

УДК 616.67+616-083

**ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ  
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОГО РЕГИОНА)**

К.И. ПРОЩАЕВ, И.П. ПОНОМАРЕВА

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, тел. +7 951 158 56 27,  
e-mail: prashchayeu@yandex.ru

**Аннотация.** В статье изложены основные организационные принципы создания и реализации региональной модели паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста на примере Белгородского региона. Впервые проанализированы основные показатели естественного движения населения базового региона в контексте организации паллиативной помощи; изучены нормативные и правовые акты Минздравсоцразвития России и сформулированы основные критерии и принципы региональной концепции оказания паллиативной помощи лицам старшей возрастной группы; разработана организационно-функциональная модель паллиативной помощи гериатрическим больным, имеющим хроническую прогрессирующую патологию.

Представленная организационно-функциональная модель паллиативной помощи направлена на повышение доступности и качества медико-социальной, психологической и духовной помощи гериатрическим больным, которые сейчас находятся только под наблюдением участковых терапевтов. В сложившейся ситуации невозможно оказать эффективную комплексную помощь из-за межведомственной разобщенности и недостаточности специальных знаний и навыков.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, гериатрия, демография, пожилые, старость.

**THE PRINCIPLES OF CREATION AND IMPLEMENTATION OF GERIATRIC PALLIATIVE  
CARE MODELS IN BELGOROD REGION**

K.I. PRASHCHAYEU, I.P. PONOMAREVA

*BELGOROD STATE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY*, tel.: +7 951 158 56 27,  
e-mail: prashchayeu@yandex.ru

**Abstract.** The article describes the basic organizational principles for the establishment and implementation of a regional model of palliative care for those elderly and senile age on the example of the Belgorod region. For the first time, analyzed the main indicators of the vital base of the region in the context of palliative care; reviewed normative and legal acts of the Ministry and formulates the basic principles and criteria for the regional concept of palliative care for older persons; developed organizational and functional model of palliative care for patients with chronic paid progressive pathology.

The organizational and functional model of palliative care aims to improve the availability and quality of medical, social, psychological and spiritual help, who are now paid only under the supervision of local therapists. In this situation, it is impossible to provide effective integrated support for interdepartmental fragmentation and lack of special knowledge and skills.

**Key words:** palliative care, geriatrics, demography, elderly persons, aging.

В последние годы увеличивается число больных пожилого и старческого возраста, имеющих прогрессирующие хронические заболевания. Исследования показывают, что 80% лиц в возрасте 75 лет и старше не в состоянии обходиться без посторонней помощи [15]. В связи с наличием у пожилых людей сочетанной патологии возрастает уровень инвалидизации общества, а значит, и потребность в паллиативной помощи, которой в общественном здравоохранении уделяется мало внимания. Традиционно паллиативную помощь связывают с онкологическими больными, но сложившаяся ситуация диктует развитие паллиативной помощи неонкологическим больным, большую долю которых составляют лица пожилого и старческого возраста [12, 13, 14]. В данной ситуации представляется актуальным изучение организационно – методических вопросов в области паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с хронической прогрессирующей патологией.

**Целью исследования** была разработка основных принципов создания и реализации региональной модели гериатрической паллиативной помощи. Для достижения поставленной цели необходимо было решить ряд задач:

1. Проанализировать основные показатели естественного движения населения Белгородского региона в контексте организации паллиативной помощи;
2. Изучить нормативные и правовые акты Минздравсоцразвития России и сформулировать основные критерии и принципы региональной концепции оказания паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста;

3. Разработать организационно-функциональную модель паллиативной помощи гериатрическим больным, имеющим хроническую прогрессирующую патологию.

**Материал и методы исследования.** Статистические сборники и бюллетени территориального органа федеральной службы государственной статистики по Белгородской области, правовые и нормативные акты Минздравсоцразвития Российской Федерации [1 - 11]. Сущность исследуемых вопросов раскрыта путем использования метода системного анализа.

**Результаты и их обсуждение.** Для обоснования потребности в организационных мероприятиях в области гериатрической паллиативной помощи были изучены особенности медико-демографической ситуации в г. Белгороде. Численность населения г. Белгорода (по состоянию на 01.01.2012г.) 357655 человек. Коэффициент старения населения (КСН) 16,3% рассчитывался как доля лиц старше 60 лет в структуре населения (по шкале Ж. Боже-Гарнье – Э. Россета) [15].

Из табл. 1 становится очевидно, что доля лиц старше трудоспособного возраста в ближайшие десятилетия возрастет в несколько раз [4].

