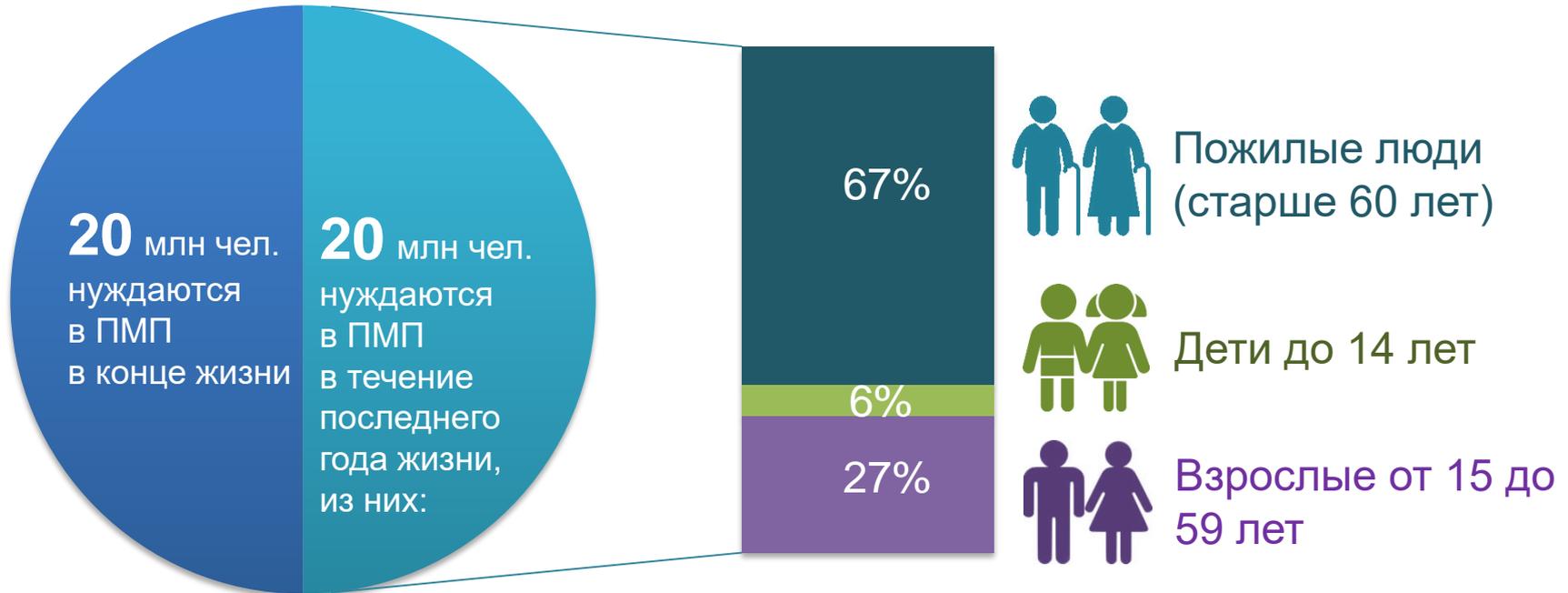


ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Китанина К.Ю.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Численность людей в мире, ежегодно нуждающихся в паллиативной помощи (ПМП) *



* По оценкам ВОЗ

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПМП



Увеличение средней продолжительности жизни и увеличение доли пожилых лиц



Развитие в современном обществе гуманистических идей



Возникновение специфической отрасли, основной задачей которой является улучшение качества жизни и облегчение страданий неизлечимо больного

ЭТИМОЛОГИЯ СЛОВА ХОСПИС



«Хоспис» – от латинского «hospes» в значении «чужестранец», «гость».

Позднеклассические времена

Значение слова изменилось и стало обозначать также хозяина. Слово «hospitalis», прилагательное от «hospes», означало «гостеприимный, дружелюбный к странникам».

От этого слова произошло - hospitium, означавшее дружеские, теплые отношения между хозяином и гостем, а впоследствии, и место, где эти отношения развивались. Эквивалент в древнееврейском языке имеет то же значение гостеприимства.

Поздние времена

«Hospes» трансформировалось в английское слово «hospice» в значении «приют», «богадельня», «странноприимный дом» (Большой англо-русский словарь, 1989)

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



Р. Поллетти отмечает, что **хосписом называлась ночлежка или богадельня**, где останавливались паломники на пути в Святую землю.

Обычно первые хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. Они были своего рода домами призрения для уставших, истощенных или заболевших странников.

Однако хосписы не отказывали в помощи и окрестным жителям.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



Слово "хоспис", этимологически не связанное со смертью, в более поздние периоды получило ряд неожиданных значений, перекликающихся с целями и задачами сегодняшнего хосписа.

Хотя большинство раннехристианских хосписов заботилось в большей мере о душевном покое своих гостей, в хосписах заботились и о теле заболевших, считали их паломниками на важном пути, пути духовного совершенствования. Конечно, первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими, однако, без сомнения, их заболевшие гости были окружены заботой и вниманием до конца.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



Истоки современной паллиативной помощи следует искать в первых **домах сестринского ухода, богадельнях и домах приюта** (Богоугодных заведениях для асоциальных лиц), которые возникали в средневековье при костёлах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих.

Только христианская церковь брала на себя в те времена заботу об умирающих и безнадежно больных людях, обеспечивая им социальную и духовную помощь силами сестёр милосердия.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при церквях. Так, в Польше богадельни с давних времен существовали большей частью под названием "**приходских гошпиталей**", и лишь в **1843** году, когда на основании указа 18 февраля (2 марта) 1842 г. проведено было систематическое и правильное разделение благотворительных заведений соответственно преследуемым ими различным целям, они были переименованы в "**дома приюта для престарелых и немощных**". Некоторые из этих домов очень старинного происхождения. Так, например, дом приюта в Люблине был открыт в **1342** г., в Варшаве дом Св. Духа и девы Марии - в **1388**, в Радоме - в **1435**, в Скерневицах в **1530**.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ в Польше



1972 г.

Первый хоспис в Кракове

Конец 1980-х

Создана **Клиника Паллиативной медицины при академии медицинских наук.**

Паллиативный уход стал частью структур общественной службы здоровья.

