

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

<sup>1</sup>Бутрина В.И., <sup>2,3</sup>Люцко В.В.

<sup>1</sup>НОУ ВПО Евразийский открытый институт, г. Москва

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА РФ», г. Москва

<sup>3</sup>Многопрофильный клинический медицинский центр «Ваша клиника», г. Москва

---

В Российской Федерации ежегодно впервые выявляется около 12,7 млн. больных с различными онкологическими заболеваниями и 7,8 млн. умерших от него. В зарубежных странах потребность в паллиативной помощи практически полностью реализована за счет хосписов, в России эта проблема решается медленно. Очень важным аспектом оказания онкологической помощи incurable больным является совершенствование и усиление роли «Хосписа», который является вторым по значимости медицинским подразделением, где получают паллиативную помощь больные с неизлечимыми формами онкопатологии. Проведённое исследование позволило совместно со специалистами онкологической, медико-социальной и амбулаторно-поликлинической службами медицинских организаций г. Москвы разработать критерии отбора по маршрутизации онкобольных. Внедрение в практику регионального здравоохранения разработанной структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи позволяет повысить её эффективность и результативность, что непосредственно отразится на качестве оказываемой помощи incurable онкологическим больным.

---

Ключевые слова: паллиативная помощь, онкологические больные, хоспис, incurable больные

## IMPROVING OF PALLIATIVE CARE FOR INCURABLE PATIENTS WITH CANCER DISEASES

<sup>1</sup>Butrina V.I., <sup>2,3</sup>Liutsko V.V.

<sup>1</sup>NOU VPO Euroasian open institute, Moscow

<sup>2</sup>FGBOU DPO "IPK FMBA RF", Moscow

<sup>3</sup>Medical klinicheskaja center «Your clinic», Moscow

---

In the Russian Federation annually for the first time revealed about 12.7 million patients with various malignancies and 7.8 million died of it. In foreign countries, the need of palliative care is implemented by hospices, in Russia this problem is solved slowly. A very important aspect of the provision of cancer care for incurable patients is improving and strengthening the role of the «Hospice», which is the second most important medical unit, where they receive palliative care to patients with incurable forms of cancer pathology. The study has, jointly with the specialists of the oncological, social, medical and outpatient services medical organizations of Moscow develop the selection criteria for routing cancer patients. Introduction in practice of regional health developed the structural-functional model of the organization of palliative care allows to increase its efficiency and effectiveness, that directly affect the quality of care for incurable Oncology patients.

---

Keywords: palliative care in cancer patients, hospice, incurable patients

В Российской Федерации ежегодно впервые выявляется около 12,7 млн. больных с различными онкологическими заболеваниями и 7,8 млн. умерших от него, средний возраст умерших от рака составляет у мужчин 64,2 года, у женщин – 63,7 лет. Более 40 % впервые выявленные злокачественные новообразования имеют III-IV стадию заболевания [1, 2, 3]. Умирает более 3,3 тыс. больных, из них до 70 % нуждались в паллиативной помощи, и только каждый пятый пациент смог её получить [3, 4, 5].

В нашей стране впервые в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 36) паллиативная помощь выделена в самостоятельный вид медицинской помощи и «...представляет собой

комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан».

Однако, если в зарубежных странах потребность в паллиативной помощи практически полностью реализована за счет хосписов, в России эта проблема решается медленно. По данным отчетов Минздрава РФ за период 2008-2012 гг., в стране функционировало всего 22 хосписа с числом коек немногим больше семисот [3, 4, 5, 6, 7].

Вышеизложенные проблемы подтвердили необходимость дальнейшего совершенствования паллиативной помощи инкурабельным больным с онкопатологией.

**Цель исследования:** обоснование совершенствования паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным.

#### **Материалы и методы исследования**

Объекты исследования формировались методом многоступенчатого отбора с использованием случайной и типологической выборок. Объем исследования на всех этапах был обоснован статистически.

Оценка фактического состояния паллиативной помощи и изучение госпитализированной заболеваемости проведены на базах отделения «Хоспис» Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, онкологического диспансера №1 г. Москвы, ССМП методом выкопировки данных на специально разработанные карты из учетных документов: «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у), карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у). Анализ структуры онкозаболеваемости проведен согласно статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ -10).