*Таблица 1*

**Доля возрастных групп в общей численности населения Белгородской области (демографический прогноз)**

Годы	Моложе трудоспособного возраста	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
2012	15,0	60,6	24,4
2013	15,1	59,9	25,0
2014	15,3	59,2	25,5
2015	15,5	58,4	26,1
2016	15,8	57,5	26,7
2017	15,9	56,8	27,3
2018	16,1	56,0	27,9
2019	16,2	55,3	28,5
2020	16,1	54,9	29,0
2021	16,1	54,4	29,5
2022	16,0	54,0	30,0
2023	15,9	53,7	30,4
2024	15,7	53,6	30,7
2025	15,4	53,6	31,0
2026	15,0	53,6	31,4
2027	14,7	53,6	31,7
2028	14,4	53,6	32,0
2029	14,0	53,6	32,4
2030	13,8	53,6	32,6
2031	13,5	53,4	33,1

О потребности в паллиативной помощи можно судить по показателям смертности лиц пожилого и старческого возраста. К сожалению, в исследуемом регионе, также как и в России в целом отсутствует четкая система статистической регистрации больных пожилого и старческого возраста с хроническими прогрессирующими заболеваниями, учета смертности и ее причин в данной возрастной группе. Хотя при имеющихся современных демографических тенденциях именно эта группа населения, использующая значительные ресурсы здравоохранения, требует внимательного отношения и тщательного перспективного планирования всех видов помощи, в том числе и паллиативной.

В ходе проводимого исследования нами были изучены показатели смертности на основании учета бланков Медицинских свидетельств (форма № 106/у-08), выданных в муниципальной поликлинике №1 г. Белгорода. Общая численность прикрепленного населения составила 51488 (по состоянию на 01.01.2012г.), из них больные старше 60 лет – 13986 человек (27,2%), лица предпенсионного десятилетия – 10339 (20,1%). Показатель смертности за 2011год составил 651человек. В возрасте 60 - 69 лет – 101 (15,5%); 70 - 79 лет – 184 (28,2%); 80 лет и старше – 256 (39,3%), т.е. в возрасте старше 60 лет умерло 441 человек (83,0%).

Кроме этого, были изучены показатели естественного движения населения в целом по Белгородской области за последние 10 лет (табл. 2).

**Рождаемость, смертность и естественный прирост населения Белгородской области**

Годы	Всего, человек			На 1000 человек населения*		
	родившихся	умерших	Естественный прирост	родившихся	умерших	естественный прирост
1	2	3	4	5	6	7
Все население						
1990	18035	17910	125	12,9	12,9	0,0
1991	16169	18702	-2533	11,5	13,3	-1,8
1992	14843	19408	-4565	10,5	13,7	-3,2
1993	13752	22044	-8292	9,6	15,4	-5,8
1994	14155	22487	-8332	9,8	15,6	-5,8
1995	13696	21642	-7946	9,4	14,8	-5,4
1996	12953	21422	-8469	8,8	14,5	-5,7
1997	12011	21597	-9586	8,1	14,6	-6,5
1998	11899	21247	-9348	8,0	14,3	-6,3
1999	11407	22568	-11161	7,6	15,1	-7,5
2000	12101	23291	-11190	8,0	15,5	-7,5
2001	12307	24206	-11899	8,2	16,1	-7,9
2002	13037	24481	-11444	8,6	16,2	-7,6
2003	13853	24369	-10516	9,2	16,1	-6,9
2004	13795	24524	-10729	9,1	16,2	-7,1
2005	13486	24168	-10682	8,9	16,0	-7,1
2006	14382	23082	-8700	9,5	15,3	-5,8
2007	15676	22417	-6741	10,3	14,8	-4,5
2008	16790	22422	-5632	11,0	14,7	-3,7
2009	16845	22011	-5166	11,0	14,4	-3,4
2010	16635	22027	-5392	10,9	14,4	-3,5
2011	16980	21610	-4630	11,1	14,1	-3,0

\* Примечание:

– за 2003-2009 гг. показатель рассчитан с использованием численности населения без учета итогов *Всероссийской переписи населения (ВПН) 2010г.*;

– за 2010г. – с учетом предварительных итогов ВПН-2010, полученных согласно срокам, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2010 года № 896 «О подведении итогов Всероссийской переписи населения 2010 года».

Как показал дальнейший анализ, в исследуемой группе старше 60 лет причинами смерти стали хронические прогрессирующие заболевания. Распределение было следующим: болезни системы кровообращения (58,8%), онкологические заболевания (14%), болезни пищеварения (2,5%). Это косвенно отражает общие тенденции в исследуемом регионе. Результаты исследования показаны в табл. 3.

