой базы ПХП, до- и последипломной подготовки медицинских работников по вопросам ПХП.

Ключевые слова: врач общей практики-семейный врач, система паллиативной и хосписной помощи, паллиативные пациенты, хоспис, отделение паллиативной и хосписной медицины, организация паллиативной помощи на дому, выездная бригада паллиативной помощи, злокачественные новообразования, пациентоцентрический подход, онкологические пациенты, мультидисциплинарное сотрудничество, последипломная подготовка медицинских работников.

PARTICIPATION OF GENERAL PRACTITIONERS AND FAMILY DOCTORS IN RENDERING SERVICES OF PALLIATIVE CARE TO ONCOLOGICAL PATIENTS AT HOME

A.V. Tsarenko, O.G. Shekera, Y. I. Gubskii

*Institution of family medicine of National medical academy of postgraduate education P.L. Shupik,
Kiev, Ukraine*

Resume. Based on the analysis of data that indicates on the growth of morbidity and mortality from cancer and low access of in-patient palliative and hospice care (palliative and hospice care) in Ukraine, especially for rural population, based on the results of international and local experience of development of PHC, this paper justifies the need for participation of general practitioners-family doctors (GP-FD) in providing palliative care to cancer patients at home. Organizational aspects of development of PHC at home are identified, based on the principles of patient-centered and multidisciplinary approach, Ukrainian experience in establishment of legal basis of PHC is shown, also under- and postgraduate training of medical professionals in regards to PHC is shared.

Key words: general practitioner-family doctor, system of palliative and hospice care, palliative patients, hospice, department of palliative and hospice medicine, organization of palliative and hospice care at home, field team of palliative care medical professionals, cancer, patient-centered approach, cancer patients, multidisciplinary collaboration, postgraduate training of medical professionals.

Вступление. В течение последних десятилетий, как в Украине, так и во многих странах мира одной из наиболее приоритетных гуманитарных и медико-социальных проблем является развитие доступной и эффективной системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению, что обусловлено неуклонно растущим количеством больных с тяжёлыми инкурабельными заболеваниями с ограниченным прогнозом продолжительности жизни. Это, прежде всего – декомпенсированные и терминальные стадии хронических

соматических, онкологических и инфекционных заболеваний, таких как СПИД, хронический мультирезистентный туберкулёз, вирусные гепатиты «В» и «С». Опыт многих стран мира убедительно свидетельствует, что ПХП наиболее адекватно удовлетворяет потребности и обеспечивает надлежащее качество жизни паллиативных пациентов и членов их семей, способствует сохранению человеческого достоинства в конце биологической жизни, имеет большое социально-экономическое значение [1-6].

Паллиативная помощь, всё чаще рассматривается в мире как неотъемлемая часть системы здравоохранения. Тем не менее, во всем мире, по-прежнему, отмечается недостаточный доступ к ПХП, несмотря на то, что в связи со старением населения, спрос на ПХП постоянно увеличивается. Исторически сложилось так, что программы ПХП сосредоточены в основном на потребностях инкурабельных онкологических больных. Вместе с тем, во всем мире большинство пациентов, которые в конце жизни нуждаются в ПХП, страдают от тяжёлых неопухолевых заболеваний. В последние годы ВОЗ также уделяет много внимания развитию ПХП пациентам с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. ВОЗ прилагает большие усилия по улучшению доступности ПХП для облегчения страданий пациентов в странах с ограниченными ресурсами [1].

Цель работы: провести анализ современного состояния ПХП в Украине и определить приоритетные направления организационных условий участия врачей общей практики-семейных врачей (ОП-СВ) в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому.

Материалы и методы исследования. В работе были использованы отечественная и зарубежная научная литература, отечественные и международные нормативно-правовые документы, медико-статистические данные, а также использованы следующие методы исследования: статистический, системного подхода, сравнительный контент-анализ, информационно-аналитический.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным ВОЗ, онкологические заболевания являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения во всем мире. В 2012 г. в мире было зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев онкологических заболеваний и 8,2 миллиона случаев смерти от злокачественных новообразований (ЗН). По прогнозам специалистов, в течение ближайших 20 лет число новых случаев ЗН возрастет, примерно, на 70% и достигнет 23,8 миллионов человек [7].

Согласно рекомендациям ВОЗ, в терминальном периоде течения ЗН следует применять целостный мультидисциплинарный подход, при котором врачи, медицинские сестры, немедицинские специалисты (социальные работники, психологи, юристы и т.д.) и волонтеры, а также, при желании пациента, священнослужители соответствующих

религиозных конфессий координируют между собой и обеспечивают паллиативному пациенту все виды помощи [4, 7].