#### **Результаты и обсуждение**

В 2012 г. в России частота морфологической верификации диагноза (по данным цитологического или гистологического исследования) у впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями составила 84,5% (в 2004 г. 80%) и колебалась от 61% при раке легкого до 97% и более при опухолях визуальных локализаций. Значительно выше средней по России частота морфологической верификации диагноза была в Беларуси (96,6%), Московской (93,9%), Камчатской (93,7%) и Новгородской (93,3%) областях; ниже – в Узбекистане (80,4%), Армении (62,7%), республиках Чечня (75,9%), Саха (75,4%), Бурятия (74,6%) и Ингушетия (70,7%), Ульяновской (77,8%) и Волгоградской (74,0%) областях, а также в Приморском крае (76,5%). При отдельных злокачественных опухолях колебания этого показателя достигали значительных пределов: от 25-50% (республики Армения, Узбекистан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Чечня, Адыгея и Бурятия, Приморский край,

Курганская, Ульяновская, Брянская, Читинская, Нижегородская и Волгоградская области) до 75-90% (республики Беларусь, Кыргызстан, Мордовия, Северная Осетия, Мурманская, Иркутская, Оренбургская, Амурская, Магаданская, Кемеровская, Новгородская и Камчатская области, Чукотский автономный округ) при раке легкого; от 55-70% (республики Армения, Чечня, Алтай и Саха) до 100% (республики Беларусь, Тыва, Калмыкия и Магаданская область) при раке предстательной железы. На уровне 100% была частота морфологической верификации рака молочной железы в Беларуси, Московской, Брянской, Камчатской областях, Ставропольском крае, республиках Мордовия, Калмыкия, Карачаево-Черкесия и Алтай.

Доля больных, выявленных при профилактических осмотрах, от числа впервые выявленных больных составила в 2009 г. в России 12,9% (в 2004 г. 11,3%). Менее 5% этот показатель был в республиках Калмыкия, Чувашия, Ингушетия, Тыва, Брянской, Новгородской, Камчатской, Ивановской, Магаданской и Еврейской автономной областях. Более благополучная ситуация наблюдалась в Беларуси (38,7%), Украине (27,8%), Азербайджане (24,5%), Курской (25,6%), Тамбовской (23,9%), Московской (22,0%), Ленинградской (21,3%) областях и Мордовии (23,2%). В 2009-2012 гг. в Вологодской, Камчатской, Магаданской областях, республиках Чувашия, Калмыкия, Чечня, Ингушетия, Тыва и Карачаево-Черкесия при профилактических осмотрах не было выявлено ни одного больного раком желудка; в Чувашии и Ингушетии – ни одной больной раком молочной железы; в Ингушетии, Чувашии и Камчатской области – ни одного больного раком легкого; в Мурманской, Новгородской, Воронежской, Камчатской, Калининградской, Курганской и Еврейской автономной областях, республиках Алтай, Ингушетия, Тыва, Бурятия, Чувашия и Калмыкия – ни одного больного меланомой кожи; в Магаданской и Еврейской автономной областях – ни одной больной раком шейки матки; в Чувашии, Калмыкии, Карачаево-Черкесии, Ингушетии, Тыве, Камчатской, Магаданской и Еврейской автономной областях – ни одного больного раком прямой кишки.

Доля больных злокачественными новообразованиями IV стадии в 2009 г. достигла 22,4% (в 2004 г. 23,3%). Более 32% этот показатель был в республиках Армения, Чечня, Тыва, Саха и Якутия, Тульской и Иркутской областях, Чукотском автономном округе. Значительная доля больных с IV стадией заболевания отмечена при раке желудка в Кировской и Магаданской областях, Чукотском автономном округе, республиках Адыгея и Тыва (более 55%); при раке легкого в Тульской, Иркутской областях, Краснодарском крае, Чукотском автономном округе, республиках Калмыкия, Ингушетия, Чечня, Тыва и Саха (более 50%); при раке предстательной железы в Тюменской, Еврейской автономной и Магаданской областях, республиках Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Ингушетия, Тыва и

Саха (более 40%). Более 20% была доля больных раком молочной железы и шейки матки IV стадии в республике Чечня.

Что касается Москвы и Московской области, то в 2012 г. оставалась высокой запущенность (выявление III-IV стадий) при опухолях визуальных локализаций. Она составила 15,8% при раке губы, 28,6% при меланоме кожи, 37,9% при раке шейки матки, 25% при раке щитовидной железы, 36,3% при раке молочной железы, 52,1% при раке прямой кишки. В Московской области, так же как в РФ, продолжается рост заболеваемости и распространенности ЗНО. За анализируемый период времени заболеваемость онкологической патологией увеличилась в 1,3 раза и составила в 2012 г. – 398,0 на 100 тыс. населения (РФ в 2012г. – 367,3 на 100000 населения). Среднегодовой темп прироста – 21,2% (РФ 17,9%, МО 19,1%).