2010-е

Около 50 хосписов, как светских, так и принадлежащих церкви

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



В **1842** г. Жане Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался хоспис, а также "Голгофа".

Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас, и, по крайней мере, один из этих хосписов участвует в подъеме движения паллиативного ухода в этой стране.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



В **1879** г. Мэри Эйкенхед, основательница ордена сестер милосердия, открыла в Дублине (Ирландия) приют девы Марии, главной заботой которого была забота об умирающих.

В 1879 году ирландские Сестры Милосердия независимо от хосписов Жане Гарнье основали Хоспис Богоматери для умирающих в Дублине. Орден Матери Марии Айкенхэд был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис - Святого Иосифа в лондонском Ист-Энде в **1905** году, в городе уже действовали, по меньшей мере, три протестантских хосписа. Они назывались: "Дом отдохновения" (открылся в **1885** году), "гостиница Божия", позднее "хоспис Святой Троицы" (открылся в **1891** году) и "**дом святого Луки для бедных умирающих**" (открылся в **1893** году).

Последний, основанный Говардом Барретом и Методисткой миссией в Восточном Лондоне, публиковал подробные и живые Годичные отчеты. Доктор Баррет размещал там захватывающие истории об отдельных пациентах, их личности. Он писал очень мало о симптоматическом лечении, но живо описывал характер своих пациентов, их мужество перед лицом смерти. Он глубоко сочувствовал семьям умерших, оставшимся дома в такой нищете, которой не могла помочь ни одна социальная организация.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



Вкладом хосписа св. Луки в Хосписное движение и, таким образом, в целую отрасль паллиативной медицины, было **установление режима регулярного приема морфина**, наркотика, до сих пор применяющегося в медицине для снятия сильных болей. Регулярный (по требованию) режим выдачи обезболивающего был действительно огромным шагом вперед в деле ухода за больными с неизлечимыми стадиями рака.

В то время как в других больницах пациенты умоляли персонал избавить их от боли и часто слышали фразу "Вы еще можете немного потерпеть" (врачи боялись сделать своих пациентов наркоманами), пациенты хосписа святого Луки почти не испытывали физической боли. Хоспис использовал для снятия боли так называемый **"Бромптонский коктейль"**, состоящий из опиоидов, кокаина и алкоголя, используемый врачами Бромптонской больницы для пациентов с поздними стадиями туберкулеза.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

1682 г.

Указ царя Фёдора Алексеевича об устройстве в Москве двух госпиталей по новым европейским обычаям, одной в Знаменском монастыре, в Китай-городе, а другой за Никитскими воротами на Гранатном дворе

1903 г.

Открыт один из первых в России профильных хосписов для раковых больных (инициатива онколога, профессора МГУ Л.Л. Левшина):

- 1897 г. - сбор пожертвований у московских благотворителей (меценаты Морозовы вложили в раковый фонд 150 тыс. руб., поэтому до середины 20-х годов - учреждение носило имя Морозовых)
- 1898 г. - одобрение проекта на правлении МГУ
- 1903 г. - построен четырёхэтажный корпус на Погодинской улице первоначально на 65 коек

1920-е гг.

Раковый институт на Погодинской превратился в полноценную лечебную и исследовательскую клинику, утратив функцию хосписа

2010-е гг.

Сегодня это Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Советский период

Цель здравоохранения - победа над болезнью.

Каждый терминальный случай воспринимался как поражение, о котором лучше умолчать.

Носителей смертельного диагноза старались не замечать.

Современная Россия

- **1990** г. - в России создан первый хоспис в С.-Петербурге по инициативе В.Зорза - английского журналиста и активного участника хосписного движения. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов.
- **1990** г. - в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество "Хоспис" для оказания профессиональной поддержки российским хосписам.
- **В начале 90-х** годов создан Попечительский совет по созданию Хосписов в СССР, председателем которого стал академик Д.С. Лихачев.
- **1992** г. - в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому
- **1993** г. – в Москве организован Хоспис на дому для детей с онкологическими заболеваниями по инициативе сотрудника НИИ Детской онкологии и гематологии Е.И. Моисеенко как одно из направлений работы Детской секции Московского общества помощи онкологическим больным. Начали создаваться первые хосписы для взрослых пациентов в Москве, Санкт-Петербурге и других городах России.
- **1997** г. при финансовой и административной поддержке правительства Москвы, в центре города, на улице Доватора открывается новое здание для Первого Московского хосписа. Идеи хосписного движения продолжают распространяться по всей России.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



1981

Первый в мире хоспис современного типа организован Сесилией Сандерс в пригороде Лондона в приюте Святого Христофера

1981

Лиссабонская декларация –международный свод прав пациента, среди которых отдельно выделено право человека на смерть с достоинством (принята ВОЗ)

1969

Элизабет Кюблер - Росс издаёт **первую книгу по танатологии** (более 500 интервью с умирающими пациентами). Книга становится международным бестселлером, после чего поднимается вопрос о законодательном урегулировании права участия самого больного в решении вопросов, которые касаются условий их смерти

1986

«Лестница обезболивания» (принята ВОЗ)



1990

Доклад экспертов «Обезболивание при раке и паллиативное движение» (опубликован ВОЗ).

Официальное международное признание паллиативной помощи, как самостоятельного направления деятельности.

Создание первых национальных объединений и ассоциаций хосписной и паллиативной помощи в ряде развитых стран мира:

- NHPCO (США)
- IANPC (США)
- EAPC (Италия)
- Help The Hospices (Великобритания) и др.

2002

Национальные стандарты

по оказанию паллиативной помощи в 8 странах мира

2003

Разработка Рекомендаций 2003 Комитета Министров Совета Европы государствам - участникам по организации паллиативной помощи

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



С начала **1980**-х годов идеи хосписного движения начинают распространяться по всему миру.

С **1977** года в хосписе Святого Христофора начинает действовать Информационный центр, который пропагандирует идеологию хосписного движения, помогает только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекомендациями по организации дневных стационаров и выездных служб.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



Регулярно проводимые **конференции по хосписному уходу** позволяют встречаться и обмениваться опытом врачам, медсестрам и добровольцам, представителям различных религий и культур.