Учитывая существующие тенденции развития медико-демографической ситуации, правительство каждой страны должно принять решение, насколько приоритетным является развитие системы ПХП, и каков должен быть объем выделяемых ресурсов. Так, например, опыт системы ПХП США, показал, что обеспечение стабильности и устойчивого финансирования позволило оказывать ПХП пациентам, как с ЗН, так и с неопухолевыми заболеваниями. Примеры эффективной организации ПХП можно почерпнуть из опыта Великобритании, Нидерландов, Германии, Польши и других стран [1–7].

Был предложен ряд методов мониторинга и повышения качества оказания ПХП, которые в настоящее время испытываются в различных условиях и на различных уровнях. Например, в Великобритании была проведена национальная проверка состояния помощи пациентам после инсульта, что способствовало существенному улучшению службы ПХП по целому ряду показателей. Политика организации системы ПХП должна быть согласована с другими направлениями развития политики здравоохранения, как в области онкологии, так и в области гериатрии, кардиологии, психиатрии, неврологии, семейной медицины и других [1–7].

Что касается нашей страны, то в 2013 г., по уточненным данным Национального канцер-реестра Украины (НКР), было зарегистрировано 164,5 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, общий грубый показатель заболеваемости ЗН достиг 384,9 на 100 тыс. населения, что на 1,2% больше, по сравнению с 2012 г. Количество умерших от ЗН в 2013 г. составило 80 520 человек (табл. 1), при этом грубый показатель смертности составил 188,4 на 100 тыс. населения (без данных Луганской области и г. Севастополь), что на 2,1% ниже, чем в предыдущем году. Распределение всех выявленных в 2014 г. в Украине новых случаев ЗН по стадиям (согласно классификации Анн-Арбор и TNM, действующих в регионах просмотра) свидетельствуют, что 52,8% из них были обнаружены в 1-2-й стадии развития ЗН, 17,5% – в 3-й стадии и 14,9% – в 4-й стадии. В среднем по Украине, среди лиц, заболевших ЗН в 2013 году, не прожили 1 года 31,4% больных. При анализе показателя «соотношение уровней смертности и заболеваемости» установлено, что, в среднем по Украине, в 2014 г. он составлял 51,3%, то есть на каждые 100 зарегистрированных случаев ЗН более 50

больных умерли от этого заболевания. Наибольшее количество случаев ЗН отмечается у взрослых лиц трудоспособного возраста, а самые высокие показатели, как заболеваемости, так и смертности от онкологических заболеваний, зарегистрированы в возрастной группе 75-79 лет для большинства локализаций ЗН независимо от пола [8].

По данным Государственного комитета статистики и Министерства здравоохранения Украины, в начале 2015 г. количество больных, состоящих на учёте в онкологических диспансерах и больницах, превышало 1 млн. человек, среди которых – около 5,5 тыс. детей. Вызывает беспокойство значительное число пациентов, у которых диагностируют ЗН в инкурабельных стадиях развития заболевания, в связи с чем, более 80 тыс. граждан Украины ежегодно умирают от онкологических заболеваний (табл. 1) [9, 10].

Более 80% больных с ЗН 3-й и 4-й клинических групп страдают вследствие интенсивного хронического болевого синдрома, и почти 100% пациентов в терминальной стадии ЗН нуждаются в профессиональной мультидисциплинарной ПХП [1, 4, 5, 7, 8].

Современные концепции подходы развития системы паллиативной помощи во многих странах мира определяют цель ПХП населению как обеспечение максимально возможного качества жизни паллиативных пациентов, а также членов их семей. Это достигается благодаря использованию комплекса организационных, медицинских, социальных мероприятий, в сочетании с психологической и духовной поддержкой [1–7, 11, 12].

В соответствии с определением ВОЗ, паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение страданий от боли и других мучительных симптомов;
- утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс;
- ни ускоряет, ни отсрочивает смерть;
- объединяет психологические и духовные аспекты ухода за пациентом;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь пациенту жить как можно активнее до самой смерти;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семье справиться с проблемами в течение болезни пациента и в период тяжелой утраты/горя;
- использует командный подход, чтобы обеспечить потребности пациентов и членов их семьи, в том числе и в период тяжелой утраты/горя;

- повышает качество жизни и может также положительно влиять на течение болезни;

- может применяться на ранних стадиях болезни, в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены, чтобы продлить жизнь, таких как химиотерапия или лучевая терапия, и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и контроля тяжёлых клинических осложнений [11].

