

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пономарева И. П.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Медицинский колледж, Белгород, Россия (308000, Белгород, ул. Попова, 26/45), e-mail: ponomareva@bsu.edu.ru

В статье изложены данные о сущности паллиативной помощи как направления медико-социальной деятельности, основной целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей. Особенно актуально развитие паллиативной помощи в гериатрии, т.к. в последние годы растет индекс демографического старения во многих странах, в том числе и в России.

Цель исследования – анализ зарубежного и российского опыта организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста на современном этапе развития здравоохранения.

Материал и методы исследования: использовались общенаучные и исторические методы. На основе системного подхода раскрыта сущность исследуемых вопросов.

Результаты исследования – описаны различные организационные формы паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с прогрессирующими соматическими заболеваниями: отделения в многопрофильных стационарах, отделения и дома сестринского ухода, дома престарелых, выездные хосписные бригады и т.д. Выбор организационных вариантов помощи зависит от потребностей и уровня финансирования региона.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хоспис, пожилые, гериатрия, сестринский уход.

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE FOR ELDERLY AND SENILE AGE

Ponomareva I. P.

FGAOU VPO «Belgorod State national research University», College of medicine, Belgorod, Russia (308000, Belgorod, St. Popova, 26/45), e-mail: ponomareva@bsu.edu.ru

The article provides information about the nature of palliative care as a medical and social activities, whose main purpose is to improve the quality of life of patients and their families. Especially actually in the development of palliative care in the sphere geriatrics. In recent years the index of demographic insenescence is growing in many countries including Russia.

Purpose of the survey is the analysis of foreign and Russian experience of palliative care for elderly persons and people of senile age at the present stage of health's development.

The material and the methods of survey are general and historical. On the base of systematic approach the essence of issues have been revealed.

The study describes the different institutional forms of palliative care elderly persons and people of senile age with progressive somatic diseases in multidisciplinary hospitals: the department of multidisciplinary hospitals, geriatric home, mobile hospice's teams. The choice of assistace depends on the level of financing and people needs of the regions.

Key words: palliative care, hospice, elderly persons, geriatrics, nursing care.

Введение

С проблемой старения населения в настоящее время сталкиваются многие страны, в том числе и Россия. Возрастной состав населения России характеризуется существенной диспропорцией. Ежегодно в России увеличивается индекс демографического старения. Из общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 17,7 %. Каждый пятый житель России (30,7 млн – 21,6 %) в пенсионном возрасте. Почти каждый восьмой россиянин находится в возрасте 65 лет и старше [5].

Улучшение качества жизни данной категории пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина [15]. По определению Всемирной организации здравоохранения паллиативная помощь представляет собой направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с трудностями уносящего жизнь заболевания, путем предотвращения страдания и избавления от него, благодаря ранней диагностике, тщательной оценке и лечению боли и других проблем, физических, психосоциальных и духовных [17].

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.

Истоки современной паллиативной помощи и медицины следует искать в первых домах сестринского ухода, а также хосписах (домах для странников), 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. Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при больницах и даже сливались с ними. Поворот всей европейской медицины «лицом к умирающим больным» одним из первых предсказал английский философ Фрэнсис Бэкон в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» в 1605 г.: «...необходимо специальное направление научной медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным». Датой рождения хосписов современного типа считают 1967 год, когда Дейм Сисили Сондерс основала хоспис Святого Христофера (St.Christopher's Hospice) – первый хоспис, в котором, кроме купирования боли и других симптомов, больные получали сострадание и поддержку, где стали проводиться специальное комплексное обучение специалистов и научные исследования. Идеи и труды Дейм Сисили Сондерс в корне изменили характер помощи, которую оказывают умирающим, и внесли изменения в лечебную практику, принятую во всем мире. Она является вдохновителем для всех людей, занимающихся оказанием помощи умирающим больным [30].

Традиционно паллиативную помощь связывают с онкологическими больными. Первый в Москве профильный хоспис для раковых больных был открыт 8 ноября 1903 по инициативе онколога, профессора МГУ Л. Л. Левшина. В 1897 Левшин самостоятельно организовал сбор пожертвований у московских благотворителей. 12 февраля 1898 он получил одобрение проекта на правлении МГУ. К этому моменту только купцы Морозовы вложили в раковый фонд 150 000

рублей, поэтому даже в советские годы учреждение носило имя Морозовых. Построенный в 1903 Р. И. Клейном четырехэтажный корпус на Погодинской улице первоначально вмещал только 65 коек в одноместных и двухместных палатах. По техническому оснащению это было первоклассное для своего времени учреждение. Постепенно раковый институт на Погодинской превратился в полноценную лечебную и исследовательскую клинику, утратив в 1920-е гг. функцию хосписа. Сегодня это Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена [14, 15].