Очень часто именно на таких конференциях возникало решение создать хоспис в той или иной стране, как это было на шестой международной конференции, когда старшая медсестра клиники в Лагосе написала обращение к министру здравоохранения Нигерии с просьбой содействовать организации хосписа в Найроби.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ



Постепенно в сферу внимания хосписов начали попадать больные СПИДом, поражениями мотонейронов и рассеянным склерозом.

В 1988 году больница Милдмэй Мишн в восточной части Лондона открыла первое в Европе отделение паллиативной помощи для больных СПИДом.

Другие хосписы в то время больных СПИДом не принимали.

В **1987** году в Великобритании паллиативную помощь признали самостоятельным направлением медицины, а ее определение было таким: *«отрасль, которая изучает пациентов с поздними стадиями прогрессирующих заболеваний, при которых прогноз неблагоприятен и задачи лечения сводятся к поддержанию качества жизни, и помогает таким пациентам».*

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ в Африке



В Африке паллиативную помощь начали предоставлять в **1970**-х годах. Первые хосписы для онкологических больных, созданные по образцу западных, были открыты в ЮАР и Зимбабве. Тем временем эпидемия СПИДа распространялась, и постепенно при этих хосписах развивались программы паллиативной помощи на дому, также основанные на западных образцах. В конце 1980-х годов программа хосписной помощи появилась в Найроби. Начав с поддержки онкологических больных, она очень скоро обратилась к больным СПИДом. В 1994 году Хоспис Уганды начал подобную программу в Кампале; к маю 2003 года его филиалы имелись еще в двух населенных пунктах страны.

РАЗВИТИЕ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ в Индии



В некоторых странах хосписное движение формировались на базе более традиционных медицинских учреждений. Как, например, в Индии, где по статистике* из 900 миллионов населения, один из восьми человек заболел раком, и 80 % обращалось за лечением, когда уже слишком поздно.

В 1980 году, на Первой международной конференции, посвященной хосписному уходу, выступал доктор де Суза, заведующий отделением крупной больницы в Бомбее. Он очень убедительно говорил о проблемах хосписного движения в развивающихся странах, о голоде и нищете, а также о физической боли. "Достаточно плохо само по себе быть старым и немощным. Но быть старым, больным на последней стадии рака, голодным и нищим, не иметь близких, которые бы позаботились о тебе, наверное - это верх человеческих страданий". Благодаря доктору де Суза в **1986** году в Бомбее открылся первый хоспис.

*Данные 1990-х гг.

НАЧАЛО XXI ВЕКА: характеристика

55 млн чел. в мире ежегодно умирают, из них 10 млн за счет злокачественных опухолей



Глобальное
постарение населения



Рост **онкологической**
заболеваемости
(к 2020 г. – 15 млн заболевших, к
2050 г. – 24-25 млн)



Рост числа
инкурабельных пациентов

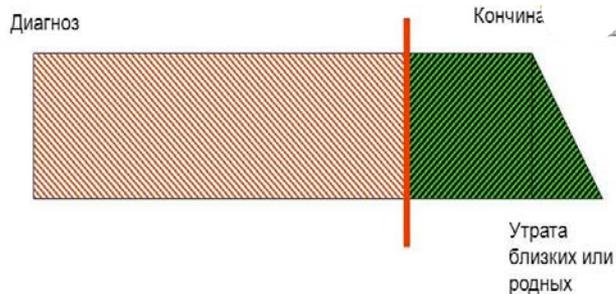


Распространение
СПИДа

КОНЦЕПЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

«Паллиативный» - от латинского «pallium», означающего «плащ» или «покрывало». Философия паллиативной помощи заключается в сглаживании, смягчении проявлений болезни.

Модель оказания паллиативной помощи сейчас



Одностороннее, запоздалое вмешательство, лечебный уход за терминальными больными, недостаток влияния

Идеальная модель оказания паллиативной помощи

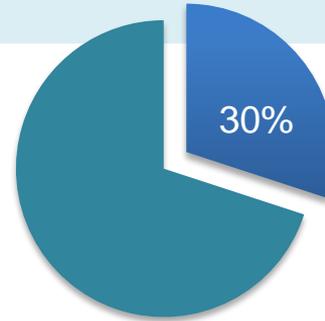


Комплексность вместо прогнозирования - Гибкая, совместная, коллективная

ВИДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

«**Паллиативная помощь** - подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Паллиативная помощь предотвращает и облегчает страдания.

- когда попытки излечить болезнь становятся нецелесообразными, паллиативная помощь остаётся единственной поддержкой для пациента — в таком случае она называется **хосписной**
- **Поддерживающая помощь** – предупреждение и устранение отрицательного воздействия на организм рака и противоопухолевого лечения
- **Помощь в конце жизни(США)** – период от 1 до 2 лет, в течение которого пациент/родственники и медики знают о том, что заболевание ведёт к летальному исходу
- **Терминальная помощь** – в течение нескольких дней до смерти



Распределение лиц, нуждающихся в паллиативной помощи в разрезе заболеваний

- Онкобольные
- Больные с прогрессирующими заболеваниями сердца, лёгких, печени, почек, головного мозга или с такими опасными для жизни хроническими болезнями, как СПИД и устойчивый к лекарствам туберкулёз

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Современное определение ВОЗ (2014 г.) ПМП выражается в подходе, позволяющем улучшить все аспекты качества жизни больных (как детей, так и взрослых), а также и их семей, которые сталкиваются с определенными проблемами, обусловленными:

- опасными для жизни заболеваниями
- предотвращением и облегчением страданий больного
- ранним выявлением
- тщательной оценкой и лечением боли и другой сопутствующей симптоматики с оказанием поддержки в психосоциальной и духовной сферах

Паллиативная помощь основана на принципах **УВАЖЕНИЯ К РЕШЕНИЯМ, ПАЦИЕНТА** и направлена на практическую поддержку членам их семьи, связанные с грядущим горем по случаю утраты близкого человека.