Главными задачами ПХП являются:

- 1) предупреждение и облегчение физических и психо-эмоциональных страданий паллиативных пациентов, сохранение и увеличение продолжительности, по возможности, их социальной активности, обеспечение прав человека и достоинства до конца биологической жизни;
- 2) обеспечение доступности ПХП независимо от социального статуса, места проживания, возраста и нозологии заболевания паллиативных пациентов с момента установления диагноза прогрессирующего инкурабельного заболевания;
- 3) обеспечение профессионального ухода, оказание психологической, социальной и духовной поддержки паллиативных пациентов и членов их семей [3–5, 12, 13].

Согласно современным концепциям и подходам, ПХП состоит из 4 обязательных составляющих, которые отличают её от рутинного паллиативного лечения/паллиативной терапии:

1. Медицинская составляющая, которая обеспечивает контроль хронического болевого синдрома, лечение симптомов заболеваний и профессиональный уход.

2. Психологическая составляющая, которая направлена на преодоление чувства страха, депрессивных состояний и стрессов у паллиативных пациентов и их родных.

3. Социальная составляющая, которая предусматривает материальную поддержку семьи больного, правовое консультирование и помощь в оформлении документов, бытовые и ритуальные услуги.

4. Духовная составляющая, которая осуществляется священнослужителями разных религий и конфессий, в соответствии с пожеланиями и потребностями больного. [4, 5, 12–14].

Оказание ПХП должно быть обеспечено на всех уровнях здравоохранения, и в первую очередь, на уровне первичной медико-санитарной помощи, учитывая, что стационарную ПХП в хосписах и отделениях паллиативной медицины могут получить в

Украине меньше 10% из 600 тысяч паллиативных пациентов, которые в ней нуждаются ежегодно (табл. 1). Все больше людей нуждаются в ПХП в связи с тяжёлыми хроническими сердечными, респираторными и цереброваскулярными заболеваниями, а также ЗН. Причём, группа населения, которая нуждается в ПХП в финальном периоде жизни, существенно «постарела». Основное число пациентов заканчивают свою жизнь дома под наблюдением врачей ОП-СВ или участковых терапевтов [13–15].

В Украине создание хосписов и отделений ПХП началось в 90-х годах прошлого столетия во в городах Львове, Ивано-Франковске, Коростене (Житомирская обл.), Харькове, Луцке, Киеве и других. В последние годы были созданы хосписы и отделения ПХП в городах Херсоне, Запорожье, Дубно, Харькове, Львове, Чернигове, Днепропетровске, Полтаве, Николаеве и других. А в 2013 году в г. Надвирна, Ивано-Франковской области, усилиями региональной и местной власти, специалистов и общественных организаций был создан первый в Украине хоспис для детей. Согласно данным Минздрава

Украины и региональных департаментов/управлений здравоохранения, по состоянию на начало 2015 специализированную стационарную ПХП показывали в 12 хосписах и центрах ПХП (в т.ч. и негосударственной формы собственности, созданных благотворительными религиозными и неправительственными организациями), в которых развернуто более 450 коек. Также около 1650 коек развернуто в 68 отделениях ПХП многопрофильных и специализированных больниц и диспансеров. Хотя, по нашему мнению, пока Минздрав Украины не утвердит стандарты и аккредитационные требования к ЛПЗ, которые оказывают ПХП, утверждать о точном числе таких заведений нельзя, поскольку многие из них не соответствуют современным требованиям. Минимальная потребность в стационарных койках для паллиативных пациентов в Украине с населением около 40 млн. человек составляет более 4 тыс. коек. Это позволит ежегодно оказывать квалифицированную ПХП и профессиональный уход около 75 тыс. паллиативных пациентов и более 250 тыс. их родственников.

Таблица 1. Количество умерших в Украине по причинам смерти и расчетное количество пациентов, нуждающихся в паллиативной и хосписной помощи (тыс. чел.) с 2000 по 2014 годы (без данных Луганской области и г. Севастополь)

Причины смерти	2000	2005	2010	2013	2014
Умерших (за исключением внешних причин)	684,5	712,0	654,2	622,1	632,7
из них от:					
болезней системы кровообращения	463,9	488,8	465,1	441,3	
новообразований	97,8	91,8	88,8	80,5	
болезней органов дыхания	37,9	28,0	19,5	16,5	
болезней органов пищеварения	-	31,7	26,8	27,7	
туберкулёза	11,0	11,9	7,62	6,5	
ВИЧ-инфекции/СПИДа	0,06	3,6	5,6	5,2	
Расчетная потребность в ПХП:		569,6	523,4	497,7	506,2
80% от общего числа умерших					
90% от числа умерших по причине ЗН	-	82,6	79,8	83,6	-

