

УДК: 616-006.02-13.8 (575.2) (04)

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*А.Р. Жумабаев* – директор,  
*М.А. Джемуратов* – зам. директора,  
Национальный центр онкологии, г. Ош  
*Н.М. Самиева* – аспирант,  
*Хезер Данн* – сем. врач,  
*Э.К. Макимбетов* – докт. мед. наук, проф.,  
*Р.Т. Тологонов* – аспирант

---

In this article definition of palliative care as one of new approaches of public health is given. Palliative care is approach of medical and social activity which proposes the quality of life of patients and their families facing life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychological and spiritual.

Рост онкологической заболеваемости, увеличение числа больных с хроническими прогрессирующими неврологическими, респираторными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, распространение ВИЧ/СПИДа в последнее десятилетие привело к появлению большой группы инкурабельных больных, которые испытывают сильнейшие страдания и нуждаются в адекватной комплексной медико-социальной помощи.

В современном расширенном подходе понятие паллиативной помощи распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития, среди которых основную массу составляют онкологические больные. В мире ежегодно заболевают раком 10 млн. человек (2000 г.). По прогнозам ученых, в 2020 г. число заболевших увеличится до 15 млн., а в 2050 г. – до 24 млн. [1]. *Паллиативная помощь* – направление медицинской и социальной деятельности, целью кото-

рого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов – физических, психологических и духовных [2].

В соответствии с определением, паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный закономерный процесс;
- не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;
- старается насколько возможно долго обеспечить больному активный образ жизни;
- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного;

- использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи;
- предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период переживания тяжелой утраты.

В результате многочисленных общественных дискуссий, групповых исследований в мировом масштабе были кодифицированы области, относящиеся к качеству помощи и качеству жизни во время ухода в конце жизни. Они включают в себя: правление симптомами, душевный и персональный рост, окружающую обстановку, близких родственников, доступную и понятную информацию для руководства при планировании и принятии решений, уверенность в том, что не будет финансового, эмоционального или физического бремени для членов семьи, право на самостоятельный выбор и контроль лечения. Паллиативная помощь не ограничена во времени, а направлена на предложение максимально возможного качества жизни.

Качество жизни – не критерий функциональных возможностей или настоящего состояния. Качество жизни – комплексная и субъективная оценка, сделанная отдельным пациентом к полному уровню удовлетворения при обширном ряде проблем, имеющих место в определенный момент времени в их жизни. Для развития паллиативной помощи необходимо лучшее понимание ее элементов, идентификация и развитие ключевых областей, объединение с существующей традиционной системой здравоохранения. Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни [3].

Понятие “страдание” включает множество отрицательных эмоций, которые испытывает больной с инкурабельным заболеванием.

Основные цели и задачи паллиативной помощи:

- Адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов.

- Психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников.
- Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
- Решение социальных и юридических вопросов.
- Решение вопросов медицинской биоэтики.

#### **Контингент больных и критерии отбора**

Элементы паллиативной помощи больным должны применяться с момента установления диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно приводит к смерти больных в обозримом будущем. Чем раньше и правильнее будет организована и оказана эта помощь, тем вероятнее будет осуществлена поставленная перед собой задача достижения максимально возможного улучшения качества жизни больного и его семьи. На данном этапе паллиативная помощь, как правило, оказывается теми врачами, которые участвуют в процессе диагностики и лечения больного.

Больные, радикальное лечение которым уже было проведено, но заболевание прогрессирует и переходит в терминальную стадию, или уже не показано в связи с поздним обращением больного, нуждаются в “помощи в конце жизни” или собственно паллиативной помощи. Это раздел паллиативной помощи, определенный временными рамками и направленный на оказание помощи больному (и его близким) в конце жизни.

Основные группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

Критерии отбора больных для собственно паллиативной помощи (помощи в конце жизни) [4]: ожидаемая продолжительность жизни не более 3–6 мес., очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны (в том числе твердая уве-

ренность специалистов в правильности поставленного диагноза), наличие у больного жалоб и симптомов (дискомфорта), которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода.