Международный комитет по экономическому, социальному и культурному праву отмечает, что *«...государство несет обязанность уважения права на здоровье, не закрывая и/или ограничивая право равного доступа всех нуждающихся ... к профилактическому, лечебному и паллиативному вспоможению со стороны здравоохранения».*

! Из альтернативных определений паллиативной помощи следует, что сущность ПМП заключается в **утверждении жизни, а смерть рассматривается закономерным её завершением.**

ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Главная цель паллиативной помощи - избавление неизлечимого больного и его семьи от возможных страданий в этот период жизни

Страдание помимо боли включает ряд симптомов:

- невозможность самообслуживания,
- ощущение беспомощности и обузы для близких,
- чувства вины,
- страха связанные с ожиданием
- надвигающейся смерти,
- чувства горечи из-за не завершенности запланированных дел и каких-то обязательств.

КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основные принципы паллиативной медицинской помощи:

- Индивидуальный подход
- Уважение автономии и достоинства пациента
- Холистический подход

Сильнейшая боль и страдания имеют существенное воздействие на человека и способны лишить его собственного достоинства.

В такой ситуации для incurable больных (на фоне сильнейших душевных и/или физических мучений) смерть может оказаться предпочтительнее жизни.

Однако при оказании адекватной паллиативной помощи потребность в эвтаназии нивелируется и теряет свой смысл.





Есть проблема

В современную эпоху развитых технологий в медицине, вопросу оказания помощи и облегчения статуса инкурабельных и больных в терминальных стадиях болезни уделяется **мало внимания, вплоть до полного его игнорирования**

КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Необходимо....

всемерно способствовать становлению нового отношения к смерти и процессу умирания, что в купе возводит паллиативную медицину на абсолютно новый практический уровень, **делая её новой дисциплиной** как таковой

КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Интегративное сотрудничество врачей и психологов с сотрудниками социальной сферы составляет основу паллиативного ухода за больными и психологической помощи неизлечимо больным, а также членам семьи и их родственникам. Необходимость расширения социальной защищенности incurable больных привела к созданию и развитию в стране новых аспектов паллиативной медицинской помощи, обладающих высокими показателями гуманизма, качества жизни с реализацией права на «достойную смерть».

Главная задача паллиативной помощи – достижение, поддержка, сохранение и повышение, насколько возможно **качества жизни пациента**, которое зависит от восприятия несоответствия между ожиданиями и фактическим состоянием человека.

- В задачи ПМП не входит ни торопить, ни отдалять наступление смерти
- Общение с пациентом и его родственниками
- Повышение информированности
- Междисциплинарный подход
- Поддержка членам семьи при переживании горя и утраты

ПМП состоит из двух составляющих:

- 1) - **облегчения страданий** пациента на весь период течения болезни (не исключая и радикальное лечение), а также
- 2) - **оказание максимальной медицинской помощи** в течение последних месяцев, дней и часов жизни больного

УРОВНИ и ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПМП

Два уровня:

- 1) **Паллиативный подход** – применение принципов и методик ПМП в учреждениях, не специализирующихся на оказании ПМП, мед работниками всех специальностей
- 2) **Специализированная паллиативная помощь**

Две основополагающие формы оказания ПМП:



**Помощь
на дому**

Осуществляться специалистами выездной службы, которые также могут входить в состав учреждения или быть самостоятельной структурой



**Помощь
в стационарах**

К стационарным учреждениям паллиативной помощи относятся специализированные отделения или палаты паллиативной помощи, которые могут быть расположены в структуре медицинских организаций любого уровня, в онкологических диспансерах, в стационарных учреждениях социальной защиты и в хосписах.

СПЕЦИАЛИСТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Основной и главной задачей качественной паллиативной помощи является максимальное уменьшение всех компонентов страдания больного, осуществляемое комплексным уходом и различными видами помощи **с привлечением профессионалов различного профиля**. В связи с этим в бригаду или в штат специализированного учреждения целесообразно включать:



Врачи



Медицинские сестры
соответствующей
квалификации



Психологи



Социальные
работники



Священнослужители

Привлечение других необходимых специалистов к оказанию паллиативной помощи осуществляется в меру их необходимости. **Не исключается использование помощи со стороны волонтеров и родственников**. Больные так-же являются полноправными участниками процесса оказания паллиативной помощи, а их роль не должна быть проигнорирована.

Категории, нуждающихся в ПМП

Пожилой человек с хроническими заболеваниями или в терминальной стадии заболевания



Молодой человек в терминальной стадии заболевания



Исследование МакНамара, 2006 г.
Минимум: 50%, Средний уровень: 55.5 %,
Высокий уровень: 89.4%

Таблица 1
 Операционные определения больных, которым необходим минимальный, средний и максимальный уровень паллиативной помощи

Оценка	Идеальный вариант больных	Операционные определения (Коды ICD-10)
Минимальный уровень	Указание одного из 10 оснований причин смерти в Части I свидетельства о смерти	Смерть наступившая по следующим 10 причинам: • Нестабильность (C00-D48) • Сердечная недостаточность ((I500, I501, 509, I111, I130, I132)* • Почечная недостаточность (N180, N188, N189; N102, N112, N132, N120, N131, N132) • Почечная недостаточность (K704, K711, K721, 729) ^а • Хроническое obstructивное заболевание легких (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449) • Заболевания дыхательного тракта ((G122) • Болезнь Паркинсона (G20) • Болезнь Хантингтона (G10) • Болезнь Альцгеймера (G300, G301, G308, G309) • ВИЧ/СПИД (B20-B24)
Средний уровень	Больной был госпитализирован в течение последних 12 месяцев перед смертью с тем же диагнозом, который указан в Части I свидетельства о смерти	Основная причина смерти, указанная в свидетельстве о смерти, соответствует записи в строке основного или вторичного диагноза в госпитальной форме записи данных о болезни, если пациент поступил в течение последнего года своей жизни
Максимальный уровень	Все причины смерти, которые указаны в Части I свидетельства о смерти, кроме исключений из этого перечня	Смерть наступившая от любых причин, кроме следующих: • Во время беременности, родов, или в послеродовой период (O00-O99) • Заболевания начавшиеся во время перинатального периода (P00-P96) • Смерть наступившая в результате получения ранки, отравления и интоксикации другими веществами (S00-T98) • Смерть наступившая по известным причинам заболевания и смертности (V01 - Y98)

* Сердечная и почечная недостаточность включает код I132 (гипертоническая болезнь и почечная недостаточность с устойчивой сердечной недостаточностью и болезнью почек). При этом за период исследования не было зарегистрировано смертей по этой причине.