Сегодня в Украине оказание ПХП регулируется рядом законодательных актов, среди которых можно отметить, в частности:

- Закон Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» от 07.07.2011 г. № 3611-VI, в котором паллиативная помощь была определена как отдельный вид медицинской помощи;
- Закон Украины от 23.12.2009 г. «Об утверждении Общегосударственной программы борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 года», в котором определены задачи по созданию учреждений для оказания ПХП инкурабельным онкологическим больным,

расширение сети учреждений для помощи таким гражданам и разработку стандартов оказания ПХП больным в условиях хосписов;

- Распоряжение Кабинета Министров Украины от 13.05.2013 г. № 356-р «Об утверждении Концепции Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа на 2014-2018 годы», в котором отмечено низкий уровень доступности населения, представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ и людей, живущих с ВИЧ, к услугам по паллиативной и хосписной помощи и определены задачи по «обеспечению организации и доступности к паллиативной и хосписной помощи людям, живущим с ВИЧ ...»;

• Постановление Кабинета Министров Украины от 13.05.2013 г. № 333 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, отпуска, использования и утилизации наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в учреждениях здравоохранения», которое существенно упрощает применение наркотических анальгетиков на практике, улучшает доступность пациентов к обезболиванию, особенно в амбулаторных условиях, что будет способствовать доступности эффективного обезболивания и уменьшению страданий сотен тысяч пациентов с хроническим болевым синдромом.

Также в последние годы Министерство здравоохранения Украины издало ряд важных приказов по вопросам ПХП, в частности:

• Приказ Минздрава Украины от 25.04.2012 г. № 311, которым был утверждён «Унифицированный клинический протокол паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме, разработанный на основе адаптированной клинической установки «Контроль боли», и в котором определены действия врача ОП-СВ по контролю боли у паллиативных пациентов;

• Приказ Минздрава Украины от 21.01.2013 г. № 41 «Об организации паллиативной помощи в Украине», которым утвержден «Порядок оказания паллиативной помощи» и «Перечень медицинских показаний для оказания паллиативной помощи», основные медико-юридические дефиниции ПХП (паллиативный пациент, паллиативное лечение и т.д.); порядок оказания паллиативной помощи (в т. ч., задачи и организация предоставления ПХП); перечень медицинских показаний для оказания паллиативной помощи и тому подобное;

• Приказ Минздрава Украины от 01.02.2013 г. № 77 «О государственной регистрации (перерегистрации) лекарственных средств и внесении изменений в регистрационные материалы», которым в Перечень зарегистрированных лекарственных средств Государственного реестра лекарственных средств Украины был внесен морфина сульфат в таблетках, что является весомым шагом на пути улучшения доступности паллиативных пациентов к эффективному обезболиванию в Украине;

• «План мероприятий МЗ Украины по развитию паллиативной помощи в Украине на 2014-2015 годы», утвержденный в феврале 2014 года, которым определены конкретные задачи, направленные на создание системы ПХП населению.

Также хотим отметить приказ МЗ Украины от 04.11.2011 г. № 755 «Об утверждении Положения о центре и амбулатории первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и положений о его подразделениях», который определяет, что одной из основных задач врачей общей практики-семейных врачей в центрах и амбулаториях ПМСП является предоставление паллиативной помощи пациентам на последних стадиях течения неизлечимых заболеваний, в т.ч. выполнение обезболивающих мероприятий с использованием наркотических веществ.

Итак, пытаясь перечислить нормативно-

правовой базы, регулирующей развитие системы и порядок оказания ПХП на разных уровнях, следует отметить, что, к сожалению, большинство из задекларированных мероприятий остались невыполненными из-за объективных и субъективных причин. Также можно отметить, что сегодня в Украине одним из насущных вопросов развития системы ПХП является срочная разработка национальных стандартов ПХП, клинических протоколов, методических рекомендаций и инструкций для специалистов, которые оказывают ПХП в ЛПЗ и социальной защиты населения и дома.

Сегодня, к сожалению, во многих областных центрах и регионах пока не создано ни одного хосписа. Кроме того, согласно нашим оценочным данным, материально-техническая база большинства действующих в Украине заведений ПХП еще не соответствует международным стандартам, а условия пребывания больных в этих ЛПЗ, зачастую, являются неудовлетворительными. Сегодня в Украине заведения ПХП крайне ограничены в ресурсах и не имеют возможности обеспечить пациентов даже элементарным необходимым. Практически отсутствует в Украине и выездная служба ПХП на дому, поэтому жители сельской местности пока вообще не могут ее получить. Таким образом, большинство паллиативных пациентов завершают свою биологическую жизнь дома, под наблюдением врачей первичной медико-санитарной помощи и, в частности, врачей ОП-СВ.