В Санкт-Петербурге первый хоспис появился в 1990 году по инициативе Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения. Его директором стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британская Ассоциация хосписов для оказания профессиональной поддержки российским хосписам.

В 1991 году открыт хоспис в Ломинцево (Тульская область), в 1992 г. – в Кемерово, в 1993 г. – в Архангельске, Тюмени и Ярославле, в 1994 г. – были открыты первый московский хоспис и хосписы в Дмитровграде и Ульяновске. В 1997 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы в центре города, на улице Доватора открывается новое здание для Первого Московского хосписа [14].

В последние годы, в связи со старением популяции, вопрос организации паллиативной помощи встал особенно остро в гериатрии. В пожилом и, особенно, в старческом возрасте структура заболеваемости значительно меняется в результате уменьшения числа острых заболеваний и увеличения болезней, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов. Для пожилых и старых больных характерно одновременное развитие 3–5 и более заболеваний, предрасположенность к множественным физическим, психическим и социальным проблемам [20].

Изменяется характер патологии, преобладают длительно протекающие, хронические заболевания, накопленные за годы предшествующей жизни. Кроме того, для старых людей характерна полиморбидность – сочетание болезней разного генеза, тесно связанных с развитием возрастных процессов в стареющем организме.

Основными причинами смерти лиц пожилого и старческого возраста являются болезни системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, новообразования. В настоящее время доминирующую роль играют хронические заболевания, причем во многих случаях они являются неизлечимыми. Это особенно важно для старых людей, для которых значимым является даже не само по себе наличие той или иной болезни, сколько то, в какой степени оно ограничивает повседневную деятельность.

Исследования показывают, что 80 % лиц в возрасте 75 лет и старше не в состоянии обходиться без посторонней помощи [32]. Следовательно, актуальной проблемой, требующей решения,

является организация паллиативной помощи данной категории пациентов, которые заинтересованы в организации ухода, обеспечивающего достойный уровень качества жизни. Выбор доступного паллиативного лечения во многом определяется уровнем финансирования. Это породило различные организационные формы оказания паллиативной помощи больным пожилого и старческого возраста [3].

По данным литературы паллиативная помощь больным старшей возрастной группы в России и за рубежом может оказываться как в больницах, домах престарелых, на дому у пациента, так и в специализированных учреждениях – хосписах.

В большинстве стран пожилые люди продолжают жить у себя дома, несмотря на существующие различные возможности предоставления им долговременного ухода. В Австралии и Германии каждый пятнадцатый из людей преклонного возраста проживает в учреждениях по уходу за престарелыми, в Англии – каждый двадцатый. В некоторых других странах этот показатель выше. Так, в США около половины людей старше 80 лет тот или иной период жизни проводят в доме престарелых. В Соединенном Королевстве большая часть финансирования оказания помощи в стационарных хосписах обеспечивается благотворительными взносами, в то время как в США подобные услуги финансируются федеральной программой «Medicare» [21].

К сожалению, в России не регистрируются точные статистические данные о количестве больных старшей возрастной группы с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития, находящихся на дому, в различных специализированных отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических, онкологических и др.) участковых, районных, городских и других многопрофильных больниц, а также в домах сестринского ухода, в отделениях милосердия домов-интернатов системы социального обеспечения и т.д.

Традиционно, паллиативную помощь связывают с онкологическими больными. В литературе имеется мало данных о научно обоснованной организационно-функциональной модели паллиативной помощи больным пожилого и старческого возраста с прогрессирующей соматической патологией. Ряд авторов (Эккерт Н. В., 2005, 2006, 2007; Шикина И. Б., Вардосанидзе С. Л., Сорокина Н. В., 2006; Апарин И. С., 2006; Туребеков Д. К., 2007) в своих работах рассматривают лишь отдельные аспекты паллиативной помощи, медико-социальные, психологические, этические и клинические аспекты паллиативной помощи онкологическим больным.

Проблемы организации паллиативной помощи пожилым и престарелым больным с прогрессирующей соматической патологией в специализированных стационарах и в амбулаторно-поликлинических условиях остаются недостаточно решенными.

Анализ литературы в контексте изучаемой темы позволяет сделать вывод о том, что в настоящее время хоспис является одной из множества организационных форм проведения паллиативной помощи пожилым и престарелым больным с соматической патологией. Последняя тенденция состоит в организации отделений паллиативной помощи в больших и средних по размеру клиниках и в домах сестринского ухода (домах престарелых и домах инвалидов). Они берут на себя функции хосписного стационара. В ряде случаев, агентства по уходу за больными на дому предоставляют услуги хосписа на дому [3].