**Смертность населения по основным классам причин смерти на примере г. Белгорода  
 (по данным Всероссийской переписи населения 2010 г.)**

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
<b>Умершие:</b>	4131	4040	4000	3907	3996	3918	4009
от болезней системы кровообращения	2500	2519	2519	2412	2462	2254	2515
от новообразований	701	654	667	687	768	795	762
от болезней органов дыхания	101	94	82	66	72	80	69
от болезней органов пищеварения	142	149	133	125	148	164	143
<b>На 100 тыс. населения:</b>	<b>1215,0</b>	<b>1179,2</b>	<b>115504</b>	<b>1114,4</b>	<b>1123,5</b>	<b>1086,6</b>	<b>1127,9</b>
от болезней системы кровообращения	735,8	735,3	727,6	688,0	692,2	625,1	707,6
от новообразований	206,3	190,9	192,7	196,0	215,9	220,5	214,4
от болезней органов дыхания	29,7	27,4	23,70	18,8	20,2	22,2	19,4
от болезней органов пищеварения	41,8	43,5	38,4	35,7	41,6	45,5	40,2

Следовательно, естественная убыль определит перспективу демографического развития города, а высокий коэффициент демографического старения и возросшее число хронических прогрессирующих заболеваний среди причин смертности в регионе повышают потребность в паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Для эффективного формирования региональной модели паллиативной помощи гериатрическим больным необходимо дать четкое определение данного вида помощи, на основании которого будут определяться ее цели и задачи, а также группы больных, которым она будет предоставляться.

В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится, что паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях. В законе рассматривается только медицинская составляющая, но паллиативная помощь – это более широкое понятие, по определению ВОЗ (2002г.), подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

На основании проведенного исследования были предложены основные критерии отбора гериатрических больных с хронической неонкологической патологией для оказания им паллиативной помощи:

1. активное прогрессирующее заболевание (в период обострения или декомпенсации);
2. наличие выраженных симптомов, которые требуют медицинской помощи;
3. состояние пациента нестабильно и ухудшается с течением времени;
4. возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны;
5. имеются психосоциальные и духовные проблемы, являющиеся следствием данного хронического заболевания или патологического состояния.

Разрабатывая принципы региональной модели паллиативной помощи гериатрическим больным, учитывалась особенность гериатрической соматической патологии неонкологической природы - более длительный временной период, когда больной потенциально может нуждаться в паллиативной помощи и лечении. При этом акцент делался на современную концепцию - раннее паллиативное лечение, облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением).

Основной целью такой помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии беспокоящих больного симптомов, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки, как самому пациенту, так и его близким.

При разработке региональной модели паллиативной помощи гериатрическим больным были сформулированы ее концептуальные принципы:

учет демографических показателей и угроз базового региона для перспективного планирования данного вида помощи;

интегрирование в существующую систему здравоохранения, т.к. гериатрическая паллиативная помощь должна являться составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий;

критериальность, т.е. предварительная корректная оценка гериатрического пациента в контексте его потребности в паллиативной помощи;

создание единого регионального регистра больных, в т.ч. и старшей возрастной группы, нуждающихся в паллиативной помощи;

доступность, так как лица старших возрастных групп составляют большую часть работоспособной части населения; медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению старшего возраста, что может быть достигнуто путем совершенствования и развития амбулаторно-поликлинического варианта обслуживания и организации консультативных центров паллиативной помощи и медико-социальных центров;

мультидисциплинарность и комплексность, т.к. для больных пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность, а также множественность симптомов, обусловленных не только основной нозологией, но связанных с сопутствующими заболеваниями. Кумулятивное действие множественных проблем может быть намного сильнее, чем воздействие любой отдельно взятой болезни. Кроме того, в некоторых случаях, нерешенные социальные проблемы могут иметь более тяжелые последствия, нежели медицинские;

преemptивность и межведомственное взаимодействие в области паллиативной помощи и повышения качества жизни больных в ней нуждающихся; в т.ч. подготовка и профессиональная переподготовка кадров, работающих в паллиативной медицине;

признание роли семьи и непосредственного окружения как ключевых элементов системы паллиативной помощи и обслуживания гериатрическим больным;

координация деятельности всех служб и ведомств, занятых в сфере оказания паллиативной помощи гериатрическим больным.

На основании результатов проведенного исследования была предложена региональная технологическая модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста, имеющих хроническую прогрессирующую патологию неонкологической природы.

Каждое звено данной модели имеет свои задачи, объединенные единой целью - качественное паллиативное сопровождение гериатрического больного и его окружения на протяжении всей траектории заболевания, а не только в его терминальной стадии.

Задачами медицинских учреждений являются:

1. выявление потребностей данного контингента в паллиативной помощи;
2. диагностика и верификация диагноза с обязательным критериальным отбором больных (в нашем исследовании - это полная зависимость от окружающих по шкале Бартела, принятая в качестве критерия для начала паллиативной помощи пациентам старшей возрастной группы);
3. оценка проблем социального и психологического характера для своевременной их коррекции специалистами соответствующих служб;
4. проведение адекватной симптоматической терапии, коррекция ведущих патологических симптомов (по результатам нашего исследования, достоверно чаще у пациентов старшей возрастной группы при неонкологической патологии встречаются следующие симптомы: боль различной локализации, вызывающая функциональные расстройства; ухудшение памяти на текущие события; перебои в работе сердца; головокружение).