Инкурабельный онкологический больной, особенно в первое время после осознания своего статуса паллиативного пациента, находится в состоянии постоянного сильного стресса, что нарушает его традиционный ритм и уклад жизни в семье и в социуме, разрушает привычные стереотипы поведения, изменяет систему ценностей, перестраивает его личность и заставляет его адаптироваться к новым условиям жизни. У таких пациентов резко выражено чувство страха перед приближающейся кончиной, безысходности и обречённости, изолированности от общества, остро восприятие себя как «обузы для близких», несправедливости судьбы по отношению к себе и др.. Часто у них отмечается развитие депрессии различной степени тяжести.

Следует отметить, что пациенты с ЗН пожилого возраста испытывают дополнительные страдания в связи с неадекватной оценкой и некорректным отношением многих врачей ПМСД к геронтологическим особенностям протекания заболеваний, а также трудностями доступа к ПХП. Как отдельная категория населения, пожилые люди, особенно с ЗН, сталкиваются со многими специфическими проблемами, для них требуются комплексные (мультидисциплинарные и межсекторальные) подходы оказания медицинской помощи, психологической и социальной поддержки, а также духовного сопровождения.

Как уже говорилось в наших предыдущих работах, оказание ПХП инкурабельным пациентам на дому имеет определенные особенности [14, 15].

Наиболее распространенными симптомами и расстройствами жизнедеятельности у паллиативных пациентов, с которыми сталкиваются врачи ОП-СВ, являются:

- тяжелый хронический болевой синдром, для контроля которого, зачастую, необходимо применять наркотические и психотропные анальгетики;
- выраженные психоэмоциональные расстройства, в том числе, депрессивные состояния или аффекты, а у пациентов старческого возраста – когнитивные и сенильные нарушения;
- другие неблагоприятные клинические проявления, обусловленные поражением кожи (например, пролежни и трофические язвы) и слизистых оболочек, костной ткани (остеопороз, метастазы в кости) и нарушениями функционирования жизненно важных органов и систем, которые проявляются в последние месяцы или дни жизни такими симптомами как тошнота, неукротимая рвота, икота, тяжёлая одышка и сердечная недостаточность, отеки и лимфадены, задержка или недержание мочи или кала, запоры или диарея, кровотечения и кровоизлияния и т.п..

Обеспечивая предоставление ПХП на дому, врач ОП-СВ должен знать и учитывать основные современные международные подходы и пациентоцентрические принципы к оказанию ПХП, которые заключаются в следующем:

- паллиативная медицинская помощь должна быть доступной круглосуточно, независимо от места проживания и социального статуса пациента;
- ПХП предусматривает право пациента на выбор места получения помощи и может предоставляться стационарно в ЛПЗ любых форм собственности, в специализированных учреждениях ПХП (в частности, хосписах), отделениях паллиативной медицины, больницах сестринского ухода, в дневных стационарах, интернатах для инвалидов и людей пожилого возраста, дома и т.д.;
- потребности паллиативных пациентов и членов их семей должны максимально удовлетворяться с использованием мультидисциплинарного и межсекторального подходов, по их согласию;
- ПХП обеспечивает право пациента получить полную и достоверную информацию относительно своего заболевания и прогноза продолжительности жизни, и, только с его согласия, врач может предоставить эту информацию членам семьи;
- паллиативные пациенты и члены их семей обеспечиваются доступной и понятной информацией по лечению и уходу;
- паллиативные пациенты и члены их семей обеспечиваются психологической и социальной поддержкой;
- ПХП не ставит своей целью ускорить или отсрочить смерть, а обеспечить максимально достижимое качество жизни.

Исходя из вышесказанного, основными задачами ПХП, которые должен обеспечить врач ОП-СВ, являются:

- паллиативное лечение, облегчение боли и других симптомов заболевания;

- обеспечение максимально достижимой полноценной и продолжительной социальной активности онкологических больных, надлежащего качества жизни паллиативных пациентов и их семей;

- утверждение жизни и отношение к смерти как к естественному процессу;
- организация психологической, социальной и духовной поддержки семьи во время болезни пациента и в период тяжелой утраты/скорби после смерти больного;
- обучение членов семьи пациента навыкам ухода и облегчения страданий близкого человека;
- установление партнерских отношений между пациентом и другими специалистами, которые участвуют в оказании ПХП;
- обеспечение права больного на автономию и принятия осознанного решения.