По мнению ряда авторов, более перспективным и менее затратным является оказание паллиативной помощи больным пожилого и старческого возраста в форме отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в крупных многопрофильных больницах [25, 27, 29]. Создание таких отделений рентабельно по сравнению с самостоятельными хосписами за счет координации их работы с лабораторно-диагностическими, консультативными, финансовыми, хозяйственными и другими подразделениями многопрофильного стационара. Такие отделения имеют реальную возможность привлечения при необходимости врачей-консультантов различных специальностей (хирургов, невропатологов, гинекологов и др.). Данный подход заложен в г. Санкт-Петербурге.

А. Г. Новиков, Н. В. Эккерт и ряд других авторов подчеркивают, что из-за крайне ограниченного коечного фонда стационарных хосписов по оказанию помощи на финальной стадии жизни больного для России представляется весьма актуальной внебольничная паллиативная помощь [11, 14, 17, 25, 26]. Кроме того, она не должна быть исключительным приоритетом специализированных служб паллиативной помощи, а может рассматриваться в качестве неотъемлемой части общей системы медицинского обслуживания и интегрировать в систему лечения основного заболевания [15, 16, 17].

В последние годы, по данным литературы, в стране получают развитие консультативно-патронажные формы паллиативной помощи силами хосписных выездных бригад, среди пациентов которых основное количество составляют именно гериатрические пациенты, имеющие не одно, а сразу несколько тяжелых хронических заболеваний [24, 25, 28]. В этом отношении паллиативная помощь на дому имеет целый ряд преимуществ перед аналогичной помощью в условиях стационара. Во-первых, объём необходимой помощи может оказываться больным без изменения привычной для них домашней обстановки. Во-вторых, решается сразу комплекс проблем медицинского, социального, психологического, а в ряде случаев и духовного характера. В-третьих, имеет место экономически эффективная система оказания услуг по сравнению с той же хосписной работой в условиях стационара. В-четвёртых, имеет место преимущество различных служб – паллиативной службы, социальной службы, поликлинической службы, РОВД, которые совместными усилиями могут более эффективно контролировать социальную ситуацию в окружении пациентов пожилого и старческого

возраста, не допуская ухудшения социальной обстановки или криминализации. Кроме того, междисциплинарный подход к оказанию помощи на дому имеет более широкий арсенал дополнительных и человеческих возможностей. В состав выездной бригады (хосписа на дому) входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы.

Помощь на дому пациентам старшей возрастной группы является одним из приоритетных направлений развития паллиативной помощи в некоторых городах России (Дубна, Волгоград, Н. Новгород, Кемерово, Краснодар и др.), а также странах СНГ (Беларусь, Украина) [11].

Таким образом, на современном этапе развития здравоохранения в мировой практике и в России существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи больным старшей возрастной группы. Сегодня хоспис не является единственным местом получения данного вида помощи. Паллиативное лечение больные пожилого и старческого возраста получают в рамках различных организационных форм стационарной и внебольничной паллиативной помощи (отделения в многопрофильных стационарах, отделения и дома сестринского ухода, дома престарелых, выездные хосписные бригады и т.д.). Выбор организационных вариантов помощи зависит от потребностей и уровня финансирования региона. При этом подход к оказанию помощи больным пожилого и старческого возраста с хроническими прогрессирующими заболеваниями является мультидисциплинарным.

Список литературы

1. Белоконь, О. В. Медицинское и социальное обслуживание пожилых в России / О. В. Белоконь, Т. Н. Костенко, Л. В. Мунтяну // Главный врач. – 2006. – № 9. – С. 56-69.
2. Березикова, О. А. Оказание паллиативной помощи пожилым людям приоритет общественного здравоохранения / О. А. Березикова, М. Н. Панчук, Т. И. Анкина // Медицина Кузбасса. – 2006. – № 9. – С. 3-6.
3. Брискин, Б. С. Полиморбидность пожилых и хирургические проблемы / Б. С. Брискин // Клиническая геронтология. – 2007. – № 5. – С. 3-7.
4. Бялик, М. А. Место хосписов в системе паллиативной помощи США / М. А. Бялик // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 53-57.
5. Введенская, Е. С. Основание хосписной службы на примере создания хосписа «Дом Надежды» в городе Бразов, Румыния / Е. С. Введенская // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. – № 3. – С. 24-29.
6. Галанова, Г. И. Демографические вызовы России в системе национального здравоохранения / Г. И. Галанова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 32-42.
7. Гамаянова, С. В. Постарение населения как комплексная социально-гигиеническая проблема / С. В. Гамаянова, Л. В. Кайкова // Главный врач. – 2004. – № 6. – С. 16-20.
8. Ганцев, Ш. Х. К вопросу о потребности в паллиативной помощи и оценке эффективности профилактических противораковых мероприятий / Ш. Х. Ганцев // Паллиативная медицина и

реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 9-13.