#### **Формы организации паллиативной помощи**

Стратегические планы должны быть развиты и внедрены на национальном и региональном уровнях. Существуют большие возможности для международного сотрудничества и поддержки в этом отношении. Паллиативная помощь онкологическим больным представляется различными структурными подразделениями. В соответствии с рекомендациями ВОЗ все многообразие форм организации паллиативной помощи можно разделить на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре.

Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общетерапевтического профиля, онкологических диспансеров, центральных районных больниц, районных станций неотложной медицинской помощи.

Амбулаторная помощь онкологическим больным с хроническим болевым синдромом оказывается в кабинетах противоболевой терапии, организуемых в составе медицинских учреждений онкологического и общетерапевтического профиля. Кроме того, оказание паллиативной помощи на дому может осуществляться самостоятельными патронажными службами и выездными бригадами существующих стационарных учреждений.

Организация паллиативной помощи зависит от политики здравоохранения на местах. В разных регионах формы организации паллиативной помощи различны. Если принять во внимание тот факт, что большинство больных хотели бы провести остаток своей жизни и умереть дома (от 80 до 90% опрошенных нами пациентов), то оказание помощи в домашних условиях было бы наиболее целесообразно.

Важнейшим условием для эффективной работы паллиативной помощи является тща-

тельный отбор квалифицированного персонала из опытных специалистов и постоянный процесс обучения. Персонал должен понять и принять принципы паллиативной помощи и иметь квалификацию для ее проведения. Как ни в какой другой медицинской специальности люди, оказывающие паллиативную помощь, должны быть честными и способными проявить сострадание к больному.

#### **Междисциплинарный подход к оказанию паллиативной помощи**

Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо привлечение различных специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Поэтому служба паллиативной помощи должна состоять из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога, социального работника. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости. Используется также помощь родственников, волонтеров.

В настоящее время в нашей стране практически вся работа по оказанию паллиативной помощи инкурабельным больным возложена на врачей ГСВ. Лишь в немногих ЦСМ сохранились должности врача-онколога. Следовательно, значительная часть семейных врачей и сегодняшних студентов – будущих врачей неизбежно столкнется с этой проблемой в своей профессиональной деятельности. Поэтому основы паллиативной помощи должны преподаваться не только онкологам, но и врачам общей практики, терапевтам и студентам медицинских вузов [5–7]. Назрела настоятельная необходимость включения в программу обучения студентов медицинских вузов отдельного курса “Паллиативная помощь инкурабельным больным” на базе кафедры онкологии, организация образовательной программы по паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования, на котором смогут пройти подготовку по программам общего и тематического усовершенствования врачи, работающие в системе паллиативной помощи.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Необходима организация региональной службы паллиативной помощи, которая должна быть доступна для каждого во всех местах оказания помощи, включая отделения паллиативной помощи и отделения интенсивной терапии в стационарах, кабинеты противоболевой терапии при ЦСМ и ГСВ, патронажные службы и выездные бригады.

2. Необходимо разработать и внедрить курсы паллиативной помощи для онкологов, врачей общетерапевтического профиля, студентов медицинских вузов.

#### Литература

1. *Stjernswärd J.* Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care // *Journal of Pain and Symptom Management.* – 2002. – №24. – P. 257–264.
2. *Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A.* Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective // *Journal of Pain and Symptom Management.* – 2002. – №24. – P. 91–96.
3. *Ferris F., Heather M., Balfour B., Bowen K.A.* Model to Guide Patient and Family Care: Based on National Accepted Principles and Norms of Practice // *Journal of Pain and Symptom Management.* – 2002. – №24. – P. 106–123.
4. *Стойчева М.Г.* Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 2002. – №6. – С. 45–48.
5. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Новиков Г.А.* Медико-статистические предпосылки совершенствования паллиативной помощи онкологическим больным // *Паллиативная помощь и реабилитация.* – 2001. – №2. – I.1.2.
6. *Новиков Г.А., Осипова Н.А., Старинский В.В. и др.* Организация паллиативной помощи онкологическим больным и перспективы ее совершенствования // *Вопросы онкологии.* – 1995. – №2. – С. 27–28.
7. *Богданова Н.В., Беневский А.И., Словинская З.П.* О преподавании курса паллиативной помощи в медицинских вузах // *Материалы I Конгресса паллиативной медицины и реабилитации в здравоохранении.* – М., 1996. – С. 9.