Результаты изучения опыта организации оказания ПХП пациентам на дому в Германии, Польше, Словакии, Молдове, Венгрии, Российской Федерации и других странах свидетельствуют о значительном распространении этой формы оказания ПХП как наиболее доступной и экономически обоснованной, а также показали эффективность, как в медицинском, так и в социальном аспекте. [4, 5, 13–19].

Предоставление ПХП на дому имеет целый ряд преимуществ перед аналогичной помощью в условиях стационарных ЛПЗ:

- во-первых, помощь оказывается пациентам в привычной для них домашней обстановке;
- во-вторых, дома легче решить комплекс проблем медицинского, социального, психологического и духовного характера;
- в-третьих, это – более экономически эффективная система медико-социальной помощи, что имеет особое значение в условиях ограниченных ресурсов;
- в-четвертых, дома можно обеспечить взаимодействие и сотрудничество специалистов учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, что позволит оптимизировать соблюдение принципов и стандартов ПХП.

Эффективная ПХП пациентам с ЗН на дому, в том числе пожилым людям, требует организации и развития междисциплинарного и межсекторального сотрудничества с центрами ПМСД и амбулаториями семейной медицины, онкологической и гериатрической службой, интернатами для инвалидов и людей пожилого и старческого возраста, социальными учреждениями, которые обслуживают людей на дому, благотворительными и общественными организациями, как, например, Общество Красного Креста Украины, «Каритас Украины» и др., а также священнослужителями религиозных конфессий, по желанию пациента. Наш опыт сотрудничества с врачами ОП-СВ, которые оказывают ПХП пациентам на дому в г. Киеве, показал необходимость их поддержки и помощи со стороны выездных бригад ПХП, особенно в декомпенсированных и терминальных стадиях заболеваний пациентов с ЗН.

Основными задачами выездной бригады ПХП являются:

- оказание медицинской помощи на дому онкологическим больным с выраженным хроническим болевым синдромом в терминальной стадии заболевания, для купирования которого необходимы опиоидные анальгетики;
- паллиативное лечение и купирование тяжёлых симптомов нарушения функций жизнедеятельности, побочных действий лекарственных средств, осложнений сопутствующих заболеваний;
- обеспечение профессионального ухода;
- оказание психологической и социальной поддержки больным и членам их семей на дому (совместно с медицинским психологом, социальными работниками и волонтерами);
- обеспечение психологического и эмоционального комфорта на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному и членам его семьи с учетом физического и психического состояния пациента, духовных, религиозных и социальных потребностей больного и членов его семьи;
- организация мультидисциплинарного и межсекторального сотрудничества, координация и преемственность в работе выездной бригады с другими специалистами и подразделениями (хоспис или стационарное отделение паллиативной медицины, онкологическая, гериатрическая, наркологическая и другие службы, учреждения социальной защиты), волонтерами;
- инструктаж новых сотрудников выездной бригады, а также подготовка, обучение и контроль за соблюдением персоналом основных морально-этических норм и принципов ПХП;
- обучение членов семьи или лиц, которые ухаживают за пациентом, навыкам ухода, личной гигиены и общения.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы, наш и международный опыт свидетельствуют о важности соблюдения врачами ОП-СВ ключевых аспектов оказания ПХП онкологическим больным, основанных на пациентоцентрических подходах. Они включают кроме медицинских аспектов (адекватное купирование хронического болевого синдрома и контроль других тяжёлых симптомов, вызывающих страдания больных ЗН), внимательное и заботливое отношение к мнению паллиативных пациентов, пожеланиям и интересам их близких, доброжелательное общение с больным и предоставление доступной и правдивой информации. Это требует координации ПХП, которую оказывают врачи ОП-СВ, с другими специалистами и профессионалами, учреждениями социальной защиты населения, местными общинами и общественными организациями, меценатами и волонтерами с учетом потребностей, пожеланий и предпочтений паллиативных пациентов и членов их семей. Всё это свидетельствует о том, что необходимо совершенствовать подготовку и организационные навыки врачей ОП-СВ.

Подготовка и повышение квалификации кадров по вопросам ПХП является одним из основных

условий успешного развития ПХП в Украине. В оказании ПХП населению должны принимать участие врачи многих специальностей, в частности: врачи ОП-СВ, участковые терапевты и участковые педиатры, онкологи, терапевты, психиатры, гериатры, психотерапевты и медицинские психологи, невропатологи, кардиологи, пульмонологи, гематологи, гастроэнтерологи, анестезиологи, педиатры, фтизиатры, инфекционисты и др., а также фельдшеры ФАПов и другие средние медицинские работники.