^а За исключением K721, в остальных кодах не делится различие между острой и хронической лечебной недостаточностью

НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДПО ЛНЕНИЯ

Варианты конечного периода жизни



Разработать и внедрить в практическое здравоохранение методологию определения потребности в паллиативной медицинской помощи пациентов, нуждающихся в комплексных медицинских вмешательствах и/или в медико-социальной помощи



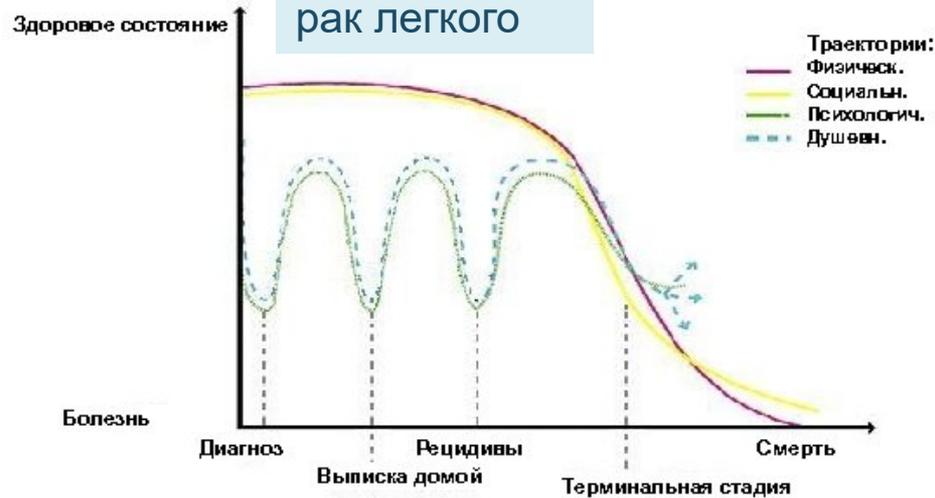
Российская Ассоциация паллиативной медицины

- При раке: короткий период очевидного ухудшения здоровья
- При соматических заболеваниях: длительное течение с перемежающимися ухудшениями
- При деменции и т.п. – длительный постепенный период ухудшения состояния здоровья

Траектории умирания

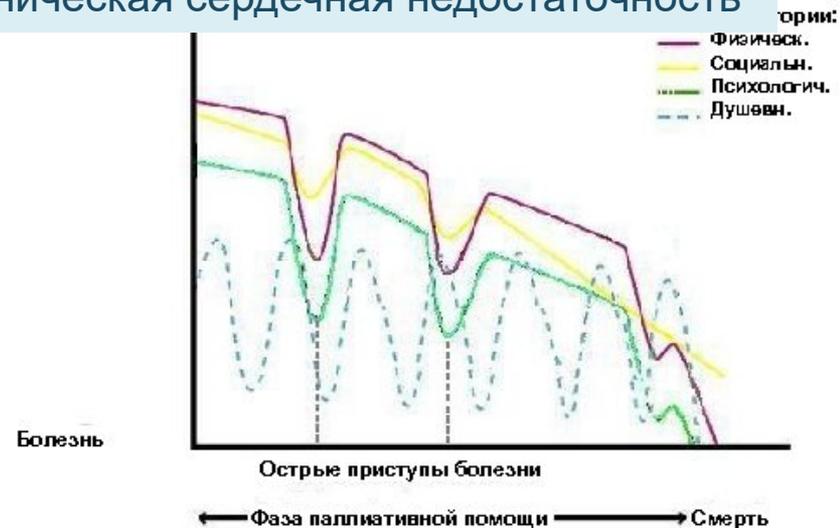
Физическое, социальное, психологическое и душевное состояние в последний год жизни при:

рак легкого



С. А. Мюррей и др. Журнал Британской медицинской ассоциации, 2008 г.;936:958-959

Хроническая сердечная недостаточность



С. А. Мюррей и др. ЖБМА, 2008 г.;936:958-959

Характеристики терминальной стадии

- Болезнь: запущенная / прогрессирующая / неизлечимая
- Лечение: ограниченные шансы на излечение
- Прогноз: неблагоприятный
- Симптомы: множественные, многофакторные
- Эмоциональное неблагополучие: кризис потребностей / этические дилеммы / требование ресурсов



МОДЕЛЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Характеристики потребностей:

- Многомерные
- Углубляющие кризис
- Этические дилеммы



ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Лечение заболевания (диагноз, прогноз, сопутствующая патология, побочное действие терапии)

Физическое состояние (боль и др симптомы, уровень сознания, функционирование, моторные, сенсорные и др. Функции)

Психологическое состояние (личностные качества, депрессия, эмоциональность, тревога, независимость, самооценка, вина)

Утрата, переживание (утрата, ожидаемая боль, планирование кончины, траур)

**Пациент
и семья** : демографические, культурные, вера, уровень развития/образования

Социальное положение (отношения и роль в семье, друзья, финансовые ресурсы, досуг, юридические аспекты, профессиональная состоятельность)

Уход за больным, ритуальные услуги (конец жизни – завершение бизнеса, отношений, прощание; завещание, предполагаемые изменения в агонии, ритуалы, организация ритуальных услуг, документы)

Бытовая жизнь (личная гигиена, работа по дому, иждивенцы, домашние животные, транспорт)

Духовная жизнь (важность ее, ценности, верования, наставники, ритуалы, символы)

МОДЕЛЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА КВАДРАТ ПОМОЩИ

Процесс оказания мед. помощи



Потребности пациентов и семей	1. Оценка	2. Ознакомление с информацией, принятие этических решений, определение целей	4. План помощи	5. Меры паллиативной помощи 6. Подтверждение	7. Оценка результатов, пересмотр, обновление
Лечение болезни			3. Принятие решений		Стандарты, процессы, результаты
Физическое состояние					
Эмоциональное состояние					
Духовная сфера					
Этические вопросы					
Семейные отношения					
Социальное положение					
Практическая жизнь					
Завершение жизни					

ИНСТРУМЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:



- 1) Оценка потребностей
- 2) Системный план лечения
- 3) Наблюдение за симптомами
- 4) Эмоциональная поддержка
- 5) Информация и коммуникация
- 6) Этика и деонтология
- 7) Коллективная работа
- 8) Изменение в организации ресурсов
- 9) Оценка и мониторинг качества и результатов
- 10) Образование и подготовка
- 11) **ЗАБЛАГОВРЕМЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**
- 12) **НЕПРЕРЫВНОСТЬ**

КОМПЕТЕНЦИИ, необходимые для оказания ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:



- 1) Реализация компонентов ПМП там, где находится пациент и его семья
- 2) Обеспечение максимального физического комфорта на всех этапах болезни
- 3) Удовлетворение психологических потребностей пациента
- 4) Удовлетворение социальных потребностей
- 5) Удовлетворять духовные потребности пациента
- 6) Поддержка членов семьи
- 7) Осознать сложность принятия решений клиническим и этическим вопросам
- 8) Координация всего процесса помощи пациенту
- 9) Развитие навыков межличностного общения
- 10) Самоанализ и повышение квалификации



6 тыс. детей нуждались в оказании паллиативной помощи в России в 2010 г.*

Оказание паллиативной помощи законодательно было закреплено в России лишь в **2011** году.

В новой форме Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ноябрь 2011) впервые дано определение паллиативной помощи (статья 36).

Она была признана видом медицинской помощи, оказываемой в рамках программы государственной гарантии бесплатной медицинской помощи.

В **2012** г. был опубликован приказ «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (15 февраля 2012 г.), в котором были дополнены и права детей.

**По данным статистики Министерства здравоохранения за 2010*



В течение **2012** г. в **74** регионах страны было запланировано введение в действие хосписов и отделений паллиативной помощи. Им вменялось оказание медицинской поддержки детям для избавления от боли и облегчения различных тяжелых проявлений заболеваний, обеспечение заботы о психике и душевном состоянии ребенка с целью повышения качества их жизни, а также поддержка членов их семей при возникающей тяжелой жизненной ситуации.

В России паллиативная помощь в качестве самостоятельного направления возникла в онкологии. Больные злокачественными опухолями в терминальных стадиях в большей степени нуждались в избавлении от болей и невыносимого страдания. Сегодня в оказании паллиативной помощи нуждаются не только взрослые и дети со злокачественными опухолями, но и другие больные, которые страдают иными угрожающими жизни заболеваниями, предполагающими летальный исход.

В сегодняшней России система паллиативной помощи находится в стадии начала формирования, что сопровождается множеством проблем, обусловленных её организацией. Предпринимаются первые шаги осознания

содержания и специфической философии ПМП, формируются необходимые структуры в регионах. Процесс формирования системы ПМП детскому и взрослому населению требует разработки и создания новых эффективных организационных моделей, учитывающих особенности здоровья населения и возможности здравоохранения в каждом из регионов. Важными условиями для успешного функционирования предлагаемых моделей являются координированные взаимодействия подразделений ПМП и специалистов по конкретному профилю болезни пациентов, что обуславливает максимальную эффективность и качество мероприятий, оказываемых ПМП.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ

Важно понимать, что как такового **закона о паллиативной помощи в России не существует**. Речь идёт лишь о принятых поправках к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Если опираться на его первую редакцию, то 36-я статья, посвящённая паллиативной помощи, занимала ровно два абзаца. В первом из них было дано определение такой помощи, а во втором сказано, кто её может оказывать. В отличие от определения ВОЗ, в законе речь шла исключительно о медицинской стороне вопроса, а социально-психологический аспект не затрагивался.

В новой версии закона, определение дополнили. **Теперь паллиативная помощь в России — это комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, психологическую работу и уход, который должен улучшать качество жизни людей, в том числе облегчая боль и другие тяжёлые проявления заболевания.** Помимо этого в законе отмечается, что заботиться о таких пациентах можно будет не только в стационаре, но и на дому. Более того, им гарантированно должны будут предоставлять всё необходимое для поддержания работы органов и систем организма.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ

Уточняется, что медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, также должны будут взаимодействовать с родственниками пациента, добровольцами (волонтерами), организациями социального обслуживания и религиозными организациями.

Ещё одна очень важная поправка, которая приближает закон к стандартам ВОЗ, — предусматривание медицинского вмешательства, связанного с облегчением боли, с помощью наркотических и

психотропных препаратов.

Наконец, паллиативная помощь может быть оказана, даже «если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель» — то есть согласие пациента на облегчение его состояния не требуется. Решение об этом будет приниматься врачебной комиссией, консилиумом врачей, а если невозможно собрать комиссию или консилиум — то лечащим или даже дежурным врачом.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ

В ст. 80 закона отмечается, что «паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях предоставляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...», «при оказании... паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных

средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи». Финансовое обеспечение оказания гражданам ПМП осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом (ст. 83).

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ

После принятия закона впервые мероприятия по развитию ПМП в стране были включены в Государственную программу развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. В Государственной программе развития здравоохранения план формирования структуры ПМП взрослым и детям представлен в подпрограмме 6 «Оказание паллиативной помощи, в т. ч. детям» (далее Подпрограмма). Целью реализации Подпрограммы является «повышение качества жизни больных с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями, преимущественно на стадии, когда возможности радикального лечения исчерпаны или ограничены». В Подпрограмме подробно описана философия и содержание паллиативной помощи, ее цели и

задачи, рекомендуемые формы организации помощи. Подпрограмма предоставляет нормативы обеспеченности населения, как взрослого, так и детского, койками ПМП на этапах реализации программы. В Подпрограмме подчеркивается, что «помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи для пациентов необходимо обеспечить доступность амбулаторных форм паллиативной помощи». По результатам реализации Подпрограммы в 2020 г. обеспеченность койками для оказания ПМП взрослым должна составить 10 коек на 100 тыс. взрослого населения (табл.).