Паллиативная медицинская помощь оказывается на нескольких этапах: амбулаторно-поликлиническом и стационарном. По результатам нашего исследования гериатрические пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, имеют высокую степень зависимости от окружающих, а потому предпочтительным вариантом оказания паллиативной помощи является помощь на дому.

Основной задачей психологических служб является коррекция психологических проблем гериатрических пациентов. По результатам исследования, прежде всего, это проблемы взаимоотношения с окружающими, наличие постоянных тягостных мыслей о прошлом, утрата способности к самостоятельному принятию решений, утрата ощущения ценности жизни, возникновение ощущения особенной сложности в перенесении жизненных трудностей.

Особенностями психологического статуса гериатрических пациентов при оказании паллиативной помощи является безразличие и пессимизм; снижение интереса к событиям, которые происходят за пределами дома.

Для оптимизации деятельности социальных служб необходимо решение задач социальной адаптации, повышения уровня социального функционирования пожилых и стариков, имеющих тяжелую хроническую неонкологическую патологию с неблагоприятным жизненным прогнозом, помощь родственникам, осуществляющим уход.

По данным исследования, наиболее востребованными услугами являются: качественный уход (лечебная физкультура, организация и осуществление забора анализов на дому, осуществление обработки

пролежней, адекватное проведение обезболивающих мероприятий); помощь в приготовлении пищи, финансовая помощь, юридическая помощь, справочные услуги.

Во многом качество паллиативной помощи определяется уровнем подготовки медицинских работников, в связи с чем, актуальным представляется введение образовательных модулей в программу подготовки специалистов на базе учреждений высшего и среднего медицинского образования, профессиональная переподготовка медицинских кадров и повышение квалификации.

Таким образом, паллиативная помощь гериатрическим больным с хронической неонкологической патологией должна быть комплексной, основанной на межведомственном взаимодействии структур медицинской, социальной и психологической помощи. Представленная технологическая модель направлена на повышение доступности паллиативной помощи гериатрическим больным с хронической прогрессирующей патологией, которые сейчас находятся только под наблюдением участковых терапевтов. В сложившейся ситуации невозможно оказать эффективную комплексную помощь из-за межведомственной разобщенности и недостаточности специальных знаний и навыков.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Показатели естественного движения населения Белгородского региона, высокий уровень старения, нарастающее количество хронических прогрессирующих заболеваний среди причин смертности, а также демографический прогноз говорят о возрастающей потребности в паллиативной помощи лицам старшей возрастной группы.
2. При создании региональной модели гериатрической паллиативной помощи основными организационными принципами являются следующие: мультидисциплинарность, преемственность, доступность, интегрированность в существующую систему общественного здравоохранения.

#### Литература

1. Белгород в цифрах: статистический сборник. – Белгородстат, 2009. – с.12–17.
2. Белгород в цифрах: статистический сборник. – Белгородстат, 2008. – с.10–17.
3. Белгород в цифрах: статистический сборник. – Белгородстат, 2010. – с.14–20.
4. Белгород в цифрах: статистический сборник. – Белгородстат, 2011. – с.12–17.
5. Возрастно-половой состав населения Белгородской области: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2010. – №1 (17). – с. 8–10.
6. Возрастно-половой состав населения Белгородской области: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2011. – №1 (7). – с. 8–10.
7. Возрастно-половой состав населения Белгородской области: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2009. – №1 (16). – с. 8–10.
8. Возрастно-половой состав населения Белгородской области: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2008. – №1 (17). – с. 8–10.
9. Возрастно-половой состав населения Белгородской области: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2006. – №1 (13). – с. 10–12.
10. Естественное движение населения Белгородской области за 2011 год: статистический бюллетень. – Белгородстат, 2011. – №4 (11). – с. 12–14.
11. Белов, В.Б. Медико-демографические особенности в регионах России / В.Б. Белов, А.Г. Роговина, Г.М. Козеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – №3. – С. 3–6.
12. Новиков, Г.А. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, М.А.Ефимов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – №4. – С.5–10.
13. Новиков, Г.А. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / Г.А.Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, В.В. Самойленко, Б.М. Прохоров, М.А. Ефимов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – №3. – С.5–11.
14. Новиков, Г.А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, В.В. Самойленко // Паллиативная помощь и реабилитация. – 2010. – №4. – С.6–10.
15. Щепин, О.П. Региональные особенности, тенденции, факторы развития общественного здоровья Смоленской области / О.П. Щепин, В.Ю. Дятлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №1. – С.6–10.