Распределение онкобольных по полу показало, что наибольшее число пациентов было зарегистрировано в возрастной группе 60 лет и старше (1501,2 на 100000 населения). Распределение по полу было следующим: в возрастной группе 30-59 лет составляло 1:0,7, у лиц 60 лет и старше – 1:1,25, соответственно мужчин и женщин. Ведущими локализациями ЗНО у мужчин были легкие (17,6%), предстательная железа (12,5%) и кожа (10,7%), у женщин – молочная железа, кожа, ободочная кишка, соответственно 18,4%, 17,0% и 7,7% (РФ соответственно у мужчин – 18,7%, 12,1%, 10,0%; у женщин – 20,7%, 14,5%, 7,1%).

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России первые места занимают рак легкого (19,8%), предстательной железы (10,7%), а также рак желудка и немеланомные новообразования кожи (по 9,8%), в структуре заболеваемости женского населения – рак молочной железы (20,1%), немеланомные новообразования кожи (13,7%), рак тела матки (7,3%) и ободочной кишки (7%).

В 2009 г. в России оставалась высокой запущенность (выявление III-IV стадий) при опухолях визуальных локализаций. Она составила 15,8% при раке губы, 28,6% при меланоме кожи, 37,9% при раке шейки матки, 25% при раке щитовидной железы, 36,3% при раке молочной железы, 52,1% при раке прямой кишки.

На 100 впервые выявленных больных в 2009 г. в России приходилось 55 умерших: 3 на 100 больных немеланомными новообразованиями кожи, 25 на 100 больных раком губы, 14-47 на 100 больных меланомой кожи, раком предстательной, молочной и щитовидной желез, тела и шейки матки, 84-91 на 100 больных раком желудка, легкого и пищевода. Отношение числа умерших к числу заболевших является обобщенным показателем состояния онкологической помощи. Если оно равно или превышает 100, это свидетельствует о неполном учете заболевших. Основной причиной низкой выживаемости пациентов с ЗНО является сохраняющийся высокий уровень выявления раков в III-IV стадиях развития, что ведет к

росту показателей одногодичной летальности и смертности. Одногодичная летальность за период с 2000 по 2012 гг. имеет небольшую тенденцию к снижению и составляет 22,3%. При изучении уровней одногодичной летальности с ЗНО в Пермском крае за 2000-2012 гг. установлено, что наиболее высокие ее показатели наблюдались при ЗНО легких (72,2 %), желудочно-кишечного тракта (70,3 %), рак молочной железы – 44,1 %.

Стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований мужского населения Москвы в 2012 г. составил 147 на 100 000, женского – 100,5 на 100 000 (74 и 11-е места среди 79 регионов России соответственно). Высокой была смертность женщин от рака молочной железы (19,8 на 100 000 в Москве и 21,2 на 100 000 в Санкт-Петербурге), ободочной кишки (9,6 на 100 000 в Москве, 4-е место по России; 12,2 на 100 000 в Санкт-Петербурге, 1-е место по России), гемобластозов (8,2 и 7,7 на 100 000) и рака поджелудочной железы (9,6 и 12,2 на 100 000 соответственно). Выше среднероссийских показателей была смертность женского населения Москвы от рака молочной железы, ободочной кишки и опухолей ЦНС. У мужчин отмечалась высокая смертность от рака предстательной железы (по 11,8 на 100 000 в Москве и в Санкт-Петербурге). Ниже, чем в среднем по России, была смертность мужского населения Москвы от рака легкого (29,4 на 100 000), почки (5 на 100 000) и мочевого пузыря (4,8 на 100 000).

С 2004 по 2009 г. в Москве снизилась смертность от рака желудка (на 24,6% у мужчин и 13,2% у женщин), ободочной (на 9,4 и 8,1%) и прямой (на 17,3 и 15%) кишки, легкого (на 21,8 и 10%), почки (на 19 и 11,5%) и мочевого пузыря (на 10,9% у мужчин). Стабильной оставалась смертность мужчин от рака поджелудочной железы и лимфом. В Санкт-Петербурге у женщин зарегистрирован рост смертности от рака шейки матки (3,6%), легкого (2,6%), лейкозов (2,5%), у лиц обоего пола – от опухолей ЦНС (13% у мужчин и 6,5% у женщин), печени (3,7 и 18,2%) и поджелудочной железы (11,1 и 14,5%).

В этой связи очень важным аспектом оказания онкологической помощи инкурабельным больным является совершенствование и усиление роли «Хосписа», который является вторым по значимости медицинским подразделением, где получают паллиативную помощь больные с неизлечимыми формами онкопатологии.

По сравнению с 2005 г. в 2012 г. средняя продолжительность пребывания пациента в отделении «Хоспис» возросла в 3,5 раза и составляла 14,5 дней, причем 16,7 % из них получали лечение в соматических отделениях стационарах, 28,9 % – в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Стоимость лечения одного пациента в этих условиях составляла более 45 тыс. рублей, а в «Хосписе» – 21 тыс. рублей. Математическое моделирование по теореме гипотез (формула Байеса) показало, что при организации контроля за маршрутизацией больных и обучении уходу их родственников

предотвращенные экономические расходы могли бы ориентировочно составить более 4,5 млн руб.