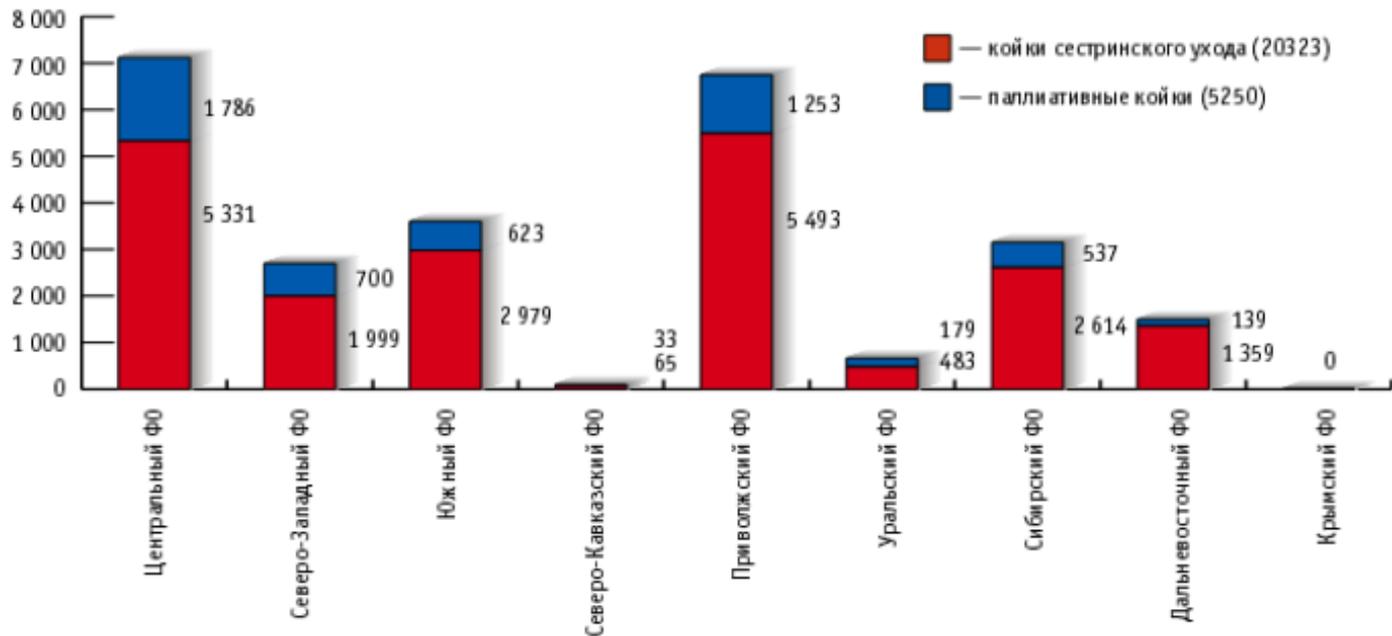
ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РФ

Таблица. Обеспеченность койками для оказания ПМП в Российской Федерации взрослому населению и детям

Наименование показателя	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6.1 обеспеченность койками для взрослых на 100 тыс. взрослого населения	1,7	4,4	6,1	7	8,5	10
6.2 обеспеченность койками для детей на 100 тыс. детского населения	1,4	1,76	1,84	1,92	2	2,08

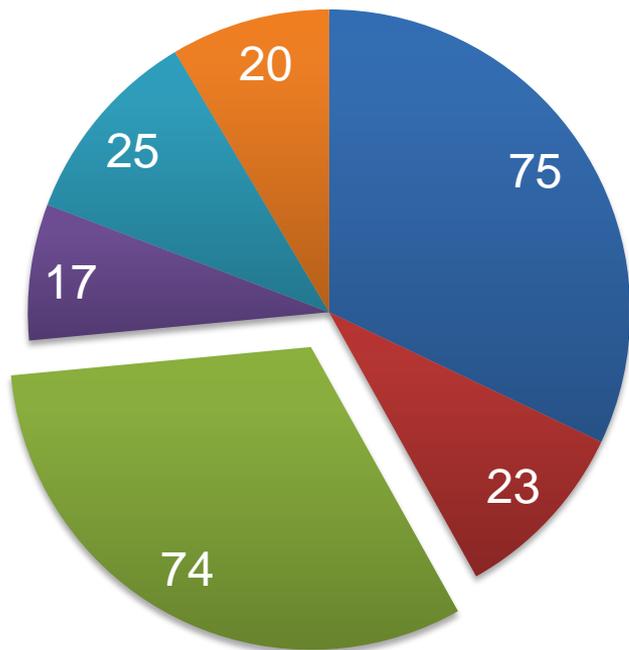
Таким образом, до 2020 г. на базе медицинских организаций должны быть созданы подразделения ПМП для взрослого населения общей численностью коек около **14 200**, для детей не менее **500-520 коек**, что соответствует рекомендациям Европейской ассоциации паллиативной помощи по планированию обеспеченности населения европейских стран стационарной ПМП. Однако следует отметить, что в этих странах показатель обеспеченности населения ПМП в стационаре рассчитывается при условии обеспеченности населения ПМП на дому.

КОЛИЧЕСТВО КОЕК ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАЗРЕЗЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОКРУГОВ РФ*



*По данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России

КЛАССИФИКАЦИЯ СТРАН ПО УРОВНЮ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ



- Паллиативная деятельность не выявлена
- Страны, находящиеся на этапе накопления ресурсов для развития паллиативной помощи
- Страны с отдельными центрами оказания паллиативной помощи, в т.ч. Россия
- Страны с более системной организацией паллиативной помощи
- Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь находятся на стадии предварительной интеграции в систему здравоохранения
- Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь хорошо интегрированы в систему здравоохранения

СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ



Слабая осведомленность о масштабах проблемы



Нехватка знаний у медицинских специалистов



Отсутствие необходимых форм и дозировок наркотических обезболивающих, в т. ч. для детей



Финансово и организационно-структурные ограничения



Социальные и культурные барьеры

СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Следует обратить внимание на то, что паллиативные отделения должны иметь **лицензии на наркотическую деятельность** с правом использования всего перечня необходимых сильнодействующих препаратов, наркотических средств и психотропных веществ для осуществления качественного обезболивания, индивидуального подбора схемы терапии и лечения прорывов боли.