Новым этапом в после дипломной подготовке кадров по вопросам ПХП в Украине стало открытие в декабре 2009 г. на базе Института семейной медицины Национальной медицинской академии после дипломного образования имени П. Л. Шупика первой (и пока единственной) в стране кафедры паллиативной и хосписной медицины (ПХМ). По состоянию на 1 января 2015 г. на кафедре повысили квалификацию по вопросам ПХП 1207 слушателей, из них – 943 врачей различных специальностей и 264 средних медицинских работников. В 2013–2014 годах сотрудники кафедры в рамках 24 часовой программы провели занятия со 100 врачами-интернами, которые проходили обучение по специальности «Общая практика-семейная медицина»; в рамках 6 часовой программы – со 133 врачами, которые обучались на курсах специализации по семейной медицине; и в рамках 12 часовой программы – с 28 врачами, которые проходили курсы специализации по гематологии и трансфузиологии. В 2015 г. также предусмотрены занятия на кафедре ПХМ для интернов-терапевтов, а также занятия по ПХП для врачей других специальностей. Были проведены выездные курсы тематического усовершенствования по актуальным вопросам ПХП для врачей многих городов Украины.

Для оптимизации и создания системы подготовки кадров по вопросам ПХП считаем необходимым:

- внести вопросы оказания ПХП в программы специализации, предаттестационных циклов и тематического усовершенствования врачей многих специальностей;
- начать преподавание предмета, сквозных или отдельных курсов «Паллиативная и хосписная медицина» для студентов медицинских ВУЗов I-IV уровней аккредитации;
- обеспечить разработку и утверждение типовых учебных программ для студентов и медицинских работников, усовершенствование и разработку современного учебно-методического обеспечения;
- обеспечить профессиональную подготовку/повышение квалификации преподавателей медицинских ВУЗов по вопросам ПХП.

В январе 2015 г. ученый совет НМАПО имени П. Л. Шупика утвердил к изданию учебное пособие «Актуальные вопросы паллиативной и хосписной помощи в практике семейного врача», которое войдет в многотомную библиотечку семейного врача, которая создаётся по инициативе руководства

Институту семейной медицины.

Сегодня спецкурсы по паллиативной помощи/медицине включены в учебные планы подготовки студентов некоторых медицинских ВУЗов Украины I–IV уровня аккредитации. В 2013 г. сотрудники Ивано-Франковского Национального медицинского университета в сотрудничестве с кафедрой ПХМНМАПО имени П. Л. Шупика разработали «Типовую сквозную учебную программу по вопросам паллиативной и хосписной помощи» для додипломной подготовки студентов медицинских ВУЗов IV уровня аккредитации. В связи с этим кафедра ПХМ активно включилась в подготовку национального учебника «Паллиативная и хосписная медицина», издание которого запланировано на этот год.

Накопление специальных знаний и опыта в течение последних десятилетий в области оказания ПХП онкологическим больным и их близким сопровождается значительной общественной поддержкой хосписного движения, как во многих странах мира, так и в Украине. Для того, чтобы оптимизировать и добиться улучшения ПХП онкологическим больным на дому, необходимо преодолеть имеющиеся барьеры на всех уровнях системы здравоохранения, которые тормозят развитие системы ПХП в Украине. В частности:

- отсутствие четкой государственной политики по созданию и развитию системы ПХП, как онкологическим больным, так и особенно пожилым людям с тяжёлыми инкурабельными хроническими заболеваниями;

- недостаточная осведомленность и осознание масштаба проблемы руководителями всех уровней, что приводит к очень медленному созданию нормативно-правовой базы ПХП, вообще, и на дому, в частности;

- недостаточная интеграция и координация ПХП, которую оказывают различные службы здравоохранения и учреждения социальной защиты населения, общественные и благотворительные организации;

- предубеждённое отношение к необходимости оказания эффективной ПХП пожилым людям с ЗН в финальном периоде жизни, возрастная дискриминация в оказании медицинской помощи людям старческого возраста, вообще;

- острая нехватка ресурсов и финансирование ПХП по «остаточному принципу», что приводит к недостаточной обеспеченности стационарными паллиативными койками, слабому развитию выездной службы ПХП на дому;

- острая нехватка профессионально подготовленных кадров по причине отсутствия специализации «паллиативная медицина» для врачей и средних медицинских работников;

- отсутствие эффективных методов материальной и моральной мотивации работы медицинских работников по оказанию ПХП, в том числе и для врачей ОП-СВ.