Анализ годовой отчетности Станции скорой медицинской помощи (ССМП) г. Москвы показал, что в среднем за день поступало до 17 вызовов от онкобольных. Наиболее частой причиной вызова бригады СМП (82,3%) являлись выполнение назначений участкового врача (введение обезболивающих препаратов, выполнение манипуляций по уходу). Только третья часть всех вызовов была обоснована причиной развития экстренных показаний: терминальные состояния, кровотечение, острая дыхательная недостаточность, острая задержка мочи. Учитывая, что стоимость выезда одной врачебной бригады СМП в среднем составляла 3030 руб., то расходы на оказания помощи данной категории пациентов ежегодно достигают порядка 13,5 млн руб.

Проведённое исследование позволило совместно со специалистами онкологической, медико-социальной и амбулаторно-поликлинической службами медицинских организаций г. Москвы разработать критерии отбора по маршрутизации онкобольных. На основе дифференцированного подхода они были разделены на 2 группы: экстренных показаний и психологической поддержки. Критериями отбора для оказания помощи в условиях круглосуточного стационара, в состав которого входит реанимационное отделение, и выездной бригады являются острый болевой синдром и состояния, угрожающие жизни. Такие критерии, как хронический болевой синдром, требующий подбора адекватной терапии; изменения психологического состояния; социально-экономическое неблагополучие семьи; тяжелая степень инвалидности; неспособность к самообслуживанию; отсутствие знаний и умений по уходу у родственников, являются основанием для направления в хоспис или дневной стационар где основную нагрузку по уходу за инкурабельными пациентами выполняет сестринский персонал.

Для обеспечения деятельности медицинской сестры на основании инновационной технологии сестринского процесса была разработана структурно-функциональная схема оказания паллиативной услуги.

Технология оказания паллиативной услуги имеет в своей структуре четко обозначенные, логически построенные и взаимодействующие между собой этапы деятельности, которая направлена на разрешение комплекса проблем: физиологических, психологических, социальным и реабилитационным, что и определяет в целом паллиативный подход при оказании помощи инкурабельному пациенту.

### **Выводы**

Внедрение в практику регионального здравоохранения разработанной структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи, включающую систему

взаимодействия и координации деятельности соответствующих ведомств и служб, маршрутизацию больных на основании критериев отбора, чёткого соблюдения схемы оказания паллиативной услуги позволяет повысить ее эффективность и результативность, что непосредственно отразится на качестве оказываемой помощи инкурабельным онкологическим больным.

### Список литературы

1. Воронова Е.А., Подлужная М.Я., Злобина Г.М., Жуков А.Е. О взаимодействии учреждений социальной защиты и здравоохранения по организации медико-социальной помощи больным хроническими прогрессирующими заболеваниями // Проблемы управления здравоохранением. – Москва, 2011. - №4 (59). – С. – 58-60.
2. Домашенко Е.В., Чикинова Л.Н. Клинико-морфологические особенности при злокачественных новообразованиях шейки матки и их влияние на результаты реабилитации женщин-инвалидов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М. – 2009. - №4. – С. 51-53.
3. Домашенко Е.В. Усовершенствованные критерии медико-социальной экспертизы при злокачественных новообразованиях женских половых органов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М. – 2009. - №4. – С. 88-90.
4. Злобина Г.М. Оценка готовности специалистов сестринского дела к осуществлению управленческой функции. / Злобина Г.М., Воронова Е.А., Жуков А.Е. // Главная медицинская сестра. – 2011. - № 10. – С. 35-47.
5. Жуков А.Е. Экономическое обоснование преимущества в лечении инкурабельных больных // Здоровье семьи – здоровье нации: Материалы межрегион. науч. конф. с междунар. участием, 6-7 июня 2012. – Пермь, 2012. – С. 89-95.
6. Жуков А.Е. Разработка организационных подходов к совершенствованию паллиативной помощи пациентам в условиях крупного промышленного города / Жуков А.Е., Молчанова Л.Ф., Воронова Е.А. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - №5; URL:[www.science-education.ru/111-10679](http://www.science-education.ru/111-10679).
7. Кэйн Д. Этические и правовые основы медицинской помощи // Гинекология по Эмилю Новаку: Пер. с англ. / Под ред. Д. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. – М.: Практика, 2002. – С. 14-18.

**Рецензенты:**

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ», г. Москва.

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации УО «Полоцкий государственный университет», Председатель Белорусского республиканского общественного геронтологического объединения, г. Новополоцк.