Медицинские услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи необходимо предоставлять параллельно с попытками радикального лечения, адаптируя их к возрастающим физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, членов их семей, по мере прогрессирования заболевания и его перехода в терминальную стадию.

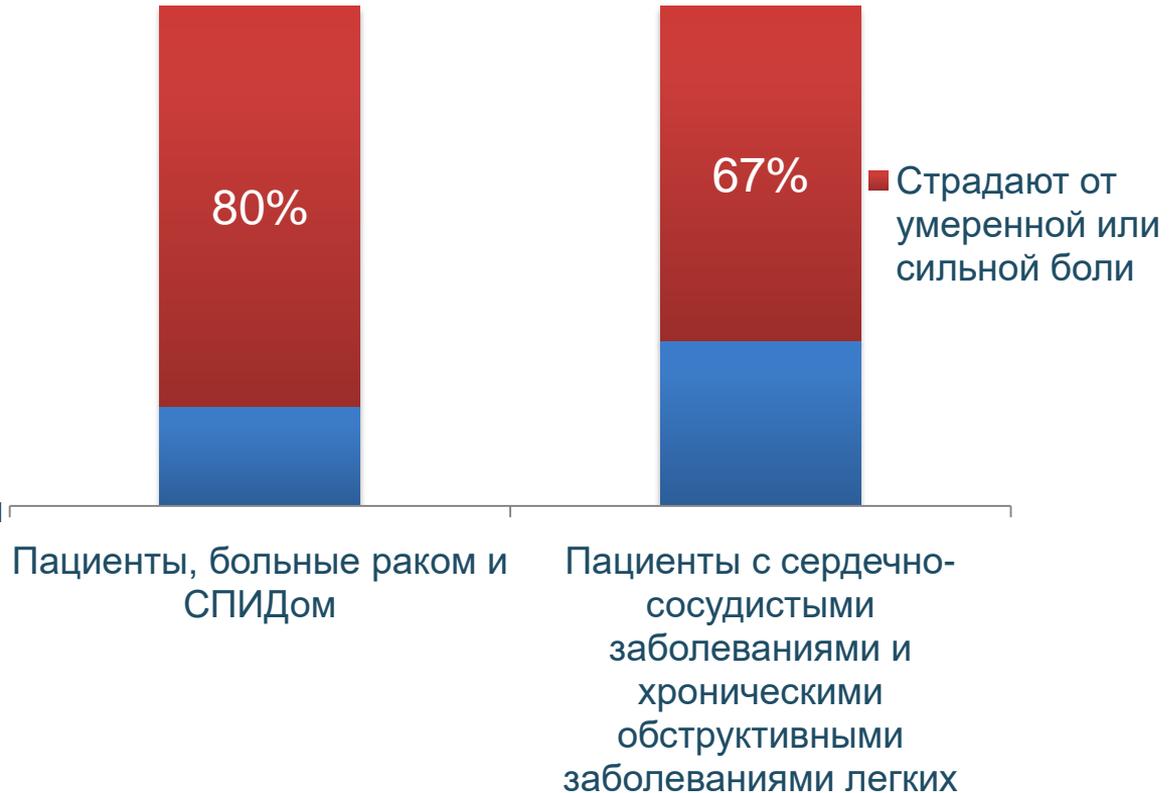
СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Боль – это один из наиболее распространенных и наиболее тяжелых симптомов, с которыми сталкиваются пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Максимальный доступ к обезболивающим лекарственным средствам должен быть обеспечен пациентам независимо от времени суток, возраста, диагноза, места проживания, регистрации и социального положения. Адекватное лечение боли у взрослых и детей снижает издержки для общества, положительно влияет на рациональное использование медицинских услуг и дает положительный экономический и социальный эффекты для страны.



СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Опиоидные анальгетики являются важнейшим средством для лечения умеренного и сильного болевого синдрома у пациентов, больных раком, и сильного болевого синдрома у пациентов с различными не подлежащими радикальному лечению неонкологическими прогрессирующими заболеваниями в поздней стадии развития. Особенно часто болевой синдром проявляется в терминальной стадии заболевания.



СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Оказание паллиативной помощи направлено не только на купирование болевого синдрома, но и на лечение некоторых других причиняющих страдание симптомов, таких как дыхательная недостаточность, которая часто и в острой форме проявляется у пациентов с опасными для жизни заболеваниями.

Применение опиоидных анальгетиков помогает эффективно снимать ощущение одышки у

пациентов на поздней стадии любых заболеваний.

В порядке оказания паллиативной медицинской помощи детям впервые в стандарте оснащения выездных патронажных служб нашло свое место оборудование для оказания помощи на дому ИВЛ-зависимым детям, а в рекомендованном штатном расписании - должность врача-анестезиолога.

СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПМП помощь, реанимационные мероприятия и отказ от них, присутствие

Проблемы умирания - основная проблема в комплексе оказания паллиативной помощи населению, в т. ч. детскому. Дальнейшее патологоанатомическое исследование, поддержка родственников умершего в период горевания и т. д. Таким образом, комплекс вопросов, требующих особого внимания, является ключевым в оказании качественной паллиативной медицинской помощи пациентам и их семьям.

Аспекты ее разрешения -- это сложный всеобъемлющий подход к пациенту и его семье: прощание с родными, выбор места смерти, страдания в последние часы жизни, доступность медицинской, социальной и психологической поддержки, профессиональная паллиативная медицинская

Практические проблемы связаны главным образом с персональным уходом за больными.

СЛОЖНОСТИ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Медико-социальные проблемы, возникающие в ситуации, когда пациент утрачивает навыки самообслуживания. К ним относятся: туалет, возможности передвижения, стирка, покупки, в т.ч. лекарственных средств, медицинского оборудования, средств реабилитации и ухода. Подчас именно эти проблемы являются непреодолимыми для страдающего человека.

Психологические проблемы - социальные сложности и духовные ценности пациента, факт принятия диагноза и своей беспомощности, с учетом национальных и индивидуальных особенностей, поддержка медицинского персонала и родных. Оценка личностных потребностей и индивидуальный подход к пациенту -- основа эффективного контроля симптомов терминального заболевания и качества помощи в конце жизни.