Таким образом, увеличение потребности населения в ПХП в условиях роста численности

пациентов с ЗН определяет необходимость научного подхода и применения принципов общественного здравоохранения. Речь идет о комплексном анализе, мониторинге тенденций и эффективности мероприятий на различных уровнях системы здравоохранения и социальной защиты населения, формировании механизмов поддержки изменений отношения, поведения и практики у руководителей, специалистов и населения, создании системы профессиональной подготовки и повышения квалификации кадров, которые участвуют в оказании ПХП, информировании населения по вопросам ПХП. Развитие системы ПХП необходимо учитывать при планировании и финансировании работы служб здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях. Организаторы здравоохранения должны добиться, чтобы ПХП стала неотъемлемой частью общей системы медицинской помощи и социальной защиты населения.

ВЫВОДЫ

1. Главной целью современной системы ПХП является обеспечение соответствующего качества жизни и сохранение человеческого достоинства инкурабельных пациентов и членов их семей, максимальное облегчение их физических и моральных страданий. Современная ПХП – это нечто большее, чем просто контроль боли и купирование симптомов, это – целостный пациентоцентрический, мультидисциплинарный и межсекторальный подход к пациенту как к личности, исходя из тяжести и стадии заболевания, его индивидуальных потребностей, возрастных и психо-эмоциональных, религиозных и культурных особенностей.

2. Современная модель ПХП представляет собой высокоспециализированную и наукоемкую отрасль медицины и здравоохранения, что требует высокотехнологичного оборудования и современных эффективных лекарственных средств, и, безусловно, соответствующего финансового обеспечения и поддержки Правительства Украины и всего общества. Это ставит перед системой здравоохранения Украины в условиях реформирования отрасли новые научные, организационные и финансовые проблемы.

3. В Украине пока не создана эффективная и доступная система ПХП населению. Острая потребность населения в ПХП и недостаточная обеспеченность стационарными учреждениями ПХП, обуславливает значительное количество пациентов, в частности больных ЗН, которым необходимо обеспечить ПХП на дому, что требует участие медицинских работников учреждений ПМСП, и в частности врачей ОП-СВ.

4. Реализация этой неотложной в современных условиях медико-социальной задачи требует объединения усилий, координации и сотрудничества врачей ОП-СВ и специалистов, в частности, онкологов, гериатров, психиатров, медицинских психологов и других медицинских работников, учреждений социальной защиты, волонтеров, представителей частного сектора и т.д.

5. Важным условием эффективности работы врачей ОП-СВ по оказанию ПХП пациентам с ЗН на дому,

является специальная до- и после дипломная подготовка по ПХП студентов и врачей в медицинских ВУЗах I–IV уровня аккредитации.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. WPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life // Edited by Connor S. R., Bermedo M. C. S. – World Health Organization, 2014. – 111 p.
2. Европейская Ассоциация Паллиативной Помощи. Пражская хартия «Получение паллиативной помощи – право человека». – ЕАПП. – 2013. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
3. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>.
4. ВОЗ. Паллиативная помощь. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 32 с.
5. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 40 с.
6. Комитет Министров Совета Европы. Рекомендации (Rec (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы. – 2004. – 89 с.
7. ВОЗ. Рак. // Информационный бюллетень № 297. Февраль 2015 г. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>.
8. Национальный канцер-реестр Украины. // Бюлетень Національного канцер-реєстру № 16 – «Рак в Україні, 2013-2014». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm.
9. Державний комітет статистики України // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
10. Центр медичної статистики МОЗ України // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
11. World Health Organization. Definition of Palliative. – Geneva: WHO, 2002. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
12. European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/EAPC_White_Paper_2009_og_2010.sflb.ashx.
13. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
14. Царенко А. В., Губський Ю. І. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку // Сімейна медицина. – 2013 (45). – № 1. – С. 14–17.
15. Царенко А. В., Губський Ю. І., Шекера О. Г., Толстих О. І. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти. // Матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конфер. За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком», 2013, с. 49 – 62.
16. Князевич В. М., Царенко А. В., Брацюнь О. П. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії. // Зб. «Матеріали науково-практичної конференції «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3 - 4 квітня 2014 р. – Черкаси. – 2014. – с. 9 – 18.
17. Князевич В., Царенко А., Брацюнь О. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine // European Journal of Palliative Care. – 2013 (20). – N 4. – P. 202–205.
18. Введенская Е. С., Даютова М. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь больным злокачественными новообразованиями в последний год жизни в системе оказания паллиативной медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, № 2, с. 115–118
19. Эккерт Н. В., Игнатенко Е. А., Рудакова С. А. и др. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения, 2009, № 7, с. 15 - 20.