9. Дюютова, М. В. Характеристика потребностей в медико-социальной помощи пациентов пожилого возраста муниципальной поликлиники / М. В. Дюютова, Н. К. Гусева // *Здравоохранение российской Федерации.* – 2010. – № 6. – С. 48-51.

10. Емельянова, Е. А. Организация медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста / Е. А. Емельянова // *Здравоохранение.* – 1999. – № 5. – С. 36-39.

11. Захаров, Е. Н. Новая форма организации паллиативной помощи населению /Е. Н. Захаров, В. И. Сабанов, И. В. Островская // *Медицинская сестра.* – 2011.– № 6. – С. 11-13.

12. Какорина, Е. П. Состояние и перспективы развития медицинской помощи в Российской Федерации / Е. П. Какорина // *Главная медицинская сестра.* – 2008. – № 9. – С. 11-15.

13. Ковтун, Е. И. Роль семейной медицинской сестры в организации помощи семьям и пациентам с сосудистой патологией / Е. И. Ковтун, Т. В. Одегова // *Клиническая геронтология.* – 2006. – № 9. – С. 104.

14. Лазебник, Л. Б. Полиморбидность и старение / Л. Б.Лазебник // *Клиническая геронтология.* – 2005. – № 12. – С. 16-19.

15. 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.

16. Новиков, Г. А. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман, В. В. Самойленко, М. А. Ефимов // *Паллиативная медицина и реабилитация.* – 2008. – № 4. – С. 5-10.

17. Новиков, Г. А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой, М. А. Вайсман // *Паллиативная помощь и реабилитация.* – 2010. – № 4. – С. 6-10.

18. *Паллиативная помощь / ВОЗ Европа.* – Женева: ВОЗ, 2009. – 32 с.

19. Пырков, П. П. Клинико-социальная характеристика «кочующих» пожилых пациентов многопрофильной больницы в современных социально-экономических условиях / П. П. Пырков // *Клиническая геронтология.* – 2007. – № 8. – С. 39-41.

20. Сбоева, С. Г. Характерные черты постарения населения и современные геронтологические технологии / С. Г. Сбоева, В. В. Ряженков // *Здравоохранение.* – 2003. – № 4. – С. 13-18.

21. *Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / ВОЗ Европа.* – Женева: ВОЗ, 2005. – С. 40-46.

22. Сокорева, И. Е. Проблемы пожилого пациента: взгляд менеджера сестринского дела / И. Е. Сокорева // *Клиническая геронтология.* – 2005. – № 9. – С. 120-121.

23. Туркина, Н. В. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт / Н. В. Туркина, А. И. Петрова, А. В. Аверин. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава». – 2006. – 172 с.
24. Улумбекова, Г. Э. Анализ демографии и показателей здоровья населения РФ в динамике с 1990 г. в сравнении с зарубежными странами и некоторые прогнозы до 2020 г. / Г. Э. Улумбекова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. – № 2. – С. 32-39.
25. Усенко, О. И. О необходимости стратегии развития паллиативной помощи в России /О.И.Усенко // Медицинская сестра. – 2011. – № 6. – С. 3-10.
26. Эккерт, Н. В. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова, Н. А. Баскакова // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 15-20.
27. Цыганок, М. Ф. Оценка потребности лиц старшего возраста в медико-социальной помощи /М. Ф. Цыганок, С. В. Тяпина // Клиническая геронтология. – 2007. – № 9. – с. 100.
28. Шестаков, В. П. Состояние и динамика первичной инвалидности населения Российской Федерации / В. П. Шестаков, Т. С. Чернякина, А. А. Свинцов, С. А. Овчаренко // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2007. – № 1. – С. 7-18.
29. Хетагурова, А. К. Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода / А. К. Хетагурова. – М. : Изд. Дом «Мед. вестник», 2003. – 80 с. – (Прил. к журн. «Сестринское дело»).
30. Хетагурова, А. К. История и современные проблемы паллиативной помощи в России и за рубежом / А. К. Хетагурова // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – с. 3-7.
31. Хетагурова, А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы: дис. д-ра мед.наук / А. К. Хетагурова. – М., 2004. – с. 20-29 с.
32. Холостова, Е. И. Социальная работа с пожилыми / Е. И. Холостова. – М.: «Дашков и К°», 2003. – С. 63-87.

Рецензенты:

Прощаев Кирилл Иванович, д.м.н., проф., проф. кафедры внутренних болезней № 1 Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород.

Ильницкий Андрей Николаевич, д.м.н., доц., первый зам. директора АНО «НИМЦ «ГЕРОНТОЛОГИЯ», г. Москва.